

S 12 KA 1268/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1268/05

Datum
29.11.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen

-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Einem Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe kann eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel 13.3.4 „Hämato-/Onkologische Leistungen“ und hierbei von Leistungen nach Nr. 13500 (Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung) und 13502 EBM 2005 (Komplex aplasieinduzierende/ Toxizitätsadaptierte Therapie) nicht erteilt werden. Er ist auf die Erbringung der Leistungen nach Kapitel 8 EBM 2005 beschränkt.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Er hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Genehmigung zur Abrechnung von Leistungen aus dem Kapitel 13.3.4 "Hämato-/Onkologische Leistungen" und hierbei um die Leistungen nach Nr. 13500 (Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung) und 13502 EBM 2005 (Komplex aplasieinduzierende/Toxizitätsadaptierte Therapie) für die Quartale ab II/05 ff.

Der Kläger ist seit 01.01.1990 als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Praxissitz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Als onkologisch-verantwortlichem Arzt wurde ihm die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach den Nr. 8650 bis 8655 EBM '96 im Jahr 2001 erteilt.

Am 22.03.2005 beantragte er die Genehmigung zur Abrechnung der Nr. 13500 und 13502 EBM 2005.

Mit Bescheid vom 07.06.2005 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Sie führte aus, die Bestimmungen des EBM 2005 beinhalteten eine fachgruppenspezifische Abrechnungssystematik. Zugleich sei in den Präambeln der einzelnen Kapitel niedergelegt worden, dass grundsätzlich ausschließlich die dort genannten Leistungen außerhalb des fachgruppenspezifischen Kapitels zur Abrechnung kommen könnten. Ausschlaggebend sei deshalb die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen. Als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sei er auf die Leistungen nach Kapitel 8 EBM 2005 beschränkt. Die Leistungen nach Nr. 13500 und 13502 EBM 2005 seien auf Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie beschränkt. Die vom Kläger bisher abrechenbaren Leistungen nach Nr. 8650, 8651, 8653, 8654 und 8655 EBM '96 könne er weiterhin unter den Nr. 86500, 86501, 86503 und 86505 EBM 2005 abrechnen.

Hiergegen legte der Kläger am 01.07.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, er erbringe in seinem Fachgebiet exakt die gleichen Leistungen wie Internistische Onkologen. Er habe außerdem früher auch die Nr. 16 EBM '96 abrechnen können.

Mit Widerspruchsbescheid vom 02.11.2005, zugestellt am 09.11., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie aus, aufgrund der fachgruppenspezifischen Abrechnungssystematik des EBM 2005 sei die fachgruppenspezifische Zuordnung der Leistungen maßgebend. Als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sei er auf die Leistungen nach Kapitel 8 EBM 2005 beschränkt und könne die Leistungen nach Nr. 13500 und 13502 EBM 2005 nicht abrechnen. Dies gelte auch bei einer nachgewiesenen Qualifikation oder einer in der Vergangenheit erteilten Abrechnungsgenehmigung. Hiervon könne nur aus Gründen der Sicherstellung abgewichen werden. In den Quartalen IV/04 und I/05 habe er die Nr. 16 EBM '96 51x bzw. 64x abgerechnet, in den davor liegenden Quartalen I/03 bis

III/04 gar nicht. Die Nr. 16 EBM '96 sei nunmehr den Nr. 03001 bzw. 04001 EBM 2005 zugeordnet werden, die der Kläger aber nicht abrechnen dürfe. Ein Sicherstellungsbedarf bestehe aber in A-Stadt und Umgebung nicht. Die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie hätten hinreichend freie Kapazitäten. Einem Patienten sei eine Fahrt von 50 km zumutbar. Die vom Kläger bisher abrechenbaren Leistungen nach Nr. 8650, 8651, 8653, 8654 und 8655 EBM '96 könne er weiterhin unter den Nr. 86500, 86501, 86503, 86504 und 86505 EBM 2005 abrechnen. Im Übrigen könne sie ihre Verwaltungspraxis für die Zukunft ändern. Dem stehe das Vertrauen eines Vertragsarztes nicht entgegen. Aus der früheren Abrechnungsberechtigung des Klägers erwachse kein Recht für die Zukunft.

Hiergegen hat der Kläger am 25.11.2005 die Klage erhoben. Er trägt ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren vor, onkologische Leistungen könnten nunmehr nach den Nr. 86500 ff. EBM 2005 sowie nach Kapitel 2.1 EBM 2005 (Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe nach Nr. 01210) sowie nach Kapitel 13.3.4 EBM 2005 (Betreuung onkologischer Patienten mit den Nr. 13500 ff. EBM 2005) abgerechnet werden. Als onkologisch-verantwortlicher Arzt erbringe er die gleichen Leistungen wie Internistische Onkologen. Die onkologische Versorgung durch andere Fachgruppen sei im EBM offensichtlich übersehen worden.

Der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 07.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm eine Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 13500 und 13502 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff. zu erteilen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid. Ergänzend trägt sie vor, der Kläger habe auf Grund der abrechnungsspezifischen Systematik des EBM 2005 keinen Anspruch auf Genehmigung der beantragten EBM-Ziffern. Eine ergänzende Auslegung des EBM könne nicht erfolgen. Es sei Aufgabe des Bewertungsausschusses, unklare Regelungen zu präzisieren.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der Beratungen gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -). Sie konnte dies ohne mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid vom 07.06.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 02.11.2005 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Erteilung einer Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach Nr. 13500 und 13502 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Nach dem ab 01.04.2005 geltenden EBM 2005 sind die abrechnungsfähigen Leistungen drei Bereichen zugeordnet: arztgruppenübergreifenden allgemeinen Leistungen, arztgruppenspezifischen Leistungen und arztgruppenübergreifenden speziellen Leistungen. Arztgruppenspezifische Leistungen unterteilen sich in Leistungen des hausärztlichen und des fachärztlichen Versorgungsbereichs. In den arztgruppenspezifischen Kapiteln bzw. Abschnitten sind entweder durch Aufzählung der Leistungspositionen in den jeweiligen Präambeln oder Auflistung im Kapitel bzw. Abschnitt alle von einer Arztgruppe berechnungsfähigen Leistungen angegeben. Arztgruppenspezifische Leistungen können nur von den in der Präambel des entsprechenden Kapitels bzw. Abschnitts genannten Vertragsärzten, die die dort aufgeführten Kriterien erfüllen, berechnet werden (Abschnitt I 1.2.2 EBM 2005). Abrechnungsfähige Leistungen, deren Berechnung an ein Gebiet, einen Schwerpunkt (Teilgebiet), eine Zusatzbezeichnung oder sonstige Kriterien gebunden ist, setzen das Führen der Bezeichnung, die darauf basierende Zulassung und/oder die Erfüllung der Kriterien voraus (vgl. Abschnitt I 1.2 bis 1.5 EBM 2005).

Die vom Kläger begehrten Leistungen nach Nr. 13500 und 13502 EBM 2005 gehören zum Kapitel 13.3.4 EBM 2005. Es handelt sich um Leistungen nach Abschnitt III und damit um arztgruppenspezifische Leistungen. Kapitel 13.3.4 EBM 2005 fasst hämato/onkologische Leistungen zusammen. Die in Kapitel 13.3.4 EBM 2005 aufgeführten Leistungen können ausschließlich von Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie berechnet werden (Nr. 1 Präambel Kapitel 13.3.4 EBM 2005), daneben von Kinder- und Jugendärzten mit dem entsprechenden Schwerpunkt (Nr. 2 Präambel Kapitel 4.4 EBM 2005). Ferner können nach der zwischen den Bundesmantelvertragsparteien geschlossenen Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) zum 1. April 2005 vom 10.01.2005, DÄBl. 2005, Heft 1-2, S. A-77 = <http://daris.kbv.de>, im Folgenden abgekürzt als ErgVb) Vertragsärzte, die mit dem Gebiet Innere Medizin ohne Schwerpunkt am 31.03.2005 zugelassen sind, im Rahmen ihrer Weiterbildung auf Antrag solche Leistungen des EBM abrechnen, die im EBM ausschließlich einem der Schwerpunkte der Inneren Medizin zugeordnet sind. Die Kassenärztliche Vereinigung genehmigt einen Antrag, wenn der Vertragsarzt nachweist, dass er über die erforderlichen persönlichen und strukturellen Voraussetzungen zur Erbringung dieser Leistungen, die einem Schwerpunkt der Inneren Medizin im EBM zugeordnet sind und die ggf. ergänzend in Richtlinien des Bundesausschusses oder in Maßnahmen der Qualitätssicherung gemäß [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) niedergelegt sind, erfüllt und im Zeitraum vom 1. Januar 2003 bis 30. Juni 2004 schwerpunktmäßig diese Leistungen erbracht hat. Die Genehmigung ist unbefristet zu erteilen. In diesem Fall gelten für den Vertragsarzt auch die Abrechnungsbestimmungen, wie sie für einen Vertragsarzt gelten, der mit dem Gebiet Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung im fachärztlichen Versorgungsbereich zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist (Absatz 4 ErgVb). Als Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe erfüllt der Kläger diese Voraussetzungen nicht. Er ist auf die Erbringung der Leistungen nach Kapitel 8 EBM 2005 beschränkt (vgl. Präambel Kapitel 8 EBM 2005).

Die Beklagte hat die Bestimmungen des EBM 2005 zutreffend angewandt. Danach kann eine Genehmigung für die vom Kläger begehrten Leistungen nicht erteilt werden. Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#) = [BSGE 94, 50](#) = [GesR 2005, 307](#) = [MedR 2005, 538](#) = Breith 2005, 817, juris Rdnr. 78). Die Beklagte ist hieran ebenso wie ein Vertragsarzt gebunden (vgl. [§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)).

Soweit die bereits genannte Ergänzende Vereinbarung ebenso wie die Beklagte davon ausgeht, die Kassenärztlichen Vereinigungen könnten wegen der Verpflichtung zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 72 SGB V](#) aus Sicherstellungsgründen allen Vertragsärzten sowohl eine Erweiterung des abrechnungsfähigen Leistungsspektrums als auch die Abrechnung einzelner ärztlicher Leistungen auf Antrag des Vertragsarztes genehmigen, was auch für eine Erhöhung der Fallpunktzahl der Regelleistungsvolumen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) gelte, so handelt es sich nach der Rechtsprechung der Kammer hierbei lediglich um eine Rechtsansicht. Eine eigenständige Ermächtigungsgrundlage zum Abweichen vom EBM 2005, der detailliert und im Einzelnen regelt, inwiefern Leistungen anderer Kapitel abgerechnet werden können, wurde damit nicht geschaffen. [§ 72 SGB V](#), der lediglich allgemeine Vorgaben zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung enthält, ist ebf. keine Rechtsgrundlage für ein Abweichen von den Vorgaben des EBM 2005 (vgl. SG Marburg, Urt. v. 19.07.2006 – [S 12 KA 23/06](#) – [www.sozialgerichtsbarkeit.de](#)). Dies kann hier aber letztlich dahingestellt bleiben, da die Beklagte insofern zutreffend im angefochtenen Widerspruchsbescheid ausgeführt hat, dass ein ungedeckter Bedarf im Versorgungsbereich des Klägers nicht besteht. Ferner hat die Beklagte im angefochtenen Widerspruchsbescheid dargelegt, dass die vom Kläger bisher abrechenbaren Leistungen nach Nr. 8650, 8651, 8653, 8654 und 8655 EBM '96 von ihm weiterhin unter den Nr. 86500, 86501, 86503, 86504 und 86505 EBM 2005 abgerechnet werden können. Hierauf wird im Einzelnen verwiesen ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Die genannten Bestimmungen des EBM 2005 sind auch rechtmäßig.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen. Der einheitliche Bewertungsmaßstab bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander; soweit möglich, sind die Leistungen mit Angaben für den zur Leistungserbringung erforderlichen Zeitaufwand des Vertragsarztes zu versehen ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Die Leistungen sind entsprechend der in [§ 73 Abs. 1 SGB V](#) festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung bis zum 31. März 2000 in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern mit der Maßgabe, dass, unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen, Leistungen der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten und Leistungen der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen; die Leistungen der fachärztlichen Versorgung sind in der Weise zu gliedern, dass den einzelnen Facharztgruppen die von ihnen ausschließlich abrechenbaren Leistungen zugeordnet werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 5 SGB V](#)). Bei der Bestimmung der Arztgruppen nach Satz 5 ist der Versorgungsauftrag der jeweiligen Arztgruppe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu Grunde zu legen ([§ 87 Abs. 2a Satz 6 SGB V](#)). Die Regelungen nach den Sätzen 1, 2, 5, 6 und 9 sind erstmalig bis zum 30. Juni 2004 zu treffen ([§ 87 Abs. 2a Satz 10 SGB V](#)).

Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM in [§ 87 Abs. 2 SGB V](#) genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts. Trotz der Grundrechtsrelevanz ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)) ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt. Der EBM dient bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten ([§ 70 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen ([§ 70 Abs. 1 Satz 2, § 72 Abs. 2 SGB V](#)). Zugleich muss der EBM aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl. BSG, Urteil vom 9. Dezember 2004, Az: [B 6 KA 44/03 R](#), aaO., juris Rdnr. 74). Der Bewertungsausschuss des EBM hat eine weitgehende Gestaltungsfreiheit bei der Regelung der Vergütungstatbestände. Er hat im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität der Vergütungsordnung schematisierende und typisierende Regelungen zu treffen. Er darf zur Qualitätssicherung die Abrechenbarkeit von Leistungen auch an qualitätssichernde Begleitmaßnahmen binden. Durch solche Vergütungsausschlüsse ist [Art. 12 Abs. 1 GG](#) nicht verletzt. Wenn nicht der Kernbereich der beruflichen Tätigkeit, sondern nur Leistungen betroffen sind, die für das Fachgebiet weder wesentlich noch prägend sind, handelt es sich nicht um eine Regelung in dem Bereich der Berufswahl, sondern lediglich in dem der Berufsausübung und ohne Statusrelevanz. Diese ist bei einer Abwägung zwischen der Eingriffsintensität und den der Qualifikationsanforderung zu Grunde liegenden Gemeinwohlbelangen - dem Gesundheitsschutz - von vernünftigen Erwägungen des Gemeinwohls gedeckt (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2004, Az: [B 6 KA 82/03 R](#), [SozR 4-5533 Nr. 653 Nr. 1](#), juris Rdnr. 20 f.).

Die vom Kläger begehrten Leistungen sind für sein Fachgebiet weder wesentlich noch prägend. Hinzu kommt, dass der Kläger, wie bereits ausgeführt, weiterhin onkologische Leistungen abrechnen kann.

Im Ergebnis war die Klage daher insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12