

S 12 KA 1023/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 1023/06

Datum
06.06.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-

Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Nach § 25 Abs. 7 Satz 2 Nr. 2 Satz 1 BMV-Ä/§ 27 Abs. 7 Satz 2 Nr. 2 Satz 1 EKV-Ä erfolgt die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Darüber hinausgehende Beratungsleistungen sind damit ausgeschlossen. Ein Krankenhausarzt kann deshalb nicht zur Erbringung der Leistung nach Nr. 08220 EBM 2005 (Beratung, Erörterung und/oder Abklärung mit einer Dauer von mindestens 10 Minuten) ermächtigt werden.

1. Der Beschluss des Beklagten vom 16.08.2006 wird insoweit aufgehoben, als der Beigeladene zu 1) zur Leistungserbringung gemäß Nr. 08220 EBM 2005 mit dem Zusatz "Die Nrn. 08220 EBM 2005 kann lediglich bei gesicherten Karzinompatienten abgerechnet werden" ermächtigt wurde.

2. Der Beklagte wird verpflichtet, den Widerspruch der Beigeladenen zu 1) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

3. Der Beklagte hat der Klägerin die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten und die Gerichtskosten zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Umfang der Ermächtigung des Beigeladenen zu 1) und hierbei insbesondere um die Frage, ob dem Beigeladenen zu 1) als Krankenhausarzt auch die Abrechnung der Gebührenziffer 08220 EBM 2005 - Beratung, Erörterung und/oder Abklärung mit einer Dauer von mindestens 10 Minuten - zugebilligt werden darf.

Die Klägerin ist eine Kassenärztliche Vereinigung nach [§ 77 Abs. 1 SGB V](#). Der Beigeladene zu 1) ist Facharzt für Frauenheilkunde. Er ist Direktor der Frauenklinik am Klinikum A-Stadt, Kreis A-Stadt. Er war zuletzt mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 25.02.2003 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, befristet bis zum 31.03.2007, ermächtigt worden.

Seinen Antrag auf Erweiterung der Ermächtigung Verlängerungsantrag erweiterte der Beigeladene zu 1) unter Datum vom 02.02.2005.

Die Klägerin befürwortete den Antrag in eingeschränktem Umfang mit Schreiben vom 21.03.2005. Ihrer Ansicht nach könnten u. a. die Nrn. 17 und 18 EBM 1996 nicht aufgenommen werden.

Der Zulassungsausschuss fasste mit Beschluss vom 26.04.2005 die bis zum 31.05.2007 befristete Ermächtigung neu. Er ermächtigte den Beigeladenen zu 1) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung unter Abweisung des Antrags im Übrigen für folgende Leistungen: 1. konsiliarische Beratung eines Frauenarztes in der Behandlung auf namentliche Überweisung, abzurechnen nach den Nrn. 01310, 01311, 01312, 01600, 01601, 01602, 01780, 02100, 02300, 02302, 02340, 02341, 02344 und 08220 EBM 2005. Die Nrn. 02340 und 02341 EBM 2005 sind eingeschränkt auf die Ascitespunktion. 40120, 40122, 40142 und 40144 EBM 2005.

Hiergegen legte die Klägerin am 17.06.2005 Widerspruch ein. Sie trug vor, die Ermächtigung für die Beratungsleistung nach Nr. 08220 EBM 2005 sei unzulässig. Hierfür bestעה kein Bedarf im überversorgten Planungsbereich.

Mit Beschluss vom 16.08.2006, ausgefertigt am 25.10., fasste der Beklagte die Ermächtigung neu, jetzt befristet bis zum 31.12.2007, indem der die Nrn. 08220 EBM 2005 auf die Abrechnung bei gesicherten Karzinompatienten beschränkte. Die Ermächtigung umfasste danach

folgende Leistungen:

Konsiliarische Beratung eines Frauenarztes in der Behandlung auf namentliche Überweisung, abzurechnen nach den Nrn. 01310, 01311, 01312, 01600, 01601, 01602, 01780, 02100, 02300, 02302, 02340, 02341, 02344 und 08220 EBM 2005. Die Nrn. 02340 und 02341 EBM 2005 sind eingeschränkt auf die Ascitespunktion. Die Nrn. 08220 EBM 2005 kann lediglich bei gesicherten Karzinompatienten abgerechnet werden.

Zur Begründung führte er aus, grundsätzlich sei die ausführliche Beratung und Patientenführung Aufgabe der niedergelassenen Ärzte. In besonderen Situationen sei es allerdings erforderlich, auch ermächtigten Ärzten eine Beratung zu ermöglichen. Dies sei insbesondere dann der Fall, wenn diese ausführlicheren Patientengespräche nach Lage des Falles unabdingbar seien. Nach der Darstellung des Beigeladenen zu 1) handele es sich um Patientinnen mit gesicherten Karzinomen. Nach Auffassung insbesondere auch der ärztlichen Beisitzer sei es bei der genannten Patientengruppe unabweisbar, dass der eingeschaltete ermächtigte Arzt im Einzelfall die Möglichkeit haben müsse, nach der entsprechenden von ihm vorgenommenen Diagnose unmittelbar in eine gegebenenfalls auch ausführliche Beratung der betroffenen Patienten eintreten zu können. Den Patienten könne nach erfolgter Diagnose nicht zugemutet werden, zunächst wieder an den behandelnden oder überweisenden Vertragsarzt verwiesen zu werden, um von diesem im Einzelfall erforderliche Beratung zu erhalten. Darüber hinaus sei zu beachten, dass gerade in Fällen der vorliegenden Art der aufgrund seiner besonderen Kenntnisse und Erfahrungen eingeschaltete ermächtigte Arzt zu weitergehenden Informationen und Beratungen in der Lage sei, als sie von den überweisenden Ärzten geleistet werden könnten.

Hiergegen hat die Klägerin am 23.11.2006 die Klage erhoben. Die Klage richtet sie gegen die Nr. 08220 EBM 2005.

Ergänzend zu ihrem Vorbringen im Verwaltungsverfahren trägt sie vor, es fehle für die strittigen Leistungen an einem Bedarf und damit an einer Ermächtigungsgrundlage. Auch Patienten mit Karzinomerkrankungen seien zuvor bereits von einem niedergelassenen Arzt untersucht worden. Dieser Arzt müsse den Patienten nach Vorstellung bei dem ermächtigten Arzt, dem auch nicht alle Befunde vorlägen, beraten und den weiteren Therapieplan erstellen können. Die Ermächtigung sei auch nicht auf schwerwiegende Patienten mit Karzinomerkrankungen beschränkt. Die Begründung für den Ermächtigungsumfang widerspreche der Überweisung zur Konsiliaruntersuchung, die auf diagnostische Leistungen beschränkt sei. Sein Ermessen könne der Beklagte nur innerhalb des gesetzlichen Rahmens ausüben.

Die Klägerin beantragt,
den Beschluss des Beklagten vom 16.08.2006 insoweit aufzuheben, als der Beigeladene zu 1) zur Leistungserbringung gemäß Nr. 08220 EBM 2005 mit dem Zusatz "Die Nrn. 08220 EBM 2005 kann lediglich bei gesicherten Karzinompatienten abgerechnet werden" ermächtigt wurde, und den Beklagten zu verpflichten, ihren Widerspruch insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er trägt vor, es entspreche nicht der Lebenswirklichkeit, dass ein zur Erbringung spezieller Behandlungs- und Untersuchungsmethoden konsiliarisch eingeschalteter Krankenhausarzt sich stets lediglich darauf beschränken könne, die in der Überweisung exakt definierten diagnostischen Leistungen zu erbringen, im Übrigen aber den Patienten mit den Resultaten dieser Diagnostik allein lasse und ihn für die weitere Beratung an den niedergelassenen Arzt verweise. Vielmehr seien Fallgestaltungen möglich, in denen ausführlichere Patientengespräche auch mit dem Krankenhausarzt, der lediglich für die Erteilung konsiliarischen Rats und zur Erbringung einzelner spezieller diagnostischer Leistungen ermächtigt sei, unabdingbar seien. Aufgrund der Darstellung des Beigeladenen zu 1) im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor ihm sei er zu dem Ergebnis gelangt, dass im Falle der Behandlung von gesicherten Karzinompatientinnen eine derartige Ausnahmesituation angenommen werden müsse. Gerade den Karzinompatientinnen könne nach erfolgter Diagnose nicht zugemutet werden, zunächst wieder an den behandelnden überweisenden Vertragsarzt verwiesen zu werden, um von diesem die im Einzelfall erforderliche Beratung zu erhalten. Die Problematik der beschriebenen Fallgestaltung bei gesicherten Karzinompatientinnen mache es ausnahmsweise erforderlich, abweichend von der grundsätzlichen Regelung auch einem ermächtigten Krankenhausarzt die Erbringung der streitbefangenen Beratungsleistung zuzubilligen. Dies gelte umso mehr, als der Beigeladene zu 1) auch über besondere Kenntnisse hinsichtlich der weiteren Behandlungsmöglichkeiten verfüge. Er könne somit im Einzelfall eine qualifiziertere Beratung anbieten als der überweisende Arzt. Der Beigeladene zu 1) habe dargelegt, dass Überweisungen zur konsiliarischen Beratung regelmäßig bei Karzinompatientinnen deshalb erfolgten, um eine zweite Meinung einzuholen und eine Entscheidung darüber vorzubereiten, ob eine Operation sinnvoll und erforderlich sei. Es liege auf der Hand, dass ein derartiger Klärungsprozess mit der betroffenen Patientin einen erheblichen Zeitbedarf habe. Auch könne die diagnostische Aufbereitung des Falles nicht trennscharf von der Beratung im Einzelfall unterschieden werden. Vielmehr sei davon auszugehen, dass im Rahmen der Einholung der zweiten Meinung auch ein Abwägungsprozess stattzufinden habe, bei dem Diagnose und Beratung untrennbar miteinander verwoben seien. Soweit die Klägerin sich auf § 24 Abs. 7 S. 2 Nr. 2 BMV-Ä berufe, sei es nachvollziehbar, dass die erteilte Ermächtigung formal möglicherweise nicht im Einklang mit dieser Vorschrift stehe. Da er aber der Auffassung sei, dass dem Beigeladenen zu 1) materiell die Möglichkeit zur Erbringung der Beratungsleistung eingeräumt werden müsse, müsste er in diesem Fall bei einer Neubescheidung möglicherweise zu dem Mittel greifen, in geeigneten Fällen auch eine Mitbehandlung durch den Beigeladenen zu 1) zu gestatten. Auch wäre die Frage zu stellen, ob bei den hier in Rede stehenden Erkrankungen die zweite Meinung über die Notwendigkeit eines operativen Eingriffs überhaupt mit dem Mittel der Einholung konsiliarischen Rats durch den überweisenden Arzt ermittelt werden könne. Die Klägerin würde im Falle der angedeuteten Ermächtigung zur Mitbehandlung das von ihr materiell verfolgte Klageziel im Ergebnis ebenfalls nicht erreichen. Die Zubilligung der Gebührensnummer 08220 EBM 2005 sei ferner im Rahmen seines Beurteilungsermessens erfolgt. Bei einer Vorgehensweise der Krankenhausärzte, wie sie von der Klägerin im Rahmen ihrer Klage gefordert werde, dürfte der eingeschaltete Krankenhausarzt auf Grund der Überweisung keine weiterführende Diagnostik bzw. Abklärung betreiben. Die Ergebnisse dieser Arbeit dürfte er dem anwesenden Patienten nicht mitteilen. Vielmehr wäre er gezwungen, den Patienten darauf zu verweisen, die Ergebnisse der Diagnostik von dem behandelnden überweisenden Arzt mitgeteilt und erklärt zu bekommen. Gleiches gelte für Beratungsleistungen, die sich aus dieser Diagnostik bzw. Abklärung ergeben. Dass eine solche Vorgehensweise gerade bei schwer wiegenden Erkrankungen gegenüber mündigen Patienten nicht praktiziert werden könne, dürfte auf der Hand liegen. Es sei davon auszugehen, dass heutzutage von Patienten gefordert werde, sich mit ihrer Erkrankung, insbesondere wenn sie schwerwiegend und lebensbedrohend sei, auseinander zu setzen und selbst im Rahmen ihrer Möglichkeit an der Genesung, sofern diese

möglich sei, mitzuwirken. Dies schließe aus, den Patienten nach erfolgter Diagnostik bewusst und zwangsläufig bis zur Vorstellung beim überweisenden niedergelassenen Arzt in Unkenntnis über das Ergebnis der Diagnostik und der daraus folgenden Konsequenzen zu halten. In der streitbefangenen Gebührensiffer seien "Beratung, Erörterung und/oder Abklärung" zusammengefasst. Es erscheint durchaus auch möglich, dass bereits die "Abklärung" im Rahmen der Diagnostik erfolge und eine Zeitdauer von mehr als 10 Minuten in Anspruch nehme.

Der Beigeladene zu 1) trägt vor, er bekomme hauptsächlich Patientinnen mit komplexen Krankengeschichten zugewiesen. Hier gehe es um Tumorsuche, Initiierung weiterer Diagnostik, Besprechung derselben und Festlegung weiterer Chemotherapie inklusive komplexer Aufklärung der entsprechenden Nebenwirkungen. Die Gespräche seien sehr zeitaufwändig. Diese Leistung werde von der Komplexgebühr nicht abgebildet. Er schließe sich dem Vorbringen des Beklagten an.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt und sich mit Ausnahme des Beigeladenen zu 1) nicht zum Verfahren geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 24.11.2006 die Beiladung ausgesprochen.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten sowie der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#) -). Die Kammer konnte trotz Abwesenheit der Beigeladenen verhandeln und entscheiden, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([§ 110 Abs. 1 SGG](#)).

Der Beschluss des Beklagten vom 16.08.2006 ist insoweit rechtswidrig und war insoweit aufzuheben, als der Beigeladene zu 1) zur Leistungserbringung gemäß Nr. 08220 EBM 2005 mit dem Zusatz "Die Nrn. 08220 EBM 2005 kann lediglich bei gesicherten Karzinompatienten abgerechnet werden" ermächtigt wurde. Die Klägerin hat einen Anspruch darauf, dass der Beklagte ihren Widerspruch vom 17.06.2005 insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu bescheidet.

Der Beschluss des Beklagten vom 16.08.2006 ist im Umfang der Anfechtung rechtswidrig.

Nach [§ 116 SGB V](#), § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV kann der Zulassungsausschuss mit Zustimmung des Krankenhausträgers einen Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit und solange deren ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Der in dieser Formulierung zum Ausdruck kommende Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte gilt für den gesamten Bereich der ambulanten Krankenversorgung und mithin auch für diagnostische Leistungen auf Überweisungen von denjenigen Ärzten, die die Patienten unmittelbar behandeln. Nicht nur die eigenverantwortliche ambulante Behandlung, sondern auch die Beratung und Unterstützung eines anderen Vertragsarztes bei dessen Behandlung obliegen in erster Linie den entsprechend weitergebildeten und qualifizierten Vertragsärzten. Die Erteilung einer Ermächtigung setzt einen quantitativ-allgemeinen oder einen qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf voraus, bei dessen Überprüfung die Zulassungsgremien über einen nur eingeschränkt zugänglichen Beurteilungsspielraum verfügen. Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf liegt vor, wenn in einem Planungsbereich in einer Arztgruppe zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken. Das Vorliegen eines qualitativ-speziellen Bedarfs setzt voraus, dass ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen anbietet, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw. nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden (vgl. BSG, Urte. v. 30.01.2002, Az: [B 6 KA 12/01 R](#), [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#) = [MedR 2002, 52](#) = KRS 02. = USK 2002-89, zitiert nach juris, Rdnr. 18 ff. m. w. N.). Die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen eines Krankenhausarztes reichen für sich allein nicht aus, um eine Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung zu rechtfertigen. Für die vertragsärztliche Versorgung können diese speziellen Kenntnisse und Erfahrungen erst von Bedeutung sein, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen. Es muss sich dabei um Leistungen handeln, die im Rahmen einer ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung benötigt und von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend angeboten werden (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2001, Az: [B 6 KA 39/00 R](#), KRS 01.083 USK 2001-166, zitiert nach juris Rdnr. 18 m. w. N.). Maßstab für die Bedarfsprüfung ist grundsätzlich der Planungsbereich.

Die gerichtliche Kontrolle des Beurteilungsspielraums hinsichtlich der Bedarfsprüfung durch den Beklagten beschränkt sich auf die Prüfung, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Zulassungsgremien die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet haben, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Diese eingeschränkte Überprüfungsbefugnis der Gerichte beruht im wesentlichen darauf, dass die ortsnahen fachkundigen Zulassungsinstanzen nur ungefähr entscheiden können, ob und inwieweit die bereits niedergelassenen Ärzte eine qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten, da zur Beantwortung dieser Frage eine Vielzahl von Faktoren in die Entscheidung einzubeziehen ist. Entscheidungen der Zulassungsgremien sind daher hinzunehmen, wenn sie sich im Rahmen der Beurteilungsermächtigung halten (vgl. BSG, Urteil vom 12. September 2001, Az: [B 6 KA 86/00 R](#), aaO., juris Rdnr. 19 m. w. N.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen ist die Entscheidung des Beklagten rechtswidrig.

Die Nr. 08220 EBM 2005 - Beratung, Erörterung und/oder Abklärung mit einer Dauer von mindestens 10 Minuten -, 235 Punkte kann vom Beigeladenen zu 1) nicht abgerechnet werden. Soweit der Beigeladene zu 1) zur konsiliarischen Beratung eines Frauenarztes ermächtigt wird, obliegt dem überweisenden Frauenarzt die Beratung des Patienten. Die konsiliarische Beratung gilt in erster Linie ihm und seiner Behandlung. Die Notwendigkeit einer weiteren Beratung durch den Beigeladenen zu 1) ist nicht ersichtlich. Hierzu ist der überweisende Arzt fachlich und quantitativ in der Lage. Soweit es um die bloße Mitteilung der Untersuchungsergebnisse geht, ist dies insofern mit der Vergütung für die Untersuchungsleistungen mit abgegolten, als der EBM 2005 keine besonderen Leistungsziffern vorsieht. Die Kammer erkennt dabei nicht das mögliche Interesse des Patienten, sich auch von dem ermächtigten Krankenhausarzt beraten zu lassen. Ein solches

Interesse ist aber nicht auf Karzinompatienten beschränkt. Aufgrund der Nachrangigkeit der Behandlungstätigkeit der ermächtigten Ärzte nach [§ 116 SGB V](#) ist der Ermächtigungsumfang nach geltendem Recht auf das Notwendige zu beschränken.

Der Beklagte ist ferner an die Bundesmantelverträge gebunden. Nach § 25 Abs. 7 Satz 2 Nr. 2 Satz 1 BMV-Ä/§ 27 Abs. 7 Satz 2 Nr. 2 Satz 1 EKV-Ä erfolgt die Überweisung zur Konsiliaruntersuchung ausschließlich zur Erbringung diagnostischer Leistungen. Darüber hinausgehende Beratungsleistungen sind damit ausgeschlossen. Auch aus diesem Grund kann der Beigeladene zu 1) nicht auch zur Erbringung der Leistung nach Nr. 08220 EBM 2005 ermächtigt werden.

Im Ergebnis war der Klage daher stattzugeben.

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

Die Beigeladenen haben keinen Kostenerstattungsanspruch.

Die außergerichtlichen Kosten eines Beigeladenen sind nur erstattungsfähig, wenn sie das Gericht aus Billigkeit der unterliegenden Partei oder der Staatskasse auferlegt ([§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)). Von dieser Möglichkeit ist Gebrauch zu machen, wenn der Beigeladene erfolgreich Anträge gestellt hat, wenn er allein oder mit anderen Beteiligten gesiegt hat oder das Verfahren wesentlich gefördert hat (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 8. Aufl. 2004, § 197a, Rdnr. 29). Zu berücksichtigen ist, ob der Beigeladene sich während des Verfahrens geäußert und auch Anträge gestellt hat (vgl. BSG, Urt. v. 14.11.2002 – [B 13 RJ 19/01 R](#) – [SozR 3-5795 § 10d Nr. 1](#), zitiert nach juris Rdnr. 44).

Die Beigeladenen haben keinen Klageabweisungsantrag gestellt. Von daher besteht für sie kein Kostenerstattungsanspruch.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2007-10-12