

S 12 KA 90/07

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 90/07

Datum

21.11.2007

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 3/08

Datum

29.04.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Tätigkeit bei einem Badearzt erfüllt nicht die Voraussetzungen zur Abrechnung der Nr. 01611 EBM 2005 (Verordnung von Rehabilitationsleistungen).

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Sie hat auch die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Genehmigung zur Verordnung medizinischer Rehabilitation nach Nr. 01611 EBM 2005 für die Quartale ab II/05 ff.

Die Klägerin ist als Fachärztin für Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung Psychotherapie und mit Praxissitz in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Am 21.04.2005 beantragte sie die Genehmigung zur Verordnung medizinischer Rehabilitation nach Nr. 01611 EBM 2005.

Mit Schreiben vom 17.05.2005 wies die Beklagte auf die Rehabilitations-Richtlinien hin. Das vorgelegte Zeugnis der Mutter der Klägerin bzgl. der Mitarbeit in deren allgemeinärztlicher Praxis könne nicht als Qualifikationsnachweis anerkannt werden. Innerhalb der Übergangsfrist bis zum 31.03.2006 könne sie die notwendige Qualifikation noch nachweisen.

Die Klägerin trug weiter vor, die Tätigkeit in der badeärztlichen Praxis ihrer Mutter erfülle die Voraussetzungen. Eine Badeärztin habe die Aufgabe, ambulante Rehabilitationsaufgaben in die Wege zu leiten, insofern sei sie den Ärzten in stationären Kurkliniken gleichgestellt.

Mit Bescheid vom 08.07.2005 lehnte die Beklagte die Genehmigung unter Hinweis auf die Rehabilitations-Richtlinien ab.

Hiergegen legte die Klägerin am 09.08.2005 Widerspruch ein. Zur Begründung trug sie weiter vor, die Rehabilitationsrichtlinien definierten nicht, was eine ambulante Reha-Einrichtung sei. Für die Ablehnung fehle es an einer Rechtsgrundlage. Ihre berufliche Tätigkeit werde eingeschränkt. Die Beklagte verstoße gegen den Gleichbehandlungsgrundsatz.

Mit Widerspruchsbescheid vom 21.02.2007, zugestellt am 27.02., wies die Beklagte den Widerspruch zurück. In der Begründung führte sie aus, die allgemeinmedizinische Praxis ihrer Mutter könne weder als "stationäre" noch als "ambulante Rehabilitationseinrichtung" angesehen werden. Eine ambulante Rehabilitationseinrichtung unterscheide sich von der in [§ 107 Abs. 2 Nr. 1b SGB V](#) definierten stationären Rehabilitationseinrichtung dadurch, dass der Patient sich nur für die Behandlung/Anwendung sich dort aufhalte. Die Ziele der Behandlung und Leistungen seien jedoch identisch. Ambulante Reha-Leistungen seien Komplexleistungen aus unterschiedlichen, aber zusammengefassten medizinischen Einzelmaßnahmen (z. B. Arzneimittel, Heilmittel, Psychotherapie). In einer allgemeinmedizinischen Praxis würden nicht vorwiegend Heilmittel angewandt, sondern hausärztliche Leistungen erbracht werden. Der Schwerpunkt der Tätigkeit müsse in der Anwendung von Heilmitteln liegen. Fraglich sei auch, ob die Tätigkeit der Klägerin im Bereich der Rehabilitation gewesen sei. Der überwiegende Teil der Arbeit habe andere als badeärztliche Tätigkeiten umfasst. Der Reha-Begriff habe sich auch gewandelt. Reha- und Vorsorgeleistungen seien zu unterscheiden. Die Zeugnisse ließen keine eindeutige Zuordnung zu. Es seien auch Kenntnisse in ICF-Klassifikationen erforderlich. Die ICF-Klassifikation sei erst im Jahr 2001 eingeführt worden, die Vorläuferbegriffe der ICDH erst Mitte der

90er Jahre. Die Kenntnisse hätten daher in den davor liegenden Zeiträumen nicht erworben werden können. Die Reha-Richtlinien seien auslegungsfähig und reichten als Rechtsgrundlage aus.

Hiergegen hat die Klägerin am 21.03.2007 die Klage erhoben. Zur Begründung verweist sie auf ihr Widerspruchsvorbringen. Sie trägt ergänzend vor, eine Beschränkung bedürfe einer gesetzlichen Grundlage, die bestimmt sein müsse. Die Beklagte argumentiere mit Hilferwägungen. Unter Rehabilitation sei die Behandlung und Nachbehandlung einer bereits eingetretenen Krankheit zu verstehen. Dies könne in einer Einrichtung durchgeführt werden. Die Beklagte sei beweispflichtig, da diese sie in ihrer beruflichen Tätigkeit beschränke. Den Begriff des Badesarztes habe es seinerzeit nicht gegeben. Es gehe allein darum, ob bestimmte Fertigkeiten erlernt worden seien.

Die Klägerin beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 08.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Genehmigung zur Verordnung medizinischer Rehabilitation nach Nr. 01611 EBM 2005 zu erteilen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid. Die Klägerin erfülle nicht die Genehmigungsvoraussetzungen. Die Ablehnung sei rechtmäßig und verstoße deshalb nicht gegen [Art. 12 GG](#). Nachweispflichtig sei nach der Rehabilitationsrichtlinie die Klägerin. Die Rehabilitationsrichtlinie verweise auf das SGB V. Der Rückgriff auf [§ 107 SGB V](#) sei keine bloße Hilferwägung. Ambulante Rehabilitationseinrichtungen seien nur gegeben, wenn auch die für vollstationäre Einrichtungen maßgeblichen personellen und fachlichen Voraussetzungen des [§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#) vorlägen. Es müsse ein ganzheitliches Konzept vorliegen. Die inhaltlichen Voraussetzungen würden durch die Badarztpraxis der Mutter der Klägerin nicht erfüllt werden. Aus den Zeugnissen gingen die typischen Tätigkeiten einer allgemeinmedizinischen Praxis hervor.

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 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 –](#)).

Die zulässige Klage ist unbegründet.

Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 08.07.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.02.2007 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Genehmigung zur Verordnung medizinischer Rehabilitation nach Nr. 01611 EBM 2005.

Die von der Klägerin begehrte und mit 810 Punkten bewertete Leistung nach Nr. 01611 EBM 2005 beinhaltet die "Verordnung von medizinischer Rehabilitation unter Verwendung des Vordrucks Muster 61 gemäß Anlage 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) nach [§ 92 Abs. 1 SGB V](#)".

Nach der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation gemäß den Rehabilitations-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses, in Kraft seit 01.03.2005, Bekanntmachung im Deutschen Ärzteblatt Nr. 8 v. 25.02.2005, Seite A-530, (im Folgenden: Vb) besteht eine Genehmigungspflicht. Die Ausführung und Abrechnung der Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ist erst nach Erteilung der Genehmigung durch die Kassenärztliche Vereinigung zulässig. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn der Arzt die Qualifikationsvoraussetzungen gemäß [§ 11](#) der Rehabilitations-Richtlinien erfüllt und nachweist ([§ 2 Vb](#)). Der Arzt hat die Erfüllung der in [§ 2](#) genannten Voraussetzungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen ([§ 3 Abs. 1 Satz 1 Vb](#)).

Nach [§ 11 Abs. 1](#) der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinien) vom 16. März 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004; Nr. 63 S. 6769, zuletzt geändert am 21. Februar 2006, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006; S. 2219, in Kraft getreten am 30. März 2006 erfordern die Beratung über und die Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation unter anderem spezielle Kenntnisse in der Anwendung der ICF. Aus diesem Grunde sind nur solche Vertragsärzte verordnungsberechtigt, die über eine entsprechende rehabilitationsmedizinische Qualifikation verfügen und eine entsprechende Genehmigung besitzen. Die Kassenärztliche Vereinigung prüft die Qualifikation des Vertragsarztes zur Verordnung von Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Die Genehmigung ist zu erteilen, wenn die Voraussetzungen des Absatzes 2 vorliegen. Die Kassenärztliche Vereinigung unterrichtet die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen auf Landesebene über die verordnungsberechtigten Ärzte.

Die Genehmigung wird nach [§ 11 Abs. 2](#) Rehabilitations-Richtlinien, der insoweit weitgehend mit [§ 4 Vb](#) übereinstimmt, erteilt, wenn der Vertragsarzt: - die Gebietsbezeichnung "Physikalische und Rehabilitative Medizin" besitzt oder - über die Zusatzbezeichnungen "Sozialmedizin" oder "Rehabilitationswesen" oder über die fakultative Weiterbildung "Klinische Geriatrie" verfügt oder - eine mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachweist oder - im Jahr vor Erteilung der Genehmigung mind. 20 Rehabilitationsgutachten auch für andere Sozialleistungsträger (insbesondere Rentenversicherung) erstellt hat oder - an einer Fortbildung von 16 Stunden mit Erfolg teilgenommen hat, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) und den Spitzenverbänden der Krankenkassen anerkannt ist. Gegenstand dieser Fortbildung sind die Handhabung dieser Richtlinien, insbesondere Grundlagen der ICF und Inhalte der verordnungsfähigen Leistungen der Rehabilitation. Die Inhalte der Fortbildung sind in einem Curriculum vorzugeben, auf das sich die Partner dieser Richtlinien verständigen.

Diese Voraussetzungen erfüllt die Klägerin nicht.

Einzig in Betracht kommt die Möglichkeit, eine mindestens 1-jährige Tätigkeit in einer stationären oder ambulanten Rehabilitationseinrichtung nachzuweisen. Einen solchen Nachweis hat die Klägerin aber nicht erbracht. Die auch über einjährige Tätigkeit in der allgemeinärztlichen Praxis ihrer Mutter, der Frau Dr. I. A. vom 15.08.1987 bis 15.02.1988 als Weiterbildungsassistentin und vom 01.01.1991 bis 31.03.1992 als Assistenzärztin genügt diesen Anforderungen nicht. Bei einer allgemeinärztlichen Praxis einer Vertragsärztin handelt es sich, auch wenn diese als Badeärztin tätig ist, nicht um eine ambulante Rehabilitationseinrichtung i. S. des § 11 Abs. 2 Rehabilitations-Richtlinien.

Eine ambulante Rehabilitationseinrichtung ist eine Einrichtung, die ambulante Rehabilitationsleistungen erbringt. Damit sind Leistungen nach [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6, 40 SGB V](#) gemeint.

Reicht bei Versicherten eine ambulante Krankenbehandlung nicht aus, um die in [§ 11 Abs. 2 SGB V](#) beschriebenen Ziele zu erreichen, kann die Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderliche ambulante Rehabilitationsleistungen in Rehabilitationseinrichtungen, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht, oder, soweit dies für eine bedarfsgerechte, leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten mit medizinischen Leistungen ambulanter Rehabilitation erforderlich ist, in wohnortnahen Einrichtungen erbringen ([§ 40 Abs. 1 SGB V](#)).

Die ambulanten Leistungen zur medizinischen Rehabilitation werden in Rehabilitationseinrichtungen ([§ 107 Abs. 2 SGB V](#)) erbracht, für die ein Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#) besteht. Für die allgemeinärztliche Praxis der Mutter der Klägerin bestand ein solcher Versorgungsvertrag nicht. Bereits von daher fehlt es an den Genehmigungsvoraussetzungen.

Es kann hier ferner dahinstehen, welche Regelungen seinerzeit galten. Die Rehabilitations-Richtlinien greifen jedenfalls die Regelungen des SGB V auf, so dass die Tätigkeit der Klägerin überhaupt nur dann anerkannt werden könnte, wenn die allgemeinärztliche Praxis der Mutter annähernd die Voraussetzungen einer Rehabilitationseinrichtung erfüllt hätte. Solche Rehabilitationseinrichtungen müssen auch im ambulanten Rehabilitationsbereich nach [§ 111 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) i. V. m. [§ 107 Abs. 2 SGB V](#) u. a. fachlich-medizinisch unter ständiger ärztlicher Verantwortung und unter Mitwirkung von besonders geschultem Personal darauf eingerichtet sein, den Gesundheitszustand der Patienten nach einem ärztlichen Behandlungsplan vorwiegend durch Anwendung von Heilmitteln einschließlich Krankengymnastik, Bewegungstherapie, Sprachtherapie oder Arbeits- und Beschäftigungstherapie, ferner durch andere geeignete Hilfen, auch durch geistige und seelische Einwirkungen, zu verbessern und den Patienten bei der Entwicklung eigener Abwehr- und Heilungskräfte zu helfen ([§ 107 Abs. 2 Nr. 2 SGB V](#); vgl. BSG, Urt. v. 01.09.2005 - [B 3 KR 3/04 R](#) - juris Rdnr. 23 - [SozR 4-2500 § 40 Nr. 2](#) = [NZS 2006, 485](#); Wiemers in: jurisPK-SGB V, § 40, Rdnr. 23). Eine ärztliche Praxis, die auf Kranken- und nicht Rehabilitationsbehandlung ausgerichtet ist, erfüllt diese Voraussetzungen nicht. Gegenteiliges wird von der Klägerin nicht dargelegt.

Die kurärztlichen Leistungen als Badearzt umfassten demgegenüber ein wesentlich anderes Leistungsspektrum. Der Kurarzt oder Badearzt hat durch verschiedene Spezialisierungen und Fachkurse seine Kenntnisse der Klimatologie und Balneologie erlangt und diese in mindestens einem Jahr praktischer Arbeit am Kurort gefestigt. Er kann seine Kenntnisse theoretisch sowie praktisch anwenden und damit den einzelnen Patienten gezielt betreuen. So kennt er sich vor allem mit den ortsspezifischen Kurmitteln aus und kann diese dank seiner Kenntnisse auf das Krankheitsbild der Patienten anwenden. Er erstellt den individuellen Kurplan und betreut die Patienten während des Kuraufenthaltes. Damit ist er aber noch keine rehabilitative Einrichtung.

So umfasst nach § 3 des zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Bundesverbänden der Primärkassen geschlossenen Kurarztvertrag (Deutsches Ärzteblatt 98, Ausgabe 10 vom 09.03.2001, Seite A-640 / B-537/C-513, zitiert nach [www.aerzteblatt.de/v4/archiv](#)) die Ambulante Vorsorgeleistung zur Krankheitsverhütung folgende kurärztliche Leistungen: 1. Anamneseerhebung und eingehende Untersuchung des Patienten am Anfang der Ambulanten Vorsorgeleistung, 2. Aufstellen eines schriftlichen individuellen Vorsorgeplans mit Angabe der anzuwendenden Maßnahmen unter Berücksichtigung von Anamnese und der erhobenen und mitgebrachten Befunde sowie Festlegung des Vorsorgeziels, 3. kontinuierliche Überwachung und gegebenenfalls Korrektur des Vorsorgeplans sowie regelmäßige Kontrolluntersuchungen (§ 14 Abs. 6), 4. Abschlussuntersuchung mit Beurteilung des Effektes der Ambulanten Vorsorgeleistung, 5. schriftlicher Bericht mit Angaben zu Anamnese, durchgeführten Maßnahmen, Verlauf und Effekt der Ambulanten Vorsorgeleistung sowie mit spezifischen Empfehlungen für weitere Maßnahmen am Wohnort, 6. soweit verhaltenspräventive Maßnahmen erforderlich sind und am Kurort angeboten werden, ist der Patient zur Teilnahme durch themenzentrierte Gesprächsführung zu motivieren.

Eine Ambulante Vorsorgeleistung bei bestehenden Krankheiten umfasst folgende Leistungen zusätzlich zu den in Abs. 3 enthaltenen: 1. Anamneseerhebung und eingehende Untersuchung unter Berücksichtigung der vorliegenden Befunde über die somatischen und psychischen Schädigungen, 2. Abschlussuntersuchung mit eingehender Erörterung des Effektes der Ambulanten Vorsorgeleistung mit dem Patienten sowie der weiteren Maßnahmen am Wohnort, die der Festigung des Erfolges der Ambulanten Vorsorgeleistung dienen.

Soweit Ambulante Vorsorgeleistungen in Kompaktform durchgeführt wurden, erfordern sie eine Tätigkeit des Kurarztes, die in ihrer Häufigkeit und Intensität über die ärztlichen Leistungen nach § 3 Abs. 3 und 4 hinausgehen. Dazu gehören insbesondere 1. kontinuierliche ärztliche Begleitung durch mindestens zweimal wöchentlichen Arzt-Patienten-Kontakt, 2. verhaltenspräventive Motivation des Patienten, 3. das Mitwirken des Arztes bei der Festlegung des gruppenspezifischen Behandlungsziels, 4. die regelmäßige Teilnahme an Qualitätszirkeln.

Auch aus den von der Klägerin vorgelegten Bescheinigungen wird eine rehabilitative Tätigkeit nicht ersichtlich. In der Bescheinigung vom 15.02.1988 wird lediglich u. a. auf die badeärztliche Tätigkeit (Mutter-Kind-Heim des DRK) hingewiesen, in der Bescheinigung vom 11.07.1993 auf das "Kurantragswesen".

Ein unzulässiger Eingriff in die Berufsausübungsfreiheit nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#) liegt nicht vor. Es handelt sich um eine Berufsausübungsregelung, die auf gesetzlicher Grundlage beruht. Die Rehabilitations-Richtlinien beruhen auf [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 8 SGB V](#). Danach soll der Gemeinsame Bundesausschuss insbesondere Richtlinien beschließen über die Verordnung von im Einzelfall gebotenen Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und die Beratung über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation, Leistungen zur Teilhabe am Arbeitsleben und ergänzende Leistungen zur Rehabilitation. Die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind Bestandteil der

Bundesmantelverträge ([§ 92 Abs. 8 SGB V](#)) und aufgrund der gesetzlichen Ermächtigung unmittelbar zwischen den Beteiligten geltendes Recht. Gleiches gilt für die auf [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) beruhende Vb. Solche qualitativen Anforderungen sind als Berufsausübungsregelung nur dann zu beanstanden, wenn spezialisierte Fachärzte von der Erbringung solcher Leistungen ausgeschlossen werden, die zum Kernbereich ihres Fachgebiets zählen (vgl. BSG, Urt. v. 11.10.2006 - [B 6 KA 1/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 135 Nr. 10](#) = GesR 2007, 209 = USK 2006-107, hier zitiert nach juris, Rdnr. 19). Dies ist hier nicht der Fall. Die Verordnung von Leistungen der Rehabilitation ist nicht wesentlich für die Tätigkeit der Fachärzte für Allgemeinmedizin. Im Übrigen besteht die Möglichkeit, mit einer 16 Stunden umfassenden Fortbildung die Qualifikationsanforderungen zu erfüllen. Bereits von daher sind die Qualifikationsanforderungen auch nicht unverhältnismäßig.

Die Unterschiede der Tätigkeit eines Badearztes und der Tätigkeit in einer Rehabilitationseinrichtung sind auch ein sachlicher Grund, weshalb die Tätigkeit als oder bei einem Badearzt keine ausreichende Qualifikationsvoraussetzung ist.

Im Ergebnis war die Klage daher 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

2010-11-25