S 12 KA 129/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 129/08
Datum
18.06.2008
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 64/08
Datum
04.11.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Zulassungsgremien können bei einer Ermächtigung nach § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV Umstände, die über die rein quantitative Versorgungslage hinausgehen, berücksichtigen. Bei der Ausfüllung ihres Beurteilungsspielraums können die Zulassungsgremien besondere Problematiken vor Ort berücksichtigen. Es kann berücksichtigt werden, dass Versicherte bestimmter sozialer Schichten unter Umständen niedergelassene Ärzte nicht aufsuchen und deshalb eine bei pro familia angestellte Ärztin ermächtigt wird (vgl. BSG, Urt. v. 01.07.1998 - B 6 KA 64/97 R -; LSG Hessen, Beschl. v. 30.05.2007 - L 4 KA 20/07 ER –).
1. Unter Aufhebung des Beschlusses des Beklagten vom 30.01.2008 wird der Beklagte verurteilt, die Beigeladene zu 1) über ihren Widerspruch vom 27.02.2006 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

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

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine Ermächtigung der Klägerin.

Die Klägerin ist bei der Pro Familia, Deutsche Gesellschaft für Familienplanung, Sexualpädagogik und Sexualberatung e. V., Ortsverband A-Stadt in der dortigen Beratungsstelle A-Stadt beschäftigt. Sie ist approbierte Ärztin.

Die Klägerin wurde zuletzt mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 30.11.2004 zur ärztlichen Beratung über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft, abzurechnen nach der Nummer 190 EBM 1996 - längstens bis zum Abschluss eines Vertrages gem. § 75 Abs. 9 SGB V - und zur ärztlichen Beratung über Fragen der Empfängnisregelung, abzurechnen nach den Nummern 165 und 170 EBM 1996 bis 31.12.2006 ermächtigt.

Die Klägerin beantragte am 11.08.2006 die Verlängerung ihrer Ermächtigung.

Die Beigeladene zu 1) nahm hierzu gegenüber dem Zulassungsausschuss für Ärzte unter Datum vom 24.11.2006 Stellung. Darin empfahl sie, den Antrag auf erneute Ermächtigung abzulehnen. Die Klägerin habe in den letzten vier Quartalen durchschnittlich 77 Fälle pro Quartal abgerechnet. Auch im Planungsbereich A-Stadt seien niedergelassene Vertragsärzte zur Schwangerschaftskonfliktberatung ernannt worden. Die niedergelassenen Gynäkologen im Planungsbereich erbrächten Leistungen nach den Nummern 01820 und 01821 EBM 2005 und verfügten über freie Behandlungskapazitäten. Mit Einführung des EBM 2005 hätten sich die allgemeinen Bestimmungen geändert. Es sei bisher nicht berücksichtigt worden, dass die in den Beratungsstellen eingestellten Ärztinnen/Ärzte im allgemeinen nicht über eine Facharztausbildung verfügten und somit auch die bisher in den Ermächtigungskatalogen zugestandenen ärztlichen Beratungsleistungen über die Erhaltung und den Abbruch einer Schwangerschaft, abzurechnen nach der Nummer 01900 EBM 2005, entsprechend I.1.3. der allgemeinen Bestimmungen jetzt nicht mehr per se abrechnen könnten. Die gynäkologische Versorgung werde durch die niedergelassenen Ärzte sichergestellt.

Die Klägerin trat den Ausführungen der Beigeladenen zu 1) mit Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 08.12.2006 entgegen, worauf im Einzelnen verwiesen wird.

Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen ermächtigte die Klägerin mit Beschluss vom 12.12.2006 im

Umfang der bisherigen Ermächtigung, befristet bis zum 31.12.2008, weil die von der Klägerin betreute Zielgruppe nicht ausreichend versorgt werde.

Hiergegen legte die Beigeladene zu 1) am 27.02.2007 unter Verweis auf ihre frühere Stellungnahme Widerspruch ein, weil eine Ermächtigung der Klägerin nicht erforderlich sei. Sie habe im Rahmen der Überprüfung festgestellt, dass die Klägerin die erforderliche Facharztausbildung nicht vorlegen könne. Der Klägerin fehle es deshalb an der Qualifikation. Im Übrigen bestehe keine Versorgungslücke.

Die Klägerin trug hierzu vor, die niedergelassenen Gynäkologen würden die strittigen Leistungen nicht oder nur in Einzelfällen anbieten, da die gesetzlichen Voraussetzungen für die sog. Konfliktberatung in der Regel nicht erfüllt werden würden und die meisten Praxen sich hierum nicht bemühten. Ihre Einrichtung Pro Familia erbringe die Beratungen schwerpunktmäßig in sog. sozialen Brennpunkten. Hier kämen Frauen in die Beratungsstelle, die in der Regel keine gynäkologische Facharztpraxis aufsuchten. In A Stadt erbringe sie durchschnittlich im Quartal ca. 190 Schwangerschaftskonfliktberatungen. Hinzu käme die Beratung über Fragen der Empfängnisregelung. Es handele sich um Frauen aus sozialen Brennpunkten. Auch sehr junge Frauen und Mädchen suchten die Beratung auf. Der hohe Beratungsbedarf könne in normalen Praxen nicht vorgehalten werden. Es gebe Präventionsangebote. Sie müsse in der Lage sein, Rezepte, z. B. für die "Pille danach" auszustellen. Der Nachweis einer Facharztqualifikation sei entbehrlich, da sie die Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 erbracht habe. Die von ihr beantragten Leistungen setzten eine Facharztqualifikation nicht voraus. Sie habe schon 1994 den Nachweis einer einjährigen Weiterbildung gegenüber der Beigeladenen zu 1) geführt.

Mit Beschluss vom 30.01.2008, ausgefertigt am 08.04. und zugestellt am 09.04.2008, hat der Beklagte den Widerspruch zurückgewiesen. Zur Begründung führte er aus, die Klägerin habe sich entsprechend fortgebildet und erbringe die Leistung nach Nr. 01900 EBM 2005 aufgrund mehrjähriger Ermächtigung als auch in ihrer Einrichtung, so dass nicht ersichtlich sei, warum es ihr an Kenntnissen und Erfahrungen für die Erbringung der Leistung nach Nr. 01900 EBM 2005 fehlen sollte. Damit sei davon auszugehen, dass die Klägerin grundsätzlich die notwendige persönliche Qualifikation für eine Ermächtigung zur Erbringung von Leistungen nach der Gebührenziffer 01900 EBM erbringe. Dasselbe gelte für die Leistungen gemäß den Gebührenziffern 01820 und 01821 EBM. Hierzu habe bereits das Landessozialgericht Hessen in seinem Beschluss vom 30.05.2007, L 4 KA 20/07 ER, eindeutig festgestellt, dass diese Leistungen auch von Ärzten, die nicht Fachärzte für Gynäkologie seien, abgerechnet werden könnten, sofern entsprechende Leistungen bereits vor dem 31.12.2002 durchgeführt und abgerechnet worden seien, was hier unstreitig der Fall sei. Es fehle allerdings die weitere Voraussetzung, nämlich der Bestand einer Versorgungslücke in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten. Nach dem Ergebnis der Ermittlungen der Kassenärztlichen Vereinigung sei zwischen den Beteiligten nicht strittig, dass im Planungsbereich die Leistungen gemäß den streitbefangenen Gebührenziffern 01820, 01821 und 01900 EBM in ausreichendem Maße von den niedergelassenen Fachärzten der Gynäkologie erbracht würden und dass diese Fachärzte auch über ausreichende freie Kapazitäten zur Erbringung dieser Leistungen jedenfalls in dem Umfang verfügten, in dem die Klägerin in der Vergangenheit diese Leistungen erbracht habe und künftig erbringen wolle. Damit sei eine quantitative Lücke im System der vertragsärztlichen Versorgung nicht festzustellen. Die Klägerin stelle allerdings auch darauf ab, dass eine Versorgungslücke qualitativ-spezieller Natur bestehe. Das von ihr beschriebene angestrebte Leistungsspektrum stelle nicht in erster Linie ein Angebot der medizinischen Versorgung der Versicherten dar. Die Klägerin räume selbst ein, dass die Leistungen gemäß den Gebührenziffern 01820, 01821 und 01900 EBM an sich sowohl quantitativ wie qualitativ – was die medizinische Verrichtung selbst anbetreffe - von den niedergelassenen Gynäkologen erbracht werden könnten. Lediglich die – durch unterschiedliche Ursachen bedingte – Schwellenangst der Adressatinnen dieser Leistungen müsse durch eine besondere Gestaltung der Erbringung dieser Leistung minimiert werden. Damit liege der Schwerpunkt der intendierten Tätigkeit nicht in einer Leistungsart im Sinne des § 11 Abs. 1 SGB V. Es liege auch keine Leistung im Sinne des § 73 Abs. 2 SGB V vor. Vielmehr sei festzustellen, dass der Schwerpunkt dieser Arbeit in der Überwindung der Zugangsprobleme des Klientels bestehe. Damit liege der Schwerpunkt der Leistung nicht auf medizinischem Gebiet. Es handele sich nach der Beschreibung der Klägerin um eine Tätigkeit, die überwiegend sozialarbeiterischer/sozialpädagogischer bzw. pädagogischer Natur sei und in erster Linie sozial- bzw. integrationspolitische Zielsetzungen aufweise. Ziel der Arbeit sei es in erster Linie, Hemmschwellen der potentiellen Klientinnen abzubauen, um diese damit in die Lage zu versetzen, medizinische Angebote anzunehmen. Damit befindet sich die geschilderte Arbeit im Vorfeld medizinischer Angebote, sie stelle aber nicht in erster Linie eine medizinische Tätigkeit selbst dar, die im Übrigen auch durch die niedergelassenen Ärzte erbracht werden könne. Damit erweise sich die Arbeit der Beratungsstelle und der Klägerin als die Erfüllung einer sozialpolitischen bzw. integrationspolitischen Aufgabenstellung. Die Finanzierung dieser – zweifelsfrei gesellschaftspolitisch begrüßenswerten und wichtigen – Aufgabenstellung falle aber nicht in die Kompetenz der Kassenärztlichen Vereinigung beziehungsweise der Krankenkassen. Sie könne demgemäß auch nicht aus der Gesamtvergütung der niedergelassenen Ärzteschaft finanziert werden. Dies ergebe sich gerade auch aus dem Hinweis der Klägerin, dass der von ihr praktizierte Arbeitsansatz in den Bereich des nicht in Kraft getretenen Präventionsgesetzes falle. Gerade die Tatsache, dass im Rahmen der Gesetzgebung die Schaffung eines solchen Gesetzes für erforderlich erachtet und dieses Gesetzgebungsvorhaben nach wie vor betrieben werde, zeige sehr deutlich, dass nach der bestehenden Gesetzeslage die beschriebene Aufgabenstellung, die nach dem eigenen Vortrag der Klägerin in den Regelungskreis des Präventionsgesetzes falle, nicht von den bislang bestehenden Finanzierungsstrukturen abgedeckt werde. Ergänzend sei darauf hinzuweisen, dass bezüglich der Gebührenziffern 01820 und 01821 EBM der Vortrag der Klägerin bezüglich des notwendigen Abbaus vorhandener Schwellenängste nicht schlüssig erscheine. Die Gebührenziffer 01820 EBM behandele die Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen. Die Gebührenziffer 01821 EBM habe die Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung zum Inhalt. Gegenstand beider Gebührenziffern sei nicht die Untersuchung der Patienten, diese sei vielmehr in der Gebührenziffer 01822 EBM geregelt, die nicht Gegenstand des Verfahrens sei. Danach wäre die Klägerin im Falle einer antragsgemäßen Ermächtigung nicht zur erstmaligen Verschreibung von Medikamenten berechtigt, für deren erstmalige Verschreibung eine ärztliche Untersuchung medizinisch erforderlich sei. Sie wäre bei Zuerkennung der streitbefangenen Gebührenziffern nicht in der Lage, eine erstmalige Verschreibung von empfängnisverhütenden Mitteln vorzunehmen, bei deren erstmaliger Verschreibung eine medizinische Untersuchung der Patientin vorgenommen werden müsse. Wenn aber die Klägerin darauf beschränkt wäre, lediglich Wiederholungsrezepte für die Fälle auszugeben, in denen eine medizinische Untersuchung durch einen anderen Arzt bei der Erstverschreibung des Medikaments bereits vorgenommen worden sei, könne ihr Argument, sie müsse erst Schwellenängste vor der Untersuchung durch Gynäkologen abbauen, nicht zutreffen. Da die von der Klägerin angestrebte Tätigkeit ganz überwiegend keine Tätigkeit darstelle, die im Sinne des SGB V der medizinischen Versorgung der Versicherten diene, sondern vielmehr sozialpolitischen und integrationspolitischen Zwecken, könne sie zwangsläufig auch keine Lücke in der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ausfüllen, da der Bestand einer solchen Lücke begrifflich voraussetze, dass die von der Klägerin intendierte Tätigkeit in den Aufgabenkanon vertragsärztlicher Versorgung falle.

Hiergegen hat die Klägerin am 17.04.2008 die Klage erhoben. Sie ist der Auffassung, bei der Bedarfsprüfung müssten auch die besonderen Problematiken vor Ort Einfluss in die Ermessensentscheidung finden. Das Bundessozialgericht habe bereits entschieden, dass bei der Ausfüllung des Beurteilungsspielraums auch berücksichtigt werden könne, dass Versicherte bestimmter sozialer Schichten unter Umständen niedergelassene Ärzte nicht aufsuchten. Dies sei hier der Fall. Sie betreue vorwiegend Frauen und Mädchen aus dem sozialen randständigen Bereich, die das Angebot der niedergelassenen Ärzte für den strittigen Leistungsbereich trotz ausreichender Kapazitäten nicht in Anspruch nähmen. Durch den geringen Ermächtigungsumfang seien die Interessen der niedergelassenen Ärzte nahezu nicht tangiert. Die Leistungen seien rein medizinischer Natur. Die sozialpolitischen und integrationspolitischen Zwecke seien nur Begleiterscheinungen der medizinischen Tätigkeiten. Das Hessische Sozialministerium habe im Mai 2008 auf das Vorhandensein einer zielgruppenorientierten Versorgungslücke hingewiesen, die zu schließen sei; niederschwellige Angebote seien sehr sinnvoll. Sie verfüge über die persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen und verweise insofern auf die sozialgerichtlichen Entscheidungen.

Die Klägerin beantragt,
den Beschluss des Beklagten vom 30.01.2008 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, den Widerspruch der Beigeladenen zu 1) vom 27.02.2006 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Er ist weiterhin der Auffassung, es sei weder ein quantitativ-allgemeiner noch ein qualitativ-spezieller Bedarf gegeben. Es gehe der Klägerin um die Einbettung der begehrten Leistungen in ein sozialpädagogisches Angebot, das sozial- und integrationspolitischen Zielen diene. Eine solche gesellschaftspolitische Zielsetzung sei jedoch nicht Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Ergebnis seines Abwägungsprozesses sei nicht mehr justitiabel. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts liege zehn Jahre zurück. Im Übrigen sei ein gesellschaftlicher Wandel zu verzeichnen.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie schließt sich den Ausführungen des Beklagten an und weist hinsichtlich des quantitativen Bedarfs auf eine nochmalige Bedarfsanalyse hin, die ergeben habe, dass eine ausreichende Zahl von Ärztinnen und Ärzten die strittigen Leistungen erbrächten.

Die übrigen Beteiligten haben keinen Antrag gestellt und sich zur Sache schriftsätzlich nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 18.04.2008 die Beiladung ausgesprochen.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten sowie der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz -SGG-). Sie konnte dies trotz Ausbleibens der Beigeladenen zu 7) und 8) tun, weil diese ordnungsgemäß geladen und auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind (§§ 110 Abs. 1 Satz 2, 126 SGG).

Die zulässige Klage ist begründet. Der Beschluss des Beklagten vom 30.01.2008 ist rechtswidrig und war daher aufzuheben. Der Beklagte war zu verpflichten, den Widerspruch der Beigeladenen zu 1) unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Der Beschluss des Beklagten vom 30.01.2008 ist rechtswidrig.

Die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen und die Spitzenverbände der Krankenkassen können im Bundesmantelvertrag Regelungen treffen, die über die Voraussetzungen des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV hinaus Ermächtigungen zur Erbringung bestimmter ärztlicher Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung vorsehen (§ 31 Abs. 2 Ärzte-ZV). Nach der Rechtssprechung des Bundessozialgerichts, von der abzuweichen die Kammer keine Veranlassung sieht, will die Vorschrift ihrer Zielrichtung nach es den Partnern des Bundesmantelvertrages ermöglichen, besonderen Versorgungsbedürfnissen, die sich von vorneherein einer konkreten Festlegung entziehen, Rechnung zu tragen. In dieser Auslegung erweist sich die Ermächtigungsgrundlage auch hinreichend bestimmt (vgl. BSG, Urteil vom 22.06.2006 – 6 RKa 22/93 - BSGE 74,257 = SozR 3-5540 § 5 Nr. 1, zitiert nach juris Rdnr. 30). Die Vorschrift kann nur zur Schließung von Versorgungslücken bei spezialisierten Einzelleistungen genutzt werden (vgl. BSG, Urteil vom 01.07.1998 – B 6 KA 11/98 R – SozR 3-5520 § 31 Nr. 8, juris Rdnr. 22). Nach § 5 Abs. 1 BMV-Ä/§ 9 Abs. 1 EKV-Ä können die Zulassungsausschüsse über die Ermächtigungstatbestände des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV hinaus geeignete Ärzte und in Ausnahmefällen ärztlich geleitete Einrichtungen zur Durchführung bestimmter, in einem Leistungskatalog definierter Leistungen auf der Grundlage des EBM ermächtigen, wenn dies zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erforderlich ist. Dies setzt konkret festgestellte Versorgungslücken in nicht nur geringem Umfang voraus (vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2002 – B 6 KA 32/01 R – BSGE 90, 207 = SozR 3-1500 § 54 Nr. 47, juris Rdnr. 33). Wie bei einer Bedarfsprüfung nach anderen Vorschriften muss eine Minderversorgung der Versicherten festgestellt werden (vgl. BSG, Urteil vom 14.07.1993 – 6 RKa 71/91 – BSGE 73, 25 = SozR 3-2500 § 116 Nr. 4, juris Rdnr. 18). Bei der Beurteilung, inwieweit eine Versorgungslücke bei der ambulanten Behandlung der Versicherten vorhanden ist, steht den Zulassungsgremien ein Beurteilungsspielraum zu.

Die Beteiligten streiten um die Ermächtigung der Klägerin zur Erbringung der Leistungen nach Nr. 01820 "Ausstellung von Wiederholungsrezepten, Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels technischer Kommunikationseinrichtungen, im Zusammenhang mit Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch, 30 Punkte", und 01821 "Beratung im Rahmen der Empfängnisregelung, Obligater Leistungsinhalt: Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen

Bundesausschusses, einmal im Krankheitsfall, 200 Punkte" und 01900 EBM 2005, "Beratung über die Erhaltung einer Schwangerschaft und über die ärztlich bedeutsamen Gesichtspunkte bei einem Schwangerschaftsabbruch. Obligater Leistungsinhalt: Leistungen gemäß den Richtlinien zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch des Gemeinsamen Bundesausschusses, Fakultativer Leistungsinhalt: Schriftliche Feststellung der Indikation für den Schwangerschaftsabbruch, Klinische Untersuchung, Immunologische Schwangerschaftstests, einmal im Behandlungsfall, 230 Punkte".

Die Klägerin besitzt für die strittigen Leistungen die persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen.

Die Klägerin muss im Rahmen einer Ermächtigung die persönlichen Qualifikationsvoraussetzungen haben, die auch für die niedergelassenen Vertragsärzte gelten. Ärzte ohne fachliche Weiterbildung können grundsätzlich ermächtigt werden. Das Gesetz verlangt für einen ermächtigten Arzt nicht zwingend die Weiterbildung zu einem Facharzt. Die Ermächtigungsvorschriften nach §§ 95 Abs. 3, 116 SGB V, §§ 31, 31a Ärzte-ZV verweisen nicht auf die entsprechenden Qualifikationsvoraussetzungen nach §§ 95 Abs. 2 Satz 1 bis 3, 95a SGB V bzw. die Arztregistereintragung nach § 3 Ärzte-ZV. Verlangt der EBM 2005 besondere Qualifikationen oder begrenzt die Tätigkeiten auf einzelne Leistungsbereiche, dann ist im Rahmen der Ermächtigung ein Arzt ohne Weiterbildung als Praktischer Arzt zu behandeln. Ein Praktischer Arzt kann, soweit er niedergelassen ist, in den fachärztlichen Versorgungsbereich wechseln (§ 73 Abs. 1 a Satz 5 SGB V). Insofern kann ein Arzt ohne Weiterbildung auch zu Leistungen ermächtigt werden, die dem Kapital 8 EBM 2005, Gynäkologie, zugeordnet sind, da nach diesem Kapitel auch die praktischen Ärzte abrechnen können, die durch die Zulassungsgremien als Vertragsärzte in den Versorgungsbereich der fachärztlichen Versorgung gewechselt haben (vgl. Präambel Ziff. 8.1 Nr. 2 EBM 2005).

Daran anknüpfend bestimmt Nr. 3 des Abschnitts 1. 7 des Kapitels 2 EBM 2005 (Arztgruppenübergreifende allgemeine Leistungen), dass die Leistungen des Abschnitts 1.7.7 EBM 2005 nur von Fachärzten für Frauenheilkunde berechnet werden können, nimmt hiervon aber bestimmte Leistungen, u. a. die Leistungen nach den Nummern 01820 und 01821 EBM 2005 sowie 01900 EBM 2005 aus. Diese Leistungen können damit auch von den Praktischen Ärzten, die in den fachärztlich-gynäkologischen Leistungsbereich gewechselt haben, erbracht werden (vgl. Ziff. 8.1 Präambel Nr. 2 und 4 EBM 2005).

Weitergehende Qualifikationsvoraussetzungen stellt der EBM 2005 nicht auf. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch in der Fassung vom 10. Dezember 1985 (Bundesanzeiger Nr. 60a vom 27. März 1986), zuletzt geändert am 01.12.2003, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 53, Seite 5026, in Kraft getreten am 18.03.2004 bestimmen lediglich, dass die Maßnahmen nach diesen Richtlinien nur von den Ärzten ausgeführt werden dürfen, welche die vorgesehenen Leistungen auf Grund ihrer Kenntnisse und Erfahrungen erbringen können, nach dem ärztlichen Berufsrecht dazu befugt sind und über die erforderlichen Einrichtungen verfügen (A.2 der Richtlinien). Das ärztliche Berufsrecht steht einer Leistungserbringung nicht entgegen. Besondere Einrichtungen sind für die Beratungsleistung den hier strittigen Leistungen nicht erforderlich. Kenntnisse und Erfahrungen werden nur allgemein, nicht unter Spezifizierung formaler Voraussetzungen verlangt. Eine weitergehende Qualitätssicherungsvereinbarung der Vertragspartner der Bundesmantelverträge besteht nicht. Die Klägerin hat sich entsprechend fortgebildet und erbringt diese Leistung aufgrund mehrjähriger Ermächtigung als auch in ihrer Einrichtung, so dass nicht ersichtlich ist, warum es ihr an Kenntnissen und Erfahrungen für die Erbringung der Leistung nach Nr. 01900 EBM 2005 fehlen sollte. Die Leistung nach Nr. 01820 EBM 2005 setzt keine weitere Qualifikation voraus. Die Leistung nach Nr. 01821 EBM 2005 kann u. a. dann erbracht werden, wenn die Leistung bereits vor dem 31.12.2002 abgerechnet wurde (vgl. hierzu im Einzelnen LSG Hessen, Urt. v. 12.12.2007 – L 4 KA 51/06 –). Dies ist bei der Klägerin der Fall. Sie hat bereits zuvor Leistungen nach der entsprechenden Nr. 165 EBM 1996 abgerechnet. Das Landessozialgericht Hessen hat in seinem Beschluss vom 30.05.2007 - L 4 KA 20/07 ER – bereits dargelegt, dass die Leistungen nach Nrn. 01820 und 01821 EBM 2005 auch von Ärzten, die nicht Fachärzte für Gynäkologie sind, abgerechnet werden können, sofern entsprechende Leistungen bereits vor dem 31. Dezember 2002 durchgeführt und abgerechnet wurden, weshalb es auf die Frage, ob die Klägerin die mindestens einjährige gynäkologische Weiterbildung nachweisen könne, nicht ankomme. Es wäre an der Beigeladenen zu 1), die Abrechnungen der Klägerin aus der Zeit vor dem Jahre 2003 vorzulegen, aus denen sich ergibt, dass die streitigen Leistungen von der Antragstellerin damals nicht abgerechnet wurden.

Der Beklagte hat aber zu Unrecht einen entsprechenden Versorgungsbedarf verneint.

Das Landessozialgericht Hessen hat in seinem Beschluss vom 30.05.2007 - L 4 KA 20/07 ER – bzgl. der Ermächtigung für ärztliche Beratung über Fragen der Empfängnisregelungen im Sinne von § 24a SGB V, abzurechnen nach den Nummern 01820 und 01821 EBM 2005 ausgeführt, was aber gleichermaßen auch für die Ermächtigung zur Erbringung der Leistung nach Nr. 01900 EBM 2005 gilt und dem die Kammer nach eigener Prüfung folgt:

"Bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift ergibt sich, dass über den Anwendungsbereich des § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV hinaus für weitere Fallkonstellationen Ermächtigungen erteilt werden können. Zwar darf auch insoweit eine Ermächtigung nur dann erteilt werden, wenn ein Versorgungsbedarf besteht. Dies bedeutet, dass die Erbringung der Leistungen durch die niedergelassenen Vertragsärzte nicht in ausreichendem Umfang sichergestellt werden kann und deshalb eine Versorgungslücke gegeben ist. Die Zulassungsgremien können insoweit aber auch Umstände, die über die rein quantitative Versorgungslage hinausgehen, berücksichtigen. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 1. Juli 1998, B 6 KA 64/97 R), der der Senat folgt, steht den Zulassungsgremien bei der Entscheidung, ob beziehungsweise inwieweit eine Versorgungslücke und damit ein Bedarf vorhanden ist, ein gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbarer Beurteilungsspielraum zu. Bei der Ausfüllung dieses Beurteilungsspielraums können die Zulassungsgremien besondere Problematiken vor Ort berücksichtigen. Die vom BSG entschiedene Fallkonstellation entspricht weitgehend der vorliegenden. Dort war die Klägerin eine Ärztin und bei der Beratungsstelle der Pro Familia in B-Stadt beschäftigt. Das BSG hat insoweit ausgeführt, dass bei der Ausfüllung des Beurteilungsspielraums möglicherweise berücksichtigt werden kann, dass Versicherte bestimmter sozialer Schichten unter Umständen niedergelassene Ärzte nicht aufsuchen. Genau auf diesen Gesichtspunkt hat vorliegend der Antragsgegner die Ermächtigung bezüglich der Antragstellerin gestützt."

Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe hat der Beklagte seinen Beurteilungsspielraum verkannt.

Soweit der Beklagte davon ausgeht, dass von den niedergelassenen Fachärzten der Gynäkologie die strittigen Leistungen in ausreichendem Maße erbracht werden und dass diese Fachärzte auch über ausreichende freie Kapazitäten zur Erbringung dieser Leistungen jedenfalls in dem Umfang verfügten, in dem die Klägerin in der Vergangenheit diese Leistungen erbracht hat und künftig erbringen wolle, so war dies

nicht zu beanstanden. Der Beklagte hat aber verkannt, dass das von der Klägerin angestrebte Leistungsspektrum ein Angebot der medizinischen Versorgung der Versicherten darstellt. Es handelt sich bei dem Leistungsangebot der Klägerin nicht um Leistungen im Vorfeld medizinischer Maßnahmen. Der Zweck medizinischer Leistungen ist die medizinische Wirkung, nicht eine sozialpädagogische Maßnahme. Sozialpädagogische oder sozialarbeiterische Maßnahmen können sich ggf. an die medizinischen Maßnahmen anschließen.

Der Beklagte hat zu berücksichtigen, dass bestimmte soziale Schichten unter Umständen niedergelassene Ärzte nicht aufsuchen. Eine Ermächtigung kann nicht deshalb abgelehnt werden, weil die hier strittigen medizinischen Leistungen auch innerhalb einer umfassenderen sozialen – und insoweit nichtmedizinischen - Betreuung erbracht werden. Maßgeblich kommt es nicht darauf an, ob der Schwerpunkt der Arbeit im sozialen oder medizinischen Bereich liegt. Eine Ermächtigung kann nur gegenüber Ärzten ausgesprochen werden, die die erforderliche Qualifikation besitzen. Bereits dadurch und die Leistungslegende der einzelnen Leistungen wird sichergestellt, dass die Ermächtigung der medizinischen Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung dient. Eine umfassende medizinische Betreuung der die Beratungsstelle aufsuchenden Versicherten wird von der Klägerin nicht angestrebt. Hierzu ist sie im Hinblick auf den geringen Ermächtigungsumfang auch nicht in der Lage. Auch in ihrem Selbstverständnis sieht sie sich in einer Art "Lotsenfunktion" bzw. "Brückenfunktion" mit der Aufgabe, die Versicherten u. U. an die niedergelassenen Gynäkologen zu verweisen. Gerade ihre Möglichkeit, die Versicherten schnell und zeitlich umfassend zu beraten, gewährleistet ein niederschwelliges Angebot und ermöglicht die ggf. weitergehende ärztliche Versorgung durch die niedergelassenen Ärzte. Von daher besteht weiterhin ein besonderer auch medizinischer Versorgungsbedarf, der in dieser Weise durch die niedergelassenen Ärzte nicht gedeckt werden kann.

Soweit der Leistungsumfang der Klägerin in der Vergangenheit eher gering war, so deutet dies gerade auf den sehr speziellen Versorgungsbedarf hin, der dennoch im Umfang für eine Ermächtigung ausreichend ist. Dabei ist auch zu berücksichtigen, dass die Klägerin gerade durch die sozialpolitische bzw. integrationspolitische Aufgabenstellung der Einrichtung, für sie tätig ist, in die Lage versetzt wird, ihre besondere Patientenschaft für das hier strittige Leistungsspektrum zu betreuen. Insoweit geht es auch um den Erhalt gewachsener Versorgungsstrukturen, die im Übrigen nur ganz minimale Auswirkungen auf die weiterhin vorrangige Gesamtversorgung durch die niedergelassenen Vertragsärzte haben. Ggf. kann der Beklagte im Rahmen seines Ermessensspielraums die Ermächtigung quantitativ auf bestimmte Fallzahlen beschränken. Insofern hat der Beklagte noch selbst in einem Parallelverfahren mit Beschluss vom 16.08.2006 ausgeführt, ein Anspruch auf Ermächtigung ergebe sich aus der besonderen Zielgruppe der Beratung der Beratungsstelle Pro Familia; die angegebene Zielgruppe sei auch dann als unterversorgt anzusehen, wenn objektiv die niedergelassenen Gynäkologen im Planungsbereich über ausreichende und teilweise nicht ausgelastete Kapazitäten verfügten; die genannte Zielgruppe sei erfahrungsgemäß weder bereit noch in der Lage, in den speziellen Fragen der Schwangerschaftskonfliktberatung sowie der Empfängnisverhütungen in ausreichendem Maße die Möglichkeiten der niedergelassenen Ärzteschaft in Anspruch zu nehmen. Die Kammer hat dies weitgehend bestätigt (vgl. SG Marburg, Urt. v. 12.12.2007 – S 12 KA 1021/06 –; die Berufung, LSG Hessen - L 4 KA 9/08 -, wurde zurückgenommen).

Die Leistung nach Nr. 01820 EBM 2005 macht auch ohne eine Ermächtigung zu körperlichen Untersuchungen Sinn. Neben der Ausstellung von Wiederholungsrezepten beinhaltet sie auch die Ausstellung von Überweisungsscheinen oder Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Auftrag des Arztes durch das Praxispersonal, auch mittels technischer Kommunikationseinrichtungen, im Zusammenhang mit Empfängnisregelung, Sterilisation oder Schwangerschaftsabbruch. Auch werden körperliche Untersuchungen ggf. vor Ausstellung eines Rezeptes vorgenommen, was die Klägerin berufsrechtlich darf.

Bei einer Neubescheidung hat der Beklagte ferner zu berücksichtigen, dass Leistungen nach Nr. 01900 EBM 2005 auch als ärztliche Beratungen über die Erhaltung und den Abbruch der Schwangerschaft im Sinne von § 24 SGB V nach Maßgabe der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erbracht werden. Hierbei handelt es sich um Leistungen, für die der Gesetzgeber vorgesehen hat, dass besondere Versorgungsverträge mit den entsprechenden Einrichtungen geschlossen werden. Nach § 75 Abs. 9 SGB V sind die Kassenärztlichen Vereinigungen verpflichtet, mit Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes auf deren Verlangen Verträge über die ambulante Erbringung der in § 24b aufgeführten ärztlichen Leistungen zu schließen und die Leistungen außerhalb des Verteilungsmaßstabes nach den zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Einrichtungen nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes oder deren Verbänden vereinbarten Sätzen zu vergüten. Die Kammer geht davon aus, dass jedenfalls Angestellte solcher Einrichtungen daneben nicht ermächtigt werden können. Ferner geht die Kammer davon aus, dass es sich bei dem Arbeitgeber der Klägerin um eine solche Einrichtung handelt. Nach dem genannten Regelungsprogramm haben die Einrichtungen einen Anspruch auf Abschluss eines entsprechenden Vertrages. Für eine darüber hinausgehende Ermächtigung einzelner Angestellte sieht die Kammer keine Möglichkeit, soweit es sich um Leistungen handelt, die von § 75 Abs. 9 SGB V erfasst werden. Eine neben der Einrichtung nach § 13 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes bestehende Ermächtigung einzelner Angestellte ist dann möglich, soweit es sich um Leistungen handelt, die von § 75 Abs. 9 SGB V nicht erfasst werden.

Nach allem war der Klage stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a SGG in Verbindung mit § 154 Abs.1 und Abs. 3 Verwaltungsgerichtsordnung. Der unterliegende Teil trägt die Verfahrenskosten.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2010-03-05