
S 26 KA 37/02

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Sozialgericht Dortmund
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	26
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 26 KA 37/02
Datum	21.03.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen. Die Beteiligten tragen die Kosten des Verfahrens je zur Hälfte. Der Streitwert wird auf 930,55 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über sachlich-rechnerische Richtigstellungen im Quartal 4/2000 im Wert von 930,55 Euro.

Die Kläger sind als internistische Gemeinschaftspraxis in ...niedergelassen und nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit Bescheid vom 25.04.2001 setzte die Beklagte Beträge von zweimal 910,- DM ab. Die Kosten seien für cardiorespiratorische Polysomnographie in Ansatz gebracht worden. Hierbei handele es sich um eine Leistung, die nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre und somit nicht zu ihren Lasten erbracht werden dürfe. Bei der apparativen Schlafprofilanalyse zur Diagnostik von Schlafstörungen handele es sich um eine individuelle Gesundheitsleistung (IGEL), die privat zu honorieren sei.

Zur Begründung ihres Widerspruchs wiesen die Kläger darauf hin, dass die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) (BUB-Richtlinien) zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden könne. Es handele sich demnach keinesfalls um Leistungen, die privatärztlich abzurechnen seien. Die Kläger verfügten auch über die Abrechnungsgenehmigung zur Erbringung der Leistungen gem. Ziffer 3 der Anlage A der BUB-Richtlinien.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 20.03.2002 als unbegründet zurück. Im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung seien nur solche Leistungen abzurechnen, die im Gebührenverzeichnis des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) enthalten seien. Das Gebührenverzeichnis stelle ein Verzeichnis der vertragsärztlichen Leistungen dar. Eine analoge Bewertung dürfe der Vertragsarzt nicht vornehmen. Im EBM sei keine eigens berechnungsfähige Leistungsposition für die cardiorespiratorische Polysomnographie aufgenommen worden.

Gegen den am 15.04.2002 zugestellten Widerspruchsbescheid richtet sich die am 15.05.2002 erhobene Klage. Die Kläger nehmen Bezug auf ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren.

Die Kläger beantragen,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 25.04.2001 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20.03.2002 zu verurteilen, die Absetzung von 930,55 Euro im Quartal 4/2000 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält die angefochtenen Bescheide weiterhin für rechtmäßig.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozeßakte und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese Unterlagen haben vorgelegen und sind ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Die angefochtenen Bescheide erweisen sich als rechtmäßig, weil die von der Beklagten im Quartal 4/2000 vorgenommenen Absetzungen nicht zu beanstanden sind.

Rechtsgrundlage der angefochtenen Bescheide ist § 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte

(BMV-Ä). Demnach obliegt der Beklagten die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit sowie bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit die Berichtigung. Die Beklagte hat dementsprechend die Honorarabrechnung der Kläger gem. § 2 Abs. 7 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) i.V.m. § 7 ihrer Abrechnungsrichtlinien berichtigt. Demnach ist dem Arzt eine Berichtigung seiner Abrechnung mit einer Rechtsbehelfsbelehrung mitzuteilen, soweit u.a. eine unrichtige Anwendung des BMV-Ä festgestellt wird. Dies ist hier der Fall.

Die Kläger können die von ihnen erbrachten Leistungen der cardiorespiratorischen Polysomnographie nicht über die Beklagte abrechnen. Dies folgt daraus, dass die Polysomnographie bislang nicht in das abschließende Gebührenverzeichnis des EBM aufgenommen worden ist. Die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbaren ärztlichen Leistungen werden von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss im EBM als Bestandteil der Bundesmantelverträge vereinbart ([§ 87 Abs. 1 SGB V](#)). Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Er ist in bestimmten Zeitabständen auch daraufhin zu überprüfen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen ([§ 87 Abs. 2 SGB V](#)). So lange trotz dieses gesetzlichen Auftrages ein Beschluss des Bewertungsausschusses zur Aufnahme der Polysomnographie in den EBM nicht vorliegt, kann diese Leistung auch nicht mit den Quartalsabrechnungen der Vertragsärzte gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen in Rechnung gestellt werden.

Andererseits ist die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe nach Maßgabe der Anlage A, Ziffer 3 der BUB-Richtlinien eine anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode. Von daher handelt es sich entgegen der Auffassung der Beklagten nicht um eine auch gegenüber GKV-Patienten privatärztlich abrechenbare IGEL-Leistung. Vielmehr liegt ein Fall des sogenannten Systemversagens vor, in dem nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) im Verhältnis des Versicherten zu seiner Krankenkasse eine Kostenerstattung in Betracht kommt (S.a. SG Dortmund, Urteil vom 10.06.2002, Az.: [S 13 \(8\) KR 295/01](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#), [§ 155 Abs. 5 VwGO](#). Die Kammer hat trotz des Unterliegens der Kläger eine hälftige Kostentragungspflicht der Beklagten bejaht, weil sie die Kläger unzutreffend auf eine privatärztliche Abrechnung der Polysomnographie verwiesen hat.

Der Streitwert entspricht dem Betrag der streitgegenständlichen sachlich-rechnerischen Richtigstellung ([§ 13 Abs. 2 GKG](#)).

Erstellt am: 24.10.2003

Zuletzt verändert am: 24.10.2003