

---

## S 26 (10) KA 77/00

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 26 (10) KA 77/00
Datum	15.01.2002

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

#### 3. Instanz

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

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über sachlich-rechnerische Richtigstellungen in den Quartalen 1/99 und 2/99.

Die Kläger betreiben eine orthopädische Gemeinschaftspraxis in N und nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit Bescheid vom 23.07.1999 setzte die Beklagte für das Quartal 1/99 u.a. 6 x die Symbolnummer (SNR) 9441 und 2 x die SNR 9446 der Anlage 1 des Strukturvertrages zur Förderung ambulanter krankenhauersetzender Operationen der Beklagten mit den Landesverbänden der Krankenkassen ab. Zur Begründung wies die Beklagte darauf hin, dass gem. § 10 des Strukturvertrages die Abrechnung das Ausfüllen eines Begleitdokumentationsbogens voraussetze.

Mit Bescheid vom 22.10.1999 setzte die Beklagte für das Quartal 2/99 u.a. 66 x die SNR 9441, 9 x die SNR 9446 und 35 x die Gebührennummer (GNR) 16 des

---

Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) ab. Aufgrund der Allgemeinen Bestimmung im Anschluss an die GNR 16 EBM setze die Berechnung dieser Leistung mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakte im Behandlungsfall voraus. Sofern dies auf den Behandlungsscheinen nicht dokumentiert sei, könne keine Vergütung erfolgen, da der Leistungsinhalt nicht vollständig erbracht worden sei.

Die Widersprüche der Kläger gegen diese Bescheide wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 22.03.2000 als unbegründet zurück.

Gegen den am 04.05.2000 zugestellten Widerspruchsbescheid richtet sich die am 10.05.2000 erhobene Klage. Zur Begründung tragen die Kläger vor, die Veröffentlichung der Allgemeinen Bestimmung nach GNR 16 EBM im Deutschen Ärzteblatt 1-2/1999 vom 08.01.1999, Seite A-70 mit Wirkung zum 01.04.1999 sei für sie nicht verbindlich gewesen, da orthopädische Rheumatologen bis zum Urteil des Bundessozialgerichts vom 20.01.1999 (Az.: [B 6 KA 16/98 R](#)) von der Abrechenbarkeit der GNR 16 ausgeschlossen gewesen seien. Den Klägern werde zugemutet, im Dt. Ärzteblatt 1-2/99 17 Seiten geänderte Gebührenordnungspositionen zur Kenntnis zu nehmen. Im übrigen handele es sich bei dem Erfordernis des dreimaligen Arzt-Patienten-Kontaktes um eine in der rheumatologischen Versorgung kontraproduktive Vorschrift.

Hinsichtlich der abgesetzten SNR habe die Beklagte erst im Januar 1999 erste Dokumentationsbögen bereitgestellt. Wegen des komplizierten Verfahrens sei mehrmals schriftliche Rücksprache mit der Beklagten genommen worden. So nehmen die Kläger Bezug auf ihr Schreiben an die Beklagte vom 07.06.2000, in dem sie ausführten, aufgeblaute Verwaltungsvorschriften zum ambulanten Operieren seien aus einer präjudizierenden und kriminalisierenden Einstellung zu den abrechnenden Kollegen entstanden. Erst im Juni 1999 sei eine sachliche Information mit dem "KVWL Extra Pluspunkt 3" erfolgt.

Die Kläger beantragen,

die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 23.07.1999 und 22.10.1999 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 22.03.2000 zu verurteilen, den Klägern die in den Quartalen 1/99 und 2/99 abgesetzten Leistungen nach der Gebührennummer 16 EBM und den Symbolnummern 9441 und 9446 nachzuvergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur GNR 16 EBM verweist die Beklagte auf die Veröffentlichung vom 08.01.1999 und ein Schreiben an die Kläger vom 23.04.1999, mit dem aus Anlass der BSG-Entscheidung vom 20.01.1999 im Wege der Kulanz den Klägern für in den Quartalen 1/96 bis 4/98 erbrachte Leistungen nach GNR 16 EBM eine Nachvergütung i.H.v. 00000,00 DM gewährt worden sei. Dieses Schreiben beinhalte den Hinweis darauf, dass ab dem 01.04.1999 die Leistung nach der GNR 16 nur

---

dann abgerechnet werde können, wenn mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakte (nicht telefonisch) im Behandlungsfall stattgefunden hätten.

Die Kläger seien bereits mit Sonderrundschreiben vom 24.09.1998 über den Strukturvertrag informiert worden, wobei der ausdrückliche Hinweis enthalten sei, dass prä- und postoperative Leistungen ohne besondere Genehmigung nur dann abgerechnet werden könnten, wenn spezielle Vordrucke verwendet würden. Auch nach dem Klagevortrag hätten diese Vordrucke jedenfalls ab Januar 1999 vorgelegen. Wenn den Klägern der Verwaltungsaufwand, der mit der entsprechenden Pauschale nach dem Strukturvertrag vergütet werden solle, zu hoch sei, müssten sie auf eine Teilnahme verzichten.

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 sachlich-rechnerischen Richtigstellungen der GNR 16 EBM und der SNR 9441 und 9446 in den Quartalen 1/99 und 2/99 erweisen sich als rechtmäßig.

Rechtsgrundlage der angefochtenen Bescheide ist Â§ 45 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Demnach obliegt der Beklagten die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit sowie bei diesbezüglichen Fehlern die Berichtigung. Die Beklagte hat dementsprechend die Honorarabrechnungen der Kläger gem. Â§ 2 Abs. 7 des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) i.V.m. Â§ 7 ihrer Abrechnungsrichtlinien berichtigt. Demnach ist Ärzten eine Berichtigung ihrer Abrechnung mit einer Rechtsbehelfsbelehrung mitzuteilen, soweit u.a. eine unrichtige Anwendung des BMV feststellt wird. Dies ist hier der Fall.

Die Kläger haben in den im Quartal 2/99 abgesetzten Fällen den Leistungsinhalt der GNR 16 EBM nicht vollständig erbracht, weil die kontinuierliche Betreuung eines Arthritis-Patienten im Sinne der Leistungslegende seit dem 01.04.1999 voraussetzt, dass mindestens drei Arzt-Patienten-Kontakte (nicht telefonisch) im Behandlungsfall stattgefunden haben. Dieses Erfordernis ist von den Klägern in den abgesetzten Fällen ausweislich der Behandlungsscheine nicht eingehalten worden. Eine Leistung ist jedoch nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist (Kap. A I Teil A Ziffer 1 EBM).

Die Kläger können kein Gehör damit finden, dass für sie die maßgebliche EBM-Änderung durch Beschluss des Bewertungsausschusses vom 09.12.1998 zum 01.04.1999 nicht verbindlich gewesen seien soll. Der Vertragsarzt hat sich anhand der Bekanntmachungen im Deutschen Ärzteblatt über aktuelle Änderungen der von ihm erbrachten Leistungen des EBM zu informieren. Der EBM ist als Bestandteil

---

der Bundesmantelverträge in seiner jeweiligen Fassung für die Kläger wie für jeden an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt verbindlich (vgl. § 87 des Sozialgesetzbuchs – Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V, [§ 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)). Auf den Umfang der jeweiligen EBM-Änderungen kommt es nicht an.

Die Kläger hatten zum Zeitpunkt der Veröffentlichung der EBM-Änderungen ab 01.04.1999 im Januar 1999 die Leistung nach der GNR 16 bereits seit mehreren Abrechnungsquartalen erbracht. Sie hatten deshalb die Veröffentlichung ungeachtet dessen zur Kenntnis zu nehmen, dass die Abrechenbarkeit für ihre Arztgruppe zu diesem Zeitpunkt noch umstritten war. Strittig war bis zur Entscheidung des BSG vom 20.01.1999 lediglich die Begrenzung auf rheumatologische Internisten, nicht aber das selbstverständlich für jeden Leistungserbringer geltende Erfordernis der vollständigen Erbringung des Leistungsinhaltes. Im übrigen sind die Kläger im April 1999 von der Beklagten auf das neue Abrechnungserfordernis zur GNR 16 EBM hingewiesen worden.

Auf die Frage, ob und aus welchen Gründen die Kläger die Neuregelung für unzumutbar halten, kommt es angesichts der Verbindlichkeit des Beschlusses des Bewertungsausschusses nicht an.

Die Absetzung der SNR 9441 und 9446 der Anlage 1 des Strukturvertrages zur Förderung ambulanter krankenhauseinsetzender Operationen in den Quartalen 1/99 und 2/99 ist ebenfalls zu Recht erfolgt.

Der zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der Krankenkassen geschlossene Vertrag findet seine gesetzliche Grundlage in [§ 73a SGB V](#) i.V.m. [§ 83 SGB V](#). Auch er ist für die Kläger verbindlich, solange sie an dem Vertrag teilnehmen. Nach § 3 Abs. 2 des Vertrages haben die Kläger mit ihrer freiwilligen Teilnahmeerklärung die Verpflichtung übernommen, sämtliche Anforderungen nach diesem Vertrag zu erfüllen.

Der Strukturvertrag ist bereits zum 01.07.1998 in Kraft getreten, worüber die Kläger mit dem Rundschreiben der Beklagten vom 24.09.1998 informiert worden sind. Bereits das Rundschreiben beinhaltet ein Ablaufschema für die Leistungserbringung und die nach § 10 des Vertrages erforderliche Begleitdokumentation bei ambulanten Operationen. Ab dem Quartal 1/99 lagen den Klägern nach eigenen Angaben Dokumentationsbögen vor.

Aus § 7 des Vertrages ergibt sich, dass mit den Pauschalen der Anlage 1 u.a. die Mitgabe der Begleitdokumentationsbögen vergütet wird. Die Abrechnung der Leistung ist demnach nur möglich, wenn die Beklagte nach erfolgter Operation den Begleitdokumentationsbogen vom Operateur zurück erhalten hat. Die Vorlage der ausgefüllten Dokumentationsbögen nach Anlage 2 ist Abrechnungsvoraussetzung für die Leistungen nach Anlage 1 (§ 7 Abs. 6 des Vertrages).

Die Dokumentationspflicht ist Teil der mit dem Strukturvertrag im Interesse der

---

Patienten bezweckten Qualitätssicherung. Die Vorwürfe der Kläger, es erfolge eine unsachgerechte Bürokratisierung ambulanter Operationen, sind deshalb unberechtigt.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes.

Erstellt am: 22.08.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024