S 13 (8) KR 295/01

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
13
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 13 (8) KR 295/01
Datum
10.06.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 150/02
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Der Bescheid vom 08. Mai 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Oktober 2001 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die Kosten für die Durchführung einer Polysomnographie im Schlaflabor durch den niedergelassenen Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde zu übernehmen. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte die Kosten für die Durchführung einer Polysomnographie im Schlaflabor ... durch den niedergelassenen Vertragsarzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde ... übernehmen muss.

Der Kläger, der bei der Beklagten pflichtversichert ist, beantragte am 03.Mai 2001 die Kostenübernahme für eine polysomnographische Untersuchung im Schlaflabor ... zur Einstellung einer nächtlichen Maskenbeatmung (nasale CPAP). Zur Begründung führte er aus, dass bei ihm aufgrund einer ambulanten polygraphischen Untersuchung eine ausgeprägte nächtliche Atemregulationsstörung mit Tagesmüdigkeit und Einschlafneigung am Tage diagnostiziert worden sei.

Mit Bescheid vom 08. Mai 2001 lehnte die Beklagte den Kostenübernahmeantrag ab, weil das Schlaflabor ... keine Vertragseinrichtung sei, die mit den gesetzlichen Krankenkassen direkt abrechnen könne.

Dagegen erhob der Kläger am 06. Juli 2001 Widerspruch und führte zur Begründung aus, dass die Polysomnographie vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als neue Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode anerkannt sei und deshalb durch den Vertragsarzt ... zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfe. Überdies sei die Polysomnographie in einem Schlaflabor kostengünstiger als eine stationäre Krankenhausbehandlung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Oktober 2001 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück, weil die Polysomnographie nach Auffassung des Arbeitsausschusses "Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" nur unter vollklinisch-stationären Bedingungen erbracht werden dürfe. Außerdem habe der Qualitätssicherungsausschuss bislang keine Richtlinien über die ärztliche Qualifikation und die Maßnahmen zur Struktur- und Prozessqualität erlassen. Deshalb fehle auch eine Bewertung der Polysomnographie durch den Bewertungsausschuss. Bis zu einer entsprechenden Klärung durch die Ausschüsse komme eine Kostenübernahme nicht in Betracht.

Hiergegen hat der Kläger am 18. Oktober 2001 Klage erhoben und Kopien der Akkreditierung und Zertifizierung des Schlaflabors ... durch die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin vom 16. Juli 1998 und durch die Arbeitsgemeinschaft für angewandte Schlafmedizin e.V. vom 11. November 1998 vorgelegt.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid vom 08. Mai 2001 in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 12. Oktober 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die Durchführung einer Polysomnographie im Schlaflabor ... durch den niedergelassenen Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde ... zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie bezieht sich in ihrer Klageerwiderung im Wesentlichen auf die Gründe des Widerspruchbescheids und trägt ergänzend vor, dass ihr die Aufsichtsbehörde eine Kostenbeteiligung untersagt habe.

Das Gericht hat zur Sachaufklärung einen Befundbericht des niedergelassenen Arztes für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde ... vom 15. April 2002 eingeholt. Beigefügt war ein Schreiben der kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe aus Dortmund vom 16. März 1992, mit dem ihm die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe erteilt worden ist.

Außerdem hat das Gericht eine sozialmedizinische Stellungnahme des Dr ... vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MdK) in Witten für die Techniker Krankenkasse vom 24. September 2001 beigezogen, wonach aus medizinischer Sicht keine Bedenken gegen die Inanspruchnahme von Schlaflabors bestehen, die sich den schlafmedizinischen Gesellschaften angeschlossen haben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und die Verwaltungsakte (Versicherten-Nr. 152 489 790) verwiesen. Beide Akten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist begründet.

Der Kläger ist beschwert (§ 54 Abs. 2 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)), weil die angefochtenen Bescheide der Beklagten rechtswidrig sind. Denn er hat gem. §§ 27 Abs. 1, 28 Abs. 1 Satz 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuches (SGB V) einen Anspruch auf Kostenübernahme für die Durchführung einer Polysomnographie im Schlaflabor ... durch den niedergelassenen Arzt für Innere Medizin, Lungen- und Bronchialheilkunde ...

Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur Krankenbehandlung zählt die ärztliche Behandlung, d.h. alle Tätigkeiten des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig sind (vgl. §§ 27 Abs. 1 Satz 2, 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Die Behandlung erfolgt nach den Regeln der ärztlichen Kunst, wenn Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Hierzu gehören sämtliche Methoden, die bereits als abrechnungsfähige Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) enthalten sind. Alle anderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind "neu" und dürfen gem. § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen abgegeben haben über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode, deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit sowie über weitere qualitätssichernde Maßnahmen.

Der pflichtversicherte Kläger ist an einem Schlaf-Apnoe-Syndrom erkrankt. Um diese Krankheit zu heilen und die Krankheitsbeschwerden zu lindern, benötigt er eine nächtliche Maskenbeatmung (nasale CPAP), die nur mit Hilfe einer polysomnographischen Untersuchung eingestellt werden kann. Dies entnimmt die Kammer dem Befundbericht des niedergelassenen Internisten und Pneumologen ... vom 15. April 2002. Der ausführliche Befundbericht ist plausibel, nachvollziehbar begründet und in sich widerspruchsfrei. Die Kammer hat daher keinen Anlass, an der Richtigkeit der erhobenen Befunde und der Notwendigkeit einer polysomnographischen Untersuchung zu zweifeln, zumal auch die Beklagte hiergegen keine substantiierten Einwände erhoben hat.

Die Polysomnographie entspricht auch dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und berücksichtigt den medizinischen Fortschritt. Dabei ist - entgegen der Ansicht der Beklagten - unerheblich, dass die Polysomnographie (noch) nicht im EBM enthalten ist und der Bewertungsausschuss noch nicht getagt hat. Denn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat die Polysomnographie mit Beschluss vom 10. Dezember 1999 als neue Untersuchungsmethode anerkannt, indem er sie in die Anlage A Ziffer 3.7 und 3.8 der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gem. § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinien) aufgenommen hat. Mit der Veröffentlichung im Bundesanzeiger (§ 94 Abs. 2 SGB V) ist dieser Beschluss wirksam geworden und bindet seitdem alle Vertragsärzte, Krankenkassen und Versicherte. Das Gesetz inkorporiert die Richtlinien nämlich in den Bundesmantelvertrag (§ 92 Abs. 7 SGB V), so dass die sie sowohl Teil des Bundesmantelvertrages als auch der Gesamtverträge sind, weil der Bundesmantelvertrag wiederum Bestandteil der Gesamtverträge ist (§ 82 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Richtlinien partizipieren damit an der Verbindlichkeit der Gesamtverträge gegenüber den Krankenkassen und gegenüber den Ärzten, die der Gesetzgeber in § 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V (für die Krankenkassen) und in § 95 Abs. 3 Satz 2 SGB V (für die Vertragsärzte) ausdrücklich anordnet. Im Verhältnis zur Versichertengemeinschaft fehlt eine solche gesetzliche Regelung. Die Richtlinien sind dennoch für jeden Versicherten verbindlich und verschaffen ihm ein subjektiv-öffentliches Recht auf Erbringung der Leistungen, die der Bundesausschuss in den BUB-Richtlinien anerkannt hat. Bereits in seinem Urteil vom 16. Dezember 1993 hat der 4. Senat des Bundessozialgerichts (BSG) nämlich entschieden, dass wirksam erlassene (§ 94 SGB V) Richtlinien im Leistungsstreit um Krankenbehandlung für die Sachentscheidung der Gerichte maßgeblich sind". In seinem Methadon-Urteil vom 20. März 1996 (BSGE 78, 70 ff.) qualifiziert der 6. Senat des BSG die Richtlinien als außenwirksames autonomes Recht der Bundesausschüsse, d.h. als untergesetzliche Rechtsnormen, die alle Versicherten binden. Folglich gestaltet das Leistungserbringungsrecht den Leistungsanspruch der Versicherten aus (BSG, MedR 1998, 230, 233 ff.), so dass die Bundesausschüsse den Leistungsanspruch durch die Richtlinien gegenüber den Versicherten inhaltlich näher bestimmen und konkretisieren. Anders ausgedrückt bedeutet dies: Was der Vertragsarzt erbringen darf, kann der Versicherte fordern und umgekehrt. Eine spezielle gesetzliche Geltungsanordnung für die Richtlinien gegenüber dem Versicherten ist nicht erforderlich, weil die normative Wirkung bereits unmittelbar aus der gesetzlichen Ermächtigung zum Richtlinienerlaß (§ 92 Abs. 1 Satz 1 SGB V) folgt (BSGE 78, 70, 76; Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, 121 f.).

Die Voraussetzungen für die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe, die in Anlage A Ziffer 3 der BUB-Richtlinien genannt sind, liegen sowohl beim Kläger als auch bei dem behandelnden Arzt ... vor ... ist für die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe ausreichend qualifiziert, weil er als Arzt für Innere Medizin mit der Teilgebietsbezeichnung Lungen- und Bronchialheilkunde an dem 5-tägigen Kurs nach Anlage A Ziffer 3.2 Satz 1 der BUB-Richtlinien erfolgreich teilgenommen hat und ihm die kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe daraufhin mit Schreiben vom 16. März 1992 die Durchführung und Abrechnung der Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe genehmigt hat

(Anlage A Ziffer 3.1 Satz 1 BUB-Richtlinien).

Die Voraussetzungen nach Anlage A Ziffer 3.8 der BUB-Richtlinien für die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe liegen beim Kläger vor. Denn bei gesicherter Schlafapnoe konnte die Erkrankung weder mit einer Behandlung kardiovaskulärer und pulmonaler Grunderkrankungen, durch eine apnoespezifische Verhaltensberatung noch mit Medikamenten ausreichend therapiert werden. Folglich muss eine individuelle Einstellung auf ein Therapiegerät für die kontinuierliche nasale Überdruckbeatmung (CPAP) unter polysomnographischer Kontrolle erfolgen. Dies entnimmt die Kammer dem Befundbericht des Internisten und Pneumologen vom 15. April 2002 sowie den ergänzenden Angaben des Klägers in der mündlichen Verhandlung vom 10. Juni 2002.

Das Schlaflabor ... , in dem die Polysomnographie durchgeführt werden soll, ist eine dafür entsprechend ausgerüstete Einrichtung" (vgl. Anlage A Ziffer 3.8 Satz 3 BUB-Richtlinien). Die Kammer stützt sich dabei auf die sozialmedizinische Stellungnahme des Dr ... vom MdK in Witten vom 24. September 2001, wonach aus medizinischer Sicht keine Bedenken gegen die Inanspruchnahme von Schlaflabors bestehen, die sich den schlafmedizinischen Gesellschaften angeschlossen haben. Das Schlaflabor ist durch die Deutsche Gesellschaft für Schlafforschung und Schlafmedizin seit dem 16. Juli 1998 akkreditiert und durch die Arbeitsgemeinschaft für angewandte Schlafmedizin e.V. seit dem 11. November 1998 zertifiziert, so dass an der adäquaten Ausrüstung des Schlaflabors keine Zweifel bestehen.

Entgegen der Ansicht der Beklagten müssen die Polysomnographien nicht unter vollstationären Bedingungen in einem Krankenhaus durchgeführt werden. Hierfür bietet der Wortlaut der BUB-Richtlinien keinen Anhaltspunkt. Überdies ist bei rangkonformer Auslegung zu bedenken, dass die BUB-Richtlinien nach § 135 Abs. 1 SGB V ausschließlich für die vertragsärztliche Versorgung und gerade nicht für die Behandlung in Krankenhäusern (vgl. hierzu § 137c SGB V) gelten. Außerdem liegen die Voraussetzungen für eine vollstationäre Krankenhausbehandlung gem. § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V nicht vor, weil das Behandlungsziel - wie bereits dargestellt - auch durch eine (ambulante) Behandlung im Schlaflabor ... erreicht werden kann.

Dabei ist unerheblich, dass das Schlaflabor ... (offenbar) nicht als Leistungserbringer zugelassen ist. Denn die polysomnographische Kontrolle soll lediglich in den Räumen des Schlaflabors durch den Vertragsarzt erfolgen, dem die kassenärztliche Vereinigung genehmigt hat, die Diagnostik und Therapie der Schlafapnoe durchzuführen. Demgegenüber soll das Schlaflabor ... keinesfalls selbst als Leistungserbringer fungieren.

Die Beklagte kann auch nicht mit Erfolg einwenden, dass der Qualitätssicherungsausschuss bislang keine Richtlinien zur Struktur- und Prozeßqualität erlassen habe. Das Fehlen derartiger Richtlinien kann den Anspruch des Klägers auf Durchführung der Polysomnographie im Schlaflabor durch den Vertragsarzt ... nicht zu Fall bringen. Denn der Leistungsanspruch des Klägers entsteht, wenn die im Gesetz und den BUB-Richtlinien genannten Voraussetzungen vorliegen. Er hängt nicht davon ab, ob (und ggf. wann) der Qualitätssicherungsausschuss tagt und entscheidet, weil weder das Gesetz noch die BUB-Richtlinien einen entsprechenden Leistungsvorbehalt (§ 31 des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB I)) vorsehen.

Unerheblich ist schließlich auch, dass die Aufsichtsbehörde der Beklagten die Kostenübernahme angeblich untersagt hat. Eine entsprechende Untersagungsverfügung liegt dem Gericht nicht vor und konnte von der Beklagten im Termin zur mündlichen Verhandlung auch nicht vorgelegt werden. Aber selbst wenn eine entsprechende Untersagungsverfügung des Bundesversicherungsamtes existieren sollte, wäre die Kammer hieran nicht gebunden.

Die Kostenentscheidung folgt aus den §§ 183, 193 SGG und trägt dem Klageerfolg Rechnung.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-08-08