

L 4 KA 37/05

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung
4
1. Instanz
SG Kiel (SHS)
Aktenzeichen
S 14 KA 319/03
Datum
19.01.2005
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 37/05
Datum
12.02.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 19. Januar 2005 geändert. Auf die Klage wird der gegenüber Dr. C und Dr. B zur Abrechnungsnummer A ergangene Bescheid vom 10. Oktober 2002 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 26. Juni 2003 hinsichtlich der die Nrn. 5440, 5466 EBM-Ä betreffenden Honorarkürzungen (Quartal II/2002) aufgehoben. Hinsichtlich der die Nrn. 1216 und 1224 EBM-Ä betreffenden Honorarkürzungen im Quartal IV/2001 aus dem Bescheid vom 21. März 2002 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 26. Juni 2003 werden die Klagen des Prof. Dr. H, des Dr. C und des Dr. B abgewiesen. Die Beklagte wird verpflichtet, die Klägerin wegen der Streichung der Nr. 5466 EBM-Ä im Quartal II/2002 neu zu bescheiden. Die weitergehende Berufung der Beklagten (Kürzung der Nr. 5440 EBM-Ä) wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die sachlich-rechnerische Berichtigungen, die die Beklagte für das Quartal IV/01 (Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä) und für das Quartal II/02 (Nr. 5440, 5466 EBM-Ä) bezogen auf die Tätigkeit der Klägerin in K (Abrechnungsnummer A) vorgenommen hat.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaft von Ärzten, die in den Quartalen, für die die streitigen sachlich-rechnerischen Berichtigungen durchgeführt wurden, zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt waren. Prof. Dr. H, Dr. C und Dr. B waren jeweils gesondert Ermächtigungen für Tätigkeiten am Universitätsklinikum K und für Tätigkeiten am W Klinikum Ha erteilt worden. Die Abrechnung der am W Klinikum in Ha erbrachten Leistungen erfolgte für alle Ärzte dieser Abrechnungsgemeinschaft gemeinsam unter der Abrechnungsnummer B und die Abrechnung der am Universitätsklinikum K erbrachten Leistungen erfolgte für alle Ärzte dieser Abrechnungsgemeinschaft unter der Abrechnungsnummer A. Eine Kennzeichnung von Leistungen, die es der Beklagten ermöglicht hätte, die erbrachte Leistung einem der ermächtigten Ärzte der jeweiligen Abrechnungsgemeinschaft zuzuordnen, erfolgte nicht. In einem Prof. Dr. H für die Tätigkeit in K erteilten Bescheid vom 12. März 2001 (Beschluss vom 16. Dezember 2000) wird zur Begründung ausgeführt, dass es der Zulassungsausschuss aus "in der Abrechnungssystematik liegenden Gründen" für erforderlich gehalten habe, dass die Ermächtigungen "zur gemeinsamen Abrechnung unter einer Abrechnungsnummer im Sinne einer Gemeinschaftspraxis zusammengefasst" würden. Mit Bescheid des Berufungsausschusses vom 28. August 2001 (Beschl. v. 12. Juli 2001) ist die gemeinsame Abrechnung unter einer Abrechnungsnummer "zur Klarstellung" in den Tenor der Ermächtigung aufgenommen worden.

Den Mitgliedern der Abrechnungsgemeinschaft ist die Ermächtigung für K zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung "als Facharzt für Nuklearmedizin für K zur Durchführung von Radiojod-Therapien der Schilddrüse und den dazu erforderlichen diagnostischen Leistungen [...] auf Überweisung durch Vertragsärzte" erteilt worden. Außerdem erstreckt sich die Ermächtigung auf das gesamte Fachgebiet der Nuklearmedizin bei Überweisung durch Nuklearmediziner und Radiologen, die die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung nuklearmedizinischer Leistungen erhalten haben.

Mit Bescheid der Beklagten vom 21. März 2002 teilte die Beklagte den Mitgliedern der Abrechnungsgemeinschaft, Prof. Dr. H, Dr. C und Dr. B mit, dass für das Quartal IV/2001 Kürzungen – soweit noch Gegenstand des Berufungsverfahrens – bezogen auf die Nr. 1216 EBM-Ä (51 X) und die Nr. 1224 EBM-Ä (50 X) vorzunehmen seien, da es sich um fachfremde Leistungen handele, die der Augenheilkunde zuzurechnen seien. Dagegen wandte sich der Kläger mit dem am 25. April 2002 eingelegten Widerspruch, zu dessen Begründung er vortrug, dass die Erbringung dieser Leistungen bei Patienten mit Morbus Basedow vor Durchführung der Radiojod-Therapie unabdingbar sei. Im Rahmen der Ermächtigung seien sämtliche Leistungen zur Diagnostik von Patienten zur Radiojod-Therapie zuerkannt worden.

Die Beklagte holte die Auskunft der von ihrem Vorstand eingesetzten Radiologiekommission vom 18. September 2002 ein. Mit Bescheid vom

10. Oktober 2002 teilte die Beklagte den Klägern für das Quartal II/2002 Kürzungen – soweit noch Gegenstand des Berufungsverfahrens – bezüglich der Nr. 5440 EBM-Ä (139mal) und Nr. 5466 EBM-Ä (138mal) mit. Auch dagegen legten die Mitglieder der Abrechnungsgemeinschaft am 17. Oktober 2002 Widerspruch ein.

Mit drei gesondert an Prof. Dr. H., an Dr. B. und an Dr. C. gerichteten gleich lautenden Widerspruchsbescheiden vom 26. Juni 2003 (Beschlüsse vom 28. Januar 2003, zugegangen am 4. Juli 2003) wies die Beklagte die Widersprüche zurück und führte zur Begründung aus: Die Leistungen nach den Nrn. 1216 und 1224 EBM-Ä seien im EBM-Ä dem Kapitel K (Augenheilkunde) zugeordnet. Als fachfremde Leistungen könnten sie nicht vergütet werden. Nach den Bestimmungen in § 4 Abs. 2 a HVM seien regelmäßig erbrachte fachfremde Leistungen nicht abrechnungsfähig. Darüber hinaus bestimme § 21 der Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein, dass Ärzte mit einer Gebietsbezeichnung – wie z. B. Nuklearmediziner – grundsätzlich nur in diesem Gebiet tätig werden dürften. Zudem seien diese Leistungen nicht Gegenstand der erteilten Ermächtigungen und die genannten Leistungen seien außerdem prästationär zu erbringen. Auch die Berichtigung zu Nrn. 5440, 5466 EBM-Ä sei zu Recht erfolgt. Die durch die Pharmakokinetik bedingte Anreicherung des Technetiums in den Speicheldrüsen sei nicht als eigenständige Leistung neben der Schilddrüsenszintigraphie abrechnungsfähig. Es handle sich um ein "Abfallprodukt". Hinzu komme, dass die Untersuchung von den Auftraggebern nicht angefordert worden sei. Zu der Entscheidungsfindung habe auch eine Stellungnahme der vom Vorstand eingesetzten Radiologie-Kommission beigetragen. Die Mitglieder der Radiologie-Kommission hätten die Auffassung vertreten, dass eine routinemäßige Durchführung der Speicheldrüsenszintigraphie im Rahmen der Schilddrüsendiagnostik nicht erforderlich sei. Eine solche Untersuchung könne nur in Einzelfällen bei Schilddrüsenkarzinompatienten vor Durchführung der Radiojod-Therapie notwendig sein, wenn z. B. im Rahmen der Anamnese über Mundtrockenheit berichtet werde. Nur in seltenen Ausnahmefällen sei eine solche Untersuchung auch nach der Radiojod-Therapie denkbar. Zudem habe sich die Kommission mit der Frage beschäftigt, ob die Speicheldrüsenszintigraphie im Sinne der Leistungslegende vollständig neben der Schilddrüsendiagnostik erbracht werde oder ob es sich hierbei lediglich um einen Teilschritt dieser aufwendigen Untersuchung handle. Hierzu sei festgestellt worden, dass die Speicheldrüsenszintigraphie und die Schilddrüsenszintigraphie zwei getrennte Untersuchungen seien, die allerdings mit einer Radionuklidapplikation durchgeführt werden könnten. So werde, wenn sich aus der Anamnese die Notwendigkeit einer Speicheldrüsenszintigraphie vor der Radiojod-Therapie ergebe, die Speicheldrüsenszintigraphie durchgeführt. Somit sei die Speicheldrüsenszintigraphie nicht Bestandteil der Schilddrüsenszintigraphie. Ferner werde die Auffassung vertreten, dass die Untersuchungen der Speicheldrüse bei Karzinompatienten grundsätzlich prästationär durchgeführt werden könnten. Dies bedeute, dass sich für diese Untersuchungen der direkte Abrechnungsweg mit den Kostenträgern eröffne. Diese Leistungen wären dann nicht Bestandteil der Ermächtigung. Sollten im Einzelfall Untersuchungen nach der stationär durchzuführenden Radiojod-Therapie erforderlich sein, würden diese in der Regel außerhalb des poststationären Zeitraums notwendig.

Dagegen haben sich Prof. Dr. H., Dr. B. und Dr. C. jeweils mit Klagen gewandt, die am 23. Juli 2003 beim Sozialgericht Kiel eingegangen sind. Die Verfahren zu den durch Dr. B. (S 16 KA 323/03) und Dr. C. (S 16 KA 325/03) erhobenen Klagen sind beim Sozialgericht Kiel zunächst ruhend gestellt worden.

Die Klägerin hat zur Begründung ihrer Klage im Wesentlichen ausgeführt, dass es sich bei den Leistungen nach Nrn. 1216 und 1224 EBM-Ä nicht um für Nuklearmediziner fachfremde Leistungen handle, obwohl diese im Kapitel K (Augenheilkunde) des EBM-Ä verzeichnet seien. Die Untersuchungen seien im Gegenteil Teil der kunstgerechten Vorbereitung einer Radiojod-Therapie. Auch die Erbringung von Leistungen nach Nrn. 5440, 5466 EBM-Ä (Speicheldrüsenszintigraphie und Zuschlag) sei bei Durchführung der Radiojod-Therapie zwingend erforderlich, weil es sich bei der Speicheldrüse um das kritische Organ außerhalb des Zielorgans Schilddrüse handle. Bei der Speicheldrüsenszintigraphie handle es sich keinesfalls nur um ein Abfallprodukt, sondern um eine notwendige, gezielt erbrachte Leistung mit einer Untersuchungsdauer von insgesamt 30 Min. Soweit sich die Klägerin gegen die Streichung der Nr. 4288 EBM-Ä mit Bescheid der Beklagten vom 10. Oktober 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2003 gewandt hat, hat die Beklagte in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht ein Teilanerkennnis abgegeben.

Die Klägerin hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 10. Oktober 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2003 hinsichtlich der die Ziffern 5440 und 5466 betreffenden Honorarkürzungen abzuheben (richtig: aufzuheben) sowie den Bescheid der Beklagten vom 21. März 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2003 hinsichtlich der die Ziffern 1216 und 1224 betreffenden Honorarkürzung aufzuheben.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Mit Urteil vom 19. Januar 2005 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und die angefochtenen Bescheide der Beklagten mit folgender Begründung aufgehoben: Hinsichtlich der Gebührensnummern 1216 und 1224 EBM-Ä sei unstreitig, dass die Klägerin den Leistungsinhalt erbracht habe. Der Beklagten sei zuzustimmen, dass die Untersuchungen auf dem Gebiet der Augenheilkunde für die Klägerin als Nuklearmediziner fachfremde Leistungen darstellten. Gleichwohl bedeute dies in diesem speziellen Fall nicht, dass die Klägerin hierfür keine Vergütung verlangen könne. Der Arzt sei aufgrund des Weiterbildungsrechts verpflichtet, sich auf sein Fachgebiet zu begrenzen. Jedoch sei wegen der nur "grundsätzlichen" Verpflichtung auf das Fachgebiet eine Toleranzbreite anzuerkennen, innerhalb der eine vereinzelt fachfremde Tätigkeit akzeptiert werden müsse. Diese Toleranzbreite rechtfertige keine regelmäßig systematische fachfremde Tätigkeit, es sei denn, dass bestimmte fachfremde Leistungen zur Durchführung einer bestimmten ärztlichen Untersuchung erforderlich seien und wegen des zeitlichen Zusammenhangs nicht an einen anderen Arzt überwiesen werden könnten. Nach Anwendung dieser Grundsätze bestehe kein Zweifel daran, dass die vom Kläger durchgeführten Augenuntersuchungen in den aufgeführten speziellen Fällen, in denen die Patienten Vorerkrankungen aufwiesen, im Rahmen der Radiojod-Therapie notwendig seien und zeitlich eng mit dieser Behandlung im Zusammenhang stünden. Dieser Argumentation sei die Beklagte nicht entgegengetreten. Vielmehr beschränke sie sich auf den bloßen Hinweis der Fachfremdheit. Die Abrechenbarkeit der betreffenden augenheilkundlichen Leistungsnummern scheitere ferner nicht daran, dass die Ermächtigung des Klägers diese nicht umfassen würde. Auch die sachlich-rechnerische Berichtigung bezogen auf die Nr. 5440 EBM-Ä sei zu Unrecht erfolgt. Die Leistung sei ebenfalls von der erteilten Ermächtigung ohne Einschränkung des Leistungsspektrums umfasst. Im EBM-Ä finde sich kein ausdrücklicher Hinweis darauf, in welchem Umfang für die Leistung nach Nr. 5440 EBM-Ä die gesonderte Verabreichung des

Technetiums notwendig sei. Folglich sei die Leistung nach Nr. 5440 EBM-Ä auch dann abzurechnen, wenn das Technetium nur einmal zur Durchführung sowohl der Untersuchung nach Nr. 5435 EBM-Ä (Schilddrüsenszintigraphie) als auch der Leistung nach Nr. 5440 EBM-Ä (Speicheldrüsenszintigraphie) verabreicht worden sei. Inhalt der Leistungslegende sei nur die eigentliche Untersuchung des Organs. Unter Zugrundelegung der nachvollziehbaren Ausführungen des Klägers seien die Szintigraphien der Speicheldrüse und der Schilddrüse getrennt durchgeführt worden. Damit sei der Leistungsinhalt der Nr. 5440 EBM-Ä erfüllt. Das von der Beklagten vorgebrachte Argument der fehlenden medizinischen Notwendigkeit einer Speicheldrüsenszintigraphie neben der Schilddrüsenszintigraphie im Einzelfall sei im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht zu berücksichtigen. Vielmehr seien Fragen der Wirtschaftlichkeit angesprochen, deren Prüfung den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorbehalten sei. Da der Ansatz der Nr. 5440 EBM-Ä nicht zu beanstanden sei, habe auch die Abrechnung der Nr. 5466 EBM-Ä Bestand. Der Beklagten sei darin zuzustimmen, dass diese Leistung neben der Schilddrüsenszintigraphie nach Nr. 5435 EBM-Ä nicht abrechenbar sei. Der EBM-Ä enthalte diesbezüglich eine ausdrückliche Regelung im Anschluss an die Nr. 5436 EBM-Ä. Ein solcher Ausschluss finde sich jedoch nicht nach der Leistungsziffer 5440 EBM-Ä. Da ein Ausschluss der Nr. 5466 EBM-Ä neben der Nr. 5440 EBM-Ä nicht ausdrücklich geregelt sei, sei bezüglich der Ziffer 5466 EBM-Ä keine sachlich-rechnerische Berichtigung vorzunehmen.

Gegen das der Beklagten am 29. April 2005 zugestellte Urteil wendet sich diese mit der am 23. Mai 2005 beim Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangenen Berufung und führt zur Begründung aus: Das Sozialgericht sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass die Durchführung von Speicheldrüsenszintigraphien nach Nr. 5440 EBM-Ä von der Ermächtigung umfasst seien. Den Mitgliedern der Abrechnungsgemeinschaft sei für ihre Tätigkeit in K (anders als für Ha) keine umfassende Ermächtigung als Facharzt für Nuklearmedizin erteilt worden. Vielmehr sei die Ermächtigung bei Überweisung durch Vertragsärzte auf die Durchführung von Radiojodtherapien der Schilddrüse und die dazu erforderlichen diagnostischen Leistungen begrenzt. Nur bei Überweisung durch Nuklearmediziner und Radiologen, die die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung nuklearmedizinischer Leistungen erhalten hätten, erstrecke sich die Ermächtigung auf das gesamte Fachgebiet der Nuklearmedizin. Der Kläger habe die Leistungen auf Überweisung durch Vertragsärzte erbracht, sodass die Beschränkung auf die zur Durchführung der Radiojodtherapie erforderlichen diagnostischen Leistungen zu beachten sei. Bei der Speicheldrüsenszintigraphie handele es sich nicht um eine mit der Radiojodtherapie zwingend einhergehende Leistung. Damit gehöre sie nicht zum Ermächtigungsumfang. Die Frage, ob die Speicheldrüsenszintigraphie zwingender Bestandteil der Radiojodtherapie sei, sei im vorliegenden Verfahren entgegen der Auffassung des Sozialgerichts nicht im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung, sondern bei der Prüfung des Ermächtigungsumfangs zu klären. Die routinemäßige Speicheldrüsenszintigraphie, wie sie die Klägerin durchgeführt habe, sei weder in Einzelfällen nützlich noch generalisiert zielführend. Zutreffend sei zwar, dass eine Schädigung der Speicheldrüse durch die Radiojod-Therapie theoretisch erfolgen könne. Eine Schädigung sei aber erst bei Herddosen im Bereich der Speicheldrüsen von mehr als 60 GBq zu erwarten. Diese Herddosen würden bei Radiojod-Therapien ab einer verabreichten Aktivität von 5 bis 14 GBq erreicht. Die durchschnittlich verabreichte Aktivität bei gutartigen Erkrankungen der Schilddrüse liege jedoch typischerweise in der Größenordnung von 0,5 bis 1 GBq. Ferner handele es sich bei der Vorerkrankung der Speicheldrüse nicht um eine Kontraindikation für die Durchführung der Radiojod-Therapie. Dazu werde auf die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Nuklearmedizin zur Durchführung der Radiojod-Therapie bei benignen und malignen Schilddrüsenerkrankungen hingewiesen. Die Speicheldrüsenszintigraphie sei in keiner Weise geeignet, eine Reduzierung der durch Radioaktivität verursachten Dosis außerhalb des Zielorgans zu gewährleisten. Letztlich sei die vorgetragene simultane Durchführung der Szintigraphie der Speicheldrüse und der Schilddrüse mit nur einer Technetiumgabe medizinisch nicht durchführbar, ohne dass es zu einem nicht hinnehmbaren Qualitätsverlust bei einer von beiden Untersuchungen komme. Das Sozialgericht sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass eine gesonderte Verabreichung von Technetium sowohl für die Speichel- als auch für die Schilddrüsenszintigraphie für die Erfüllung des Leistungsinhaltes der entsprechenden EBM-Positionen nicht zwingend erforderlich sei. Die Technetiumsgabe sei sowohl aus strahlenschutzrechtlichen Gründen als auch aus Qualitätsgesichtspunkten in jedem Fall bei beiden Szintigraphien gesondert vorzunehmen. Die Speicheldrüsenszintigraphie werde in keiner anderen nuklearmedizinischen Abteilung oder Praxis in Zusammenhang mit der Radiojod-Therapie der Schilddrüse durchgeführt.

In der mündlichen Verhandlung am 12. Februar 2007 hat die Klägerin die Klage erweitert und sich auch gegen die Widerspruchsbescheide gewandt, die an Dr. B und an Dr. C gerichtet und Gegenstand der beim Sozialgericht Kiel anhängigen Verfahren zu den Aktenzeichen S 16 KA 323/03 und S 16 KA 325/03 waren. Die Beklagte hat dieser Klagerweiterung zugestimmt. Ferner haben die Beteiligten übereinstimmend die Erledigung der genannten vor dem Sozialgericht Kiel anhängigen Verfahren der Dres. B und C erklärt.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kiel vom 19. Januar 2005 aufzuheben und die Klagen gegen die gegenüber Dres. C und B zur Abrechnungsnummer A ergangenen die Quartale IV/2001 (EBM-Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä) und II/2002 betreffenden Bescheide vom 21. März 2002 und vom 10. Oktober 2002 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 26. Juni 2003 abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die gegenüber Dres. C und B zur Abrechnungsnummer A ergangenen die Quartale IV/2001 (Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä) und II/2002 betreffenden Bescheide vom 21. März 2002 und vom 10. Oktober 2002 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 26. Juni 2003 aufzuheben.

Sie führt zur Begründung aus: Auch die im Berufungsverfahren von der Beklagten vertretene Auffassung, nach der die Szintigraphien der Speicheldrüse und der Schilddrüse nicht simultan durchführbar seien, sei unrichtig. Die optimale Nutzung einer einzigen Radioaktivitätsdosis für zwei wichtige Funktionsstudien - die Speicheldrüsenszintigraphie und die Schilddrüsenszintigraphie - sei medizinökonomisch und patientenschonend. Die Leistung sei auch vom Überweisungsauftrag gedeckt. Der Überweisungsauftrag enthalte insoweit keine ausdrücklichen Vorgaben. Auf die Notwendigkeit der Speicheldrüsenszintigraphie komme es im vorliegenden Zusammenhang nicht an, weil es sich dabei um eine Frage der Wirtschaftlichkeit handele, die nicht von der Beklagten, sondern nur von den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung geprüft werden dürfe. Im Übrigen sei die Durchführung der Speicheldrüsenszintigraphie auch notwendig, um Schädigungen der Speicheldrüse bei Durchführung der Radiojod-Therapie der Schilddrüse so weit wie möglich auszuschließen. Die Speicheldrüsenszintigraphie habe den Zweck, die Patienten zu eruieren, bei denen der Speichelfluss aus den Speicheldrüsen gestört sei und bei denen dann die um den Faktor von ca. 10 vermehrte Strahlendosis auf diese Speicheldrüse als Nebenwirkung treffen würde. Zwar treffe es zu, dass die Leitlinie Schilddrüsenszintigraphie nicht explizit die Durchführung einer Speicheldrüsenszintigraphie vorschreibe. Zu

beachten sei jedoch auch die Richtlinie Strahlenschutz. Diese schreibe vor, jegliche Nebenwirkung auf kritische Organe zu vermeiden. Ergänzend nimmt die Klägerin auf einen Auszug aus einer Veröffentlichung von Schicha und Schober, Nuklearmedizin, 4. Aufl., S. 183 f., Bezug. Mit den vom Sozialgericht für abrechenbar erklärten Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä habe sich die Beklagte in der Berufungsbegründung nicht befasst. Die Annahme, dass es sich bei den Leistungen nach Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä für die Mitglieder der Abrechnungsgemeinschaft um fachfremde Leistungen handele, sei falsch. Für eine den Regeln der ärztlichen Kunst entsprechende Durchführung der Radiojod-Therapie sei es zwingend geboten, die Augen bei Patienten mit Morbus-Basedow unmittelbar vor, während und nach der Radiojod-Therapie zu dokumentieren, da sich durch die Strahlentherapie eine Augenproblematik vehement verschlechtern könne. Aus diesem Grunde liege die Dokumentation und die Therapie bzw. die Prophylaxe in der Hand desjenigen, der den möglichen Schaden zu verantworten hätte und damit in der Hand des Nuklearmediziners. Dementsprechend gehöre die Beurteilung der Augen bei Patienten mit Morbus-Basedow im Rahmen der Radiojod-Therapie auch zum Ausbildungsinhalt des Facharztes für Nuklearmedizin. Außerdem seien die Untersuchungen nach den Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä Bestandteil der Medizinausbildung sowohl während der Ausbildung in der Ophthalmologie als auch im Rahmen der inneren Medizin zur Untersuchung von Basedow-Patienten. Die Untersuchung werde von jedem Arzt beherrscht. Daher liege keine fachfremde Leistung vor. Die Herbeiziehung eines Augenarztes während der Radiojod-Therapie sei nicht möglich, weil sich der Augenarzt dazu während der gesamten Radiojod-Therapie im Strahlenschutz-Kontrollbereich aufhalten müsste. Aufgrund der Häufung von Morbus-Basedow-Patienten in der Radiojod-Therapie verfügten erfahrene Nuklearmediziner über größere Routine in der Beurteilung der Augenproblematik bei Morbus-Basedow als Augenärzte, denen derartige Patienten nur vereinzelt und in sehr fortgeschrittenen Stadien zur Beurteilung und Behandlung zugewiesen würden.

Die das Widerspruchsverfahren des Prof. Dr. H betreffenden Verwaltungsakten der Beklagten und die Prozessakte sowie die Akten zu den beim Sozialgericht Kiel geführten Verfahren des Dr. B (S 16 KA 323/03) und des Dr. C (S 16 KA 325/03) einschließlich der entsprechenden Verwaltungsakten der Beklagten haben dem Senat vorgelegen. Diese sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Beratung gewesen. Wegen weiterer Einzelheiten wird auf ihren Inhalt verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist begründet, soweit es um die Honorarkürzung bezogen auf die Nrn. 1216 und 1224 EBM-Ä geht. Die von der der Beklagten verfügte Honorarkürzung war insoweit nicht zu beanstanden. Dagegen hat die Entscheidung des Sozialgerichts bezogen auf die Kürzung der Nr. 5440 EBM-Ä Bestand. Insoweit waren die Honorarkürzungen nicht rechtmäßig. Bezogen auf die Kürzung der Nr. 5466 EBM-Ä aus dem Bescheid vom 10. Oktober 2002 war die Beklagte im Hinblick auf noch durchzuführende Ermittlungen zur Neubescheidung zu verpflichten.

Die Klägerin ist eine Gemeinschaft von Ärzten, die zur Abrechnung unter einer gemeinsamen Abrechnungsnummer ermächtigt worden sind. Diese Abrechnungsgemeinschaft hat anstelle der einzelnen Ärzte nach entsprechender Rubrumsberichtigung die Parteistellung eingenommen. Dabei geht der Senat davon aus, dass für mehrere Ärzte, die - ausnahmsweise - zur gemeinschaftlichen Abrechnung unter einer einheitlichen Arztnummer ermächtigt worden sind, bei Streitigkeiten gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung (KV), die diese gemeinschaftliche Abrechnung zum Gegenstand hat, die Grundsätze entsprechend anzuwenden sind, die in der Rechtsprechung für eine unter einer Arztnummer abrechnende Gemeinschaftspraxis entwickelt worden sind (vergl. dazu BSG, Urt. v. 23. Februar 2005 - [B 6 KA 45/03 R](#) - [SozR 4-1500 § 86 Nr. 2](#), juris Rz. 15; BSG, Urt. v. 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 15/04 R](#) - [SozR 4-1390 § 6 Nr. 1](#), juris Rz. 19, 20). Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sind die gegenüber Prof. Dr. H, Dr. B und Dr. C im Universitätsklinikum K (Abrechnungsnummer A) ergangenen Bescheide der Beklagten vom 21. März 2002 und vom 10. Oktober 2002 in der Fassung der Widerspruchsbescheide vom 26. Juni 2003 soweit sie Kürzungen bezüglich der Nrn. 5440, 5466 EBM-Ä im Quartal II/2002 und Kürzungen bezüglich der Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä im Quartal IV/2001 betreffen. Die Beklagte hat der auch noch im Berufungsverfahren möglichen (vgl. BSG, Urt. v. 7. Februar 1996 - [6 RKA 42/95](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#)) Klagerweiterung bezogen auf die gegenüber Dr. B und Dr. C ergangenen Widerspruchsbescheide in der mündlichen Verhandlung am 12. Februar 2006 ausdrücklich zugestimmt. Gleichzeitig haben die Beteiligten die vor dem Sozialgericht Kiel anhängigen Klageverfahren der Dres. B und C, die dieselben Widerspruchsbescheide zum Gegenstand hatten, einvernehmlich für erledigt erklärt, sodass der Klagerweiterung nicht die anderweitige Rechtshängigkeit entgegensteht.

Die angefochtenen Widerspruchsbescheide sind nicht bereits deshalb aufzuheben, weil sie nicht mit einer Begründung versehen wären. Zwar dürfen zwischen der Beschlussfassung von Gremien der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und der Herausgabe der ergangenen Entscheidung zur Zustellung höchstens fünf Monate vergangen sein, um den Bescheid als noch "mit Gründen versehen" ansehen zu können. Dabei ist für den Fristlauf nicht die Übergabe des unterschriebenen Bescheides an die Geschäftsstelle maßgeblich, sondern die "Herausgabe" zum Zwecke der Zustellung bzw. Bekanntgabe an die Beteiligten (BSG, Beschl. v. 27. Juni 2001 - [B 6 KA 5/01 B](#), m.w.N.). Diese Frist dürfte hier versäumt sein, weil nach der Beschlussfassung des Vorstands der Kassenärztlichen Vereinigung am 28. Januar 2003 mehr als fünf Monate vergangen sind, bis die Widerspruchsbescheide vom 26. Juni 2003 an die Mitglieder der Abrechnungsgemeinschaft versandt wurden. Zwar enthalten die Akten der Beklagten keine Absendevermerke. Für die verspätete Absendung spricht jedoch der Eingangsstempel der Klinik für Nuklearmedizin auf dem Empfangsbekenntnis des Prof. Dr. H (Freitag, 4. Juli 2003). Indes ist die Nichteinhaltung der fünfmonatigen Begründungsfrist bei gebundenen Entscheidungen unter dem Blickwinkel des [§ 42 Satz 1 SGB X](#) unschädlich (BSG, a.a.O., m.w.N.). Bei der - rechtmäßigen - sachlich-rechnerischen Berichtigung bezogen auf die Nrn. 1216, 1224, 1256 EBM-Ä handelt es sich um eine gebundene Entscheidung, so dass sich das Fehlen der Begründung im vorliegenden Fall nicht auswirkt.

Rechtsgrundlage für die von der Beklagten vorgenommene sachlich-rechnerische Berichtigung sind § 45 Abs. 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) in der seit 1. Januar 1995 geltenden und § 34 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen (EKV-Ä) in der seit 1. Juli 1994 geltenden Fassung. Nach diesen für den Primär- und Ersatzkassenbereich im Wesentlichen gleich lautenden Vorschriften hat die Kassenärztliche Vereinigung die Befugnis, die von den Vertragsärzten eingereichten Abrechnungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und nötigenfalls richtigzustellen. Dies kann auch im Wege der nachgehenden Richtigstellung erfolgen (BSG, Urt. v. 12. Dezember 2001 B [6 KA 3/01 R](#) [BSGE 89, 90](#), 93 f = [SozR 3 2500 § 82 Nr. 3](#)).

Bezogen auf die Nr. 5440 EBM-Ä lagen die Voraussetzungen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht vor. Daher hat das Sozialgericht den diese Gebührennummer betreffenden Bescheid vom 10. Oktober 2002 zur Abrechnung für das Quartal II/02 für Kiel in der Fassung des an Prof. Dr. H gerichteten Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2003 zu Recht aufgehoben. Auch die inhaltlich damit übereinstimmenden Widerspruchsbescheide, die gegenüber Dr. B und Dr. C ergangenen sind, waren auf die im Berufungsverfahren erhobene Klage in diesem

Umfang aufzuheben. (Zur Klarstellung ist darauf hinzuweisen, dass hinsichtlich der Streichung der Nr. 4288 EBM-Ä mit Bescheid vom 10. Oktober 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2003 auch insoweit das in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht abgegebene Teilanerkenntnis der Beklagten maßgeblich ist.) Die tatbestandlichen Voraussetzungen der Nr. 5440 EBM Ä waren durch die erbrachten Leistungen erfüllt, und es lagen auch keine anderen Gründe vor, aus denen die Leistung nicht in Ansatz gebracht werden könnte.

Mit der Erbringung von Leistungen der Speicheldrüsenszintigraphie nach Nr. 5440 EBM-Ä haben die Mitglieder der klagenden Abrechnungsgemeinschaft nicht den Rahmen der Ermächtigung überschritten. Allerdings ist die Ermächtigung für die Tätigkeit der Abrechnungsgemeinschaft in K (anders als für die Tätigkeit in Ha , vgl. dazu die Verfahren zum Aktenzeichen [L 4 KA 35/05](#) und [L 4 KA 36/05](#)) bei Überweisung durch Vertragsärzte auf die Durchführung von Radiojod-Therapien der Schilddrüse und die dazu erforderlichen diagnostischen Leistungen beschränkt. Nur bei der Überweisung durch Nuklearmediziner und Radiologen, die die Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Durchführung nuklearmedizinischer Leistungen erhalten, erstreckt sich die Ermächtigung auf das gesamte Fachgebiet der Nuklearmedizin. Wie die Klägerin im Laufe des Berufungsverfahrens (vgl. Schriftsatz vom 8. März 2006, S. 10) eingeräumt hat, sind die Leistungen nach Nr. 5440 EBM-Ä auf Überweisung durch Allgemeinmediziner erbracht worden. Deshalb ist (entgegen der insoweit missverständlichen Formulierung in den Entscheidungsgründen des sozialgerichtlichen Urteils) die Beschränkung auf die zur Durchführung von Radiojod-Therapien der Schilddrüse erforderlichen diagnostischen Leistungen zu beachten. Indes handelt es sich bei der Szintigraphie der Schilddrüse nach Nr. 5440 EBM-Ä um eine erforderliche diagnostische Leistung zur Durchführung der Radiojod-Therapie im Sinne der Ermächtigung. Dabei geht der Senat davon aus, dass der Umfang der Ermächtigung hier wie üblich ein Leistungsspektrum, das der Arzt erbringen und abrechnen darf, generell und unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall abgrenzt. Wenn die hier erteilte Ermächtigung dagegen so verstanden würde, dass es auf die Erforderlichkeit der diagnostischen Leistung im jeweiligen Behandlungsfall ankommt, würde die Kassenärztliche Vereinigung im Ergebnis zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit ermächtigt werden. Für die Prüfung der Wirtschaftlichkeit sind jedoch allein die paritätisch besetzten Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung zuständig. Es entspricht ständiger Rechtsprechung, dass die Kassenärztliche Vereinigung generell nicht berechtigt ist, aus Anlass sachlich-rechnerischer Honorarberichtigungen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung eines Vertragsarztes zu prüfen (vgl. BSG, Urt. v. 27. April 2005 - [B 6 KA 39/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr. 10](#), m.w.N.). Die Ermächtigung ist aus der Sicht des Senats im Zweifel so auszulegen, dass eine rechtswidrige Regelung nicht getroffen werden sollte. Zu den diagnostischen Leistungen, die zur Durchführung von Radiojod-Therapien erforderlich sind, gehört danach auch die Szintigraphie der Speicheldrüse. Dies hat die Beklagte jedenfalls für Fälle der Radiojod-Therapie bei malignen Erkrankung der Schilddrüse eingeräumt und dies wird in dem von der Beklagten eingeholten Bericht der Radiologiekommission vom 18. September 2002 bestätigt. Danach kann eine Untersuchung der Speicheldrüse jedenfalls in bestimmten Fällen bei Schilddrüsenkarzinompatienten vor Radiojod-Therapien erforderlich sein. Der Senat verkennt nicht, dass nach Auffassung der Radiologiekommission die von der Klägerin praktizierte routinemäßige Durchführung der Speicheldrüsenszintigraphie nicht erforderlich ist. Darauf kommt es aus den oben genannten Gründen im vorliegenden Zusammenhang jedoch nicht an, weil es sich dabei um eine Frage der Wirtschaftlichkeit handelt.

Entgegen der Auffassung der Beklagten kann die Durchführung der sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht darauf gestützt werden, dass die "Simultandurchführung" der Szintigraphie der Speicheldrüse und der Schilddrüse mit einem Radionuklid nicht leitliniengerecht sei. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob dies zutrifft. Mit dem Einwand der Beklagten sind Fragen der Qualität der Leistung angesprochen, die keinen Eingang z.B. in eine Richtlinie i.S.d. [§ 92 SGB V](#) oder eine Vereinbarung i.S.d. [§ 135 Abs. 2 SGB V](#) gefunden haben. Unter diesen Umständen können sachlich-rech-ne-rische Berichtigungen aufgrund mangelnder Qualität nur unter sehr eingeschränkten Voraussetzungen durchgeführt werden. Voraussetzung wäre nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. v. 5. Februar 2003 - [B 6 KA 15/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 95 Nr. 1](#)), der der Senat folgt, die "Ungeeignetheit der Leistung". Die Leistung müsste sich in dem "konkreten Behandlungszusammenhang in offenkundigem Widerspruch zum Stand der medizinischen Wissenschaft befinden oder erkennbar ohne jeden Nutzen erbracht worden" sein. Wenn dagegen bei vertragsärztlich an sich zulässigen Leistungen diese Evidenzschwelle nicht erreicht wird, kommt aus kompetenzrechtlichen Gründen nur die Untersuchung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise durch die zuständigen Prüfungsgremien in Betracht (BSG; a.a.O., juris Rz. 19, m.w.N.).

Von einer Ungeeignetheit der von der Klägerin erbrachten Leistung nach Nr. 5440 EBM-Ä im konkreten Behandlungszusammenhang konnte sich der fachkundig mit zwei Ärzten besetzte Senat nach Anhörung von Prof. Dr. H in der mündlichen Verhandlung sowie des für die Beklagte erschienenen Arztes für Radiologie Dr. R nicht überzeugen. Prof. Dr. H hat nachvollziehbar dargelegt, dass bei einer festgestellten Vorschädigung der Speicheldrüse teilweise eine Behandlung dieses Organs der Durchführung der Radiojod-Therapie vorgeschaltet werden kann. Ferner fließt das Ergebnis der durchgeführten Speicheldrüsenszintigraphie in die Beratung des Patienten zu den Folgen der Radiojod-Therapie ein und ggf. werden auch andere Formen der Behandlung (Operation) bei einem hohen Risiko der Zerstörung vorgeschädigter Speicheldrüsen durch die Radiojod-Therapie in Betracht gezogen. Ungeachtet der Frage, ob auch andere medizinische Auffassungen als die des Prof. Dr. H vertretbar sind oder sogar von der Mehrzahl der Fachärzte für Nuklearmedizin vertreten werden, kann danach jedenfalls ausgeschlossen werden, dass die Speicheldrüsenszintigraphie im vorliegenden Behandlungszusammenhang "erkennbar ohne jeden Nutzen" durchgeführt wurde. Davon zu unterscheiden ist die Frage der Erforderlichkeit der Untersuchung der Speicheldrüse in jedem Einzelfall. Dazu hat die Beklagte in der mündlichen Verhandlung aus Sicht des Senats nachvollziehbare Einwände geäußert. Eine weitere Aufklärung des Sachverhalts zu dieser Frage war im vorliegenden Zusammenhang jedoch nicht erforderlich, weil damit Fragen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung angesprochen sind, auf die es hier aus den o.g. Gründen nicht ankommt.

Die Durchführung der Speicheldrüsenszintigraphie durch die Klägerin erfüllt die in der Leistungslegende zu Nr. 5440 EBM-Ä genannten Voraussetzungen. Nach ständiger Rechtsprechung ist für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung in erster Linie der Wortlaut der Leistungslegende maßgeblich (BSG, Urt. v. 8. September 2004 - [B 6 KA 37/03 R](#) - [SozR 4-5533 Nr. 273 Nr. 1](#), juris Rz. 16 m.w.N.). Das vertragliche Regelwerk dient nämlich dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen zwischen Ärzten und Krankenkassen, und es ist vorrangig Aufgabe des Bewertungsausschusses selbst, darin auftretende Unklarheiten zu beseitigen. Ergänzend ist es statthaft, zur Klarstellung des Wortlauts der Leistungslegende eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen vorzunehmen (BSG, a.a.O.). Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe waren die von der Klägerin erbrachten Leistungen der Speicheldrüsenszintigraphie nach Nr. 5440 EBM-Ä zu vergüten. Auch die Beteiligten gehen übereinstimmend davon aus, dass die Klägerin die Leistungen nach dieser Leistungsziffer jedenfalls abgesehen von der gesonderten Gabe eines Radionuklids (Technetium) erbracht hat. Im Streit ist insoweit allein die Frage, ob die nur einmalige Radionuklidapplikation für zwei Untersuchungen - die Schilddrüsenszintigraphie nach Nr. 5435 EBM-Ä und die Speicheldrüsenszintigraphie

nach Nr. 5440 EBM-Ä - der Erfüllung der Leistungslegende nach Nr. 5440 EBM-Ä entgegensteht. Dies ist nach Auffassung des Senats nicht der Fall.

Die Leistungslegende zu Nr. 5440 EBM-Ä in der hier maßgebenden Fassung hat folgenden Wortlaut: "Szintigraphische Untersuchungen von Speicheldrüsen, Intestinaltrakt, Leber (einschl. Milz), Gallenwegen oder Pankreas mit radioaktiv markierten Substanzen". Die Leistung ist mit 2400 Punkten bewertet. Danach ist - worauf das Sozialgericht bereits zutreffend hingewiesen hat - die Einbringung des Radionuklids nicht Bestandteil der Leistungslegende. Es reicht aus, dass die Untersuchung "mit radioaktiv markierten Substanzen" durchgeführt wurde. Es ist deshalb im vorliegenden Zusammenhang nicht von Bedeutung, ob das Radionuklid gesondert für die Durchführung der Speicheldrüsen-szintigraphie appliziert wurde oder ob die Applikation bereits zur Durchführung einer anderen Untersuchung (hier: der Schilddrüsenuntersuchung) vorgenommen wurde. Auch der Formulierung in den Allgemeinen Bestimmungen zur Nuklearmedizinischen In-vivo-Diagnostik (Kapitel Q II. EBM-Ä), nach der u.a. die Kosten der Radionuklide "in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten" sind, kann nach Auffassung des Senats nur der Ausschluss einer gesonderten Abrechnung dieser Kosten entnommen werden (vgl. dazu LSG Nordrhein-Westfalen, Urt. v. 9. April 2003 [L 10 KA 32/02](#) veröffentlicht in juris) und nicht, dass die Verwendung einer gesonderten Radionuklidapplikation für jede Leistung Voraussetzung ihrer Abrechenbarkeit wäre.

Die Verwendung einer Radionuklidapplikation sowohl für die Durchführung der Schilddrüsenuntersuchung als auch für die Durchführung der Speicheldrüsenuntersuchung hat auch nicht zur Folge, dass die Speicheldrüsen-szintigraphie Teil einer anderen berechnungsfähigen Leistung - der Schilddrüsen-szintigraphie - wäre und damit nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM (A.I. Teil A 1. Satz 2) von der Berechnung ausgeschlossen wäre. Zwar hat das Bundessozialgericht entschieden, dass ein Vergütungsanspruch nach Nr. 273 EBM-Ä (intravenöse Infusion) ausgeschlossen ist, wenn für die Durchführung der Infusion der Zugang zur Vene verwendet werden konnte, der bereits am selben Tag für die Dialyse gelegt worden war (BSG, Urt. v. 22. März 2006 - [B 6 KA 44/04 R](#); vgl. BSG, Urt. v. 8. September 2004 - [B 6 KA 37/03 R](#) - SozR 4-5533 Nr. 273; Schleswig-Holsteinisches LSG, Urt. v. 19. Oktober 2004 - [L 6 KA 20/03](#)). Ausschlaggebend für diese Entscheidung war jedoch nicht alleine die Überschneidung bezogen auf die Verwendung eines Zugangs zur Vene für beide Behandlungsmaßnahmen, sondern die Tatsache, dass in der Präambel zu Abschn. C II EBM-Ä ausdrücklich bestimmt war: "Erfolgen über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Injektion, Infusion oder Transfusion, sind die Leistungspositionen je Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig" (vgl. BSG, Urt. v. 22. März 2006, [a.a.O.](#), juris Rz. 20). Eine entsprechende Regelung für die Verwendung eines gemeinsamen Radionuklids bei der Durchführung mehrerer Szintigraphien gibt es im EBM-Ä nicht. Die Argumentation, nach der es sich bei der Speicheldrüsen-szintigraphie um ein "Abfallprodukt" der Schilddrüsen-szintigraphie handeln würde, hat auch die Beklagte ausdrücklich nicht aufrechterhalten. Bei der Speicheldrüsen-szintigraphie handelt es sich auch nicht um eine Untersuchung, die im Zuge der Schilddrüsen-szintigraphie typischerweise mit erbracht wird und deren erforderlicher Zusatzaufwand im Regelfall hinter dem Aufwand für die andere Leistung zurücktritt (vgl. dazu BSG, Urt. v. 25. August 1999 - [B 6 KA 57/98 R](#) - [MedR 2000, 201](#); BSG, Urt. v. 22. März 2006 - [B 6 KA 44/04](#) - juris Rz. 11, m.w.N.). Dem steht bereits entgegen, dass die Speicheldrüsen-szintigraphie nach den nachvollziehbaren Darlegungen des Prof. Dr. H in der mündlichen Verhandlung im Vergleich zur Schilddrüsen-szintigraphie den größeren Zeitaufwand erfordert. Dieser größere Aufwand schlägt sich auch in der höheren Punktzahl der Speicheldrüsen-szintigraphie (2400 Punkte) im Vergleich zur Schilddrüsen-szintigraphie nach Nr. 5435 EBM-Ä (1300 Punkte) nieder.

Die sachlich-rechnerische Berichtigung kann entgegen der Auffassung der Beklagten auch nicht mit der Begründung als rechtmäßig angesehen werden, dass die Leistung nach Nr. 5440 EBM Ä von den überweisenden Auftraggebern nicht angefordert worden wäre. Richtig ist, dass der ausführende Arzt grundsätzlich an den Überweisungsschein gebunden ist (vgl. § 24 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ä, § 27 Abs. 2 Satz 3 EKV-Ä). Deshalb kann die kassenärztliche Vereinigung Leistungen, die unter Missachtung der Bindung an den Überweisungsauftrag erbracht und abgerechnet worden sind, sachlich-rechnerisch berichtigen (BSG, Urt. v. 8. Juli 1981 - [6 RKA 3/79](#) - Meso B 350/101; BSG, Beschl. v. 13. Februar 2001 - [B 6 KA 64/00 B](#), m.w.N.). Indes können Überweisungsaufträge nach § 24 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 EKV-Ä nicht nur in der Weise erteilt werden, dass eine zu erbringende Leistung definiert wird (sog. Definitionsauftrag), sondern der überweisende Arzt kann auch einen sog. Indikationsauftrag mit Indikationsangabe und Empfehlung der Methode erteilen. Nach den substantiierten Darlegungen der Klägerin, denen die Beklagte nicht entgegengetreten ist, sind der Klägerin in keinem Fall auf die Untersuchung der Schilddrüse beschränkte Definitionsaufträge erteilt worden. Die Überweisungsaufträge enthielten vielmehr regelmäßig die Formulierung: "Überprüfung der Indikation und Voraussetzungen für eine Radiojod-Therapie". In der Erbringung der Speicheldrüsen-szintigraphie, die die Klägerin zur Erfüllung des so definierten Auftrags für erforderlich hielt und die im konkreten Behandlungszusammenhang - wie oben dargelegt - jedenfalls nicht "erkennbar ohne jeden Nutzen" erbracht worden ist, liegt damit kein Verstoß gegen die Bindung an den Überweisungsauftrag. Auf die Frage, ob die Klägerin damit gegen die in § 24 Abs. 7 Nr. 1 Satz 3 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 7 Nr. 1 Satz 3 EKV-Ä geregelte Pflicht des ausführenden Arztes zur Gewährleistung der Wirtschaftlichkeit verstoßen hat, kommt es aus den o.g. Gründen im vorliegenden Zusammenhang nicht an.

Bezogen auf die Kürzung der Nr. 5466 EBM-Ä im Quartal II/2002 mit Bescheid vom 10. Oktober 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2003 ist die Berufung im Sinne der Verurteilung zur Neubeschreibung begründet. Das Sozialgericht hat die Rechtswidrigkeit der Kürzung der Zuschlagziffer nach Nr. 5466 EBM Ä im Wesentlichen unter Bezugnahme auf die Rechtswidrigkeit der Kürzung der Grundleistung nach Nr. 5440 EBM Ä begründet. Diese Begründung konnte bezogen auf das unter dem Aktenzeichen [L 4 KA 36/05](#) geführte Parallelverfahren insofern nicht überzeugen, als die Beklagte dort mehr Zuschlagsziffern nach Nr. 5466 EBM Ä (400-mal) gekürzt hat als Grundleistungen nach Nr. 5440 EBM Ä (350-mal). Die Beklagte hat auf Nachfrage in der mündlichen Verhandlung dargelegt, dass die Kürzung der Nr. 5466 EBM Ä auch im vorliegenden Verfahren nicht vollständig mit der Kürzung der Nr. 5440 EBM Ä zusammenhängt, sondern dass Kürzungen der Nr. 5466 EBM Ä auch deshalb vorgenommen worden seien, weil diese neben der Nr. 5435 EBM Ä in Ansatz gebracht worden waren. Das Sozialgericht hat bereits zutreffend darauf hingewiesen, dass die Nr. 5466 EBM Ä nach der Anmerkung zu Nr. 5436 EBM Ä nicht neben der Nr. 5435 EBM Ä abgerechnet werden kann. Mit der Verpflichtung zur Neubeschreibung wird der Beklagten Gelegenheit gegeben, die Leistungen nach Nr. 5466 EBM Ä zu kürzen, soweit ein Zusammenhang mit der zu Unrecht gekürzten Nr. 5440 EBM Ä nicht besteht. Der Senat hat insoweit von der gemäß [§ 131 Abs. 3 SGG](#) bestehenden Möglichkeit Gebrauch gemacht, von einer Verurteilung der Beklagten zur konkreten Leistungserbringung oder von der Verpflichtung zum Erlass eines bestimmten Verwaltungsakts abzusehen, und die Beklagte zur Neubeschreibung verpflichtet (vgl. Urteil des 6. Senats des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 16. Januar 2001 [L 6 KA 47/00](#) -, Umdruck S. 7, m.w.N.).

Die Berufung der Beklagten ist begründet, soweit sie sich gegen die Aufhebung des Bescheides vom 21. März 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 26. Juni 2003 bezogen auf die sachlich-rechnerische Berichtigung der Nrn. 1216 und 1224 EBM-Ä im Quartal

IV/2001 wendet. Insoweit ist die Beklagte zu Recht davon ausgegangen, dass ein Anspruch auf Vergütung der Klägerin nicht besteht, weil die Leistung für die Mitglieder der Abrechnungsgemeinschaft fachfremd ist. In der Rechtsprechung ist geklärt, dass Ärzte für fachfremde Leistungen grundsätzlich keine Vergütung beanspruchen können. Insoweit ist die Kassenärztliche Vereinigung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung befugt (BSG, Urt. v. 8. September 2004 - [B 6 KA 32/03 R BSGE 93, 170](#) = [SozR 4-2500 § 95 Nr. 8](#) m.w.N.). Die Beschränkungen des Fachgebiets erfassen den Arzt auch in seiner Tätigkeit als zugelassener oder ermächtigter Arzt (BSG, Urt. v. 12. September 2001 - [B 6 KA 86/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 116 Nr. 23](#), juris Rz. 31). Die Beschränkungen sind rechtmäßig, soweit die betroffenen Leistungen für das Fachgebiet nicht wesentlich und nicht prägend sind und die Abgrenzung vom fachlich-medizinischen Standpunkt aus sachgerecht ist und auch der Facharzt in der auf sein Fachgebiet beschränkten Tätigkeit eine ausreichende Lebensgrundlage findet. Für die Beurteilung, ob Leistungen fachzugehörig oder fachfremd sind, sind auch im vertragsärztlichen Bereich die auf landesgesetzlicher Grundlage beruhenden Bestimmungen der Weiterbildungsordnungen der Landesärztekammern maßgeblich, und damit hier die Weiterbildungsordnung der Ärztekammer Schleswig-Holstein vom 16. Oktober 1996 in der zuletzt am 10. Februar 2001 und am 2. Mai 2001 geänderten Fassung (WBO). Bei methodenbezogenen Fachgebieten wie der Nuklearmedizin ergibt sich die Fachgebietszugehörigkeit im Allgemeinen schon aus der Anwendung einer bestimmten Untersuchungs- oder Behandlungsmethode (BSG, Urt. v. 8. September 2004 - [a.a.O.](#)).

Nach Abschnitt I Nr. 25 der WBO umfasst die Nuklearmedizin "die Anwendung radioaktiver Substanzen und kernphysikalischer Verfahren in der Medizin zur Funktions- und Lokalisationsdiagnostik sowie offener Radionuklide in der Therapie und den Strahlenschutz mit seinen physikalischen, biologischen und medizinischen Grundlagen". Der Senat hat keine Zweifel daran, dass es sich bei den Leistungen nach Nr. 1216 EBM-Ä (quantitative Untersuchung der Augenmotorik) und nach Nr. 1224 EBM-Ä (manuelle kinetische Perimetrie mit Marken verschiedener Reizwerte) um Leistungen handelt, die nicht dem Gebiet der Nuklearmedizin, sondern dem Gebiet der Augenheilkunde zuzuordnen sind. Die genannten Augenuntersuchungen werden nicht unter Anwendung radioaktiver Substanzen oder kernphysikalischer Verfahren durchgeführt. Soweit die Klägerin in der Berufungsbegründung dargelegt hat, dass sie über die erforderliche Qualifikation zur Durchführung dieser Untersuchungen verfügt, so wird dies von dem Senat nicht in Zweifel gezogen. Indes kommt es darauf im vorliegenden Zusammenhang nicht an, sondern auf die Abgrenzung der Fachgebiete nach den Bestimmungen der Weiterbildungsordnung (vgl. BSG, Urt. v. 18. Oktober 1995 [6 RKA 52/94](#) - [SozR 3-2500 § 95 Nr. 7](#)).

Allerdings gilt - worauf das Sozialgericht in der angefochtenen Entscheidung zutreffend hingewiesen hat - der Ausschluss der Vergütung fachfremder Leistungen nicht ohne jede Einschränkung. Bereits aus der Formulierung in § 21 WBO, nach der, wer eine Facharztbezeichnung führt, "grundsätzlich" nur in diesem Gebiet tätig werden darf, folgt, dass Ausnahmen zulässig sein müssen. Auch § 4a Abs. 2 Buchst. a des hier maßgeblichen Honorarverteilungsmaßstabs der Beklagten in der ab 1. Juli 2001 geltenden Fassung vom 20. Juni 2001 schließt nur "regelmäßige fachfremde Leistungen" von der Abrechnung aus. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. v. 28. Oktober 1987 - [B 6 RKA 4/87](#) - [SozR 2200 § 368a Nr. 20](#)) muss einem Gebietsarzt selbst die regelmäßige Erbringung einer bestimmten fachfremden Untersuchung gestattet sein, soweit ihm auf andere Weise die ordnungsgemäße Durchführung einer ihm obliegenden Untersuchung nicht möglich ist.

Die Klägerin hat in der Berufungsbegründung geltend gemacht, dass die abgerechneten Augenuntersuchungen durch einen Facharzt für Augenheilkunde nicht erbracht werden könnten, weil diese Untersuchungen im unmittelbaren Zusammenhang mit der Radiojod-Therapie erforderlich seien und auch im Strahlenschutzbereich durchgeführt werden müssten. Insoweit hat Prof. Dr. H allerdings auf Nachfrage in der mündlichen Verhandlung bestätigt, dass die Radiojod-Therapie ausschließlich stationär durchgeführt wird und nicht im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung. Soweit die Ermächtigung für die in K unter der Abrechnungsnummer A erbrachten Leistungen ausdrücklich neben den diagnostischen Leistungen auch die "Durchführung" der Radiojod-Therapie selbst einschließt, kann davon auch nach Angaben von Prof. Dr. H nicht Gebrauch gemacht werden, weil die Radiojod-Therapie nur stationär durchführbar ist. Dies entspricht auch der Kenntnis des fachkundig besetzten Senats. Unter diesen Umständen kann jedoch auch die im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung der Radiojod-Therapie erforderliche Augenuntersuchung nicht Gegenstand der Abrechnung im Rahmen der vorliegenden Ermächtigung sein, sondern nur der Vergütung des Krankenhauses für die stationär durchzuführende Radiojod-Therapie. Andere Gründe, die es zwingend erforderlich machen würden, dass die Augenuntersuchungen im Rahmen der Ermächtigung als ambulante Leistung durch die Klägerin und nicht durch einen Augenarzt durchgeführt werden, waren für den Senat nicht ersichtlich.

In der Rechtsprechung ist ferner anerkannt, dass Leistungen, auch wenn sie fachfremd sind, im Rahmen einer gewissen Toleranzbreite gleichwohl zu vergüten sind. Dabei wird an einzelne Behandlungsfälle gedacht, mit denen sich der Arzt in seiner täglichen Praxis befassen muss. Ihre Vielgestaltigkeit zwingt den Arzt, um dem Bedürfnis der Praxis gerecht zu werden, im Rahmen seiner Behandlung auch hin und wieder Leistungen zu erbringen, die als solche nicht mehr zu seinem Fachgebiet gehören (BSG, Urt. v. 28. Oktober 1987, [a.a.O.](#), juris Rz. 13, m.w.N.). Von Kassenärztlichen Vereinigungen werden zum Teil ausdrücklich und zum Teil stillschweigend fachfremde Leistungen in einem Umfang von bis zu 5 % des Gesamtleistungsvolumens hingenommen. Aus der zugestandenen Toleranzbreite kann aber keine grundsätzliche Ermächtigung des Gebietsarztes hergeleitet werden, bestimmte fachfremde Leistungen generell in sein Leistungsangebot einzubeziehen. Dazu ist er auch dann nicht berechtigt, wenn der Gesamtaufwand für diese Leistungen weniger als 5 % des Gesamtaufwandes aller Leistungen ausmachen würde (BSG, a.a.O.). Der Vertragsarzt kann sich nicht darauf verlassen, dass fachfremde Leistungen bis zu einer gewissen Prozentgrenze toleriert werden (Till, in: MedR 1985, 267, 269).

Der Senat ist zu der Überzeugung gelangt, dass es sich bei den von der Klägerin durchgeführten Augenuntersuchungen nach den Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä nicht nur um Einzelfälle handelt, die im Rahmen der dargestellten Toleranzbreite noch anzuerkennen sind. Diese Untersuchungen werden auch nach der Darstellung der Klägerin regelmäßig im Zusammenhang mit der Schilddrüsendiagnostik bei Patienten mit Morbus Basedow durchgeführt. Die Klägerin hat nachvollziehbar dargelegt, dass sich gerade Patienten mit Morbus Basedow häufiger einer Radiojod-Therapie zu unterziehen haben. Dem entsprechend hat die Klägerin die Nrn. 1216, 1224 EBM-Ä in dem hier streitgegenständlichen Quartal IV/01 zur Abrechnungsnummer A (K) immerhin jeweils 51 bzw. 50 x und im Quartal I/2002 zur Abrechnungsnummer B (Ha), Gegenstand des Parallelverfahrens zum Az [L 4 KA 36/05](#) jeweils 40 x abgerechnet. Nach allem waren die streitgegenständlichen Augenuntersuchungen auch nicht im Rahmen der für einzelne Behandlungsfälle anzuerkennenden Toleranzbreite zu vergüten.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. [§ 154 Abs. 1, Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und berücksichtigt, dass die sachlich-rechnerische Berichtigung, die sich auf die Augenuntersuchungen bezieht, nur etwas mehr als 3/100stel des Streitwertes ausmacht und damit wirtschaftlich von ganz untergeordneter Bedeutung ist. Ferner hat der Senat bezogen auf

die Verpflichtung zur Neubescheidung berücksichtigt, dass die Beklagte im Verlauf des gerichtlichen Verfahrens erstmals in der mündlichen Verhandlung vor dem Landessozialgericht auf Nachfrage des Senats vorgetragen hat, dass die Kürzung der Nr. 5466 EBM Ä nicht vollständig mit der Kürzung der Nr. 5440 EBM Ä im Zusammenhang steht, sondern wenigstens teilweise unabhängig davon Bestand hat. Da die Beklagte keine näheren Angaben insbesondere zu dem Anteil der Kürzung der Nr. 5466 EBM-Ä machen konnte, der unabhängig von der Kürzung der Nr. 5440 EBM-Ä erfolgt ist, hatte die Klägerin auch keine Möglichkeit, darauf zu reagieren. Unter diesen Umständen wäre es bei Berücksichtigung des Veranlassungsprinzips (vgl. Beschluss des Schleswig-Holsteini-schen Landessozialgerichts vom 13. Februar 1997, [NZS 1997, 392](#)) nicht sachgerecht, die Klägerin im Hinblick auf die Verpflichtung zur Neubescheidung der Kürzung bei der Nr. 5466 EBM-Ä im Quartal I/2002 an den Kosten des Verfahrens zu beteiligen.

Gründe für die Zulassung der Revision i.S.d. [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SHS

Saved

2007-05-03