

L 5 KA 5896/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen
S 1 KA 1981/03

Datum
31.07.2006

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen

L 5 KA 5896/07
Datum

23.09.2009

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31.7.2006, soweit es nach der teilweisen Berufungsrücknahme noch nicht rechtskräftig ist, abgeändert und die Klage in gleichem Umfang abgewiesen.

Der Kläger trägt 3/4 der Kosten des Berufungsverfahrens, die Beklagte 1/4.

Der Streitwert wird auf 467,18 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger wendet sich gegen Kürzungen seiner Honoraranforderungen durch die Kassenärztliche Vereinigung Nord-Baden (KVNB), Rechtsvorgängerin der Beklagten, im Quartal 1/01 im Wege sachlich-rechnerischer Berichtigung. Umstritten war zuletzt im Wesentlichen noch, ob der Kläger Anspruch auf Vergütung von Ultraschalleistungen nach Gebührennummer (GNr) 381 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) 1996 hat, die er vor einer Amniozentese erbracht hat und ob ihm eine Vergütung für solche Ultraschalleistungen auch dann zusteht, wenn eine Amniozentese später nicht durchgeführt wurde.

Der Kläger war Chefarzt der Geburtshilflich-Gynäkologischen Abteilung des Kreiskrankenhauses M. und seit 1983 zur Erbringung vertragsärztlicher Leistungen ermächtigt. Er ist auf Grund eines am 11.10.2000 vor dem Sozialgericht Karlsruhe im Verfahren S 1 KA 2230/00 abgeschlossenen Vergleichs insbesondere ermächtigt auf Überweisung durch Vertragsärzte zur Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der vorherigen Vorstellung in der Entbindungsklinik bei Risikoschwangerschaften, beschränkt auf die Nr. 109 EBM, und -

auf Überweisung durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie geburtshilflich-gynäkologisch tätige Ärzte/Praktische Ärzte/Fachärzte für Allgemeinmedizin: - zur konsiliarischen Beratung der Frage der Operationsindikation - sowie zur Durchführung gezielter Auftragsleistungen im Rahmen des Fachgebietes (einschließlich Amniozentesen, ausgenommen sonstige ambulante Operationen).

Nach Prüfung der Abrechnungsunterlagen für das Quartal 1/01 gab die KVNB Überweisungsscheine unvergütet zurück (Bescheid vom 25.6.2001). Zur Begründung des dagegen (hinsichtlich 23 Scheinen) eingelegten Widerspruchs trug der Kläger (u.a.) vor, er sei zur Durchführung von Amniozentesen einschließlich der begleitend notwendigen Ultraschalluntersuchungen ermächtigt. Die Durchführung einer Amniozentese ohne vorherige Ultraschalluntersuchung stelle im Übrigen einen Kunstfehler dar.

Mit Bescheid vom 27.6.2001 nahm die KVNB im Wege sachlich-rechnerischer Berichtigung weitere Honorarkürzungen für das Quartal 1/01 vor. Gestrichen wurden die GNr. 2 EBM 27mal, die GNr. 102 EBM 1mal, die GNr. 7103 EBM 1mal, die GNr. 17 EBM 18mal, die GNr. 18 EBM 2mal, die GNr. 74 EBM 1mal, die GNr. 171 EBM 3mal, die GNr. 381 EBM 40mal, die GNr. 3884 EBM 16mal und die GNr. 3885 EBM 3mal. Außerdem wandelte sie die Ansätze zahlreicher weiterer GNrn. (GNr. 1 EBM 50mal, GNr. 17 EBM 1mal, GNr. 74 EBM 8mal, GNr. 75 EBM 2mal, GNr. 7120 EBM 2mal, GNr. 118 EBM 74mal, GNr. 273 EBM 3mal, GNr. 381 EBM 23mal, GNr. 388 EBM 1mal, GNr. 1028 EBM 1mal, GNr. 3500 EBM 3mal, GNr. 3843 EBM 1mal und GNr. 3848 2mal) in 50 Ansätze der GNr. 109 EBM um.

Der Kläger legte auch gegen diesen Bescheid Widerspruch ein. In der Widerspruchsbegründung akzeptierte er die Streichungen der GNrn. 2, 102, 7103, 171, 3884 und 3885 EBM. Hinsichtlich Umwandlung der GNrn. 1 bis 3848 EBM in die GNr. 109 EBM führte er (u.a.) aus, er sei zur Durchführung gezielter Auftragsleistungen im Rahmen seines Fachgebietes ermächtigt, insbesondere sei er ermächtigt zur konsiliarischen Beratung der Frage der Operationsindikation und zur Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der vorherigen Vorstellung in der Entbindungsklinik bei Risikoschwangerschaften beschränkt auf die GNr. 109 EBM. Er müsse daher gezielte Leistungen im Rahmen seines

Fachgebietes durchführen. Im Übrigen habe er mit den GNr. 17 ff. bis 3885 EBM seinen Auftrag nicht überschritten und die GNr. jeweils korrekt angesetzt, ebenso wie die GNr. 74 EBM und die GNr. 381 EBM. Die GNr. 381 EBM sei im Zusammenhang mit der Beurteilung eines gynäkologischen Krankheitsbildes zwingend erforderlich, weil er ohne eine Ultraschalluntersuchung keine korrekte Diagnose stellen könne. Weiter gab der Kläger Erläuterungen zu einzelnen Abrechnungsscheinen.

Die KVNB erhob die gutachterliche Stellungnahme des Facharztes für Frauenheilkunde und Geburtshilfe Dr. Sch. vom 7.11.2001. Dr. Sch. führte u.a. aus: Bei gründlicher Durchsicht der Abrechnungsunterlagen falle auf, dass der Kläger bei Überweisung zur Amniozentese häufig keine Amniozentesen (GNrn. 112/113 EBM), sondern eine Ultraschalluntersuchung nach GNr. 381 (kurative GNr) und ausführliche Beratungen (GNrn. 17 oder 1 EBM) abgerechnet habe. Da es sich bei den zur Amniozentese überweisenden Ärzten um Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe handele, sei von einer strengen Indikationsstellung und ausführlichen Beratungen und erforderlichen Ultraschalluntersuchungen bereits durch den überweisenden Arzt im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge auszugehen. Auch unter niedergelassenen Gynäkologen seien bei Überweisungen zur Amniozentese zusätzliche Abrechnungsziffern am Tag zuvor oder danach unüblich, medizinisch nicht notwendig und unwirtschaftlich. Die Durchführung der Amniozentese unter Ultraschallsicht sei mit der GNr. 112/113 EBM abgegolten, andere Ultraschalleistungen seien daneben nicht ansetzbar. Es handele sich um gezielte Auftragsleistungen. Bei Überweisungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge habe der Kläger Zielaufträge teilweise nicht bzw. nicht vollständig ausgeführt oder es sei eine Auftragsleistung nicht ersichtlich.

Im Widerspruchsbescheid vom 27.5.2003 wurde dem Widerspruch des Klägers gegen den Bescheid vom 27.6.2001 teilweise abgeholfen; im Übrigen wurden die Widersprüche zurückgewiesen. Der Bescheid vom 25.6.2001 sei insgesamt nicht zu beanstanden. Bezüglich der Patientinnen F., H., St., K., A., M., Sch. und Schn. falle nach Durchsicht der Scheine auf, dass trotz Überweisung zur Amniozentese keine Amniozentesen (GNrn. 112/113 EBM) abgerechnet wurden, sondern ein Ultraschall nach GNr. 381 EBM (kurative GNr). Da es sich bei den zur Amniozentese überweisenden Ärzten um Fachärzte für Gynäkologie handele, sei davon auszugehen, dass die Indikation streng gestellt worden sei, ausführliche Beratungen und die Ultraschalluntersuchungen bereits von dem überweisenden Arzt im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge durchgeführt worden seien. Auch unter niedergelassenen Gynäkologen seien bei Überweisungen zur Amniozentese zusätzliche Abrechnungsziffern am Tag zuvor oder danach unüblich, medizinisch nicht notwendig und unwirtschaftlich. Die Durchführung der Amniozentese sei mit der Abrechnung der GNr. 112/113 abgegolten, andere Ultraschalleistungen seien daneben nicht ansetzbar, es handle sich um gezielte Auftragsleistungen.

Auf den Widerspruch gegen den Bescheid vom 27.6.2001 seien im Behandlungsfall Sp. unter Aufhebung der Umwandlung in der GNr. 109 EBM die GNr. 381 1mal zu vergüten, im Behandlungsfall Noe die GNr. 118 4mal und im Behandlungsfall Leiss die GNr. 118 EBM 5mal. Bei folgenden Fällen habe dem Widerspruch des Klägers nicht abgeholfen werden können:

Patientin Abgesetzte Gebührennummern auf Schein angekreuzt Was als Auftrag angegeben? Auslegung als Auftrag! Mit-/Weiterbehandlung Ku Auftrag Ja Nein Sch., V. 381x2; 17 X zur Amniozentese X B., P. 381x2; 17 zur Amniozentese X W.-F., S. 381 x Vorst. vor AC X W., G. 381x2; 17 x Amniozent. X We., B.A. 381x2; 17 X AC X St., S. 381x2; 17 X Amniozentese aus X Altersgründen Erbeten Schu., D. 381x2; 17 zur Amniozentese aus Altersrisiko X Sche., T. 381; 17 AC erbeten X Scha., P. 381x2; 17 zur Amniozentese X S., K. 381x3, 17; 18 X Amniozentese X Sa., D. 381x2; 17 AC X Ro., T. 381x2; 17 x AC X Re., P. 381x2; 17; 18 erbitte Amniozentese X Pa., K. 381x2; 17 X Amniozentese X L., M. 381x2; 17 x AC X Ko., D. 381x2; 17 x zur AC X Ka., S. 381x2; 17 X zur Amniozentese X In., A. 381x3, 74 x Vorstellg. vor AC X H., U. 381x2; 17 X Amniozentese aus Altersgründen X D., A. 381x2; 17 X x Amniozentese

Die Leistungen seien zu Recht gestrichen worden. Ärzte, die wie der Kläger allein einen Überweisungsauftrag hätten, seien zur Abrechnung der GNr. 17 und 18 EBM nicht berechtigt. Die Berechnung einer Ultraschalluntersuchung neben einer Amniozentese sei nur möglich, wenn die Untersuchung unabhängig von der Fruchtwasserentnahme anfalle und auch nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge vorgenommen werde. Teilweise habe der Kläger anstelle der geforderten gezielten Auftragsleistungen andere Leistungen erbracht und abgerechnet. Die GNr. 1 EBM als kurative Leistung sei im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge nicht abrechenbar. Soweit auf dem Überweisungsschein keine gezielte Auftragstellung ersichtlich gewesen sei, hätte der Kläger mit dem überweisenden Arzt Rücksprache halten und dies auf dem Abrechnungsschein vermerken müssen.

Am 6.6.2003 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Karlsruhe. Zur Begründung trug er neben Erläuterungen zu den Einzelfällen (u.a. Klagebegründung vom 26.8.2003 S. 7 - 21) vor, Amniozentesen, die von seiner Ermächtigung umfasst seien, könne er lege artis nur nach zeitnah gesonderten Ultraschalluntersuchungen der Patientinnen zur Überprüfung der vom überweisenden Arzt gestellten Diagnose bzw. Indikation und nach ausführlicher Beratung über die Risiken der Fruchtwasserpunktion durchführen. Auf eine Ultraschalluntersuchung des überweisenden Arztes dürfe er sich schon aus haftungsrechtlichen Gründen nicht verlassen, zumal viele der überweisenden Ärzte selbst nie Amniozentesen durchgeführt hätten und jedenfalls teilweise nicht einmal die sonographische Diagnostik fehlerfrei beherrschten. Selbst bei zeitnah durchgeführter umfassender Ultraschalldiagnostik durch den überweisenden Arzt könne sich bei der Patientin innerhalb weniger Tage z.B. der Plazentasitz oder die Fruchtwassermenge verändert haben. Tatsächlich habe er in keinem einzigen Behandlungsfall eine umfassend dokumentierte Vordiagnostik erhalten. Deshalb sei eine Trennung der Durchführung der Auftragsleistung in zwei zeitlich unabhängige Termine erforderlich. Diese zusätzlichen Leistungen seien von seinem Ermächtigungskatalog als konsiliarische Leistung zur Frage der Operationsindikation umfasst. Die Amniozentese sei ein solcher operativer Eingriff. Sage die Patientin den Termin zur vereinbarten Amniozentese ab, rechne er nur die im ersten Termin erbrachten Leistungen ab. Müsse die Amniozentese aus medizinischen oder sonstigen Gründen unterbleiben, könne dies nicht zum Totalausfall für bereits im ersten Termin erbrachte Leistungen führen. Liege zwischen beiden Terminen eine Quartalszäsur, rechne er auf zwei Abrechnungsscheinen ab. Die GNr. 112/113 EBM umfassten nur die zweite Untersuchung der Patientin mit Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall. Die erste Vorstellungsuntersuchung mit sonographischer Diagnostik, Beratung und Aufklärung der Patientin sei hiervon nicht abgedeckt.

Die Beklagte nahm zu den einzelnen Behandlungsfällen Stellung und trug (u.a.) vor, im Widerspruchsbescheid sei man genau von der vom Kläger angeführten Ermächtigung bzw. deren Umfang ausgegangen. Die gleichzeitige Berechnung einer Ultraschalluntersuchung neben der Amniozentese sei nur dann möglich, wenn die Untersuchung unabhängig von der Fruchtwasserentnahme, also nicht zu deren Durchführung und auch nicht im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge vorgenommen werde. Der Kläger trage selbst vor, die Ultraschalluntersuchungen (bei bestimmten Patientinnen) im Zusammenhang mit der Amniozentese erbracht zu haben. Somit dürften keine zusätzlichen sonografischen Untersuchungen berechnet werden; diese seien mit den GNr. 112/113 EBM (Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall)

abgeholten. Die Durchführung der Amniozentese unter Ultraschallsicht sei von den genannten GNrn. umfasst. Außerdem seien Zielaufträge streng begrenzt; eventuell zusätzlich erforderliche Ultraschalluntersuchungen seien hiervon nicht mit umfasst. Insoweit liege eine Überschreitung des Auftrags vor. Leistungen nach GNrn. 17, 18 könnten nicht von Ärzten abgerechnet werden, die allein eine Überweisung zu einer Auftragsleistung erhalten hätten. Zwar halte Prof. Dr. U. eine zeitnahe sonografische Untersuchung vor einer Amniozentese für erforderlich. Diese müsse jedoch bei Vorlage entsprechender Ultraschalldokumentation nicht der die Amniozentese ausführende Arzt vornehmen.

Das Sozialgericht holte das Gutachten des Direktors der Frauenklinik des Städtischen Klinikums K., Prof. Dr. U. vom 25.1.2005 ein. Dieser führte aus, für eine Amniozentese gälten dieselben Voraussetzungen wie für jeden anderen operativen Eingriff; insbesondere müsse sich der Arzt selbst von der Richtigkeit der Indikation überzeugen. Vor einer Amniozentese sei die werdende Mutter umfassend über das individuelle Eingriffsrisiko aufzuklären, ebenso darüber, welche unter Umständen schwerwiegende Konsequenzen ggf. aus bestimmten zytologischen Befunden zu ziehen seien. Nach dieser Aufklärung bedürfe es für die werdende Mutter bzw. die werdenden Eltern fast immer einer ausreichenden Zeit, um sich für oder gegen die Amniozentese zu entscheiden, wolle man diesen Eingriff lege artis ausführen. Das mit der Amniozentese verbundene individuelle Risiko könne der Arzt letztlich nur über eine zeitnah durchgeführte Ultraschalluntersuchung beurteilen. Dabei sei nach seinen Praxiserfahrungen die Annahme von Dr. Sch. und der Beklagten, der überweisende Frauenarzt stelle die Diagnose streng und habe die Patientin umfassend im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge voruntersucht und bereits beraten, für den die Amniozentese ausführenden Arzt nicht ausreichend, zumal in vielen Fällen nach vorgehenden Ultraschalluntersuchungen Amniozentesetermine um 1 bis 2 Wochen verschoben werden müssten, weil z.B. die Fruchtblase noch nicht an der Gebärmutterwand anliege oder das angegebene Alter der Schwangerschaft nicht mit der Größe des Feten übereinstimme. Allerdings könne der die Amniozentese durchführende Arzt eine umfassende mitgebrachte Dokumentation der Ultraschalluntersuchung und Aufklärung der Patientin "problemlos" akzeptieren und auf eine Wiederholungsuntersuchung verzichten.

Die Beklagte trug hierzu vor, der Gutachter habe zwar dargelegt, dass eine zeitnahe sonographische Untersuchung vor der Amniozentese geboten sei. Diese müsse jedoch nicht der Kläger vornehmen. Vielmehr könne er als die Amniozentese durchführende Arzt Ultraschalluntersuchungen bzw. deren Dokumentation des überweisenden Arztes verwenden. Selbst wenn Leistungen medizinisch erforderlich und geboten erschienen, besage das in gebührenrechtlicher Hinsicht nichts über deren gesonderte (zusätzliche) Abrechenbarkeit. Im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge durchgeführte Ultraschalluntersuchungen seien neben der GNr. 112 EBM nicht ansetzbar. Außerdem sei der Ermächtigungsrahmen des Klägers auf die Durchführung gezielter Auftragsleistungen im Rahmen des Fachgebiets (einschließlich Amniozentesen) beschränkt. Auf den Überweisungsscheinen würden ausschließlich Amniozentesen gefordert, wofür lediglich die GNrn 112/113 EBM berechnet werden dürften. Von den Zielaufträgen würden eventuell zusätzlich erforderliche Sonografien nicht erfasst. Das gelte umso mehr, als es sich bei den überweisenden Vertragsärzten um Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe handele und diese entsprechend zeitnah sonografische Untersuchungen selbst durchgeführt hätten. Wäre dies nicht der Fall, hätte ein entsprechend erweiterter Zielauftrag auf dem Überweisungsschein vermerkt werden müssen. Nach Auslegung der vorliegenden Überweisungsscheine sei jedoch lediglich die Durchführung der Amniozentese selbst gewollt gewesen. Wenn der überweisende Arzt in Kenntnis der Leistungslegende (Fruchtwasserentnahme unter Ultraschall) lediglich eine Amniozentese einfordere, werde daraus deutlich, dass zusätzliche Ultraschalluntersuchungen nicht gewünscht seien.

Mit Urteil vom 31.7.2006 änderte das Sozialgericht die Bescheide vom 25. und 27.6.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.5.2003 ab und verurteilte die Beklagte, dem Kläger im Quartal 1/01 die EBM-GNrn. 1 (2x), 2 (14x), 381 (31x), 388 (1x), 74 (3x), 75 (5x) und 3884 (1x) nachzuvergüten. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen. Soweit die Klage zulässig sei, sei sie auch teilweise begründet. Die Berechtigung der Beklagten, die Honorarabrechnungen der Vertragsärzte auf ihre sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen und ggf. zu berichtigen, ergebe sich aus § 45 des Bundesmantelvertrags-Ärzte (BMV-Ä) sowie aus § 34 Abs. 4 des Arzt/Ersatzkassenvertrages. Nach diesen Bestimmungen obliege der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Dies gelte insbesondere für die Anwendung des Regelwerks. Nach § 3 Abs. 1 i.V.m. § 1 Abs. 1 des auf der Grundlage von § 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) erlassenen Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten (HVM) seien für die Abrechnungen die gesetzlichen und vertraglichen Gebührenordnungen einschließlich der zusätzlichen vertraglichen Bestimmungen sowie die autonomen Satzungen der Beklagten maßgebend.

Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien Vergütungstatbestände entsprechend ihrem Wortlaut und Wortsinn auszulegen und anzuwenden (vgl. u.a. BSG, Urt. v. vom 28.4.2004 - [B 6 KA 19/03 R](#) - und v. 8.9.2004 - [B 6 KA 46/03 R](#) -). Dieser sei maßgebend (vgl. BSG, Urt. v. 2.4.2003 - [B 6 KA 28/02 R](#) -) und könne nur in engen Grenzen durch die systematische und/oder entstehungsgeschichtliche Interpretation ergänzt werden. Eine ausdehnende Auslegung oder gar eine Analogie sei unzulässig (vgl. BSG [SozR 3-5555 § 10 Nr. 1](#), SozR 3-5533 Nr. 2449 Nr. 2, SozR 3-2500 § 87 Nm. 2 und 5 sowie [MedR 2000, 201](#), 202; zum Ganzen auch BSG SozR 3-5533 Nr. 505 Nr. 1 m.w.N.).

Davon ausgehend habe die Beklagte im Bescheid vom 25.6.2001 - mit Ausnahme der GNr. 17 EBM - zu Unrecht Honorarkürzungen in den Behandlungsfällen F., H., St., K., A., M., Sch. und Schn. vorgenommen. In diesen Behandlungsfällen sei eine Überweisung an den Kläger jeweils zur Durchführung einer Amniozentese erfolgt. Die Erbringung dieser Leistung gemäß der GNr. 112 EBM, ggf. mit Zuschlag bei ambulanter Durchführung gemäß GNr. 113 EBM, sei im hier streitigen Quartal, entgegen der Ansicht der Beklagten, vom Umfang der Ermächtigung des Klägers mit umfasst gewesen. Dies ergebe sich aus der Niederschrift über die öffentliche Sitzung des Sozialgerichts Karlsruhe vom 11.10.2000 im Verfahren S 1 KA 2230/00. Danach seien sowohl der Kläger als u.a. auch die Rechtsvorgängerin der Beklagten als damalige Beigeladene Nr. 1 davon ausgegangen, dass der Kläger jedenfalls bis zum 30.09.2001 - und damit auch im hier streitigen Quartal 1/01 - berechtigt sei, Amniozentesen abzurechnen, mithin entsprechende Leistungen auch zu erbringen.

Die Vergütung der in den genannten Behandlungsfällen erbrachten Leistungen sei auch nicht deshalb ausgeschlossen, weil die Überweisungen teilweise zur Konsiliaruntersuchung, teilweise auch zur Mitbehandlung erfolgt seien. Die durch den überweisenden Vertragsarzt gewählte Form der Überweisung sei für die Frage der Abrechenbarkeit des konkreten Behandlungsscheines nicht entscheidungserheblich. Hiervon gehe offenbar auch die Beklagte aus (Schreiben vom 8.10.2001 an die Abrechnungsstelle Mannheim). Maßgebend ist vielmehr allein, ob der Kläger eine Auftragsleistung im Sinne der ihm zustehenden Ermächtigung erbracht habe.

Auf den genannten Behandlungsscheinen habe der Kläger indessen nicht - wie vom überweisenden Arzt angefordert - eine Amniozentese gemäß GNr. 112 EBM abgerechnet, sondern eine Ordinationsgebühr (GNr. 1 EBM), eine intensive ärztliche Beratung und Erörterung im Sinne der GNr. 17 EBM und eine Sonographie eines oder mehrerer Uro-Genitalorgane (GNr. 381 EBM), ferner teilweise einen kurzen ärztlichen Bericht (GNr. 74 EBM) oder einen Brief ärztlichen Inhalts (GNr. 75 EBM) angesetzt. Vordergründig habe er damit zwar den vom überweisenden Vertragsarzt erteilten Zielauftrag, nämlich die Durchführung einer Amniozentese, nicht erfüllt. Gleichwohl stehe ihm grundsätzlich ein Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen in diesen Behandlungsfällen zu. Insoweit habe der Kläger nämlich für das sachkundig besetzte erkennende Gericht nachvollziehbar ausgeführt, dass er vor Durchführung einer Amniozentese bei der jeweiligen Patientin eine Ultraschalluntersuchung als Voruntersuchung durchführen und die Patientin schon aus Haftungsgründen auch über die mit der Durchführung einer Fruchtwasserpunktion verbundenen Risiken ausführlich aufklären müsse. Diese Untersuchung sowie das Beratungsgespräch führe der Kläger nach seinem Vorbringen in einem dafür extra angesetzten Behandlungstermin, der mindestens einen Tag vor der Fruchtwasserpunktion liegt, durch. Damit verbunden sei eine Aufteilung der gezielten Auftragsleistung in zwei getrennte Termine, die - je nach dem Tag der Erstvorstellung der Patientin - ggf. auch quartalsüberschreitend erfolge.

Soweit die Patientin auf Grund des Ergebnisses der Voruntersuchung die Durchführung einer Amniozentese ablehne, könne es deshalb dem Kläger als Auftragnehmer nicht verwehrt sein, die bisher angefallenen Leistungen vergütet zu erhalten, auch wenn er - streng genommen - den Überweisungsauftrag nicht erfüllt habe. Der Auffassung des Dr. Sch. in seiner Stellungnahme vom 7.11.2001 werde im Hinblick auf das Gutachten des Prof. Dr. U. nicht gefolgt. Dieser habe überzeugend dargelegt, dass für den operativen Eingriff einer Amniozentese die gleichen Voraussetzungen wie für jeden anderen operativen Eingriff gelten würden, weshalb sich der den Eingriff durchführende Arzt selbst von der Richtigkeit der Indikation überzeugen müsse. Außerdem bedürfe jeder operative Eingriff einer umfassenden präoperativen Aufklärung der Patientin zum einen über das individuelle Risiko des Eingriffs, zum anderen darüber, welche Konsequenzen aus welchem zytologischen Befund ggf. gezogen werden könnten. Nach dieser Aufklärung brauche die werdende Mutter fast immer ausreichend Zeit, um ihre Entscheidung für oder gegen die Amniozentese zu treffen. Um das individuelle Risiko des Eingriffs mit der werdenden Mutter in adäquater Weise besprechen zu können, müsse der die Amniozentese durchführende Arzt Kenntnisse über die maßgeblichen Aspekte haben. Diese Kenntnisse könnten letztlich nur über eine Ultraschalluntersuchung gewonnen werden. Zu beachten sei nach Auffassung der fachkundig besetzten Kammer in diesem Zusammenhang ferner, dass der Fötus täglich wachse, sich im Uterus bewege und ggf. auch seine Position insgesamt ändere. Auch deswegen sei eine Voruntersuchung der werdenden Mutter durch den die Amniozentese durchführenden Arzt zwingend geboten.

Offen bleiben könne, ob diese Voruntersuchungen als Leistungen im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge zu werten seien. Denn auch in diesem Fall stünde ihrer Abrechenbarkeit durch den Kläger nichts entgegen. Nach den Erfahrungen des gerichtlichen Sachverständigen Prof. Dr. U. könne nämlich nicht davon ausgegangen werden, dass die ausführliche Vordiagnostik und individuelle Beratung in jedem Einzelfall durch den überweisenden Vertragsarzt bereits erfolgt sei. Dies ergebe sich schon daraus, dass werdende Mütter in Einzelfällen nach der Aufklärung durch den Kläger auf den Eingriff verzichtet hätten. Auch in der Praxis des gerichtlichen Sachverständigen hätten in vielen Fällen auf Grund der unmittelbar zeitnah durchgeführten Ultraschall (Vor-)Untersuchungen Amniozentese Termine um ein bis zwei Wochen verschoben werden müssen, weil in Einzelfällen das Amnion noch nicht an der Gebärmutterwand angelegen sei oder das im Überweisungsschein angegebene Alter der Schwangerschaft nicht mit der Größe des Fötus übereingestimmt habe. Auch habe es Behandlungsfälle gegeben, bei denen praktisch kein oder sehr wenig Fruchtwasser vorhanden gewesen sei und der Fötus letztendlich ohne Amniozentese nach einer Woche abgestorben sei. Zu Recht weise Prof. Dr. U. in diesem Zusammenhang darauf hin, dass in dem zuletzt genannten Beispiel der Tod des Fötus von den werdenden Eltern sicher ursächlich der durchgeführten Amniozentese zugeordnet worden wäre und für den die Fruchtwasserentnahme durchführenden Arzt bei nicht ausreichender Aufklärung möglicherweise juristische Folgen gehabt hätte. Zwar sei - mit Prof. Dr. U. - durchaus denkbar, dass die überweisenden Ärzte die sonach erforderlichen zeitnahen sonographischen Untersuchungen und die entsprechende individuelle Aufklärung selbst durchführten und der die Amniozentese vornehmende Arzt bei mitgebrachter umfassender Dokumentation und Aufklärung dies akzeptiere und auf eine Wiederholungsuntersuchung verzichten könne. Dass diese Vordiagnostik und individuelle Aufklärung in allen hier streitigen Behandlungsfällen von den überweisenden Ärzten in ausreichendem Umfang durchgeführt worden wäre, sei aber weder vorgetragen noch auf Grund des Gesamtergebnisses des Verfahrens ersichtlich. Der Kläger sei deshalb durch den (gezielten) Überweisungsauftrag zur Durchführung einer Amniozentese nicht daran gehindert, die zur Durchführung der Leistungen nach der GNr. 112 und ggf. 113 EBM zusätzlich erforderlichen Voruntersuchungen gemäß GNr. 381 EBM vorzunehmen und abzurechnen.

Diese Befugnis umfasse allerdings nicht auch die Abrechnung der GNr. 1 EBM. Denn nach der allgemeinen Bestimmung B 3 zu Kapitel B EBM könnten bei Auftragsleistungen entweder anstelle der Auftragsleistung(en) die Ordinationsgebühr Nr. 1 EBM als alleinige Leistung im Behandlungsfall oder zusätzlich neben der/den Auftragsleistung(en) die Konsultationsgebühr(en) nach GNr. 2 EBM berechnet werden. Dem stehe auch die allgemeine Bestimmung B 5 zu Kapitel B EBM nicht entgegen. Danach dürften Ärzte, die nach § 13 Abs. 4 BMV-Ä bzw. nach § 7 Abs. 4 EKV-Ä nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden könnten (Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, radiologische Diagnostik bzw. Radiologie, Strahlentherapie und die Fachambulanz mit Dispensaireauftrag), die Gebühren nach den Nummern 1, 2 und 3 EBM nicht berechnen. Zu diesen Arztgruppen gehöre der Kläger freilich nicht. Angesichts dessen sei in den Behandlungsfällen A., F., K., Schn., Sch. und St. die vom Kläger abgerechnete GNr. 1 jeweils in die GNr. 2 EBM umzuwandeln. In den Behandlungsfällen H. und M. sei dem Kläger demgegenüber die GNr. 1 EBM als jeweils allein erbrachte und abgerechnete Leistung zu vergüten.

Nicht erfasst von der dem Kläger zustehenden Abrechnungsbefugnis in den genannten Behandlungsfällen sei allerdings die Abrechnung der GNr. 17 EBM.

Schließlich habe der Kläger in den genannten Behandlungsfällen auch Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen zu Unterrichtung des überweisenden Arztes über das Ergebnis der Voruntersuchung bzw. Aufklärung der o.a. Patientinnen im Rahmen der GNr. 74 und 75 EBM (je nach Art dieser Unterrichtung), denn zu dieser Mitteilung sei er gemäß § 24 Abs. 6 Satz 2 BMV-Ä bzw. § 27 Abs. 6 Satz 2 EKV-Ä verpflichtet.

Angesichts dessen sind dem Kläger aus den Behandlungsscheinen F., H., St., K., A., M., Sch. und Schn. folgende Leistungen zu vergüten: GNr. 1 (2 x) Umwandlung der GNr. 1 in GNr. 2 (6 x), GNr. 2 (1 x), GNr. 381 (7 x), GNr. 74 (3 x) und GNr. 75 (3 x) sowie GNr. 7120 (3 x).

Hinsichtlich des Bescheids vom 27.06.2001 gelte Folgendes:

Behandlungsscheine mit Auftragsleistungen zur Durchführung einer Amniozentese (Behandlungsfälle Sch., B., W.-F., W., We., St., Schu., Sche., Scha., S., Sa., Ro., Re., Pa., L., Ko., Ka., In., H. und D.):

Soweit die Beklagte in diesen Behandlungsfällen Honoraransätze der GNr. 381 EBM (40 x) im Wege sachlich-rechnerischer Berichtigungen gekürzt habe, sei dies bei 22 Ansätzen dieser GNr. vor Durchführung der Amniozentese unbegründet. Hierzu werde auf die vorstehenden Ausführungen Bezug genommen. Danach sei der Kläger vor Durchführung der Amniozenteseleistungen gemäß GNr. 112 und ggf. 113 EBM berechtigt und aus Haftungsgründen sogar verpflichtet gewesen, eine erneute Sonographie (GNr. 381 EBM) des Uterus der jeweiligen Patientin vorzunehmen. Absetzungen für diese Leistungen seien nur insoweit zutreffend, als der Kläger diese Leistungen auch am Tag der Vornahme der Fruchtwasserentnahme selbst in Ansatz gebracht habe, denn nach dem Wortlaut der Leistungslegende der GNr. 112 EBM sei die Ultraschallleistung insoweit mit abgegolten.

Soweit der Kläger in den Behandlungsfall Sp., C., Se.-Fö., N., Le., und Be. die (kurative) GNr. 1 EBM in Ansatz gebracht habe, sei diese in die GNr. 2 EBM umzuwandeln. Auch insoweit werde auf die vorstehenden Ausführungen verwiesen.

Auf das ihr am 3.8.2006 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 7.12.2006 Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Berufung eingelegt. Zur Begründung trug sie vor, entsprechend der Rechtsmittelbelehrung im angefochtenen Urteil des Sozialgerichts sei als zulässiges Rechtsmittel die Berufung genannt worden. Diese Rechtsmittelbelehrung sei fehlerhaft, da der Berufungstreitwert gem. [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) nicht erreicht sei, dieser betrage lediglich 467,18 EUR. Als richtiges Rechtsmittel hätte deshalb die Nichtzulassungsbeschwerde genannt werden müssen; daher sei [§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) (Jahresfrist) anzuwenden.

Das angefochtene Urteil weiche in mehreren Punkten von der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und des Landessozialgerichts ab und beruhe auf diesen Abweichungen. Das Sozialgericht komme in seinem Urteil zu dem Ergebnis, dass der Kläger den Zielauftrag der Amniozentese nicht erfüllt habe, spreche ihm aber dennoch einen Vergütungsanspruch anstelle der Amniozentese erbrachten Leistungen zu. Dies widerspreche den Entscheidungen des BSG vom 8.7.1981 (- [6 RKa 3/79](#) -) sowie des LSG BW vom 16.1.2002 (- L 5 KA 791/01 -) und 15.12.1993 (- L 5 KA 1147/92 -). Danach dürften bei einer Überweisung zur Ausführung von Auftragsleistungen die den Auftrag ausführenden Ärzte nur die in Auftragsgegebenen Leistungen erbringen. Sie seien an den erteilten Auftrag gebunden und müssten sich hierauf beschränken. Sie hätten deshalb auch keinen Anspruch auf Vergütung der anstelle des Zielauftrags erbrachten Leistungen (BSG v. 8.7.1981, - [6 RKa 3/79](#) -).

Zudem spreche das Sozialgericht dem Kläger einen Vergütungsanspruch auch deswegen zu, weil die Ultraschalluntersuchungen zur Risikoauflklärung der Patientinnen durchzuführen gewesen seien. Insoweit sei ebenfalls schon entschieden worden, dass Risikoauflklärungen vor ärztlichen Maßnahmen, insbesondere vor Operationen, Teil der entsprechenden Operationsgebühren sind. Zu den Operationsleistungen gehöre alles, was erforderlich sei, um das Operationsziel zu erreichen. Einzelne Teile der Operation sind als unselbständige Teilleistungen nicht gesondert berechenbar (LSG Bad.-Württ., Ur. v. 4.9.1996, - L 5 KA 144/96 -).

Zudem seien dem Kläger u. a. in den Behandlungsfällen Be. und Se.-Fö. neben der GNr. 109 EBM weitere Leistungen zugestanden worden. Neben der Leistung nach GNr. 109 EBM seien weitere Leistungen jedoch nicht berechnungsfähig. Nach der Rechtsprechung des BSG müsse der Wortlaut der Gebührenregelungen der primäre Ansatzpunkt sein. Auch hiergegen habe das Sozialgericht verstoßen. Hinsichtlich der Vergütung weiterer Leistungen neben der GNr. 109 EBM weiche das Sozialgericht in einem weiteren Punkt von der höchstrichterlichen Rechtsprechung ab. Der Kläger sei im strittigen Quartal u. a. "auf Überweisung durch Vertragsärzte zur Durchführung ärztlicher Leistungen im Rahmen der vorherigen Vorstellung in der Entbindungsklinik bei Risikoschwangerschaften, beschränkt auf die Nr. 109 EBM" ermächtigt gewesen. Die Abrechnung weiterer Leistungen stelle somit auch eine Nichtbeachtung des Ermächtigungsumfanges dar.

Schließlich sie bei der Beweiswürdigung der Sachverständigengutachten gegen allgemeine Erfahrungssätze und die Denkgesetze verstoßen worden.

Das Sozialgericht halte die Ultraschalluntersuchungen als Voruntersuchungen vor der Amniozentese für zwingend geboten, um eine Verletzung des Fötus zu vermeiden, da dieser täglich wachse, sich im Uterus bewege und ggf. auch seine Position insgesamt ändere. Die Ultraschalluntersuchungen sowie die Beratungsgespräche führe der Kläger mindestens einen Tag vor der Amniozentese, ggf. auch quartalsüberschreitend, durch. Unter Heranziehung der vorliegenden, strittigen Behandlungsscheine seien im Quartal 1/01 keine Amniozentesen vom Kläger abgerechnet worden, obwohl die Erstvorstellungen der Patientinnen bereits am Anfang des Quartals (02.01., 18.01., 16.01., 11.01.) durchgeführt worden seien. In drei weiteren Fällen seien diese am 20.3. bzw. 22.3. erfolgt, mithin ebenfalls anderthalb bzw. fast zwei Wochen vor Ablauf des Quartals, ohne dass eine Amniozentese erbracht worden sei. Wenn der Fötus täglich wachse, sich bewege und ggf. auch seine Position insgesamt ändere, könnten die im strittigen Quartal durchgeführten Ultraschälle vor einer evtl. im nächsten Quartal erfolgten Amniozentese durch den Kläger nicht geboten sein. Bis zur Durchführung der Amniozentese habe sich der Fötus dann nämlich erneut verändert. Das gelte selbst dann, wenn die Ultraschälle lediglich einen Tag vorher durchgeführt würden. Eine Verletzung des Fötus wegen des täglichen Wachstums könnte folgerichtig nur dann ausgeschlossen werden, wenn der Ultraschall zeitgleich mit der Amniozentese durchgeführt würde. Dem trage bereits die Leistungslegende Rechnung, indem die Amniozentese unter Ultraschall durchzuführen sei.

Die Rechtssache habe zudem grundsätzliche Bedeutung. Die Rechtsfragen, ob bei einer Überweisung zur Auftragsleistung "Amniozentese" zusätzliche Ultraschalluntersuchungen Tage bzw. teilweise Wochen vor Durchführung der Amniozentese vom Überweisungsauftrag gedeckt seien oder es sich hierbei um Auftragsüberschreitungen handle sowie ob die vor der Amniozentese durchgeführten Ultraschälle, selbst wenn sie vom Zielauftrag "Amniozentese" gedeckt wären, gesondert berechnungsfähig seien, wenn zwar der Ultraschall, jedoch nicht die Amniozentese durchgeführt würden, seien höchstrichterlich noch nicht geklärt. Bei ihr seien ca. 20 Folgequartale im Widerspruchsverfahren zu den genannten Rechtsfragen anhängig, die noch zu entscheiden seien.

Mit Beschluss vom 5.12.2007 hat der Senat die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts zugelassen.

Zur Begründung der daraufhin am 19.12.2007 eingelegten Berufung trägt die Beklagte vor:

1. Bescheid vom 25.06.2001:

Honorarkürzungen in den Behandlungsfällen F., H., St., Kü., A., M., Sch., Schn.:

Die Berechtigung des Klägers zur Durchführung der Amniozentese sei unstrittig. Umstritten sei nur das Erbringen von Begleitleistungen, wenn die Auftragsleistung "Amniozentese" vom Überweiser angefordert werde.

Hinsichtlich der genannten Patientinnen sei in allen Fällen eine Amniozentese von den überweisenden Vertragsärzten (Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe) angefordert worden. Diese sei lediglich nach den GNrn. 112/113 abrechenbar. Es handele sich um gezielte Auftragsleistungen zur Durchführung der Amniozentese. Nach Sichtung der vorliegenden Scheine sei jedoch in keinem der Fälle eine Amniozentese vom Kläger erbracht worden. Angesetzt worden seien vielmehr die GNrn. 1, 17, 381, 74, 75, 7120 EBM. Von den Zielaufträgen würden evtl. zusätzlich erforderliche Ultraschalluntersuchungen nicht erfasst. Das gelte erst recht, wenn es sich, wie vorliegend, bei den überweisenden Vertragsärzten um Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe handele, und diese eine entsprechend zeitnahe sonographische Untersuchung selbst durchgeführt hätten. Hätten sie dies nicht getan, hätte ein entsprechend erweiterter Zielauftrag auf dem Überweisungsschein vermerkt werden müssen. Der Kläger sei nämlich nur zur Durchführung gezielter Auftragsleistungen im Rahmen des Fachgebietes (einschl. Amniozentese, ausgenommen sonstige ambulante Operationen) ermächtigt. Indem die Überweiser in Kenntnis der Leistungslegende ("Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall") lediglich eine Amniozentese anforderten, werde deutlich, dass zusätzliche Ultraschalluntersuchungen nicht gewünscht würden. Der im Widerspruchsverfahren eingeschaltete Fachgutachter habe dies bestätigt. Auch der Gutachter Prof. Dr. U. habe die zeitnahe sonographische Untersuchung vor der Amniozentese zwar als erforderlich und geboten dargestellt. Jedoch werde die zusätzliche Abrechenbarkeit der Ultraschalluntersuchungen nicht bejaht. Selbst wenn man annähme, die strittigen Ultraschalluntersuchungen wären vom Zielauftrag "Amniozentese" gedeckt, wären sie keinesfalls gesondert berechnungsfähig, da die Amniozentese lediglich nach den GNrn. 112/113 EBM abrechenbar sei Auch in den Fällen, in denen die Patientinnen nach Vorstellung beim Kläger anschließend die Amniozentese nicht hätten durchführen lassen, könnten die im Vorfeld durchgeführten Ultraschalluntersuchungen nicht abgerechnet werden. Werde die Amniozentese selbst bei einem Zielauftrag auf Amniozentese nicht ausgeführt und sei bereits ein Ultraschall nach der GNr. 381 EBM erfolgt, sei die Leistung "Amniozentese" nicht vollständig erbracht worden. Nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM sei eine Abrechnung von Teilleistungen nicht möglich. Vielmehr seien lediglich die Leistungen abrechnungsfähig, die auch vollständig erbracht worden seien.

Es sei auch nicht zulässig die GNr. 1 EBM in die GNr. 2 EBM umzuwandeln. Bei Auftragsleistungen könne nach den Allgemeinen Bestimmungen B 3 zu Kapitel B EBM entweder anstelle der Auftragsleistung die Ordinationsgebühr nach der GO-Nr. 1 EBM als alleinige Leistung im Quartal oder zusätzlich neben der/den Auftragsleistung(en) die Konsultationsgebühr nach Nr. 2 berechnet werden. Der Umwandlung stehe § 3 f HVM entgegen. Nach dieser Vorschrift sei eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer irrtümlich unvollständigen Abrechnung für eingereichte Behandlungsfälle nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen unzulässig.

2. Bescheid vom 27.06.2001:

Behandlungsfälle Sch., B., W.-F ..., W., W., St., Schu., Sche., Scha., Se., Sa., Ro., Re., Pa., L., Ko., Ka., I., H., D.:

Das Sozialgericht Karlsruhe habe dem Kläger zu Unrecht 22-mal die GNr. 381 EBM vor Durchführung der Amniozentese zugesprochen. Insoweit sei ebenfalls auf das vorstehend Gesagte Bezug genommen.

Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung des Senats ihre Berufung in den Fällen Matusch-Großkopf und Carnevale sowie hinsichtlich der vom SG angeordneten Umwandlung der GNr. 1 in die GNr. 2 zurückgenommen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 31.07.2006 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er verteidigt das angefochtene Urteil und bekräftigt sein bisheriges Vorbringen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des Sozialgerichts und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die - nach Zulassung durch den Senat wegen Divergenz- gem. §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte und auch sonst zulässige Berufung der Beklagten ist, soweit sie zuletzt noch aufrecht erhalten wurde, begründet. Das Sozialgericht hätte der Klage insoweit nicht stattgeben dürfen. Hierfür sind folgende Erwägungen des Senats maßgeblich:

Da der Kläger Berufung nicht eingelegt hat, steht das Urteil des Sozialgerichts nur insoweit zur Überprüfung durch den Senat, als die Beklagte zur Nachvergütung von Leistungen verurteilt worden ist. Nachdem die Beklagte in der mündlichen Verhandlung des Senats ihre Berufung in den Fällen Matusch-Großkopf und Carnevale, (zwei Einzelfälle mit ausgefallener tatsächlicher Problematik, aber ohne jede grundsätzliche Bedeutung) sowie hinsichtlich der vom SG angeordneten Umwandlung der GNr 1 in Gnr 2 zurückgenommen hat, ging der Rechtsstreit zuletzt nur noch um die Berechtigung der Abrechnung der GNr 381 EBM zum einen an Tagen vor Durchführung der Amniozentese und zum anderen in den Fällen, in denen die Patientinnen nach erfolgtem Beratungsgespräch von einer Durchführung der Amniozentese Abstand genommen haben.

Für die Vergütung der in Rede stehenden vertragsärztlichen Leistungen ist der Einheitliche Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) in der im Quartal 1/01 noch geltenden Fassung maßgeblich. Das Sozialgericht hat in seinem Urteil die für die Auslegung von EBM-Bestimmungen geltenden (und den Beteiligten geläufigen) Rechtsgrundsätze zutreffend dargelegt. Gleiches gilt für die Rechtsgrundlagen der sachlich-rechnerischen Berichtigung vertragsärztlicher Leistungsabrechnungen. Hierauf - S. 9 2. Absatz bis S.10 2. Absatz. des Entscheidungsabdrucks - kann der Senat Bezug nehmen ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Die hier noch streitigen GNrn. des EBM haben folgende Leistungslegende:

GNr 112 EBM: Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese unter Ultraschall - 600 Punkte

GNr. 113 EBM Zuschlag zur Leistung nach Nr. 112 bei ambulanter Durchführung 400 Punkte

GNr 381 Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genitalorgane mittels Real-Time-Verfahren (B-Mode), einschließlich Bilddokumentation, je Sitzung 400 Punkte

1. Bescheid vom 27.6.2001: Behandlungsfälle Sch., B., W.-F ..., Weis, W., St., Schu., Sche., Scha., Seng, Sa. D., Ro., Rein, Pa., L., Ko., Ka., I., H., D.:

Diese Fallgruppe ist dadurch gekennzeichnet, dass der Kläger entsprechend dem ihm erteilten Auftrag eine Amniozentese durchgeführt hat, er jedoch mindestens einen, meistens jedoch mehrere Tage zuvor eine sonographische Untersuchung der Patientinnen durchgeführt und mit diesen ausführliche Beratungsgespräche von mindestens 30 Minuten Dauer geführt hat. Die hierfür angesetzten Leistungen nach GNr 381 EBM und GNr 17 EBM wurden von der Beklagten gestrichen (vgl. vorstehend die Auflistung S. 5), wobei die vom SG für rechtmäßig erachtete Streichung der GNr 17 EBM in diesen Fällen mangels Berufungseinlegung bereits rechtskräftig geworden ist.

Rechtlicher Ausgangspunkt ist zunächst § 31 Abs. 7 Ärzte-ZV, wonach die Ermächtigung zeitlich, räumlich und ihrem Umfang nach zu bestimmen ist. Dies bedeutet, dass der ermächtigte Arzt nur im Rahmen der Ermächtigung an der vertragsärztlichen Versorgung mitwirken darf und er den für Vertragsärzte geltenden rechtlichen Regeln in gleicher Weise unterworfen ist wie ein niedergelassener Vertragsarzt. Wird der ermächtigte Arzt außerhalb seines Ermächtigungsauftrags tätig, kann er eine Vergütung nicht beanspruchen, auch nicht unter Bereicherungsgesichtspunkten, selbst wenn die Leistung im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden ist (ständige Rechtsprechung vgl. u.a. BSG Ur. v. 8.9.2004 - [B 6 KA 14/03 R](#) m.w.N).

Die Beklagte hat hiervon ausgehend zu Recht die Leistungsanforderung des Klägers um die GNr. 381 EBM gekürzt. Der Kläger hat mit der Ultraschalluntersuchung Tage vor der eigentlichen Amniozentese eine Leistung erbracht, zu deren Erbringung er nicht ermächtigt war. Auszugehen ist dabei von der erteilten Ermächtigung; sie bestimmt den Umfang der Leistungen, die der ermächtigte Arzt zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbringen darf.

Nach dem Wortlaut der ihm erteilten Ermächtigung durfte der Kläger Amniozentesen als gezielte Auftragsleistungen durchführen nach Überweisung durch Fachärzte für Frauenheilkunde. Was unter der "Durchführung von Amniozentesen" im Einzelnen zu verstehen ist, ist in dem vor dem SG geschlossenen Vergleich nicht weiter geregelt worden. Zu Recht geht die Beklagte davon aus, dass damit nur die Erbringung der Leistungen nach GNrn. 112/113 EBM erfasst werden. Damit sind auch die in unmittelbarem Zusammenhang mit dem operativen Eingriff notwendigen Ultraschalluntersuchungen abgegolten. Die Fruchtwasserentnahme durch Amniozentese kann nur unter Ultraschallsicht erfolgen, um Verletzungen der Patientin zu vermeiden. Die GNr. 112 EBM bringt dies klar zum Ausdruck, indem die Leistung als Fruchtwasserentnahme "unter Ultraschall" definiert wird.

Die vom Kläger darüber hinaus für erforderlich gehaltenen Ultraschalluntersuchungen zeitlich mehrere Tage vor dem geplanten Eingriff können ihm bei dieser Fassung der Ermächtigung nicht vergütet werden. Der Kläger hat in allen Fällen zunächst eine Ultraschalluntersuchung vorgenommen und danach mit den Patientinnen ausführliche Beratungsgespräche geführt. Die Ultraschalluntersuchung diente damit in erster Linie dem ausführlichen Beratungsgespräch und nur nachrangig der eigentlichen Operationsvorbereitung, zumal in allen Fällen am Tag der Amniozentese nochmals unter Ultraschall die anatomischen Voraussetzungen für den operativen Eingriff überprüft werden mussten. Praktisch hat der Kläger die vollständige Betreuung der Patientinnen in Bezug auf die Beratung über eine Amniozentese, die eigentliche Amniozentese sowie in vielen Fällen die Nachbesprechung der Ergebnisse der Amniozentese übernommen. Hierzu war er aber nicht ermächtigt.

Nach der Fassung der Ermächtigung war der Kläger auf die Durchführung, also den operativen Eingriff der Amniozentese beschränkt. Eine so weite Auslegung des Ermächtigungsumfangs, wie vom Kläger vorgenommen, drängt sich nicht von vornherein auf, wenn man sich vor Augen hält, dass die Betreuung der Schwangeren grundsätzlich Sache der niedergelassenen Frauenärzte ist und ermächtigte Ärzte nur im Ausnahmefall tätig werden, nämlich dann, wenn ein Frauenarzt die Amniozentese selbst nicht ambulant vornehmen kann. Die Beratung über die grundsätzliche Notwendigkeit, den Zweck, die allgemeinen Risiken oder die Problematik der Konsequenzen müssen die niedergelassenen Gynäkologinnen ohnedies schon im Rahmen der Betreuung der Schwangeren vornehmen. Diese können bei Vorliegen der entsprechenden fachlichen und technischen Voraussetzungen diesen Eingriff sogar selbst ambulant durchführen. Dies bedeutet, dass sie damit auch umfassend die ärztliche Verantwortung für einen solchen Eingriff übernehmen können.

Umfasste die Ermächtigung aber nicht die allgemeine Beratung über die Problematik einer Amniozentese, so waren auch nicht die dieser Beratung vorausgehenden Ultraschalluntersuchungen von der Ermächtigung umfasst. Allein der zeitliche Abstand zwischen den Ultraschalluntersuchungen und den jeweiligen Amniozentesen schließt es aus, die abgerechneten Ultraschalluntersuchungen als Teil der nachfolgenden Operation anzusehen. Denn unmittelbar vor dem Eingriff musste sich der Kläger unter Ultraschall erneut versichern, dass alle Voraussetzungen für einen komplikationslosen Eingriff vorliegen. Diese unmittelbar vorausgehende Ultraschalluntersuchung ist aber unstreitig Teil der vom Kläger mit den GNrn 112/113 EBM abgerechneten Leistungen. Werden Leistungen im Zuge einer anderen Leistung typischerweise mit erbracht und tritt der für sie erforderliche Aufwand im Regelfall hinter dem für die andere Leistung zurück, dann ist diese Leistung durch die Vergütung für die andere Leistung abgegolten (ständige Rechtsprechung vgl. BSG Ur. v. 29.11.2006 - [B 6 KA 39/05 R](#) m.w.N -Juris-Umdruck Rn 25; vgl. ferner Teil A 1. Satz 2 EBM 1996).

Soweit die Ultraschalluntersuchungen vom Kläger der Sache nach durchgeführt wurden zur Klärung der Operationsindikation, so wäre dies zwar von der anderen Alternative der Ermächtigung erfasst, indes geben die erteilten Aufträge hierfür keine Rechtfertigung. Auf den Überweisungsscheinen war eine konsiliarische Beratung zur Frage der Operationsindikation von den überweisenden Ärzten nicht angefordert worden. Jedenfalls hätte der Kläger nicht ohne ausdrückliche Rückfrage unterstellen dürfen, dass er den Auftrag in diesem Sinne auslegen darf. Rechtlich gilt, dass ein an der Kassenärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt, der aufgrund eines Überweisungsauftrags eines anderen Kassenarztes tätig wird, grundsätzlich an den Überweisungsauftrag gebunden ist. Er ist nur zur Erbringung der im Überweisungsauftrag erbetenen Leistungen berechtigt. Grundsätzlich muss es dem behandelnden Arzt überlassen sein, welche diagnostischen oder therapeutischen Leistungen er einem anderen Arzt überträgt und in welchem Umfang er seine Zuständigkeit behalten will. Der aufgrund eines Überweisungsauftrags tätig werdende Arzt darf von den Weisungen des auftraggebenden Arztes nur dann abweichen, wenn er den Umständen nach annehmen darf, dass der Auftraggeber bei Kenntnis der Sachlage die Abweichung billigen würde. Der Beauftragte hat jedoch auch in diesem Fall vor der Abweichung dem Auftraggeber Anzeige zu machen und dessen Entschließung abzuwarten, wenn nicht mit dem Aufschub Gefahr verbunden ist (BSG Urt. v. 8.7.1981 - [6 RKa 3/79](#)).

Angefordert wurde von den überweisenden Ärzten jeweils eine Amniozentese. Eine Rücksprache mit den überweisenden Ärzten vor der Ultraschalluntersuchung fand nicht statt. Auch der Kläger hat nicht behauptet, dies getan zu haben. Maßgebend ist aber, dass entsprechende Vermerke über eine Rücksprache mit der Zustimmung des überweisenden Arztes zur Änderung des Auftrags auf den Überweisungsscheinen nicht angebracht waren.

Für die Vergütung der von Vertragsärzten bzw. ermächtigten Ärzten erbrachten Leistungen kommt es allein auf das vertragsärztliche Gebührenrecht, also die Bestimmungen des EBM und des HVM an. Medizinische oder haftungsrechtliche Erfordernisse sind hierfür nicht von Belang. Daher mag dahin stehen, ob aus solchen Gründen eine zusätzliche Ultraschalluntersuchung im Vorfeld der Amniozentese geboten ist, wie der Gutachter Prof. Dr. U. angenommen hat. Es ist Sache des Normgebers des EBM (des Bewertungsausschusses) aus den jeweils einschlägigen medizinischen Erfordernissen die vergütungsrechtlichen Schlussfolgerungen zu ziehen und diese ggf. bei der Abfassung der Gebührentatbestände umzusetzen. Die Gerichte sind demgegenüber nicht befugt, das vertragsärztliche Gebührenrecht an - durch Sachverständige ermittelte - medizinische Erkenntnisse anzupassen und medizinisch gebotene Leistungen auch dann zu vergüten, wenn der geltende EBM dies nicht zulässt.

Die Beklagte hat somit die hier streitigen Ansätze der GNr. 381 EBM zu Recht gestrichen.

2. Bescheid vom 25.6.2001: Behandlungsfälle F., H., St., Kü., A., M., Sch., Schn.

Diese Fälle sind dadurch gekennzeichnet, dass der Kläger bei den Patientinnen Leistungen erbracht hat nach den GNRn. 1, 17, 381,74 und 75 EBM, nicht jedoch nach 112/113 EBM, er also bei diesen Patientinnen kein Amniozentese erbracht hat. Entgegen der Auffassung des SG kann er eine Vergütung der in Ansatz gebrachten Leistungen nicht beanspruchen. Soweit der Kläger im Vorfeld der Amniozentese eine Leistungen erbracht, jedoch auf Wunsch der Patientin keine Amniozentese durchgeführt hat, ist die Auftragsleistung ersichtlich nicht vollständig erbracht worden, weshalb für die Ultraschalluntersuchung nach den Allgemeinen Bestimmungen des EBM eine Vergütung nicht gewährt werden kann; gem. Teil A Nr. 1 Satz 1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM ist eine Leistung nämlich nur dann berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Hinzu kommt, dass er den Zielauftrag, die Amniozentese, nicht ausgeführt hat, die ausgeführten Leistungen andererseits aber nicht vom Zielauftrag erfasst waren und der Kläger sich keinen auf die ausgeführten Leistungen beschränkten Überweisungsauftrag hat erteilen lassen.

Wegen Einzelheiten kann auf die obigen Ausführungen Bezug genommen werden. Wenn dem Kläger schon für vor der Amniozentese erbrachte Ultraschalluntersuchungen keine Vergütung zusteht, so steht ihm diese Leistung erst Recht nicht zu, wenn es zu einer Amniozentese gar nicht gekommen ist. Insoweit hat er weder den Überweisungsauftrag ausgeführt noch hatte er für die ausgeführten Leistungen einen Auftrag der überweisenden Gynäkologen.

Die Beklagte hat somit auch diese Ansätze der GNr. 381 EBM zu Recht gestrichen.

Der Rechtsstreit hinsichtlich der vom Sozialgericht vorgenommene Umwandlung von (in den jeweiligen Behandlungsfällen nicht ansetzbaren) Leistungen nach GNr. 1 EBM (Ordinationsgebühr) in Leistungen nach GNr. 2 (Konsultationsgebühr) hat sich nach Rücknahme der Berufung durch die Beklagte erledigt. Das gleich gilt bezüglich der Richtigkeit der Auffassung des SG in den Fällen M.-G. und C ...

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Voraussetzungen des [§ 160 SGG](#) für die Zulassung der Revision liegen nicht vor. Dem Rechtsstreit kommt grundsätzliche Bedeutung nicht zu; der Senat hat die Berufung lediglich wegen Abweichung von der Rechtsprechung des BSG zugelassen.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-10-15