

L 5 KA 897/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5.
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KA 2497/16
Datum
24.11.2017
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 897/18
Datum
23.11.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.11.2017 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Der Streitwert wird endgültig auf 5.692,83 € festgesetzt.

Tatbestand

Streitig ist die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarabrechnungen der Klägerin für die Quartale 1/2011 bis 4/2011.

Die Klägerin ist eine in der Rechtsform einer Gesellschaft bürgerlichen Rechts zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Berufsausübungsgemeinschaft mit Standort in S. Sie bestand in den streitigen Quartalen aus den E und W, die eine rheumatologische Schwerpunktpraxis betreiben.

In den für die Quartale 1/2011 bis 4/2011 ergangenen Honorarbescheiden wurden der Klägerin (unter anderem) Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung nach der Gebührenordnungsposition (GOP) 01510 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) vergütet.

Mit Schreiben vom 31.07.2014 teilte der Plausibilitätsausschuss der Beklagten der Klägerin mit, dass die Abrechnung für das Quartal 1/2011 im Rahmen einer Schwerpunktprüfung „Praxisklinische Betreuung“ (GOP 01510 EBM ff.) geprüft werde. Um die Abrechnung sachgerecht beurteilen zu können, bat sie um Zusendung von Dokumentationen zu insgesamt 15 namentlich aufgeführten Patienten unter Angabe der Medikation. Den Dokumentationen sollten neben den reinen Infusionslaufzeiten ggf. Vor- und/oder Nachläufe, die Art der Verabreichung und die Nachbeobachtungszeit zu entnehmen sein. Mit Schreiben vom 22.09.2014 übersandte die Klägerin bezüglich der aufgeführten Patienten Überwachungsprotokolle bzgl. der Patienten, die unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern versorgt worden sind (vgl. hierzu Bl. 173/209 VA).

Mit Bescheid vom 13.04.2015 berichtigte die Beklagte in den Quartalen 1/2011 bis 4/2011 die GOP 01510 EBM bei E in Höhe von 100 % und bei W in Höhe von 95 % und forderte insgesamt 6.329,79 € zurück. Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, ein Leistungskomplex sei nur dann berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden sei. Im Ergebnis der Auswertung der vorgelegten Dokumentationen sei festgestellt worden, dass in den geprüften 15 Fällen mit 18 Ansätzen der GOP 01510 EBM lediglich bei einem Ansatz die erforderliche Betreuungszeit von mehr als zwei Stunden zur Abrechnung der Leistung erreicht worden sei. In keinem Fall sei eine Prämedikation erfolgt, die reinen Infusionslaufzeiten hätten zwischen 30 und 90 Minuten gelegen, die Nachbeobachtungszeiten zwischen 15 und 45 Minuten. Anhand der Überwachungsprotokolle sei ersichtlich, dass den Betreuungszeiten auch die Voruntersuchung (Ausschluss Kontraindikation) angerechnet worden sei. Die GOPs 01510 bis 01512 EBM umfassten einen obligaten und einen fakultativen Leistungsinhalt. Die Betreuungszeit beginne mit den konkreten vorbereitenden Maßnahmen zur Applikation der Medikation. Dazu zählten Vorläufe, bei denen z. B. Mittel gegen Übelkeit und/oder Antiallergika verabreicht würden, die reine Infusionszeit, Nachläufe und die erforderlichen Nachbeobachtungszeiten. Vorgespräche mit dem Arzt oder der medizinischen Fachangestellten (z.B. Abfrage der Verträglichkeit der letzten Infusion, Befundbesprechung), Voruntersuchungen, Blutentnahmen, Wartezeiten auf Laborergebnisse,

Aufbereitungszeiten der Medikation, Wartezeiten auf Taxi oder Krankentransport, Ausstellung von Rezepten oder Terminvergaben könnten der Betreuungszeit nicht angerechnet werden. Mit der Unterzeichnung der Sammelerklärung zu der Abrechnung habe die Klägerin die sachliche Richtigkeit ihrer Abrechnung erklärt. Entfalle die Garantiefunktion der Sammelerklärung, da diese wegen zwar abgerechneter, aber nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen unrichtig sei, fehle damit auch eine Voraussetzung für die Festsetzung eines Honoraranspruchs des Vertragsarztes. Da den Plausibilitätsausschüssen bei der Schadensbemessung im Rahmen der Plausibilitätsprüfung ein umfassendes und gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbares Schätzungsermessen zustehe und die GOP 01510 EBM in der Abrechnung insgesamt Rückschlüsse auf die Unrichtigkeit der Abrechnung - auch im Hinblick auf die Folgequartale - zulasse, beschließe der Plausibilitätsausschuss bei der Neufestsetzung der Honoraransprüche die eingangs genannten Berichtigungen an der GOP 01510 EBM. Die sich hieraus ergebende Rückforderung werde dem Honorarkonto im Buchungsquartal 1/2015 belastet.

Hiergegen legte die Klägerin am 24.04.2015 Widerspruch ein und trug zur Begründung vor, sämtliche Tatbestandsvoraussetzungen der GOP 01510 EBM seien erfüllt. Dem Bescheid liege eine Fehlinterpretation der Infusionsprotokolle zugrunde. Die Beklagte interpretiere den jeweils ersten angegebenen Blutdruckwert unter Punkt 2 („durchgeführte Infusion“) als Beginn der Infusion und den jeweils letzten Blutdruckwert als Ende der Infusion. Dies entspreche jedoch keinesfalls der Praxis der Klägerin. Die mit Zeitangabe dokumentierten Blutdruckwerte seien vielmehr Vitalparameterkontrollen im Verlauf der Infusion. In den eingereichten Protokollen sei jeweils die gesamte praxisklinische Betreuung dokumentiert. Sie beginne mit der ersten dokumentierten Uhrzeit und beinhalte das Anlegen des venösen Zugangs und den Start der Infusion. Der Ausschluss der Kontraindikationen werde in diesem Zusammenhang geprüft und dokumentiert. Danach erfolgten in regelmäßigen Abständen die unter Punkt 2 dokumentierten Kontrollen der Vitalparameter. Zwei Stunden nach Beginn der Infusion werde eine weitere Untersuchung dokumentiert (Nachbeobachtung), auch diese sei nicht in jedem Fall gleichzusetzen mit dem Ende der Beobachtung des Patienten. Darüber hinaus sei darauf hinweisen, dass die im Bescheid aufgeführte Interpretation der Betreuungszeit für die GOP 01510 weder detailliert dem EBM zu entnehmen noch anderweitig in den einschlägigen Kommentaren ersichtlich sei. Im EBM seien zur GOP 01510 keinerlei Vorgaben über den genauen Zeitumfang der Infusion sowie der anschließenden Nachbeobachtung aufgeschlüsselt. Ebenfalls werde im Leistungsinhalt nicht ausgeschlossen, dass die praxisklinische Betreuung auch vorbereitende Maßnahmen enthalten dürfe, die direkt die Infusion betreffen (z. B. Blutdruckmessung, kurzes Gespräch mit dem Patienten bezüglich der Kontraindikationen oder gegebenenfalls Untersuchungen bezüglich möglicher Begleiterkrankungen, die die Verabreichung der Infusion verbieten würden). Die praxisklinische Betreuung der Patienten habe sich in jedem Fall über mindestens zwei Stunden erstreckt.

Mit Teilabhilfebescheid vom 03.12.2015 erstattete die Beklagte der Klägerin die zwischenzeitlich im (hier nicht streitgegenständlichen) Honorarbescheid vom 15.07.2015 (für das Quartal 1/2015) vorgenommene Korrektur des Honorars für die Quartale 1/2011 bis 4/2011 in Höhe von 636,96 € zurück; im Übrigen wurde dem Widerspruch nicht abgeholfen. Den aus den Dokumentationen ermittelten Beobachtungs- und Betreuungszeiten würden zehn Minuten Vorbereitungszeit hinzugerechnet. Die Berichtigungsquote verringere sich damit bei W von 95 % auf 81 %. Mit (hier nicht streitgegenständlichem) Honorarbescheid vom 15.01.2016 (für das Quartal 3/2015) erfolgte eine Rückerstattung an die Klägerin i.H.v. 636,96 €.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.04.2016 wies die Beklagte den aufrechterhaltenen Widerspruch der Klägerin im Übrigen zurück. Unter Verweis auf die Begründung in den bisherigen Bescheiden führte die Beklagte ergänzend aus, der Ausschluss der Kontraindikation, also die ärztliche Untersuchung, die Abfrage der Befindlichkeit und das Richten der blasenfreien Infusion sowie deren Freigabe durch den Arzt könne nicht auf die Betreuungsdauer angerechnet werden. Anrechnungsfähig seien ausschließlich Zeiten, in denen auch notwendigerweise eine Betreuung des Patienten erfolgen müsse. Der im Rahmen der Abhilfeprüfung zugestandene Zeitraum von zehn Minuten für vorbereitende Maßnahmen werde daher als ausreichend angesehen, zumal die Klägerin keine konkreten Angaben zur Dauer gemacht habe. Nicht nachvollziehbar sei, dass eine Praxis, welche solche Behandlungen routiniert erbringe, deutlich mehr als zehn Minuten über die dokumentierte Zeitdauer für notwendige Betreuungsleistungen vor der Infusion benötige. Die Argumentation, der Begriff „unter parenteraler intravasaler Behandlung“ bedeute keine zeitliche Definition, sei nicht nachvollziehbar. Im Übrigen werde am Ende der praxisklinischen Betreuung bzw. der Nachbeobachtungsphase nach den Angaben der Klägerin vom Praxispersonal eine Beurteilung der Kreislaufstabilität durchgeführt und zeitlich dokumentiert. Diese werde dem Arzt vorgelegt, der daraufhin die Entlassung des Patienten aus der praxisklinischen Betreuung per Unterschrift dokumentiere. Dies heiße, hier ende die notwendige Behandlung. Wegen der aufgrund der Unrichtigkeit der von der Klägerin abgegebenen Sammelerklärung entfallenen Garantiefunktion derselben sei eine Aufhebung und Neufestsetzung der Honoraransprüche für die Quartale 1/2011 bis 4/2011 erforderlich.

Hiergegen hat die Klägerin am 28.04.2016 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie teilweise wiederholend im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte habe die dem Bescheid zugrundeliegenden Protokolle fehlinterpretiert. Insbesondere gehe es um die Einbeziehung der unmittelbar vorbereitenden Maßnahmen, die die direkte Infusion betreffen (z. B. Blutdruckmessung, kurzes Gespräch mit dem Patienten bezüglich der Kontraindikationen und gegebenenfalls Untersuchungen, die zwingend notwendig seien, um die Verabreichung der Infusion beurteilen zu können), nicht hingegen um allgemeine Wartezeiten bezüglich Terminvergaben, Rezeptausstellungen, Wartezeiten auf Laborergebnisse oder Ähnliches. Die pauschal anerkannten 10 Minuten Vorbereitungszeit seien angesichts des Umfangs der unmittelbaren Vorbereitung nicht realistisch. Nach dem Ausschluss von Kontraindikationen müsse der Arzt die Zubereitung der Infusion freigeben und einen venösen Zugang legen. Die Auflösung der als Trockensubstanz vorliegenden Antikörperpräparationen bis hin zur blasenfreien Herstellung der fertigen Infusionslösung nehme oft bis zu 20 Minuten zusätzlich in Anspruch. In den Protokollen fänden sich weitere detaillierte Ausführungen über die Durchführung und Dokumentation der Infusionen und dem damit verbundenen tatsächlichen Aufwand. Auch die letzte Zeitangabe im Protokoll sei nicht minutengenau mit dem Ende der praxisklinischen Betreuung gleichzusetzen. Die praxisklinische Betreuung der Patienten habe sich in jedem Fall wie abgerechnet auf über mindestens zwei Stunden erstreckt. Es sei in diesem Zusammenhang auch zu berücksichtigen, dass die Protokolle von ihr (der Klägerin) selbst entworfen worden seien und zur Dokumentation wesentlicher medizinischer Sachverhalte dienten und nicht als reine Zeitprotokolle zu lesen oder zu interpretieren seien. Die Leistungslegende bei der Abrechnung der GOP 01510 EBM sei vollständig erfüllt. Für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung des EBM komme es in erster Linie auf den Wortlaut der Regelungen an. GOP 01510 EBM beinhalte Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung. Sie umfassten einen obligaten und einen fakultativen Leistungsinhalt. Mit dieser Ziffer solle der besondere Aufwand abgegolten werden, der durch die Erbringung der Leistungslegende entstehe. Der typische Fall in der ambulanten Versorgung sei der unmittelbare Arzt-Patienten-Kontakt mit unmittelbar ergriffener Maßnahme. Im Fall der GOP 01510 EBM liege der Sachverhalt anders. Während der Betreuungszeit müsse sich der Arzt in ausreichendem Maße am Anfang, zwischenzeitlich und am Schluss selbst von dem Zustand des Patienten überzeugen, für die übrigen Zeiten die Betreuung und Beobachtung durch eine entsprechend versierte Hilfskraft sicherstellen und sich selbst während der Zeit in unmittelbarer Rufnähe befinden. Dies bedeute zum einen, dass der Vertragsarzt entsprechende Räumlichkeiten vorhalten müsse und zum anderen, dass er hierfür besonderes Personal benötige. Entgegen der

Meinung der Beklagten zähle der Ausschluss von Kontraindikationen für die Infusion, das Anlegen des venösen Zugangs und die Vorbereitung der Infusion (durch die Helferinnen) zu den direkten vorbereitenden Maßnahmen als Beobachtung und Betreuung eines Kranken („unter parenteraler intravasaler Behandlung ...“). Der Wortlaut der Vorschrift laute nämlich nicht „während“, sondern „unter“. Eindeutig sei, dass damit nicht nur die reine Infusionszeit gemeint sein könne. Unstreitig sei deshalb zunächst, dass auch die notwendige Nachbetreuungszeit von der Leistungslegende erfasst sei. Ein zwingend notwendiger Schritt zur Erfüllung der Leistungslegende sei aber auch der Ausschluss von Kontraindikationen einschließlich der Zubereitung der Infusionslösung als konkret vorbereitende Maßnahme zur Applikation der Medikation. Diese Maßnahme sei ebenso zwingend für die Infusion und stehe ebenso in unmittelbarem Zusammenhang mit der Applikation wie die Nachbetreuungszeit (unter Verweis auf Bundessozialgericht <BSG>, Urteil vom 17.02.2016 - [B 6 KA 3/15](#) -, in juris Rn. 42). Diese unmittelbaren Vorbereitungshandlungen vor der Infusion würden auch nicht extra vergütet, sondern seien mit dieser Pauschale ebenfalls abgegolten und würden auch als ärztliche Behandlung gelten, obwohl es sich hierbei lediglich um notwendige Vorbereitungsmaßnahmen handele, die zum Teil auch von der Arzhelferin erbracht werden könnten. Wenn diese unmittelbaren Vorbereitungshandlungen als ärztliche Behandlung gelten würden und mit der Pauschale abgegolten seien, seien sie bei dieser Pauschale auch zu berücksichtigen. Ansonsten wäre die Interpretation der Leistungslegende widersprüchlich. Die Rechtsauffassung der Beklagten finde auch keine Stütze im Wortlaut. Dies habe die Beklagte dem Grunde nach bereits im Laufe des Verwaltungsverfahrens anerkannt, indem sie im Rahmen des Widerspruchs eine gewisse Vorlaufzeit vor der reinen Infusionszeit entgegen ihrer ursprünglichen Auffassung nunmehr anerkenne. Soweit die Beklagte aber pauschal für jeden Einzelfall dafür 10 Minuten ansetze, finde sich auch für diese Auffassung keine Stütze im Wortlaut der Vorschrift. Auch aus diesem Kontext gehe hervor, dass damit auch die unmittelbar zu leistende Vorbereitungszeit als notwendiger Bestandteil dieser Leistung in die Berechnung miteinzubeziehen sei. Die Infusion selbst sei im Übrigen nur ein fakultativer Leistungsinhalt. Bei der GOP 01510 EBM handele es sich um eine Betreuungsziffer und nicht wie von der Beklagten behauptet um eine Infusionsziffer. Dies gehe bereits aus der Leistungslegende der GOP hervor und werde gerichtlich eindeutig bestätigt (unter Verweis auf Landessozialgericht <LSG> Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.11.2013 - [L 24 KA 31/12](#) -, in juris). Dies gelte auch für den Umstand, dass mit dieser Ziffer der Mehraufwand der Betreuung vergütet werden solle (unter Verweis auf LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.08.2015 - [L 11 KA 62/12](#) -, in juris). Zur Veranschaulichung und Begründung einer hier erforderlichen, mehr als zehnminütigen Vorbereitungszeit seien unabdingbar notwendige Schritte zu beachten. Aus diesen ergebe sich, dass die Gesamtdauer der unmittelbar notwendigen Vorbereitung minimal netto 30 Minuten, oft bis zu 40 Minuten reine Arbeitszeit für Arzt/Personal ausmache. Eine Nichtanerkennung dieses Abschnitts der praxisklinischen Betreuung konterkariere daher den Geist dieser GOP, die den zusätzlichen zeitlichen und personellen Aufwand einer Praxis bei der ambulanten Durchführung von Antikörpertherapien entschädigen solle. Im Übrigen stelle sich die Frage, in welchem Umfang überhaupt eine Dokumentation der Leistungserfüllung nach der GOP 01510 EBM zu erfolgen habe. Die Dokumentation sei hier nicht selbst Bestandteil der Leistungslegende. Generell seien auch die Einträge in der Patientenkartei grundsätzlich als Dokumentation anzuerkennen. Es bestehe im vorliegenden Fall keine Verpflichtung, Überwachungsprotokolle oder Ähnliches zu führen. Aus einer Fehlinterpretation von nicht erforderlichen Dokumentationen dürften keine negativen Schlüsse gezogen werden. Unzutreffend gehe die Beklagte zudem davon aus, dass die Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung weggefallen sei. Eine Bezugnahme und Subsumtion zu den tatbestandlichen Voraussetzungen zum Wegfall der Garantiefunktion (Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit) finde sich im Bescheid nicht. Die bloße Behauptung, eigene Interpretationen der Leistungslegende seien unzulässig, ersetze die Begründung ersichtlich nicht. Die Abrechnung der Klägerin sei weder vorsätzlich noch grob fahrlässig fehlerhaft. Sie sei überzeugt davon, dass sie die Leistungslegende der GOP 01510 EBM erfüllt habe, da die unmittelbaren Vorbereitungshandlungen zur Leistungslegende gehörten, so dass eine vorsätzlich falsche Abrechnung unter keinem Gesichtspunkt in Betracht komme. Ebenso scheidet eine grobe Fahrlässigkeit aus. Hier gehe es um die Interpretation einer Leistungslegende, deren Inhalt mit der Beklagten offen und kontrovers kommuniziert werde. In Bezug auf die unmittelbar vorbereitenden Maßnahmen sei die Interpretation der Leistungslegende in keinem Fall fernliegend. Andernfalls hätte auch der Ausschuss seine zunächst vertretene Rechtsauffassung, etwaige Vorbereitungsmaßnahmen seien nicht Gegenstand der Leistungslegende, nicht selbst revidiert. Selbst wenn die Auffassung der Klägerin falsch sein sollte, entfalle damit nicht die Garantiefunktion der Abrechnungserklärung. Demnach stehe der Beklagten auch das von ihr in Anspruch genommene weite Schätzungsermessen nicht zu. Letztlich könne aus den nur 15 geprüften Dokumentationen nicht bereits auf eine Fehlerhaftigkeit des geprüften Quartals in Höhe von 100 % bei E und von 95 % (richtig zuletzt 81 %) bei W geschlossen werden. Hierzu hätten mehr Dokumentationen angefordert und geprüft werden müssen. Eine Übertragung dieses Ergebnisses ohne jede Einzelprüfung in den Folgequartalen verbiete sich ebenfalls.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Die Auswertung der eingereichten Dokumentationen habe ergeben, dass in den 15 geprüften Fällen mit 18 Ansätzen der GOP 01510 EBM lediglich bei einem Ansatz die erforderliche Betreuungszeit von mehr als zwei Stunden erreicht worden sei. Aus den Überwachungsprotokollen seien Infusionslaufzeiten zwischen 30 und 90 Minuten und Nachbeobachtungszeiten zwischen 15 und 45 Minuten ersichtlich. Eine Prämedikation sei in keinem der Fälle erfolgt. Dafür seien den Betreuungszeiten Voruntersuchungen (Ausschluss Kontraindikation) angerechnet worden. Dies sei nicht zulässig. Der eindeutige Wortlaut der Leistungslegende fordere die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern. Dabei gehe die Beklagte davon aus, dass die Betreuungszeit bereits mit konkreten vorbereitenden Maßnahmen zur Applikation der Medikation, wie Vorläufe, bei denen z. B. Mittel gegen Übelkeit und/oder Antiallergika verabreicht würden, beginne. Hingegen könnten Vorbereitungen mit dem Arzt oder der medizinischen Fachangestellten, Voruntersuchungen, Blutentnahmen, Wartezeiten auf Laborergebnisse, Aufbereitungszeiten der Medikation, Wartezeiten auf Taxis oder Krankentransporte, Ausstellung von Rezepten oder Terminvergaben nicht auf die Betreuungszeit angerechnet werden. Die Formulierung „unter parenteraler intravasaler Behandlung“ bedeute, dass eine parenterale intravasale Behandlung auch tatsächlich statfinde. Voruntersuchungen bzw. der Ausschluss von Kontraindikationen dienten jedoch lediglich der Entscheidungsfindung, ob eine derartige Behandlung überhaupt in Frage komme. Eine Anrechnung auf die Betreuungszeit scheidet somit aus. Ebenso wenig könne das Richten der Infusion und deren Freigabe durch den Arzt auf die Betreuungszeit angerechnet werden. Auch bei diesen Tätigkeiten finde noch keine Betreuung eines Kranken unter parenteraler intravasaler Behandlung statt. Ausweislich der eingereichten Dokumentationen sei bei den Patienten D, E1 und M am 25.01.2011, 08.02.2011 und 11.01.2011 sowie am 24.01.2011 eine Betreuungszeit von 14.00 Uhr bis 16.00 Uhr angegeben worden. Damit sei eine Betreuungszeit von mehr als zwei Stunden auch unter Berücksichtigung des Ausschlusses der Kontraindikationen nicht gegeben. Gleiches gelte hinsichtlich der Patienten M1 am 08.03.2011 und 25.01.2011 und R am 10.01.2011. Hier sei eine Betreuungszeit von 10.45 Uhr bis 12.00 Uhr bzw. 10.00 Uhr bis 12.00 Uhr und von 14.45 Uhr bis 16.20 Uhr angegeben. Die Klägerin könne sich auch nicht mit Erfolg darauf berufen, die Leistungslegende erfordere keine Dokumentation. Für die Rechtmäßigkeit der Abrechnung ärztlicher Leistungen als Voraussetzung eines Vergütungsanspruchs gelte, dass Leistungen schlüssig gemacht werden müssten. Unschlüssigkeiten, Unplausibilitäten und Unvollständigheiten bei der Abrechnung gingen zu Lasten desjenigen, der daraus eine Vergütung beanspruche, also zu Lasten der Klägerin (unter Verweis auf LSG Baden-Württemberg - [L 5 KA 2961/10](#) -, nicht veröffentlicht). Die Abrechnungssammelerklärungen der

Klägerin, mit der diese die Richtigkeit der in Ansatz gebrachten Leistungen bestätigt habe, seien damit falsch. Diese seien bereits dann unrichtig, wenn nur ein mit ihr erfasster Behandlungsausweis eine falsche Angabe über erbrachte Leistungen enthalte. Für die Beklagte entfalle damit die Verpflichtung als Voraussetzung der Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide, dem Arzt mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen. Das Honorarrisiko liege somit auf Seiten des Vertragsarztes, der in seinen Abrechnungen unrichtige Angaben gemacht habe (unter Verweis auf BSG, [SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 S. 3 ff.](#)). Damit hätten die Kläger auch zumindest grob fahrlässig gehandelt. Entfielen somit die Garantiefunktionen der Abrechnungssammelerklärungen, da diese wegen zwar abgerechneter, aber nicht oder nicht vollständig erbrachter Leistungen unrichtig seien, seien die Voraussetzungen für eine Richtigstellung gegeben. Dabei stehe der Beklagten bei der Neufestsetzung der Honorare ein weites Schätzungsermessen zu (unter Verweis auf BSG, [6 RKa 86/95](#)). Die Beklagte habe vorliegend im Quartal 1/2011 beispielhaft 18 Ansätze der GOP 01510 EBM durch Anforderung und Auswertung der Patientendokumentationen überprüft. Die Begutachtung habe zu dem Ergebnis geführt, dass trotz Anrechnung einer zehnmütigen Vorbereitungszeit pro Ansatz bei E in 100 % der Ansätze und bei W in 81 % der Ansätze die GOP 01510 EBM nicht gerechtfertigt gewesen sei. Dieses Abrechnungsverhalten lasse Rückschlüsse auf die Abrechnung aller Betreuungsleistungen nach der GOP 01510 EBM nicht nur an einem einzelnen Behandlungstag, sondern insgesamt zu. Die Beklagte sei damit berechtigt gewesen, im Rahmen des ihr zustehenden Schätzungsermessens die strittigen Forderungen zu berichtigen. Entgegen den Ausführungen der Klägerin sei die Beklagte im Rahmen des ihr zustehenden Schätzungsermessens auch berechtigt gewesen, die im Quartal 1/2011 getroffenen Feststellungen auf die übrigen streitgegenständlichen Quartale zu übertragen (unter Verweis auf LSG Baden-Württemberg, [L 5 KA 2961/10](#)). Bei insgesamt 39 Ansätzen der GOP 01510 EBM seien somit fast 50 % der Ansätze einer Überprüfung unterzogen worden. Die Zahl der berichtigten Ansätze stehe damit nicht außer Verhältnis zur Zahl der überprüften Ansätze (unter Verweis auf SG Stuttgart, [S 11 KA 6380/13](#)).

Mit Urteil vom 24.11.2017 hat das SG den Bescheid der Beklagten vom 13.04.2015 in der Fassung des Änderungsbescheides vom 03.12.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.04.2016 aufgehoben. Zur Begründung hat es auf den angefochtenen Widerspruchsbescheid Bezug genommen und ergänzend ausgeführt, unter Berücksichtigung der von der Klägerin geltend gemachten Vorbereitungszeit sei von einer Beobachtungs- und Betreuungszeit von mindestens 121 Minuten auszugehen. Damit sei die Leistungslegende der GOP 01510 EBM erfüllt. Der Wortlaut der Leistungslegende „unter parenteraler intravasaler Behandlung“ bedeute nicht, dass die GOP 01510 EBM zeitlich allein auf die Infusionsdauer beschränkt sei. Der Normgeber hätte sonst die Formulierung „während“ einer parenteralen intravasalen Behandlung wählen müssen. Auch sei die reine Infusion nur fakultativer Leistungsinhalt der GOP 01510 EBM, daneben träten obligate Leistungsinhalte. Des Weiteren gehe der Begriff der Betreuung weiter als der Begriff der Behandlung. Darunter könnten auch Leistungen unmittelbar vor oder nach der Infusionsbehandlung fallen. Entscheidend sei einzig und allein, dass die erbrachte Leistung in einem engen zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Infusion stehe, mit ihr untrennbar verknüpft sei. Dazu gehörten auch unverzichtbare Voruntersuchungen und Blutentnahmen. Diese dienten dem Ausschluss von Kontraindikationen und unterfielen dem Begriff der Betreuung. Auch Sinn und Zweck der GOP 01510 EBM spreche für eine weite Auslegung der abrechenbaren Leistungen. Durch die genannte Ziffer solle nämlich (auch) der Mehraufwand der Betreuung vergütet werden. Daraus folge, dass vorbereitende Leistungen, welche für die Applikation der Medikation zwingend erforderlich seien, und auch nachbereitende Leistungen nach Beendigung der eigentlichen Infusion zur Beobachtungszeit und Betreuungszeit hinzuzurechnen seien. Ohne diese sei die in der Leistungslegende GOP 01510 EBM aufgeführte Beobachtung und Betreuung eines Kranken schlechterdings unvorstellbar. Um dem tatsächlichen Aufwand der behandelnden Praxis und dem Wortlaut der GOP 01510 EBM sachgerecht Rechnung tragen zu können, müsse auch das Messen der Blutdruckwerte vor der Infusion, Vorgespräche mit dem Arzt über akut eingetretene Kontraindikationen und das Anlegen des venösen Zugangs zur Betreuungszeit hinzugerechnet werden. Dies gelte auch für die Zubereitung der Infusion, da gerade diese Tätigkeit einen zeitlichen und personellen Mehraufwand bedinge und mit der Infusion in einem unmittelbaren Zusammenhang stehe. Eine die Kammer überzeugende Begründung, weshalb der Ausschluss von Kontraindikationen nicht unter die Leistungslegende fallen solle, ergebe sich nicht. Unter Berücksichtigung der von der Klägerin geltend gemachten Zusatzleistungen seien die Leistungslegenden in dem geltend gemachten Zeitraum daher erfüllt, weshalb eine Kürzung des Honorars im Wege der Plausibilitätsprüfung nicht hätte vorgenommen werden dürfen. Damit erübrigten sich weitere Ausführungen zur Frage der ordnungsgemäßen Dokumentation, der Richtigkeit der Sammelerklärung mit der Folge des Wegfalls der Garantiefunktion, zur groben Fahrlässigkeit und zu dem von der Beklagten ins Feld geführten Schätzungsermessen.

Gegen das ihr am 26.02.2018 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 07.03.2018 Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt. Unter Wiederholung ihres bisherigen Vortrags führt sie lediglich ergänzend aus, die Formulierung „unter parentaler intravasaler Behandlung“ bedeute, dass eine Behandlung und Betreuung erst beginnen könne, wenn die Infusion bereits laufe, da der Patient während der Infusion beobachtet und betreut werden müsse. Das SG habe auch bei Patienten, bei denen die Betreuungszeit mit genau zwei Stunden angegeben worden sei (D, E1 und M) entgegen dem Wortlaut der GOP 01510 EBM entschieden, dass die Leistungslegende erfüllt sei. Erst recht sei sie bei Patienten, bei denen sich die Betreuungszeit sogar auf unter zwei Stunden belaufen habe (M1 und R), nicht erfüllt. Soweit das SG hier ausgeführt habe, auf eine ordnungsgemäße Dokumentation komme es hierbei nicht an, sei das nicht nachvollziehbar. Im Übrigen könnten entsprechende Nachweise im Gerichtsverfahren weder nachgereicht noch ergänzt werden. Sofern eine vollständige Leistungserbringung wegen fehlerhafter oder unvollständiger Dokumentation nicht nachvollzogen werden könne, berechne dies allein zur Richtigstellung durch die Beklagte (unter Verweis auf Hessisches LSG, [L 4 KA 50/12](#) und BSG, [B 6 KA 60/15](#)). Die Abrechnungserklärungen der Klägerin, mit der diese die Richtigkeit der in Ansatz gebrachten Leistungen bestätigt habe, seien damit falsch. Für sie (die Beklagte) entfalle damit die Verpflichtung als Voraussetzung der Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide, dem Arzt mehr als eine unrichtige Abrechnung pro Quartal nachzuweisen (unter Verweis auf BSG, [SozR 3-5550 § 35 Nr. 1 S. 3 ff.](#)). Die Klägerin habe auch zumindest grob fahrlässig gehandelt. Sie habe von ihrem weiten Schätzungsermessen Gebrauch gemacht und sei berechtigt gewesen, das aus der Prüfung von exemplarischen Fällen gewonnene Ergebnis auf die übrigen Fälle - auch in weiteren Quartalen - hochzurechnen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 24.11.2017 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Zum Teil ergänzend und klarstellend führt sie aus, die Leistungslegende der GOP 01510 EBM sei vollständig erfüllt. Insbesondere seien die Vor- und Nachbereitungszeiten Bestandteil der Leistungslegende. Dies ergebe sich aus

dem Wortlaut (nicht „während“, sondern „unter“). Die unmittelbaren Vorbereitungshandlungen vor der Infusion würden auch nicht extra vergütet, sondern seien mit der Pauschale ebenfalls abgegolten. Sie gölten auch als ärztliche „Behandlung“, obwohl sie teilweise von Arzthelferinnen erbracht werden könnten (unter Verweis auf BSG, Urteil vom 17.02.2016 - [B 6 KA 3/15](#) -, in juris Rn. 26). Soweit die Beklagte davon ausgehe, dass die Vorbereitungszeit nicht berücksichtigt werden könne, weil sie lediglich der Entscheidungsfindung diene, ob eine derartige Behandlung überhaupt in Frage komme, könne dem nicht gefolgt werden. Denn werde keine Behandlung durchgeführt, sei der Leistungsinhalt bereits aus anderen Gründen nicht erfüllt, sodass in diesen Fällen keine Abrechnung erfolgen könne. So setze der Leistungsinhalt der GOP 01510 EBM in der hier streitigen Position (zweiter Spiegelstrich) „auch“ die Durchführung der Infusion voraus, weil die Behandlung nur über eine Infusion erfolge. Es sei zudem auch kaum vorstellbar, dass die unmittelbar vorbereitenden Maßnahmen eine Dauer von mehr als zwei Stunden in Anspruch nähmen. Die Beklagte verkenne, dass der mit der Maßnahme verbundene erhöhte personelle und organisatorische Mehraufwand abgegolten werden solle. Das pauschale Ansetzen einer zehnmütigen Vorbereitungszeit finde im Wortlaut keine Stütze. Soweit die Beklagte behaupte, die Klägerin habe auch das Warten auf ein Taxi bei der Berechnung ihrer Tätigkeit in Ansatz gebracht, gehe diese fehl. Dies sei in keinem Fall geschehen. Im Übrigen sei die Infusion selbst nur fakultativer Leistungsinhalt. Die GOP 01510 EBM sei keine Infusions- sondern eine Betreuungsziffer. Bei den von der Klägerin selbst erstellten Überwachungsprotokollen handele es sich weder um Formulare der Beklagten noch um Zeiterfassungsprotokolle, sondern um solche, die der Erfassung des medizinischen Sachverhalts dienten. Die mit einer Zeitangabe dokumentierten Blutdruckwerte seien dabei regelmäßig Vitalparameterkontrollen im Verlauf der Infusion. Diese seien von ihr selbst zu interpretieren. Aus einer Fehlinterpretation (von nicht erforderlichen Dokumentationen - denn eine solche sehe die Leistungslegende der GOP 01510 EBM nicht vor -) dürften keine negativen Schlüsse gezogen werden. Unzutreffend gehe die Beklagte zudem davon aus, dass die Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung weggefallen sei. Eine Bezugnahme und Subsumtion zu den tatbestandlichen Voraussetzungen zum Wegfall der Garantiefunktion (Vorsatz oder grobe Fahrlässigkeit) finde sich im Bescheid nicht. Die bloße Behauptung, eigene Interpretationen der Leistungslegende seien unzulässig, ersetze die Begründung nicht. Die Abrechnung der Klägerin sei weder vorsätzlich noch grob fahrlässig fehlerhaft. Davon habe sich auch das SG in seiner mündlichen Verhandlung überzeugt. Selbst wenn die Auffassung der Klägerin falsch sein solle, entfalle damit die Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung nicht. Im Ergebnis stehe der Beklagten dann auch das weite Schätzungsermessen nicht zu. Die Übertragung des Ergebnisses der Prüfung auf Folge quartale verbiete sich damit ebenso.

Die Beteiligten haben sich übereinstimmend mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakten beider Rechtszüge sowie die bei der Beklagten geführte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

1. Der Senat entscheidet in der Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz <SGG>](#)).

2. Die gemäß [§ 143 SGG](#) statthafte und gemäß [§ 151 Abs. 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet ([§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#)), ist zulässig. Die Berufung bedurfte nicht der Zulassung gemäß [§ 144 Abs. 1 SGG](#), weil der Beschwerdewert von 750,00 € überschritten ist.

3. Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat auf die Klage gegen den Bescheid der Beklagten vom 13.04.2015 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 03.12.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.04.2016 die Bescheide zu Recht in vollem Umfang aufgehoben.

Gegenstand der Klage ist der Bescheid der Beklagten vom 13.04.2015 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 03.12.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.04.2016.

Die als isolierte Anfechtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 4 SGG](#) zulässige Klage ist begründet. Der Bescheid der Beklagten vom 13.04.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.04.2016 ist rechtswidrig, soweit dem Begehren der Klägerin nicht mit Teilabhilfebescheid vom 03.12.2015 abgeholfen wurde, und verletzt die Klägerin in ihren Rechten.

a) Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung der Honorarabrechnung ist [§ 106a Abs. 2 SGB V](#) (in der Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) <a.F.>; heute [§ 106d Abs. 2 SGB V](#)). Diese Vorschrift verdrängt als bereichsspezifische Sondervorschrift des zweiten Abschnitts des vierten Kapitels des SGB V (Vertragsarztrecht) gemäß [§ 37 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) die allgemeine Regelung in [§ 45 SGB X](#) zur nachträglichen Korrektur rechtswidrig begünstigender Verwaltungsakte. Dies gilt auch, soweit Honorarbescheide nach Ablauf der Ausschlussfrist berichtigt werden (BSG, Urteil vom 24.10.2018 - [B 6 KA 34/17 R](#) -, in juris). Die Berichtigung bereits erlassener Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung) stellt im Umfang der vorgenommenen Korrekturen zugleich eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheids dar und bewirkt, dass überzahltes Honorar gem. [§ 50 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) zurückzuzahlen ist (BSG, Urteil vom 28.08.2013 - [B 6 KA 50/12 R](#) -, in juris).

Gem. [§ 106a Abs. 1 SGB V](#) a.F. stellt die Kassenärztliche Vereinigung die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität und die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) a.F.). Einzelheiten der Plausibilitätsprüfung ergeben sich aus den „Richtlinien gem. § 106a SGB V“ (RL [§ 106a SGB V](#), hier in der Fassung vom 01.07.2008 <Deutsches Ärzteblatt 2008, A1925>), die die Partner der Bundesmantelverträge auf Grundlage des [§ 106a Abs. 6 SGB V](#) a.F. vereinbart haben. Nach § 5 Abs. 1 RL [§ 106a SGB V](#) stellt die Plausibilitätsprüfung ein Verfahren dar, mit dessen Hilfe auf Grund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen die rechtliche Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen vermutet werden kann. Anhaltspunkte für eine solche Vermutung sind Abrechnungsauffälligkeiten. Diese sind durch die Anwendung von Aufgreifkriterien mit sonstigen Erkenntnissen aus Art und Menge der abgerechneten ärztlichen Leistungen zu gewinnende Indizien, die es wahrscheinlich machen, dass eine fehlerhafte Leistungserbringung zu Grunde liegt. Nach § 7 Abs. 1 RL [§ 106a SGB V](#) werden Plausibilitätsprüfungen von der Kassenärztlichen Vereinigung als regelhafte Prüfungen (§ 7 Abs. 2 RL [§ 106a SGB V](#)) durchgeführt, die sich auf die Feststellung von Abrechnungsauffälligkeiten (§ 5 Abs. 1 Satz 3 RL [§ 106a SGB V](#)) erstreckt. Konkretisierend hierzu ist in der auf § 13 Abs. 1 RL [§ 106a SGB V](#) beruhenden „Verfahrensordnung (der Beklagten) zur Durchführung von Plausibilitätsprüfungen“ festgelegt,

dass die Plausibilität der Honorarabrechnung u. a. auf der Grundlage von Stichproben geprüft wird (§§ 4, 5 der Verfahrensordnung), wobei nach Anlage 1 Nr. 3 der Verfahrensordnung u. a. auch statistische Auffälligkeiten, insbesondere bei der Abrechnung von Leistungspositionen um 100 % oberhalb des Schnitts der Arztgruppe überprüft werden. Erst wenn die Kassenärztliche Vereinigung auf Grund der Plausibilitätsprüfung allein oder in Verbindung mit weiteren Feststellungen zu dem Ergebnis kommt, dass die Leistungen fehlerhaft abgerechnet worden sind, führt die Kassenärztliche Vereinigung ein Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung durch (§ 5 Abs. 2 Satz 1 RL [§ 106a SGB V](#)); die auf Grund einer Plausibilitätsprüfung festgestellten Abrechnungsfehler führen in vollem Umfang zur Abrechnungskorrektur (Hess in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand Dezember 2016, [§ 106a SGB V](#), Rn. 6).

Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind (BSG, Urteil vom 15.07.2020 - [B 6 KA 13/19 R](#) -, Urteil vom 16.05.2018 - [B 6 KA 16/17 R](#) -, beide in juris). Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung ist insbesondere dann angezeigt, wenn die abgerechneten Leistungen nicht die Vorgaben des EBM erfüllen (BSG, Urteil vom 16.05.2018 - [B 6 KA 16/17 R](#) -, in juris).

b) Unter Anwendung dieser Regelungen ist die streitgegenständliche Streichung der GOP 01510 EBM zu Unrecht erfolgt. Die von der Klägerin abgerechneten Leistungen entsprechen den Vorgaben des EBM.

Der Bescheid der Beklagten vom 13.04.2015 in der Fassung des Teilabhilfebescheides vom 03.12.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.04.2016 ist materiell rechtswidrig.

aa) Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG und des Senats in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich (so BSG, Urteil vom 25.11.2020 - [B 6 KA 14/19 R](#) -, in juris, Rn. 18 und Urteil vom 11.09.2019 - [B 6 KA 22/18 R](#) -, in juris, Rn. 13 m.w.N.; Urteil des Senats vom 16.03.2016 - [L 5 KA 5268/12](#) -, in juris). Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM - des Bewertungsausschusses gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) - ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf. Eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben. Leistungsbeschreibungen dürfen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden. Diese Grundsätze gelten auch für die den Vergütungsbestimmungen vorangestellten allgemeinen Bestimmungen des EBM (BSG, Urteil vom 11.09.2019 - [B 6 KA 22/18 R](#) -, in juris, Rn. 13, mwN). Soweit der Wortlaut einer Leistungslegende des EBM für die ärztlichen Leistungen nicht eindeutig ist, können auch die der Leistung zugeordneten Kalkulations- und Prüfzeiten zur Auslegung herangezogen werden (BSG, Urteil vom 15.07.2020 - [B 6 KA 15/19 R](#) -, in juris).

bb) Die streitige GOP 01510 EBM hatte im streitgegenständlichen Zeitraum folgenden Wortlaut:

„Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung

Obligater Leistungsinhalt

- Beobachtung und Betreuung eines Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS) in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß [§ 115 Abs. 2 SGB V](#) unter parenteraler intravasaler Behandlung mittels Kathetersystem
- und/oder Beobachtung und Betreuung eines Kranken in einer Arztpraxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß [§ 115 Abs. 2 SGB V](#) unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern
- und/oder Beobachtung und Betreuung eines kachektischen Patienten mit konsumierender Erkrankung während enteraler Ernährung über eine Magensonde oder Gastrostomie (PEG) in einer Praxis oder praxisklinischen Einrichtung gemäß [§ 115 Abs. 2 SGB V](#)
- und/oder Beobachtung und Betreuung einer Patientin, bei der ein i.v.-Zugang angelegt ist, am Tag der Eizellentnahme, entsprechend der Gebührenordnungsposition 08541
- und/oder Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einer Punktion an Niere, Leber, Milz oder Pankreas

Fakultativer Leistungsinhalt

- Infusion(en)

01510 Dauer mehr als 2 Stunden“

cc) Der Leistungsinhalt des hier allein in Betracht kommenden zweiten Spiegelstrichs der GOP 01510 EBM ist entgegen der Auffassung der Beklagten erfüllt. Unstreitig erhielten die Patienten der Klägerin in der Arztpraxis der Klägerin eine „parenterale intravasale Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern“, wobei die Infusion hierbei fakultativer Inhalt der Leistungslegende ist. Zwischen den Beteiligten ist auch nicht streitig, dass die Patienten in der Praxis der Klägerin beobachtet und betreut wurden. Im Streit ist lediglich die Dauer der Beobachtung und Betreuung. Aus dem insoweit zunächst alleine maßgeblichen Wortlaut der GOP ergibt sich nicht - wie von der Beklagten behauptet -, dass insoweit nur die Zeit von Belang ist, in der eine Infusion verabreicht wird. Dafür spricht bereits die Überschrift der GOP 01510 EBM, wonach „Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung“ vergütet werden sollen. Im Übrigen ist die Infusion selbst nur fakultativer Leistungsinhalt der GOP 01510 EBM. Finden tatsächlich keine Infusionen statt, kann - zwar nicht bei dem hier vorliegenden zweiten Spiegelstrich der GOP 01510 EBM, aber beim dritten, vierten und fünften Spiegelstrich - bei Erfüllung der sonstigen Voraussetzungen der Leistungslegende dem Wortlaut der GOP entsprechend damit eine Vergütung nach GOP 01510 EBM erfolgen. Betreuung und Beobachtung verlangen nach dem Wortlaut der Vorschrift auch nicht, dass sich der Arzt in ausreichendem Maße am Anfang, zwischenzeitlich und am Schluss selbst von dem Zustand des Patienten überzeugt; vielmehr kann in den übrigen Zeiten eine Betreuung und Beobachtung durch eine entsprechend qualifizierte Hilfskraft sichergestellt werden, wenn sich der Arzt selbst während der Zeit in

unmittelbarer Rufnähe befindet.

Einzig das Wort „unter“ lässt einen Auslegungsspielraum zu. Da jedoch der dritte Spiegelstrich der GOP 01510 EBM hiervon abweichend von „während“ spricht, ist nicht davon auszugehen, dass eine Infusion während der gesamten Zeit der Beobachtung und Betreuung verabreicht werden muss. Es ist vielmehr ausreichend, dass Patienten eine parenterale intravasale Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern erhalten und in diesem Zusammenhang mehr als zwei Stunden beobachtet und betreut werden (vgl. Senatsurteil vom 28.04.2021 - [L 5 KA 1986/18](#) -, in juris Rn. 41). Hieraus folgt, dass es sich bei der GOP 01510 EBM nicht um eine Infusionsziffer, sondern vielmehr um eine Betreuungsziffer handelt. Dies ergibt sich bereits aus der Leistungslegende selbst (vgl. hierzu auch LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 22.11.2013 - [L 24 KA 31/12](#) -, in juris Rn. 48) und auch daraus, dass mit der GOP 01510 EBM der mit der Betreuung verbundene Mehraufwand vergütet werden soll (vgl. BSG, Urteil vom 17.02.2016 - [B 6 KA 3/15 R](#) -, in juris Rn. 42; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.08.2015 - [L 11 KA 62/12](#) -, in juris Rn. 43).

Die Beobachtung und Betreuung dauerte bei den von der Beklagten überprüften 15 Patienten auch jeweils über zwei Stunden. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus den vorgelegten Überwachungsprotokollen der Klägerin in Zusammenschau mit den Darlegungen der Klägerin selbst. Ausweislich der vorgelegten Protokolle begann die „Zeiterfassung“ erst nach Ausschluss von Kontraindikationen. Davor fand jedoch bereits denklogisch jeweils ein Arzt-Patienten-Gespräch darüber, ob Kontraindikationen vorliegen, statt. Ferner erfolgte das Legen eines venösen Zugangs und die Bereitstellung der Infusionslösung nebst Öffnung des Transportbehältnisses und deren gesonderte Zubereitung unmittelbar vor der Anwendung durch qualifizierte Kräfte. Diese Maßnahmen sind zwingend für die Infusion und stehen ebenso wie die Nachbetreuungszeit im unmittelbaren Zusammenhang mit der Applikation (vgl. BSG, Urteil vom 17.02.2016 - [B 6 KA 3/15 R](#) -, in juris Rn. 42), die neben GOP 01510 EBM nicht gesondert abrechnungsfähig ist (s. für die Infusion GOP 02100 EBM). Die Beklagte hat dies im Lauf des Verfahrens auch grundsätzlich bereits anerkannt, in dem sie im Rahmen des Teilabhilfebescheids vom 03.12.2015 eine Vorlaufzeit von pauschal 10 Minuten vor der reinen Infusionslaufzeit berücksichtigt hat. Diese pauschale Berücksichtigung von 10 Minuten Vorbereitungszeit findet im Wortlaut der GOP jedoch keine Stütze.

Die notwendigen Schritte vor dem in den Überwachungsprotokollen dokumentierten Ausschluss der Kontraindikation bedingen nach den nachvollziehbaren und überzeugenden - von der Beklagten nicht bestrittenen - Darlegungen der Klägerin in den streitgegenständlichen Fällen eine über die in den Protokollen festgehaltene Betreuungszeit; dies gilt auch für den Zeitraum nach dem Ende der in den Protokollen dokumentierten Nachuntersuchung zur Freigabe des Patienten zur Entlassung aus der praxisklinischen Betreuung durch den Arzt. Damit steht für den Senat fest, dass die Zeitgrenze von 121 Minuten in allen hier geprüften Fällen überschritten ist.

Durch die Zeitangaben in den Überwachungsprotokollen wird dies nicht widerlegt. Bei den Überwachungsprotokollen handelt es sich um von der Klägerin selbst konzipierte Unterlagen, die der Dokumentation wesentlicher medizinischer Sachverhalte dienen, und nicht der Dokumentation der Dauer der Beobachtung und Betreuung. Insoweit sieht die GOP 01510 EBM auch keine detaillierte Dokumentation vor.

Im Ergebnis hätte eine Kürzung des Honorars im Wege der Plausibilitätsprüfung nicht vorgenommen werden dürfen.

Damit erübrigen sich Ausführungen zur Frage des Wegfalls der Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung sowie des Schätzungsermessens. Denn darauf kommt nicht mehr an.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung.
4. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#).
5. Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-02-04