

L 24 KA 32/12

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)

Aktenzeichen
S 1 KA 22/09
Datum
22.02.2012

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 32/12

Datum
22.11.2013

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Zur Auslegung der EBM-Nr. 01510, 01511 und 01512.

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten der Sache nach um die Abrechnung von Transfusionen.

Die Klägerin ist im Bereich der Beklagten als Fachärztin für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und Internistische Onkologie zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betreut unter anderem Patienten, die sich im Endstadium einer Tumorerkrankung oder einer malignen Hämoblastose befinden. Diese Patienten erhalten Transfusionen.

Die Klägerin rechnete diese im streitgegenständlichen Zeitraum der Quartale 2008/II und 2008/III nach den Gebührennummern (Nr.) 01510 bis 01512 sowie zusätzlich Nr. 02110 und 02111 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes in der im Jahr 2008 geltenden Fassung (nachfolgend nur: "EBM") ab.

Die Beklagte nahm im Honorarbescheid vom 23. Oktober 2008 für das Quartal 2008/II eine sachlich-rechnerische Richtigstellung unter anderem der Nr. 01511 (viermal), 02110 (65-mal) und der Nr. 02111 (72-mal) vor.

Die Klägerin erhob gegen diesen Bescheid Widerspruch. Die Transfusionstherapie bedürfe eines hohen Aufwandes. Es sei eine mindestens vierstündige praxisklinische Betreuung notwendig. Nach wissenschaftlichen Vorgaben sei eine Transfusion unter vier Stunden gar nicht möglich. Darüber hinaus sei noch eine Nachbeobachtung notwendig. Die Gabe von zwei Erythrozytenkonzentraten entspreche den Nr. 02110, 02111 und der Nr. 01511 des EBM. Nach dem Wortlaut des EBM schlossen die Nr. 02110 und 02111 die Betreuungsziffern Nr. 01510 bis 01512 nicht aus. Der Inhalt der Nr. 02110 und 02111 sei kein Leistungsbestandteil der Nr. 01510 bis 01512, da neben dem betreuenden Aufwand auch ein hoher ärztlicher Einsatz erfolge. Die Voraussetzungen der Nr. 01511 seien erfüllt, da nach dem Wortlaut "unter intravasaler Therapie" eine Betreuung und Beobachtung erfolge.

Die Beklagte strich weiter im Honorarbescheid vom 22. Januar 2009 für das Quartal 2008/III im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung einmal die Nr. 01510, 84-mal die Nr. 01511 und dreimal die Nr. 01512 EBM.

Sie wies mit Widerspruchsbescheid vom 02. Februar 2009 den Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 23. Oktober 2008 zurück. Bei den Transfusionen der Nr. 02110 und 02111 handele es sich nicht um eine parenterale intravasale Behandlung im Sinne der Nr. 01510 bis 01512 EBM. Bei Transfusionen seien deshalb nur die Nummern 02110 und 02111 EBM abrechenbar. Die Behandlungsdauer sei dabei nicht relevant. Sie habe fehlerhaft im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung anstelle der Nr. 01510 ff. EBM die Nr. 02110 und 02111 EBM gestrichen. Sie sehe jedoch von einer Korrektur ab, da ansonsten eine Minderung des Honorars einträte.

Hiergegen richtet sich die am 10. Februar 2009 beim Sozialgericht Potsdam (SG) erhobene Klage. Die Rechtsauffassung der Beklagten widerspräche dem Wortlaut des EBM. "Unter" bedeute nicht "zusätzlich", sondern anlässlich. Die Transfusionen erfüllten als solche die Tatbestandsmerkmale der Nr. 01510 ff. EBM. Zu berücksichtigen sei für die Abrechnung allein die Zeitkomponente. Diese Gebührennummern seien ergänzend zu den Transfusionskennziffern abzurechnen. Bei den Gebührennummern 01510 ff. EBM handele es sich um eine Zusatzpauschale für die notwendige Beobachtung und Betreuung beispielsweise bei Transfusionen. Bluttransfusionen seien

bereits selbst eine parenterale intravasale Behandlung. Bei chemotherapeutisch behandelten Patienten unterstütze die Transfusion die Chemotherapie. Bei hämatologischen Patienten sei die Transfusion selbst die intravasale Therapie. Die Zeitvorgabe der Beklagten von 45 bis 60 Minuten sei nicht einzuhandeln, da es sich bei den Patienten um schwerkranke multimorbide Versicherte handle. Diese erschienen oft in einem schlechten Allgemeinzustand, sodass längere Vorbereitungszeiten notwendig seien.

Den Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 22. Januar 2009 hat die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 02. Juli 2010 als unbegründet zurückgewiesen. Auch hiergegen hat die Klägerin vor dem SG Klage erhoben (Aktenzeichen: S 1 KA 54/10).

Mit Beschluss vom 29. Februar 2012 hat das SG die Verfahren [S 1 KA 22/09](#) und S 1 KA 54/10 verbunden.

Es hat mit Urteil vom selben Tag die Beklagte unter Änderung der Honorarbescheide jeweils in der Fassung der Widerspruchsbescheide verurteilt, der Klägerin für das Quartal 2008/II die Nr. 01511 EBM viermal, die Nr. 02110 65-mal und die Nr. 02111 73-mal nach zu vergüten sowie für das Quartal 2008/III die Nr. 01510 einmal, die Nr. 01511 84-mal und die Gebührennummer 01512 dreimal nach zu vergüten. Zur Begründung hat es ausgeführt, die fachkundig besetzte Kammer gehe davon aus, dass die hier betroffenen Fälle zurecht sowohl nach den Nr. 02110 f. als auch den Nr. 05110 ff. EBM erfolgt seien. Im EBM sei kein gegenseitiger Ausschluss vermerkt, sodass die Ziffern grundsätzlich nebeneinander abrechenbar seien. Die Parallelabrechnung widerspreche entgegen der Auffassung der Beklagten auch nicht den allgemeinen Bestimmungen des EBM. Nach der Nr. 2.1 EBM sei eine Leistung oder ein Leistungskomplex nur berechnungsfähig, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden sei. Die Vollständigkeit der Leistungserbringung in einem Leistungskomplex sei gegeben, wenn die obligaten Leistungsinhalte erbracht worden und die in den Präambeln, Leistungslegenden und Anmerkungen aufgeführten Dokumentationspflichten erfüllt, sowie die erbrachten fakultativen Leistungen dokumentiert seien. Die in der Überschrift zu einer Leistung oder einem Leistungskomplex aufgeführten Leistungsinhalte seien immer Bestandteil der obligaten Leistungsinhalte zu der jeweiligen Leistung oder des jeweiligen Leistungskomplexes. Nach Nr. 2.1.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM sei eine Leistung dagegen nicht berechnungsfähig, wenn sie Teilleistung einer anderen berechnungsfähigen Leistung oder eines Leistungskomplexes sei. Hier sei der jeweilige Leistungsinhalt der Nr. 01210 f. EBM und auch der Nr. 05110 ff. vollständig erbracht worden. Die Nr. 01510 ff. EBM seien keine Leistungen der Nr. 02110 f. EBM. Die Klägerin habe jeweils Transfusionen im Sinne der Nr. 02110 und 02111 EBM durchgeführt. Der Überbegriff Bluttransfusion bezeichnet die intravenöse Infusion von Erythrozytenkonzentraten oder von Blut. Infusion sei die kontinuierliche, meist parenterale Verabreichung von Flüssigkeiten, die in aller Regel intravenös verabreicht würden (Bezugnahme jeweils auf wikipedia). Die Transfusion sei somit die Verabreichung von Blutbestandteilen mittels einer Infusion. Die Ziffern 02110 und 02111 EBM regelten speziell die Transfusionen, das heißt von Blut- und Blutkonzentrationsübertragungen, ohne einzelne Besonderheiten aufzuzeigen. Als Zeitaufwand für den Arzt veranschlage die Nr. 02110 EBM acht Minuten und die Nr. 02111 EBM fünf Minuten. Daneben werde ein Zeitaufwand des Personals mit 45 bzw. 15 Minuten zugrunde gelegt. Die Nr. 01510 ff. EBM beinhalteten Zusatzpauschalen für die Beobachtung und Betreuung von im einzelnen aufgeführten Patienten/Kranken nach der jeweiligen Zeitdauer. Hier sei alleine der erste Leistungsinhalt der Nummern 01510 ff. streitig, also die 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 Kathetersystems, konkret ob zu der Transfusion nach den Nr. 01210 f. eine weitere parenterale intravasale Behandlung mittels Kathetersystem hinzutreten müsse, um zusätzlich die Nr. 01510 ff. EBM abrechnen zu können. Dabei sei zwischen den Beteiligten außer Streit, dass es sich bei den Patienten um solche mit konsumierenden Erkrankungen handle. Anders als die Beklagte sei die fachkundig besetzte Kammer der Auffassung, dass es sich bei den Transfusionen nach den Nr. 02110 f. EBM bereits um die parenterale intravasale Behandlung im Sinne der Nr. 01510 ff. EBM handle. Eine weitere parenterale intravasale Behandlung sei nicht notwendig. Parenteral bedeute wörtlich "am Darm vorbei" und bezeichnet den Weg, auf dem Stoffe oder Krankheitserreger unter Umgehung des Darmtraktes in den Körper gelangten. Der Begriff intravaskulär oder auch intravasal bedeute zum einen "in einem Blut- oder Lymphgefäß befindlich", zum anderen die Abreichung von Substanzen in ein Blut- oder Lymphgefäß (Bezugnahme auf jeweils wikipedia). Diese Voraussetzungen seien bei jeder Infusion erfüllt, besonders auch bei der besonderen Form der Infusion durch die Transfusion. Die Transfusionen, die die Klägerin hier durchgeführt habe, seien auch mittels eines Kathetersystems durchgeführt worden. Ein Katheter sei ein starres oder flexibles Instrument mit einem oder mehreren Lumina, das zu diagnostischen oder therapeutischen Zwecken in Hohlorgane oder Körperhöhlen eingebracht werden könne. Bluttransfusionen würden im Allgemeinen über periphere Venenkatheter appliziert. Das Wort "unter" in den Nr. 01510 ff. EBM sei so zu verstehen, dass soweit ein Versicherter mit einer konsumierenden Erkrankung eine parenterale intravasale Behandlung erhalte, entsprechend den Zeitvorgaben bereits für die Beobachtung und Betreuung des Versicherten die Zusatzpauschalen der Nr. 01510 ff. abgerechnet werden dürften. Diese Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung dienten der Deckung des tatsächlichen zeitlichen Aufwandes.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten, zu deren Begründung sie ihr Vorbringen wiederholt und vertieft. Die Leistungslegende der Nr. 01510 ff. EBM enthalte nicht nur einen obligatorischen, sondern auch einen fakultativen Leistungsbestandteil "Infusion(en)". Die Abrechnung einer weiteren Ziffer für ein und dieselbe Infusion (Transfusion) sei ausgeschlossen. Dies ergebe sich auch aus den allgemeinen Bestimmungen des EBM. Die "parenterale intravasale Behandlung mittels Kathetersystem" sei also nicht bloßes tatbestandliches Merkmal zur Legitimation der Abrechnung der Gebührenposition, welche auch mit anderen Gebührenpositionen erbracht werden könnten, sondern Leistungsinhalt. Soweit die Klägerin mit dem Begriff "Zusatzpauschale" argumentiere, erkenne sie die Systematik des EBM. Der EBM verwende den Begriff "Zusatzpauschalen" an verschiedenen Stellen. Beispielsweise seien die Nr. 13502, 13545 und 13550 EBM ebenfalls als "Zusatzpauschalen" bezeichnet, ohne dass diese an einen nicht vergüteten Grundtatbestand anknüpfen. Vielmehr bewerteten diese Zusatzpauschalen einen separaten Leistungsinhalt. Nach dem Wortlaut verdeutliche das Wort "unter" den unmittelbaren Zusammenhang zwischen der Betreuungs- und der Behandlungsleistung. Die Regelungssystematik des EBM unterscheide aber bereits in der Überschrift des Kapitels 2.1 zwischen Infusionen, Transfusionen und Reinfusion. Transfusionen stellten einen medizinisch eigenständigen Terminus dar. Transfusionen unterlägen eigenen gesetzlichen Regelungen wie dem Transfusionsgesetz, den Leitlinien zur Therapie mit Blutkomponenten und den Hämotherapie-Richtlinien. Dort fänden sich keine Begrifflichkeiten wie parenterale intravasale Behandlung, denn die therapeutische Übertragung von Blut, Blutbestandteilen oder speziellen Blutpräparationen werde fachlich der Hämotherapie und nicht der parenteralen intravasalen Therapie zugeordnet. Die Transfusion sei Bestandteil der Hämotherapie und fachlich abzugrenzen von der parenteralen intravasalen Behandlung. Indikationen einer Transfusion seien immer akute Blutverluste oder chronische Blutkrankheiten im Sinne von Blutbildungsstörungen, jedoch nicht Tumorerkrankungen. Regelhaft sei bei jeder Transfusion die ärztliche Überwachung zu Beginn sowie die an das medizinische Hilfspersonal delegierbare Überwachung im weiteren Verlauf. Sie sei unabhängig davon, um welches Patientengut es sich handle. Der von der Klägerin benannte erheblich höhere Betreuungsaufwand für Patienten mit konsumierenden Erkrankungen sei konsequenterweise generell nicht extra abrechenbar. Allerdings könne ein Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Hämatologie und

Internistische Onkologie für jeden seiner Patienten die Grundpauschale im Quartal abrechnen, die höher berechnet sei als die Grundpauschale der Fachärzte für Innere Medizin mit anderen Schwerpunkten, zum Beispiel der Nephrologie und Dialyse, Rheumatologie oder Kardiologie, die gegebenenfalls ebenfalls Transfusionsleistungen erbrächten. Auch die parenterale intravasale Behandlung bei Patienten mit konsumierenden Erkrankungen durch Verabreichung von Kohlenhydraten, Proteinen, Fett, Vitaminen und Spurenelementen als künstliche Form der Nährstoffzufuhr über mehrere Stunden sei mit den Nr. 01510 ff. EBM abrechenbar. In der Nr. 02101 EBM fehle diese Behandlung. Entsprechendes gelte für die intravenöse Infusionstherapie von Zytostatika und/oder monoklonale Antikörper über mehr als zwei Stunden. Folgte man der Auffassung des SG und definierte Transfusionen als eine Form der Infusion, müsste der Systematik des EBM folgend diese als Abrechnungsausschluss neben Nummer 01510 ff. im EBM vermerkt sein. Sonst erklärte sich der Abrechnungsausschluss der Nummern 01510 ff. EBM neben den Infusionen nach den Nr. 02100 und 02101 EBM bzw. der Wortlaut Infusionen nicht.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 29. Februar 2012 aufzuheben und die Klagen abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend und führt ergänzend aus, auch die von der Beklagten angeführte Kommentierung zu den Nr. 01510 ff. EBM stelle klar, dass gegebenenfalls erforderliche Infusion als fakultativer Leistungsbestandteil nicht extra vergütungsfähig seien. Soweit zum Beispiel während der Transfusion auch eine Ko-Medikamentation erfolge, dürfe diese nicht extra berechnet werden. Würde sich die Beklagte mit ihrer Auffassung durchsetzen, könnte im ambulanten Bereich die Betreuung von Patienten im Finalstadium einer Tumorerkrankung oder bei einer malignen Hämoblastose nicht kostendeckend erbracht werden. Nicht zuletzt wegen des erheblichen Aufwandes einer Transfusion erhielten in Berlin niedergelassene Onkologen zusätzlich zu den Nummern 02110 f. und Nummer 01510 ff. sogar noch eine Zusatzpauschale für die Behandlung von Versicherten der AOK Nordost.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat keinen Erfolg. Das SG hat die Beklagte zu Recht zur Nachvergütung verurteilt. Die angefochtenen Honorarbescheide verletzen die Klägerin insoweit in ihrem Recht auf Vergütung, weil ihre jeweilige Abrechnung dem EBM entsprach.

Die fraglichen Gebührenordnungspositionen haben den folgenden Wortlaut:

1.5 Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge 1. Haben an der Erbringung von Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts abrechnende Vertragsarzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Gebührenordnungspositionen abrechnet. 2. Die Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 1.5 sind bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung nicht berechnungsfähig.

Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung Obligator 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 - () und/oder - () Fakultativer Leistungsinhalt - Infusion(en) 01510 Dauer mehr als 2 Stunden 1420 Punkte 01511 Dauer mehr als 4 Stunden 2700 Punkte 01512 Dauer mehr als 6 Stunden 3970 Punkte

Für die Behandlung mit monoklonalen Antikörpern ist nur die Gebührenordnungsposition 01510; in begründeten Ausnahmefällen unter Angabe des Präparates und der Infusionsdauer die Gebührenordnungsposition 01511 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01510 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01511, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 30708, 32247, 34502 und 34503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01511 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01510, 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 30708, 32247, 34502 und 34503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 5 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 01512 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01510, 01511, 01520, 01521, 01530, 01531, 01857, 01910, 01911, 02100, 02101, 04564 bis 04566, 04572, 04573, 13610 bis 13612, 13620, 13621, 30708, 32247, 34502 und 34503 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 31.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen des Kapitels

2.1 Infusionen, Transfusionen, Reinfusionen, Programmierung von Medikamentenpumpen 02100 Infusion Obligator Leistungsinhalt - Infusion - intravenös und/oder - in das Knochenmark und/oder - mittels Portsystem und/oder - intraarteriell - Dauer mindestens 10 Minuten 160 Punkte Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z.B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach der Gebührenordnungsposition 02100 und/oder der Gebührenordnungsposition 02101 und/oder der Gebührenordnungsposition 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 02100 und/oder 02101 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02100 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01510 bis 01512, 01520, 01521, 01530, 01531, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 13310, 13311, 30708, 30710, 31501 bis 31507, 31820 bis 31828, 31830, 31831, 36501 bis 36507, 36820 bis 36828, 36830, 36831 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 5 und 34 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02100 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31800, 31801, 36800 und 36801 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02100 ist im Behandlungsfall nicht neben den

Gebührenordnungspositionen 04410, 13545, 13550, 26330 und 34291 berechnungsfähig.

02101 Infusionstherapie Obligator Leistungsinhalt - Intravasale Infusionstherapie mit Zytostatika, Virustatika, Antimykotika und/oder Antibiotika bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (fortgeschrittenes Malignom, HIV-Erkrankung im Stadium AIDS) und/oder - Intraperitoneale bzw. intrapleurale Infusionstherapie bei einem Kranken mit konsumierender Erkrankung (z. B. fortgeschrittenes Malignom), und/oder - Intravasale Infusionstherapie mit monoklonalen Antikörperpräparaten, - Dauer mind. 60 Minuten 445 Punkte Erfolgt über denselben liegenden Zugang (z. B. Kanüle, Katheter) mehr als eine Infusion nach der Gebührenordnungsposition 02100, der Gebührenordnungsposition 02101 und/oder der Gebührenordnungsposition 30710, so sind die Gebührenordnungspositionen 02100, 02101 und/oder 30710 je Behandlungstag nur einmal berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02101 ist nicht neben den Gebührenordnungspositionen 01220 bis 01222, 01856, 01857, 01910, 01911, 01913, 02120, 02330, 02331, 06331, 06332, 13310, 13311, 30708, 30712, 30720 bis 30724, 30730, 30731, 30740, 30750, 30751, 30760 und 36882 und nicht neben den Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 1.5, 31.5.3 und 36.5.3 sowie den Gebührenordnungspositionen der Kapitel 5 und 34 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02101 ist am Behandlungstag nicht neben den Gebührenordnungspositionen 31800, 31801, 36800 und 36801 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02101 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenordnungspositionen 13545, 13550, 26330 und 34291 berechnungsfähig.

02110 Erste Transfusion Obligator Leistungsinhalt - Transfusion der ersten Blutkonserve und/oder - Transfusion der ersten Blutpräparation und/oder - Transfusion von Frischblut Fakultativer Leistungsinhalt - ABO-Identitätstest (Bedside-Test) 600 Punkte Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02110 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02110 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02111 Jede weitere Transfusion im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110 Obligator Leistungsinhalt - Weitere Transfusion im Anschluss an die Gebührenordnungsposition 02110, Fakultativer Leistungsinhalt - ABO-Identitätstest (Bedside-Test), je Konserve bzw. Blutpräparation (auch Frischblut) 240 Punkte Die Gabe von Humanalbumin ist nicht nach der Gebührenordnungsposition 02111 berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition 02111 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

02112 Reinfusion Obligator Leistungsinhalt - Mindestens 200 ml Eigenblut oder Eigenplasma, - ABO-Identitätstest (Bedside-Test) 190 Punkte Die Gebührenordnungsposition 02112 ist im Behandlungsfall nicht neben der Gebührenordnungsposition 34291 berechnungsfähig.

Für die Auslegung der vertragsärztlichen Gebührenordnung des EBM kommt es in erster Linie auf den Wortlaut der Regelungen an (ständige Rechtsprechung des 6. Senats des BSG, zuletzt Beschluss vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 31/12 B](#) – RdNr. 4 mit weiteren Nachweisen).

Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der im inneren Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbeständen besteht nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf. Auch eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen in Betracht. Die medizinische Beurteilung tritt hingegen gegenüber den alleine maßgeblichen juristischen Auslegungsmethoden in den Hintergrund (BSG a. a. O.).

Zur danach gebotenen Auslegung des EBM verweist der Senat zur Vermeidung bloßer Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf die zutreffenden Ausführungen des SG im angegriffenen Urteil.

Ergänzend ist nur anzumerken:

Der Wortlaut der Nr. 01510 ff. EBM spricht von "Zusatzpauschalen für Beobachtung und Betreuung", also zusätzlichen Abrechnungsmöglichkeiten. Auch der Wortlaut der Präposition "unter" spricht nicht für eine zu erbringende ärztliche Leistung, sondern setzt einen Zustand des Patienten voraus, auch wenn "parenterale invasive Behandlung" isoliert betrachtet auch als Leistung formuliert sein könnte.

Selbst wenn jedoch mit der Beklagten der Wortlaut der reinen Begrifflichkeiten "Infusion", "Transfusion" bzw. "unter parenterale intravasale Behandlung" für zweifelhaft erachtet würde, ergibt sich aus der EBM-Systematik selbst eine Lösung für die Frage, welche Gebührennummern nebeneinander abgerechnet werden können und welche nicht. Auch Nummer 2.1.3 EBM (inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen) stützt die Position der Beklagten deshalb nicht. Dort heißt es zwar, für die Nebeneinanderberechnung von Gebührenordnungspositionen gelte, dass inhaltsgleiche Gebührenordnungspositionen nicht nebeneinander berechnungsfähig seien. Sämtliche Abrechnungsbestimmungen und Ausschlüsse sind "aber" entsprechend zu berücksichtigen (Abs. 1):

Der EBM enthält hier detaillierte Regeln, welche Gebührenordnungspositionen zusätzlich und welche nicht abgerechnet werden dürfen. Für die Nr. 01510 bis 01512 ist jeweils ausdrücklich bestimmt, dass im Einzelnen aufgezählte Gebührenordnungspositionen neben diesen nicht berechnungsfähig sind. Die Aufzählungen enthalten zwar die Nr. 02100 EBM (Infusion) und Nr. 02101 (Infusionstherapie), jedoch gerade nicht die Nr. 02110 (erste Transfusion) bzw. Nr. 02111 EBM (jede weitere Transfusion) und die Nr. 02112 EBM (Reinfusion).

Die Beklagte kann sich deshalb auch nicht darauf berufen, dass der EBM an anderer Stelle Zusatzpauschalen entgegen dem Wortlaut nicht als solche versteht. Ohne Belang ist auch das systematische Argument, dass in den Nr. 01510ff Infusionen als fakultative Leistung ausgeführt wird. Lediglich eine zusätzliche Infusion ist damit ohne Anrechnung mit zu leisten.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Dieses Urteil kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form beim

Bundessozialgericht Postfach 41 02 20 34114 Kassel

Graf-Bernadotte-Platz 5 34119 Kassel,

einulegen. Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist bei dem Bundessozialgericht eingegangen sein.

Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewährt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht (ERVVOBSG) vom 18. Dezember 2006 ([BGBl I 3219](#)) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist. Die hierfür erforderliche Software kann über das Internetportal des Elektronischen Gerichts- und Verwaltungspostfachs (www.egvp.de/) unter "Downloads" lizenzfrei heruntergeladen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen: 1. Rechtsanwälte, 2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, der die Befähigung zum Richteramt besitzt, 3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder, 4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder, 5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder, 6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder, 7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss • die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder • die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts von der das Urteil abweicht, oder • ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 I Satz 1 Sozialgerichtsgesetz nicht und eine Verletzung des § 103 Sozialgerichtsgesetz nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Beteiligte kann die Prozesskostenhilfe selbst beantragen. Der Antrag ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich oder in elektronischer Form einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse sowie entsprechende Belege beizufügen. Hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten oder durch den Schreibwarenhandel bezogen werden. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) unter "Das Gericht" - "Zugang zur Revisionsinstanz" - "Prozesskostenhilfe" heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Wird Prozesskostenhilfe bereits für die Einlegung der Beschwerde begehrt, so müssen der Antrag und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - gegebenenfalls nebst entsprechenden Belegen - bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein. Soll der Vordruck beim Bundessozialgericht in elektronischer Form eingereicht werden, ist ein Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen und mittels Einscannen in eine Datei umzuwandeln, die qualifiziert signiert ist und nach Maßgabe der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr beim Bundessozialgericht (s.o.) in den elektronischen Gerichtsbriefkasten zu übermitteln ist.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Anwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizunehmende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Weinert Dr. Schneider Pfistner

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2014-01-28