

---

## S 43 KA 433/16

### Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	-
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Vertragsärztliche Versorgung – Abrechenbarkeit von Zuschlägen für Simultaneingriffe mit Haupteingriff der Kategorie 7 nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (juris: EBM-Ä 2008) – Erforderlichkeit einer Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten auch bei einem zusätzlichen Simultaneingriff
Leitsätze	Die Abrechnung von Zuschlägen für ambulante Operationen setzt bei einem Haupteingriff der Kategorie 7 auch dann die Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten voraus, wenn zusätzlich ein Simultaneingriff durchgeführt wird.
Normenkette	EBM-Ä Anh 2 Abschn 2.1 Nr 3 J: 2008; EBM-Ä Anh 2 Abschn 2.1 Nr 4 J: 2008; EBM-Ä Anh 2 Abschn 2.1 Nr 15 J: 2008; EBM-Ä Nr 31147 J: 2008; EBM-Ä Nr 31148 J: 2008; EBM-Ä Nr 31828 J: 2008; SGB V <a href="#">§ 87 Abs 1</a> ; SGB V <a href="#">§ 106a Abs 2</a> F: 2003-11-14; SGB V <a href="#">§ 106d Abs 2</a>

#### 1. Instanz

Aktenzeichen	S 43 KA 433/16
Datum	18.12.2018

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 12 KA 11/19
Datum	21.04.2021

#### 3. Instanz

Datum	26.01.2022
-------	------------

---

Â

Die Revision der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Bayerischen Landessozialgerichts vom 21.Â AprilÂ 2021 wird zurÃ¼ckgewiesen.

Die KlÃ¤gerin hat die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der auÃgerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu tragen.

Â

G r Ã¼ n d e :

I

Â

1

Im Streit steht die RechtmÃÃigkeit einer sachlichÂrechnerischen Richtigstellung von Leistungen iHv (noch) 4661,28Â Euro, die das von der KlÃ¤gerin betriebene Medizinische Versorgungszentrum (MVZ) bei Simultaneingriffen neben Haupteingriffen der Kategorie E7 (Endoskopische Eingriffe mit kalkulatorischer Schnitt-Naht-Zeit Ã¼ber 120Â Minuten) im Quartal 2/2013 erbracht hat.

Â

2

2015 informierte die beklagte KassenÃrztliche Vereinigung (KÃV) die KlÃ¤gerin, dass die beigeladene Krankenkasse einen Antrag auf Richtigstellung der Abrechnung ua der GebÃ¼hrenordnungspositionen (GOP) 31148 (*Zuschlag zu den GOP 31141 bis 31146 bei Simultaneingriffen sowie zu der GOP 31147*) und 31828 (*Zuschlag zu den GOP 31821 bis 31826 bei Simultaneingriffen sowie zu der GOP 31827 bei Fortsetzung einer AnÃsthesie und/oder Narkose*) des Einheitlichen BewertungsmaÃstabs fÃ¼r vertragsÃrztliche Leistungen (EBMÂ) gestellt habe. Zur weiteren PrÃ¼fung forderte sie ua Kopien der OP- und Narkoseprotokolle mit Angabe der tatsÃchlichen Gesamt-Schnitt-Naht-Zeiten an (*Schreiben vom 4.2.Â und 18.9.2015*).

Â

3

Nach Einreichung dieser Unterlagen berichtigte die Beklagte die Honorarabrechnung der KlÃ¤gerin in 22 BehandlungsfÃllen und einem Gesamtumfang von 5385,67Â Euro (*Bescheid vom 23.11.2015*). Die ZuschlÃ¤ge nach den GOP 31148 und 31828 EBMÂ kÃ¶nnen nach NrÂ 4 der PrÃambelÂ 2.1 zu AnhangÂ 2 EBMÂ fÃ¼r die Simultaneingriffe, die hier neben

---

einem Haupteingriff der Kategorie 7 durchgeführt worden seien, nur bei Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten für je weitere vollendete 15 Minuten berechnet werden. Diese zeitlichen Voraussetzungen seien in den betreffenden Fällen nicht erfüllt. Im hiergegen eingelegten Widerspruch erklärte die Klägerin, die Rückforderung sei in drei Behandlungsfällen in vollem Umfang sowie in sechs weiteren Behandlungsfällen hinsichtlich der Kürzung jeweils einmal der GOP 31148 bzw 31828 EBM berechtigt. Die übrigen Absetzungen seien jedoch zu Unrecht erfolgt. Entgegen der Auffassung der Beklagten finde für die vorliegende Konstellation nicht Nr 4, sondern Nr 15 iVm Nr 3 der Prämabel 2.1 zu Anhang 2 EBM Anwendung. Danach sei für die Berechnung der Zuschlagspositionen bei Simultaneingriffen neben einem Haupteingriff der Kategorie 7 die tatsächliche Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffs maßgeblich und nicht – wie die Beklagte meine – die über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehende Zeit. Die Beklagte wies den Widerspruch zurück (*Widerspruchsbescheid vom 27.4.2016*).

4

4

Das SG hat die Beklagte zur Nachvergütung der abgesetzten Leistungen verurteilt (*Urteil vom 18.12.2018*). In allen streitgegenständlichen Behandlungsfällen sei ein sogenannter Simultaneingriff neben einem Haupteingriff der Kategorie E7 erfolgt. Nach Nr 3 der Prämabel 2.1 zu Anhang 2 EBM könne bei Simultaneingriffen die durch das OP und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs zusätzlich durch die entsprechenden Zuschlagspositionen berechnet werden. Ergänzend sehe Nr 15 vor, dass maßgeblich für die Berechnung der Zuschlagspositionen nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffs, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit sei. Demnach falle auch ein Simultaneingriff, der – wie hier – neben einem Haupteingriff der Kategorie 7 ausgeführt werde, unter Nr 3 Satz 1 der Prämabel 2.1 zu Anhang 2 EBM. Die in Nr 4 dieser Prämabel getroffene Regelung beziehe sich allein auf Operationen der Kategorie 7, die als Einzeleingriff durchgeführt würden.

4

5

Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen (*Urteil vom 21.4.2021*). Die Voraussetzungen für die Abrechnung der Zuschläge nach den streitigen GOP des EBM seien nicht erfüllt. Denn maßgeblich sei die Überschreitung einer Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten. Entgegen der Auffassung des SG finde Nr 3 iVm Nr 15 der Prämabel 2.1 zu Anhang 2 EBM nur bei Simultaneingriffen, die im Zusammenhang mit Haupteingriffen der Kategorien 1 bis 6 erfolgten, Anwendung. Hierfür spreche der Wortlaut der einschlägigen

---

Vergleichsbestimmungen, welcher für die Auslegung der Vorschrift maßgeblich sei: Nr. 3 der Prambel 2.1 zu Anhang 2 EBM erlaube eine Berechnung von Simultaneingriffen neben dem jeweiligen Haupteingriff durch den Ansatz von Zuschlagspositionen und benenne dabei allein für die Kategorien 1 bis 6 deren kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeiten (15 bis 120 Minuten). Diese kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeiten dienen als Obergrenze, bis zu der die Zuschlags-GOP der Kapitel 31 und 36 EBM abgerechnet werden dürfen. Als Höchstzeit gelte dabei die Summe der kalkulierten Zeiten der Simultaneingriffe. Für Eingriffe der Kategorie 7 (kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit über 120 Minuten) gebe es demgegenüber keine begrenzte kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit. Somit könne sich Nr. 15 der Prambel 2.1 zu Anhang 2 EBM, nach der bei Simultaneingriffen die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit maßgeblich sei, auch nur auf die einer begrenzten kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit unterliegenden Haupteingriffe der Kategorien 1 bis 6 beziehen. Dagegen treffe Nr. 4 der Prambel 2.1 zu Anhang 2 EBM iVm den jeweiligen Zuschlagsziffern des EBM die alleinige Abrechnungsregelung für Operationen der Kategorie 7. Danach könne erst eine über die Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten hinausgehende Zeit je weiteren vollendeten 15 Minuten abgerechnet werden. Hier habe in den richtiggestellten Fällen die jeweils dokumentierte Schnitt-Naht-Zeit die zeitliche Grenze von 120 Minuten nicht um mindestens 15 Minuten überschritten, sodass der Ansatz der Zuschlagsziffern nicht gerechtfertigt gewesen sei. Soweit abweichend davon in zwei Behandlungsfällen die dokumentierte Schnitt-Naht-Zeit die Grenze von 120 Minuten um 25 bzw. 20 Minuten überschritten habe, sei die Beklagte zutreffend davon ausgegangen, dass die Zuschlagsziffern jeweils nur einmal abgerechnet werden konnten.

Ä

6

Die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Berichtigung sei auch nicht durch Vertrauensschutzgesichtspunkte eingeschränkt. Soweit die Klägerin geltend mache, dass eine Mitarbeiterin der Beklagten im Rahmen einer Abrechnungsberatung mit E-Mail vom 13.7.2015 ihre Auffassung zur Auslegung der einschlägigen Regelungen in der Prambel 2.1 zu Anhang 2 EBM geteilt habe, begründe dies keinen Vertrauensschutz für das zu diesem Zeitpunkt bereits abgelaufene Quartal 2/2013. Etwas anderes folge auch nicht aus den Abrechnungshinweisen der Beklagten in den KVB Infos 12/2012 (*Mitteilungsblatt der Beklagten mit offiziellen Rundschreiben und Bekanntmachungen*). Hinweise zur Abrechnung von Simultaneingriffen im Zusammenhang mit Operationen der Kategorie 7 seien dort nicht erfolgt. Gleiches gelte für das Schreiben der Beklagten vom 16.7.2020. Zwar habe die Beklagte damit die Plausibilitätsprüfung für die Quartale 1/2016 bis 4/2016 bezogen auf die Prüfung der GOP 31828 bei gleichgelagertem Sachverhalt eingestellt. Damit sei aber kein Vertrauenstatbestand dahingehend geschaffen worden, dass auf eine sachlich-rechnerische Richtigstellung der GOP 31148 und 31828 EBM für alle vor dem Quartal

---

1/2017 liegende Quartale verzichtet werde.

Ä

7

Die Klägerin macht zur Begründung ihrer Revision geltend, das LSG sei fehlerhaft davon ausgegangen, dass Nr. 4 der Prambel 31.2. (gemeint offensichtlich Nr. 4 der Prambel 2.1 zum Anhang 2 EBM) hier Anwendung finde. Diese Regelung beziehe sich allein auf Operationen der Kategorie 7, die als Einzeleingriff und nicht wie hier als Simultaneingriff durchgeführt würden. Einschlägig sei in der vorliegenden Konstellation vielmehr Nr. 3 iVm Nr. 15 der Prambel. Nr. 3 fordere lediglich das Vorliegen eines Simultaneingriffs, sodass auch ein Simultaneingriff, der neben einem Haupteingriff der Kategorie 7 ausgeführt werde, unter diese Regelung falle. Dementsprechend sei für die Berechnung der Zuschlagspositionen der GOP 31148 und 31828 nach Nr. 15 der Prambel 2.1 zu Anhang 2 EBM allein die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffs maßgeblich.

Ä

8

Für die von ihr vertretene Auffassung spreche auch die teleologische Auslegung der Normen. Sinn und Zweck von Nr. 3 und Nr. 15 der Prambel 2.1 zu Anhang 2 EBM sei es, den besonderen Aufwand des Arztes bei der Durchführung eines Simultaneingriffs zu honorieren. Insoweit werde die Bemessung der Zuschläge unabhängig von der kalkulatorischen Dauer auf die tatsächliche Schnitt-Naht-Zeit des Haupteingriffs abgestellt. Einen sachlichen Grund von dieser Bewertung bei den besonders schwierigen und zeitlich sehr aufwendigen Haupteingriffen der Kategorie 7 abzuweichen, gebe es nicht.

Ä

9

Im Übrigen habe das LSG zu Unrecht Vertrauensschutzgründe verneint. Das Verhalten der Beklagten in den späteren Quartalen zeige vielmehr, dass sie die Klägerin auf die Richtigkeit der Abrechnung vertrauen durfte. Denn die Beklagte habe mit Schreiben vom 16.7.2020 eine Plausibilitätsprüfung für die Quartale 1/2016 bis 4/2016 bei gleichgelagertem Sachverhalt ohne Ausspruch einer Maßnahme beendet.

Ä

10

---

Die Klägerin beantragt,  
das Urteil des Bayerischen LSG vom 21.4.2021 aufzuheben und die Berufung der  
Beklagten gegen das Urteil des SG München vom 18.12.2018 zurückzuweisen.

Ä

11

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Ä

12

Zutreffend sei das LSG davon ausgegangen, dass die Abrechnungsvoraussetzungen der für Simultaneingriffe vorgesehenen Zuschläge hier nicht erfüllt seien. Bei Haupteingriffen der Kategorie 7 richte sich die Berechnung von Zuschlagspositionen allein nach Nr. 4 der Prambel 2.1 zu Anhang 2 EBM. Dies folge wie vom LSG zutreffend ausgeht aus dem Wortlaut und zudem auch aus der Systematik der einschlägigen Regelungen. Der Normgeber differenziere bereits in den GOP 31148 und 31828 EBM bei der konkreten Ansatzmöglichkeit von Zuschlägen eindeutig zwischen Simultaneingriffen mit Haupteingriff der Kategorien 1 bis 6 einerseits sowie zwischen Eingriffen der Kategorie 7 andererseits. Dieser Systematik folgend seien die Regelungen in der Prambel 2.1 zu Anhang 2 EBM aufgebaut. Dementsprechend sei bei Eingriffen der Kategorie 7 unabhängig davon, ob es sich um einen Einzel- oder einen Simultaneingriff handle für die Berechnung der Zuschläge allein die Regelung in Nr. 4 der Prambel maßgeblich. Damit könnten die entsprechenden Zuschläge erst ab Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten angesetzt und berechnet werden. Sie sei auch nicht durch den Grundsatz des Vertrauensschutzes bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung des fehlerhaften Honorarbescheids eingeschränkt.

Ä

13

Die beigeladene Krankenkasse schließt sich den Ausführungen der Beklagten an.

Ä

II

Ä

14

---

---

A. Die Revision ist zulässig. Die vom LSG zugelassene und von der Klägerin fristgerecht eingelegte und begründete Revision genügt den gesetzlichen Anforderungen.

Ä

15

Insbesondere entspricht die Revisionsbegründung den gesetzlichen Vorgaben des [§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#). Nach dieser Vorschrift muss die Begründung der Revision einen bestimmten Antrag enthalten, die verletzte Rechtsnorm und, soweit Verfahrensmängel gerügt werden, die Tatsachen bezeichnen, die den Mangel ergeben. Zwar enthalten weder die Revisionseinlegungsschrift noch die fristgerechte Revisionsbegründung einen förmlichen Antrag. Einen solchen Antrag hat die Klägerin erstmals mit Schriftsatz vom 13.12.2021 formuliert. Das Erfordernis des „bestimmten Antrags“ ist von [§ 164 Abs 2 Satz 3 SGG](#) setzt jedoch nicht notwendig einen förmlichen Antrag im Sinne einer spiegelbildlichen Formulierung des erstrebten Urteilstenors voraus. Vielmehr genügt es, wenn sich Umfang und Ziel der Revision aus der Einlegungsschrift und Begründungsschrift insgesamt hinreichend deutlich entnehmen lassen (*BSG Urteil vom 26.4.1977 – 8 RU 14/77 – SozR 1500 § 164 Nr 8 S 8; BSG Urteil vom 2.9.1977 – 12 RK 10/76 – SozR 1500 § 164 Nr 10 S 15; BSG Urteil vom 14.11.2013 – BA 2 U 27/12 R – SozR 4 – 2700 § 8 Nr 51 RdNr 9; BSG Urteil vom 27.1.2021 – BA 6 KA 27/19 R – SozR 4 – 2500 § 103 Nr 31 RdNr 15*). Die Ausführungen der Klägerin in der Revisionsbegründung, das Urteil des LSG sei „insoweit aufzuheben“, lassen hinreichend erkennen, welches Ziel sie mit der Revision verfolgt (*vgl auch BSG Urteil vom 7.7.1955 – 10 RV 160/54 – BSGE 1, 98*). Nach ihrem Vorbringen will sie erreichen, dass das Urteil des LSG aufgehoben und die Berufung der Beklagten gegen das der Klage stattgebende Urteil des SG zurückgewiesen wird. Dies genügt (noch) den Anforderungen.

Ä

16

B. Verfahrensrechtliche Hindernisse stehen einer Sachentscheidung des Senats nicht entgegen. Insbesondere war es nicht erforderlich, die an der Vereinbarung des EBM-Beteiligten beizuladen, da die inzidente Verwerfung einer für die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen verbindlichen Regelung des Bewertungsmaßstabs nicht unmittelbar in deren Rechtssphäre eingreift (*BSG Urteil vom 3.8.2016 – BA 6 KA 42/15 R – SozR 4 – 2500 § 87 Nr 33 RdNr 13 mwN; zur notwendigen Beiladung als von Amts wegen zu berücksichtigender Verfahrensmangel vgl Leitherer in Meyer/Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, § 161 RdNr 10b, § 163 RdNr 5b*). Zwar ist es im Regelfall sachgerecht, die am Zustandekommen des Bewertungsmaßstabs beteiligten Organisationen in einem Prozess, in dem die Gültigkeit des Bewertungsmaßstabs unmittelbar

---

entscheidungserheblich ist, beizuladen, weil hierdurch deren rechtliche Interessen berührt werden. Indessen handelt es sich dabei lediglich um eine sogenannte einfache Beiladung iS des [§ 75 Abs 1 Satz 1 SGG](#). Eine fehlende einfache Beiladung kann weder vom Revisionsgericht nachgeholt werden noch begründet dies einen sachentscheidungs hindernden Verfahrensmangel (*BSG Urteil vom 28.9.2005* [BÄ 6 KA 71/04 R](#) [SozR 4 2500 83 Nr 2](#), *RdNr 14*; *BSG Urteil vom 11.5.2011* [BÄ 6 KA 2/10 R](#) [SozR 4 2500 87 Nr 25](#) *RdNr 11 mwN*; *BSG Urteil vom 26.6.2019* [BÄ 6 KA 8/18 R](#) [SozR 4 2500 87 Nr 36](#) *RdNr 12*). Eine Beiladung des Bewertungsausschusses (BewA) anstelle der ihn tragenden Organisationen ist hingegen weder notwendig noch sachgerecht (*BSG Urteil vom 17.2.2016* [BÄ 6 KA 47/14 R](#) [SozR 4 2500 87 Nr 32](#) *RdNr 15 mwN*).

Ä

17

C. Die Revision der Klägerin ist jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das LSG auf Berufung der Beklagten das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Die Beklagte hat die Honorarabrechnung zutreffend um die streitigen Zuschläge nach den GOP 31148 und 31828 EBM berichtigt. Die Voraussetzungen für die Abrechnung der Zuschläge nach diesen GOP sind nicht erfüllt.

Ä

18

1. Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist [§ 106a Abs 2 SGB V](#) (hier noch idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) ; heute: [§ 106d Abs 2 SGB V](#)). Danach stellt die KVV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest. Die insofern durchgeführte Abrechnungsprüfung 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, insbesondere die Vorgaben des EBM erfüllen (vgl zuletzt *BSG Urteil vom 25.11.2020* [BÄ 6 KA 14/19 R](#) [SozR 4 2500 106a Nr 27](#) *RdNr 14 mwN*; *BSG Urteil vom 26.5.2021* [BÄ 6 KA 8/20 R](#) [juris RdNr 15](#), zur Veröffentlichung in *BSGE* und *SozR 4 2500 87 Nr 38* vorgesehen; *BSG Urteil vom 14.7.2021* [BÄ 6 KA 12/20 R](#) [SozR 4 2500 101 Nr 22](#)). Die Befugnis zu Richtigstellungen besteht auch für bereits erlassene Honorarbescheide (nachgehende Richtigstellung). Sie bedeutet dann im Umfang der vorgenommenen Korrekturen eine teilweise Rücknahme des Honorarbescheids. Die genannten Bestimmungen stellen Sonderregelungen dar, die gemäß [§ 37 Satz 1 SGB I](#) in ihrem Anwendungsbereich die Regelung des [§ 45 SGB X](#) verdrängen. Eine nach den Bestimmungen zur

---

sachlich-rechnerischen Richtigstellung rechtmäßig (Teil)Rücknahme des Honorarbescheids mit Wirkung für die Vergangenheit ist nach [Â§ 50 Abs 1 Satz 1 SGB X](#) eine entsprechende Rückzahlungsverpflichtung des Empfängers der Leistung aus (stRspr; BSG Urteil vom 14.12.2005 [B 6 KA 17/05 R](#) [BSGE 96, 1](#) = [SozR 4 2500 Â§ 85 Nr 22](#); BSG Urteil vom 28.8.2013 [B 6 KA 43/12 R](#) [BSGE 114, 170](#) = [SozR 4 2500 Â§ 106a Nr 11](#) [jeweils mwN](#)).

Â

19

2. Die auf der Grundlage von [Â§ 106a Abs 2 SGB V](#) aF vorgenommene sachlich-rechnerische Richtigstellung, gegen die sich die Klägerin wendet, ist rechtmäßig. Nach dem maßgeblichen Wortlaut (*dazu a*) ist für die Abrechnung der Zuschlagsregelungen für Simultaneingriffe nach GOP 31148 und 31828 EBM bei Haupteingriffen der Kategorie 7 die Überschreitung einer tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit von 120 Minuten um mindestens weitere 15 Minuten erforderlich. Der Wortlaut des EBM ist insofern weder unklar noch mehrdeutig, noch rechtfertigt ein Rückgriff auf dessen Systematik ein anderes Ergebnis (*dazu b*). Die Befugnis der Beklagten zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der fehlerhaften Honorarbescheide war auch nicht durch den Grundsatz des Vertrauensschutzes eingeschränkt (*dazu c*).

Â

20

a) Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach ständiger Rechtsprechung des Senats in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Grund für die besondere Bedeutung des Wortlauts ist nach der zu den GOP des EBM ergangenen Rechtsprechung (BSG Urteil vom 11.12.2013 [B 6 KA 14/13 R](#) [SozR 4 2500 Â§ 87 Nr 28 RdNr 11](#); zuletzt: BSG Urteil vom 25.11.2020 [B 6 KA 14/19 R](#) [SozR 4 2500 Â§ 106a Nr 27 RdNr 18](#); BSG Urteil vom 26.5.2021 [B 6 KA 8/20 R](#) [SozR 4 2500 Â§ 87 Nr 38 RdNr 19](#) [zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen](#)) zum einen, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM [des BewA gem Â§ 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 Erganzung oder Luckenfullung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw. Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulasst. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ahnlichen Leistungstatbestande ist nur dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestands zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf (BSG Urteil vom 16.5.2001 [B 6 KA 20/00 R](#) [BSGE 88, 126, 127](#) = [SozR](#)

---

[§ 2500 Abs 1 Nr 29 S 146; BSG Urteil vom 11.12.2013 - B 6 KA 14/13 R - SozR 4-2500 Abs 1 Nr 28 RdNr 11 mwN; BSG Urteil vom 16.5.2018 - B 6 KA 16/17 R - SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1 RdNr 19](#)). 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 (*stRspr; vgl BSG Urteil vom 16.5.2018 - B 6 KA 16/17 R - SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1 RdNr 19; BSG Urteil vom 13.2.2019 - B 6 KA 56/17 R - SozR 4-5531 Nr 30790 Nr 1 RdNr 27, jeweils mwN*). Diese Grundsätze gelten auch für die den Vergütungsbestimmungen vorangestellten Allgemeinen Bestimmungen (*BSG Urteil vom 4.5.2016 - B 6 KA 16/15 R - SozR 4-5532 Allg Nr 2 RdNr 23 mwN; BSG Urteil vom 16.5.2018 - B 6 KA 16/17 R - SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1 RdNr 19; BSG Urteil vom 11.9.2019 - B 6 KA 22/18 R - SozR 4-5531 Nr 01210 Nr 1 RdNr 13*). Die Anmerkung zu einer Position des EBM hat dabei denselben Rang wie die Leistungslegende (*vgl BSG Urteil vom 16.12.2015 - B 6 KA 39/15 R - SozR 4-5531 Nr 40100 Nr 1 RdNr 25 mwN*).

Ä

21

b) Anders als in anderen Abschnitten des EBM sind die GOP des Abschn 31.2 EBM für den Operateur nicht unmittelbar zugänglich, sondern an die Prozedurencodes des Operationen- und Prozedurenschlüsselsystems (OPS) geknüpft. Dem Vertragsarzt ist es grundsätzlich nicht möglich, aus der eigenen Einschätzung heraus eine GOP des ambulanten Operierens anzusetzen, ohne den Eingriff über die OPS-Ziffer identifiziert zu haben (*BSG Urteil vom 25.11.2020 - B 6 KA 28/19 R - SozR 4-5531 Abschn 31.5.3 Nr 11 RdNr 32; Kähler/Hess, Kähler/Komm zum EBM, Stand 1.1.2019, Kap 31 S 9 f; vgl auch [§ 295 Abs 1 Satz 4 SGB V](#)*). Die Zuordnung zu einer GOP des Abschn 31.2 EBM erfolgt über die Tabelle nach Anlage 2 zum EBM (*Praxambel 31.2.1 Nr 7 Satz 1 EBM*).

Ä

22

Der EBM fasst die ambulanten Operationen (*gleiches gilt für belegärztliche Eingriffe nach Abschn 36.2 EBM*) in alphabetisch aufgeführte Eingriffsgruppen (A bis X) zusammen. Innerhalb dieser Eingriffsgruppen werden in Abhängigkeit von der Dauer des Eingriffs sieben Kategorien gebildet (*vgl zB GOP 31147: Endoskopischer Gelenkeingriff der Kategorie E7*). Die Kategorien 1 bis 6 betreffen ambulante Operationen einer bestimmten kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit: bis 15 Minuten (Kategorie 1), 15 bis 30 Minuten (Kategorie 2), 30 bis 45 Minuten (Kategorie 3), 45 bis 60 Minuten (Kategorie 4), 60 bis

---

90 Minuten (Kategorie 5) und 90 bis 120 Minuten (Kategorie 6). Operationen mit einer kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit von mehr als 120 Minuten sind der Kategorie 7 zugeordnet. Für die zuletzt genannte Kategorie gibt es keine kalkulatorische Höchstdauer. Die tatsächliche Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Eingriffs der Kategorien 1 bis 7 ändert allerdings nichts an der normativen Festlegung, sie kann über- oder unterschritten werden, ohne dass dies zu einer veränderten Einstufung in der Kategorie führt (Kähler/Hess, Kähler/Komm zum EBM, Stand 1.1.2019, Kap 31 S 10).

Ä

23

c) Mit den Zuschlägen nach den GOP 31148 und 31828 werden in den dort geregelten Konstellationen Schnitt-Naht-Zeiten für jeweils vollendete 15 Minuten bzw für die entsprechende Fortsetzung der Narkose vergütet. Dabei gelten abhängig von der Kategorie des jeweiligen Haupteingriffs für die Abrechenbarkeit von Simultaneingriffen unterschiedliche Voraussetzungen. Bei Haupteingriffen der Kategorien 1 bis 6 (kalkulierte Schnitt-Naht-Zeiten bis 120 Minuten) findet für die Berechnung der Zuschläge Nr 3 iVm Nr 15 der Prämabel 2.1 zu Anhang 2 EBM Anwendung. Bei Haupteingriffen der Kategorie 7 (kalkulierte Schnitt-Naht-Zeit über 120 Minuten) richtet sich die Berechnung der Zuschläge dagegen nach Nr 4 dieser Prämabel. Hiervon ist das LSG zu Recht ausgegangen.

Ä

24

aa) Die GOP 31148 und 31828 EBM lauteten im hier maßgeblichen Quartal 2/2013 und insoweit bislang unverändert wie folgt:

Ä

Ä

Ä

Ä

---

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

Â

---

Ausweislich ihrer Leistungslegende differenzieren die beiden GOP damit ausdrücklich zwischen Haupteingriffen der Kategorien 1 bis 6 (*âZuschlag zu den GebÃ¼hrenordnungspositionen 31141 bis 31146 bei Simultaneingriffenâ*) einerseits sowie Haupteingriffen der Kategorie 7 (*âsowie zu der GebÃ¼hrenordnungsposition 31147 â*) andererseits. Die in der ersten Alternative der GOP 31148 EBMâ jeweils genannten GOP 31141 bis 31146 setzen Eingriffe der Kategorien E1 bis E6 voraus, wie sich aus den jeweiligen Leistungsbeschreibungen der GOP 31141 bis 31146 (*âEndoskopischer Gelenkeingriff der Kategorie E1 â*) ergibt. Dagegen fordert die in der zweiten Alternative aufgeführte GOP 31147 einen Eingriff der Kategorie E7 (*âEndoskopischer Gelenkeingriff der Kategorie E7â*). Entsprechendes gilt für die GOP 31828 EBMâ. Die dort in der ersten Alternative genannten GOP 31821 bis 31826 bei Simultaneingriffen setzen die Durchführung von Leistungen entsprechend einer GOP 31xx1 bis 31xx6 (*âAnÃsthesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der GebÃ¼hrenordnungspositionen 31101, 31111â*) voraus. Dagegen fordert die in der zweiten Alternative aufgeführte GOP 31827 (*âsowie zu der GebÃ¼hrenordnungsposition 31827â*) die Durchführung von Leistungen entsprechend einer GOP 31xx7, also eines Eingriffs der Kategorie 7 (*âAnÃsthesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung von Leistungen entsprechend einer der GebÃ¼hrenordnungspositionen 31107, 31117 â*). Ausgangs- und Bezugspunkt der GOP 31148 bzw 31828 EBMâ ist folglich die kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffs.

Â

bb) Aus den Leistungslegenden der streitigen GOP folgt zudem, dass allein bei Haupteingriffen der Kategorien 1 bis 6 zwingend ein Simultaneingriff (*zusÃtzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und gesonderter operativer Zugangsweg; vgl Nr 3 der PrÃambel 2.1 zu Anhang 2 EBMâ*) vorliegen muss, um die Zuschlagsziffern abrechnen zu können. Demgegenüber muss bei Haupteingriffen der Kategorie 7 nicht notwendigerweise zusÃtzlich ein solcher Simultaneingriff erfolgen, um die GOP in Ansatz bringen zu können. Dies folgt daraus, dass die Wendung *âbei Simultaneingriffenâ* in den Leistungslegenden allein bezogen auf die Operationen nach den Kategorien 1 bis 6 (*âGebÃ¼hrenordnungspositionen 31141 bis 31146 bei Simultaneingriffenâ*), nicht aber bezogen auf die Operationen nach der Kategorie 7 verwendet wird. Die Formulierung *âsowie zu der GebÃ¼hrenordnungsposition 31147 â* greift den Begriff *âSimultaneingriffâ* gerade nicht auf.

Â

---

cc) Diese Systematik folgend sind die Regelungen in der Praxambel 2.1 zu Anhang 2 EBM (Zuordnung der operativen Prozeduren nach [§ 295 SGB V](#) zu den Leistungen der Kapitel 31 bis 36) aufgebaut. Auch sie differenzieren zwischen Eingriffen der Kategorien 1 bis 6 einerseits (Nr 3) und Eingriffen der Kategorie 7 (Nr 4) andererseits.

28

(1) Im Ausgangspunkt regelt zunächst Nr 2 der Praxambel 2.1 zu Anhang 2 EBM, dass nur der am höchsten bewertete Eingriff berechnet werden kann, wenn mehrere operative Prozeduren unter einer Diagnose und/oder über einen gemeinsamen operativen Zugangsweg durchgeführt werden. Damit wird klargestellt, dass am Tag der Operation grundsätzlich nur ein einziger Eingriff abgerechnet werden kann (vgl auch Praxambel 31.2.1 Nr 8 und 36.2.1 Nr 4 EBM; Kähler/Hess, Kähler/Komm zum EBM, Stand 1.1.2019, Anhang D2 S 56).

29

Abweichend hiervon kann bei Simultaneingriffen (zusätzliche, vom Haupteingriff unterschiedliche Diagnose und ein gesonderter operativer Zugangsweg) die durch das OP und/oder das Narkoseprotokoll nachgewiesene Überschreitung der Schnitt-Naht-Zeit eines Haupteingriffs der Kategorien 1 bis 6 durch die zusätzliche Berechnung der entsprechenden Zuschlagspositionen (hier: GOP 31148 und 31828 EBM) berechnet werden (Nr 3 Satz 1 der Praxambel 2.1 zu Anhang 2 EBM). Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe (Nr 3 Satz 2 der Praxambel 2.1 zu Anhang 2 EBM). Als Berechnungsgrundlage gelten dabei folgende Zeiten: Kategorie 1: 15 Minuten, Kategorie 2: 30 Minuten, Kategorie 3: 45 Minuten, Kategorie 4: 60 Minuten, Kategorie 5: 90 Minuten und Kategorie 6: 120 Minuten (Nr 3 Satz 3 der Praxambel 2.1 zu Anhang 2 EBM).

30

Dabei ist nicht Voraussetzung, dass die kalkulatorische Schnitt-Naht-Zeit des jeweiligen Haupteingriffs der Kategorien 1 bis 6 abgelaufen sein muss, bevor ein Simultaneingriff über die jeweilige Zuschlagsziffer abgerechnet werden kann (vgl Klinger-Schindler, Der Krankenhaus-EBM, Kap 12 S 155). Dies folgt aus Nr 15 der Praxambel 2.1 zu Anhang 2 EBM, wonach für die Berechnung der Zuschlagspositionen für Simultaneingriffe nach Nr 3 nicht die Überschreitung der kalkulatorischen Schnitt-Naht-Zeit der Kategorie des jeweiligen

---

Haupteingriffs maßgeblich ist, sondern die Überschreitung der tatsächlichen Schnitt-Naht-Zeit. Diese Regelung geht zurück auf den Interpretationsbeschluss des Arbeitsausschusses des BewA aus seiner 270. Sitzung am 10.5.2005, welchen der BewA mit Wirkung zum 1.7.2005 als Nr. 15 der Prämambel 2.1 zu Anhang 2 in den EBM aufgenommen hat (vgl. DÄ 2005, AÄ 1771). Danach kann nach Ablauf der tatsächlichen Zeit des Haupteingriffs mit der Zeitmessung des Simultaneingriffs begonnen werden. Sofern über die in der Abrechnung zu dokumentierende tatsächliche Zeit des Haupteingriffs hinausgehend mindestens weitere 15 Minuten Schnittzeit durch den Simultaneingriff vollendet sind, kann der Zuschlag angesetzt werden. Werden die 15 Minuten für den Simultaneingriff darüber hinaus weiter überschritten, kann je weitere vollendete 15 Minuten der Zuschlag auch mehrfach angesetzt werden, jedoch nach Nr. 3 der Prämambel 2.1 zu Anhang 2 EBM maximal bis zur Summe der normativ festgesetzten Gesamtzeiten aller Simultaneingriffe entsprechend der jeweiligen Kategorien 1 bis 6. Für die Anästhesie gilt Entsprechendes. Nr. 4 der Prämambel 31.5.1 EBM (für Belegoperationen vgl. Nr. 4 der Prämambel 36.5.1 EBM) regelt, dass die Fortsetzung der Narkose durch die Abrechnung des Zuschlags nach GOP 31828 EBM entsprechend Nr. 3 und Nr. 4 der Prämambel 2.1 zu Anhang 2 EBM berechnet wird (vgl. auch Kähler/Hess, Kähler/Komm zum EBM, Stand 1.1.2019, Kap. 31 S. 326 und Anhang D2 S. 57).

Ä

31

(2) Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin kann die Regelung der Nr. 15 der Prämambel 2.1 zu Anhang 2 EBM aber nicht auf Simultaneingriffe, die wie hier neben Haupteingriffen der Kategorie 7 durchgeführt werden, übertragen werden. Die Norm gilt bereits nach ihrem Wortlaut nur für Simultaneingriffe nach Nr. 3. Die hier streitigen Zuschlagsziffern der GOP 31148 und 31828 beziehen sich jedoch bei Simultaneingriffen allein auf solche der Kategorien 1 bis 6 (Gebührenordnungspositionen 31141 bis 31146 bei Simultaneingriffen, dazu bereits RdNr. 25). Bei einem Haupteingriff der Kategorie 7 ist ein Zuschlag allein für einen Simultaneingriff nicht vorgesehen (und bei der Gebührenordnungsposition 31147). Damit übereinstimmend wird die berechnungsfähige Höchstdauer bei Simultaneingriffen bei der von Nr. 15 in Bezug genommenen Nr. 3 allein für Eingriffe der Kategorien 1 bis 6 geregelt. Nr. 3 Satz 3 der Prämambel 2.1 zu Anhang 2 EBM benennt für die Kategorien 1 bis 6 deren Berechnungsgrundlagen (15 bis 120 Minuten). Diese Zeiten markieren die Obergrenze, bis zu der die Zuschlags-GOP der Kapitel 31 EBM (und Kapitel 36 EBM) abgerechnet werden dürfen. Die berechnungsfähige Höchstzeit bei Simultaneingriffen entspricht dabei der Summe der Zeiten der Einzeleingriffe (Nr. 3 Satz 2 der Prämambel 2.1 zu Anhang 2 EBM). Dies bedeutet, dass wie bereits ausgeführt je nach tatsächlicher Dauer des Simultaneingriffs die Zuschläge auch mehrfach, jedoch maximal bis zu der im EBM vorgegebenen Höchstzeit angesetzt werden können (dazu schon RdNr. 30). Da Eingriffe der Kategorie 7 mit einer kalkulatorischen

---

Schnitt- $\square$ Naht- $\square$ Zeit  $\frac{1}{4}$ ber 120 Minuten und damit ohne begrenzte H $\square$ chstzeit definiert sind, kann es hier keine berechnungsf $\square$ hige H $\square$ chstzeit oder Summen der Zeiten der Einzeleingriffe geben. Folgerichtig werden Eingriffe der Kategorie 7 in Nr. 3 der Pr $\square$ ambel 2.1 zu Anhang 2 EBM  $\square$  nicht erw $\square$ hnt.

Dementsprechend kann sich auch Nr. 15 der Pr $\square$ ambel 2.1 zu Anhang 2 EBM  $\square$ , die ausschlie $\square$ lich  $\frac{1}{4}$ r Simultaneingriffe  $\square$ nach Nr. 3  $\square$  gilt und wonach die  $\square$ berschreitung  $\square$ der tats $\square$ chlichen Schnitt- $\square$ Naht- $\square$ Zeit des jeweiligen Haupteingriffes  $\square$  ma $\square$ geblich ist, nur auf die einer begrenzten kalkulatorischen Schnitt- $\square$ Naht- $\square$ Zeit unterliegenden Haupteingriffe der Kategorien 1 bis 6 beziehen.

Ä

32

(3) Die Berechnung der Zuschl $\square$ ge f $\frac{1}{4}$ r alle Eingriffe der Kategorie 7 regelt demgegen $\frac{1}{4}$ ber Nr. 4 der Pr $\square$ ambel 2.1 zu Anhang 2 EBM  $\square$ . Sie benennt die einschl $\square$ gigen GOP der Kapitel 31 und 36 EBM  $\square$  allein f $\frac{1}{4}$ r Eingriffe nach Kategorie 7 (*Bei den Geb $\frac{1}{4}$ hrenordnungspositionen 31107, 31117, 31127, 31137, 31147  $\square$ !*) und bestimmt, dass erst  $\square$ die  $\frac{1}{4}$ ber die Schnitt- $\square$ Naht- $\square$ Zeit von 120 Minuten hinausgehende Schnitt- $\square$ Naht- $\square$ Zeit durch die entsprechenden Zuschl $\square$ ge berechnet werden  $\square$  kann. Dementsprechend k $\square$ nnen die Zuschlagspositionen der hier streitigen GOP 31148 und 31828 erst ab  $\square$ berschreitung einer Schnitt- $\square$ Naht- $\square$ Zeit von 120 Minuten um mindestens 15 Minuten angesetzt werden. Je weitere vollendete 15 Minuten kann der Zuschlag der jeweiligen GOP auch mehrfach berechnet werden. Hierbei gilt  $\square$  im Unterschied zu Eingriffen nach Kategorien 1 bis 6  $\square$  allerdings keine zeitliche H $\square$ chstgrenze (vgl. K $\square$ hler/Hess, K $\square$ lner Komm zum EBM, Stand 1.1.2019, Anhang D2 S $\square$  58; Wezel/Liebold, Der Kommentar zu EBM und GO $\square$ , Abschn. 32 GOP 31148, Teil 9 S $\square$  31 bis 76; vgl. auch Hinweise der K $\square$ V Hessen in Auf den Punkt 2021, S $\square$  45 und der K $\square$ V Schleswig-Holstein in Newsletter vom 24.2.2020, Abrechnung von Simultaneingriffen, S $\square$  2). Vorausgesetzt ist allein eine entsprechende Dokumentation der Schnitt- $\square$ Naht- $\square$ Zeit durch das OP  $\square$  oder Narkoseprotokoll (Nr. 4 Satz 2 der Pr $\square$ ambel 2.1 zu Anhang 2 EBM  $\square$ ).

Ä

33

Es ist zudem unerheblich, ob die  $\square$ berschreitung der Schnitt- $\square$ Naht- $\square$ Zeit von 120 Minuten auf einem Simultaneingriff, der neben einem Haupteingriff der Kategorie 7 durchgef $\frac{1}{4}$ hrt wird, oder auf einer l $\square$ nger dauernden Einzeloperation der Kategorie 7 beruht. Entgegen der Auffassung der Kl $\square$ gerin bezieht sich Nr. 4 der Pr $\square$ ambel 2.1 zu Anhang 2 EBM  $\square$  nicht nur auf ambulante Operationen der Kategorie 7, die als Einzeleingriff durchgef $\frac{1}{4}$ hrt werden. Abrechnungsvoraussetzung ist allein  $\square$  neben der vorgegebenen zeitlichen Komponente und deren Dokumentation  $\square$  die Abrechnung einer der genannten GOP. Die Regelung differenziert dabei nicht zwischen alleinigen

---

Einzeleingriffen und zusätzlich durchgeführten Simultaneingriffen (vgl auch Khler/Hess, Khler/Komm zum EBM, Stand 1.1.2019, Anhang D2 S 58: *Nummer 4 regelt die Berechnung der Zeitzuschläge bei allen Eingriffen, die in der Kategorie 7 kategorisiert sind*).



34

Danach ist hier die sachlich-rechnerische Richtigstellung zu Recht erfolgt. Die jeweils dokumentierte SchnittNahtZeit der Eingriffe hat die zeitliche Grenze von 120 Minuten nicht um mindestens 15 Minuten überschritten. Soweit abweichend in zwei Fällen Überschreitungen von 20 bzw 25 Minuten dokumentiert sind, ist die Beklagte zutreffend davon ausgegangen, dass die Zuschlagsziffern in diesen zwei Fällen jeweils nur einmal  und nicht wie angesetzt dreimal  abgerechnet werden durften. Die sachlichrechnerische Richtigstellung ist daher auch in diesen zwei Behandlungsfällen zu Recht erfolgt.



35

ff) Mit der Differenzierung zwischen ambulanten Operationen der Kategorien 1 bis 6 auf der einen und ambulanten Operationen der Kategorie 7 auf der anderen Seite überschreitet der BewA auch nicht den ihm zukommenden weiten Gestaltungsspielraum. Die gerichtliche Überprüfung der auf der Grundlage des [S 87 SGB V](#) vom BewA vereinbarten einheitlichen Bewertungsmaßstäbe ist im Wesentlichen darauf beschränkt, ob der Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat (BSG Urteil vom 19.8.1992 [ 6 RKa 18/91](#) * SozR 3 2500 S 87 Nr 5 S 23*; BSG Urteil vom 9.12.2004 [ B 6 KA 44/03 R](#) * BSGE 94, 50 = SozR 4 2500 S 72 Nr 2, RdNr 86 mwN*; BSG Urteil vom 3.4.2019 [ B 6 KA 67/17 R](#) * SozR 4 2500 S 75 Nr 21 RdNr 21 mwN*). Hier ist nichts ersichtlich. Zwar ist der Klägerin zuzugeben, dass in Fällen, in denen eine Operation der Kategorie 7 in deutlich unter 120 Minuten abgeschlossen werden kann, für den Operateur kein oder jedenfalls nur ein deutlich reduzierter finanzieller Anreiz besteht, diese mit einem ebenfalls erforderlichen Simultaneingriff zu verbinden, wogegen dieser Anreiz für Operationen der Kategorien 1 bis 6 durch die in Nr 15 der Präambel 2.1 zu Anhang 2 EBM getroffene Regelung hergestellt wird. Es ist jedoch nicht Aufgabe des Senats, die Regelungen des EBM daraufhin zu überprüfen, ob eine sinnvollere Regelung hätte getroffen werden können. Im übrigen kann bereits den der GOP 31147 zugeordneten Kalkulations- und Prüfzeiten von 148 bzw 120 Minuten entnommen werden, dass eine deutliche Unterschreitung der SchnittNahtZeit von 120 Minuten bei ambulanten Operationen der Kategorie 7 nicht der Regelfall sein dürft.



c) Die Befugnis der Beklagten zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung der fehlerhaften Honorarbescheide war auch nicht durch den Grundsatz des Vertrauensschutzes eingeschränkt. Der Vertragsarzt kann nach der Rechtsprechung des Senats auf den Bestand eines vor einer endgültigen Prüfung auf Rechtmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit erteilten Honorarbescheids grundsätzlich nicht vertrauen (*stRspr*; zB *BSG Urteil vom 14.7.2021* [BÄ 6 KA 12/20 R](#) *SozR 4 2500 101 Nr 22 RdNr 46*; *BSG Urteil vom 15.5.2019* [BÄ 6 KA 65/17 R](#) *SozR 4 2500 106a Nr 24 RdNr 18*; *BSG Urteil vom 12.12.2001* [BÄ 6 KA 3/01 R](#) *BSGE 89, 90, 94 f* = *SozR 3 2500 82 Nr 3 S 7*). Für einen sachgerechten Ausgleich der Interessen der Vertragsärzte an der Kalkulierbarkeit ihrer Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit und der Notwendigkeit auch nachträglicher Änderungen des Honoraranspruchs etwa aufgrund fehlerhafter Abrechnungen oder Änderungen in der Honorarverteilung hat der Senat Fallgruppen herausgearbeitet, in denen die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung aus Gründen des Vertrauensschutzes begrenzt ist (*zusammenfassend BSG Urteil vom 28.8.2013* [BÄ 6 KA 43/12 R](#) *BSGE 114, 170* = *SozR 4 2500 106a Nr 11, RdNr 24 ff*). Deren Voraussetzungen sind hier jedoch nicht erfüllt.

Ä

37

aa) Die Vierjahresfrist (zur Verkürzung auf nunmehr zwei Jahre durch das *Terminservice- und Versorgungsgesetz mWv 11.5.2019* vgl [Ä 106d Abs 5 Satz 3 SGB V](#)) war bei Erlass des Richtigstellungsbescheids am 23.11.2015 noch nicht abgelaufen (vgl zu dieser Konstellation *BSG Urteil vom 24.10.2018* [BÄ 6 KA 34/17 R](#) *BSGE 127, 33* = *SozR 4 2500 106d Nr 2, RdNr 21*). Die Richtigstellungsbefugnis ist auch nicht deswegen begrenzt, weil die Fehlerhaftigkeit des Bescheids aus Umständen herrührt, die außerhalb des Bereichs einer sachlich und rechnerisch korrekten Honorarabrechnung und -verteilung liegen. Diese Fallgruppe erfasst die fehlerhafte Abrechnung im Einzelfall etwa infolge eines Rechenfehlers oder der versehentlichen Verwendung eines falschen Berechnungsfaktors (*BSG Urteil vom 14.12.2005* [BÄ 6 KA 17/05 R](#) *BSGE 96, 1* = *SozR 4 2500 85 Nr 22, RdNr 17*; *BSG Urteil vom 28.8.2013* [BÄ 6 KA 50/12 R](#) *SozR 4 2500 106a Nr 12 RdNr 27*). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Vertrauensschutz aufgrund eines unterlassenen Hinweises auf der KV bekannte Ungewissheiten hinsichtlich der Grundlagen der Honorarverteilung oder ihrer Auslegung (*BSG Urteil vom 31.10.2001* [BÄ 6 KA 16/00 R](#) *BSGE 89, 62, 72* = *SozR 3 2500 85 Nr 42 S 352*; *BSG Urteil vom 30.6.2004* [BÄ 6 KA 34/03 R](#) *BSGE 93, 69, 75* = *SozR 4 2500 85 Nr 11, RdNr 16*; *BSG Urteil vom 26.6.2002* [BÄ 6 KA 26/01 R](#) *juris RdNr 20*) oder auf ein noch nicht abschließend feststehendes Gesamtvergütungsvolumen (*BSG Urteil vom 14.12.2005* [BÄ 6 KA 17/05 R](#) *BSGE 96, 1* = *SozR 4 2500 85 Nr 22, RdNr 20*) kommt ebenfalls nicht in Betracht. Weder sind die normativen

---

Grundlagen der Honorarverteilung betroffen noch bestanden Unsicherheiten im Hinblick auf das GesamtvergÄ¼tungsvolumen.

Ä

38

bb)Ä Die Beklagte hat auch nicht durch Ä¼berprÄ¼fung und vorbehaltlose BestÄ¼tigung der Honorarabrechnung ihre Befugnis zu sachlich-rechnerischer Richtigstellung bereits ä¼verbrauchtÄ¼ (vgl BSG Urteil vom 12.12.2001 ä¼Ä BÄ 6Ä KA 3/01Ä RÄ ä¼ BSGE 89, 90, 98 =Ä SozR 3Ä 2500 ÄÄ 82 NrÄ 3 SÄ 2, 11Ä f; BSG Urteil vom 14.12.2005 ä¼Ä BÄ 6Ä KA 17/05Ä RÄ ä¼ BSGE 96, 1 =Ä SozR 4Ä 2500 ÄÄ 85 NrÄ 22, RdNrÄ 15). Der KlÄ¼gerin ist die Richtigkeit der Abrechnung der ZuschlÄ¼ge von der Beklagten nie in Bezug auf das streitbefangene Quartal 2/2013 bestÄ¼tigt worden. Zwar hat die Beklagte mit Schreiben vom 16.7.2020 die PlausibilitÄ¼tsprÄ¼fung fÄ¼r die Quartale 1/2016 bis 4/2016 im Hinblick auf die Abrechnung der GOP 31828 EBMÄ¼Ä ä¼eingestelltÄ¼ und in diesem Zusammenhang mitgeteilt, dass die KlÄ¼gerin ab dem Quartal 1/2017 nicht mehr habe darauf vertrauen dÄ¼rfen, die GOP 31828 EBMÄ¼Ä bei einer Eingriffszeit unter 120Ä Minuten abrechnen zu kÄ¼nnen. Aus dem Gesamtkontext des Schreibens ergab sich dabei aber eindeutig, dass die ä¼EinstellungÄ¼ allein auf die vier Quartale des Jahres 2016 zu beziehen ist. Eine Ä¼berprÄ¼fung und vorbehaltlose BestÄ¼tigung der hier streitigen Honorarabrechnung fÄ¼r das Quartal 2/2013 liegt darin ä¼Ä nach der revisionsrechtlich nicht zu beanstandenden Auslegung des Schreibens durch das LSGÄ ä¼ nicht. Weitere einschlÄ¼gige Abrechnungshinweise und AuskÄ¼nfte der Beklagten (KVB Infos 1/2017, EÄ¼Mail vom 13.7.2015), auf die sich die KlÄ¼gerin beruft, haben ebenfalls keinen konkreten Bezug zu dem Quartal 2/2013 und konnten daher von der KlÄ¼gerin nicht als vorbehaltlose BestÄ¼tigung der Honorarabrechnung fÄ¼r dieses Quartal aufgefasst werden.

Ä

39

cc)Ä Auch die AusfÄ¼hrungen in den KVB Infos 12/2012 (SÄ 202), die vor dem hier betroffenen Quartal 2/2013 verÄ¼ffentlicht worden sind, konnten kein schÄ¼tzenswertes Vertrauen begrÄ¼nden. Darin hat die Beklagte zwar Ä¼ber die Abrechnungsbestimmungen bei OPÄ¼ZuschlÄ¼gen informiert. Aus den ErlÄ¼uterungen, die im Wesentlichen den Inhalt von NrÄ 3, 4 undÄ 15 der PrÄ¼ambelÄ 2.1 zu AnhangÄ 2 EBMÄ¼Ä wiedergeben, kann aber nicht abgeleitet werden, dass ZuschlÄ¼ge fÄ¼r Simultaneingriffe bei Haupteingriffen der KategorieÄ 7 bereits bei Ä¼berschreitung der tatsÄ¼chlichen SchnittÄ¼NahtÄ¼Zeit des Haupteingriffs um mindestens 15Ä Minuten abgerechnet werden kÄ¼nnen. Hiervon ist das LSG zu Recht ausgegangen.

Ä

Unabhängig von der inhaltlichen Bewertung der Hinweise liegt es im Übrigen auf der Hand, dass pauschale Abrechnungshinweise der Beklagten in den allgemeinen Informationen für ihre Mitglieder regelmäßig nicht den Fallgruppen gleichstehen, in denen der Senat die Befugnis zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung aus Gründen des Vertrauensschutzes begrenzt. Allgemeine Abrechnungshinweise geben allenfalls die Rechtsauffassung der jeweiligen KVV hinsichtlich einer bestimmten Abrechnungsfrage zu einem bestimmten Zeitpunkt wieder und binden die an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Kostenträger von vornherein nicht (vgl. BSG Beschluss vom 14.12.2005 [B 6 KA 106/04 B](#) RdNr 7 nicht veröffentlicht). Solche einseitig nur von der KVV veröffentlichten Abrechnungshinweise zur Anwendung des Leistungsverzeichnisses bzw. zur Auslegung von Vorschriften des EBM haben keine Rechtsqualität und sind für den Vertragsarzt nicht bindend und zwar unabhängig davon, ob sie zu seinen Gunsten oder Ungunsten fehlerhaft sind (BSG Urteil vom 8.2.2006 [B 6 KA 12/05 R](#) [SozR 4-2500 Â 106a Nr 1](#) RdNr 23). Solche Abrechnungshinweise sind dementsprechend nach den Regelungen des vertragsärztlichen Vergütungssystems auch nicht dazu geeignet, besonderes Vertrauen der Vertragsärzte in die Rechtmäßigkeit einer entsprechenden Abrechnung zu begründen (BSG Urteil vom 8.2.2006 [B 6 KA 12/05 R](#) [SozR 4-2500 Â 106a Nr 1](#) RdNr 23). Die Vertragsärzte müssen vielmehr bis zum Ablauf der vorgesehenen Fristen damit rechnen, dass einzelne Krankenkassen den in einseitigen Abrechnungshinweisen und entsprechender Abrechnungspraxis zum Ausdruck gekommenen Standpunkt der KVV nicht teilen und ihren Anspruch auf Richtigstellung aus ihrer Sicht fehlerhafter Honorarabrechnungen gegebenenfalls auch mit gerichtlicher Hilfe durchsetzen (vgl. BSG Urteil vom 13.5.1998 [B 6 KA 34/97 R](#) [SozR 3-5555 Â 10 Nr 1](#) S 2; BSG Urteil vom 12.12.2001 [B 6 KA 3/01 R](#) [BSGE 89, 90, 101 = SozR 3-2500 Â 82 Nr 3](#) S 14).

Ä

41

dd) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung ist auch nicht deswegen ausgeschlossen, weil die Klägerin aufgrund einzelfallbezogener Auskünfte der Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung auf ihre Abrechnungspraxis vertrauen durfte. Zunächst ist in der Rechtsprechung des Senats geklärt, dass selbst eine vor dem streitbefangenen Quartal hier 2/2013 über einen längeren Zeitraum hinweg praktizierte abweichende Honorierung der Leistungen durch die Beklagte allein nicht geeignet wäre, zugunsten der Klägerin einen Vertrauensschutz zu begründen (vgl. BSG Urteil vom 16.5.2018 [B 6 KA 16/17 R](#) [SozR 4-5531 Nr 33076 Nr 1](#) RdNr 28; BSG Urteil vom 13.5.2020 [B 6 KA 24/18 R](#) [SozR 4-2500 Â 106d Nr 9](#) RdNr 30 (31)).

Zwar kann im Einzelfall eine sachlich-rechnerische Richtigstellung ausgeschlossen sein, weil der Arzt auf eine Auskunft der KÄV vertrauen durfte, die seine Abrechnungspraxis bestätigt hat (vgl. *allg. BSG Urteil vom 29.9.1999* [âÄ 6Ä KA 38/98Ä RÄ](#) [âÄ BSGE 84, 290, 296](#) = *SozR 3âÄ 2500 ÄÄ 95 NrÄ 21 SÄ 91 zur systematischen Duldung einer fachfremden Tätigkeit eines Arztes*). Dies setzt aber jedenfalls voraus, dass die fÄ¼r die sachlich-rechnerische Richtigstellung zustÄndige KÄV explizit die von dem betroffenen Arzt praktizierte oder beabsichtigte Abrechnungsweise durch eine einzelfallbezogene Auskunft gebilligt und der Arzt in Kenntnis dieser Auskunft der zustÄndigen BehÄrde seine (erst nachträglich als fehlerhaft erkannte) Abrechnungspraxis fortgesetzt bzw. aufgenommen hat. TatsÄchliche UmstÄnde iS des [ÄÄ 163 SGG](#), die diese Voraussetzungen zu erfÄ¼llen geeignet wÄren, hat das LSG nicht festgestellt und solche sind auch sonst nicht ersichtlich.

Die EÄMail vom 13.7.2015, in der eine Mitarbeiterin der Beklagten im Rahmen einer Abrechnungsberatung die Auffassung der KlÄgerin zur Auslegung der einschlägigen Bestimmungen in der PrÄambelÄ 2.1 zu AnhangÄ 2 EBMÄÄ geteilt hat, ist zeitlich nach Erbringung der richtiggestellten Leistungen erfolgt, sodass die KlÄgerin die Leistungen im Quartal 2/2013 nicht im Vertrauen auf diese Auskunft erbracht hat. Nichts anderes gilt fÄ¼r die von der KlÄgerin in Bezug genommene EÄMail der fÄ¼r VergÄtungsfragen zustÄndigen Referentin der KassenÄrztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) vom 29.8.2016, in der diese in einer Stellungnahme gegenÄ¼ber der Beklagten die Anwendbarkeit von NrÄ 15 der PrÄambelÄ 2.1 bei einem äÄSimultaneingriff gemÄÄ Nr.Ä 3 der PrÄambelÄ 2.1 des AnhangsÄ 2 neben einem Haupteingriff der KategorieÄ 7Ä bejaht hat. Es mag sein, dass dort äÄ entgegen der nach Auffassung des Senats klar geregelten Differenzierung der EingriffskategorienÄ 1 bisÄ 6 bzwÄ 7 in den einschlägigen GOP und der PrÄambelÄ 2.1Ä äÄ Unklarheiten bezogen auf die Auslegung des EBMÄÄ fÄ¼r die hier maßgebende Konstellation bestanden haben. Die Befugnis der Beklagten zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung wird durch diese punktuelle Auskunft der KÄBV jedoch nicht tangiert. Abgesehen davon, dass die EÄMail vom 29.8.2016 nicht an die KlÄgerin äÄ sondern an die beklagte KÄVÄ äÄ gerichtet war, und der Auskunft der KÄBV allein schon deshalb keine abschließende Verbindlichkeit zukommen dÄ¼rft, da fÄ¼r die PrÄfung der RechtmÄÄigkeit der Abrechnungen in der vertragsÄrztlichen Versorgung hier die beklagte KÄV ([ÄÄ 106d AbsÄ 2 SGBÄ V](#)) zustÄndig ist (ggf. auch die *Krankenkassen*, vgl. [ÄÄ 106d AbsÄ 1, AbsÄ 3 SGBÄ V](#)), ist auch diese EÄMail der KlÄgerin erst weit nach Ablauf des von dem Regress betroffenen Quartals zugegangen. Die KlÄgerin hat die Leistungen im Quartal 2/2013 damit schon nicht im Vertrauen auf diese Auskunft der KÄBV erbracht.

---

Â

44

D.Â Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§Â 197a AbsÂ 1 SatzÂ 1 TeilsatzÂ 3 SGG](#) iVm [Â§Â 154 AbsÂ 1 VwGO](#). Danach hat die KlÃ¤gerin die Kosten des von ihr ohne Erfolg gefÃ¼hrten Rechtsmittels zu tragen. Eine Erstattung der auÃgerichtlichen Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da diese keinen eigenen Antrag gestellt hat ([Â§Â 162 AbsÂ 3 VwGO](#), vgl *BSG Urteil vom 31.5.2006* â[BÂ 6Â KA 62/04Â RÂ](#) â [BSGE 96, 257](#) =[SozR 4â1300 Â§Â 63 NrÂ 3](#), *RdNrÂ 16*).

Â

Erstellt am: 07.04.2022

Zuletzt verÃ¤ndert am: 21.12.2024