

L 2 KA 36/06

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

2

1. Instanz
SG Hamburg (HAM)

Aktenzeichen
S 3 KA 61/04

Datum
28.06.2006

2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen

L 2 KA 36/06

Datum
25.06.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 28. Juni 2006 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist noch die Berichtigung vertragsärztlichen Honorars bezüglich nach Nr. 16 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in den Quartalen IV/1998 bis II/1999 und nach Nr. 8653 EBM (regionale Abrechnungsnummer) in den Quartalen II/1998 bis III/1999 abgerechneter Leistungen, für die Nachvergütung begehrt wird.

Der Kläger ist seit dem 1. April 1996 als Gynäkologe zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sein Tätigkeitsschwerpunkt liegt auf dem Gebiete der Onkologie. Die Beklagte genehmigte 1996 seine Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung. Mit der ihm ab 1. April 1998 erteilten Genehmigung zur Abrechnung der Nr. 8655 EBM erhielt der Kläger u. a. die Berechtigung, Leistungen nach Nr. 16 EBM zu erbringen und abzurechnen.

Die Beklagte prüfte seine Abrechnungen für die Quartale II/1998 bis I/2000 und erteilte ihm den Bescheid vom 12. Juli 2000, nach welchem sich eine Honorarberichtigung von 11.302,48 DM (5.778,87 EUR) ergab. Soweit die Beklagte durch diesen Bescheid Abrechnungen nach Nrn. 96, 97, 1115, 2215 und 7235 (Umwandlung in Nr. 7234) EBM von der Vergütung ausgenommen hat, hat der Kläger dies (im Klageverfahren) akzeptiert. Soweit sie ihm zum Quartal IV/2000 den Bescheid vom 11. Juni 2001 erteilt hat (Nichtabrechnung von Leistungen nach Nrn. 42, 63 und 273 EBM = 15.920 Punkte = ca. 650,00 EUR), ist dieser ebenfalls nicht mehr im Streit.

Durch den Bescheid vom 12. Juli 2000 strich die Beklagte insgesamt 26 vom Kläger in den Quartalen IV/1998 bis III/1999 nach Nr. 16 EBM (26 x 900 Punkte = 23.400 Punkte = 1.805,76 DM) und 170 von ihm in den Quartalen II/1998 bis III/1999 nach Nr. 8653 EBM (170 x 50,- DM) abgerechnete Leistungen, weil sie unberechtigt in Ansatz gebracht worden seien. Hierbei entfielen von den 170 Fällen, in denen sie die Nr. 8653 EBM von der Abrechnung strich, 97 Fälle auf solche, in denen nach ihrer Auffassung "kein florides Tumorleiden" vorlag, und 8 Fälle auf solche, in denen sie eine "alte Tumordiagnose" erblickte.

Der Kläger habe die Nr. 16 EBM (kontinuierliche Betreuung eines tumorkranken Patienten unter tumorspezifischer Behandlung) doppelt abgerechnet, wenn er onkologische Patienten im selben Behandlungsfall ambulant und belegärztlich behandelt habe (13 Fälle). Er habe diese Leistung zudem u. a. bei fachfremden Tumoren (6 Fälle) bzw. bei Patientinnen in Ansatz gebracht, ohne dass der Behandlungsausweis eine Tumordiagnose aufweise (4 Fälle). In je einem Fall habe kein Karzinom bzw. kein florider Tumor vorgelegen bzw. seien keine drei Arztkontakte erfolgt (3 Fälle). Die Nr. 8653 EBM habe der Kläger auch bei fachfremden Tumoren, bei Patientinnen ohne Tumordiagnose bzw. ohne Tumorleiden (Ca. in situ der Portio (Gebärmutterhals), Oberflächenkarzinom der Portio, CIN I, II, III etc.) abgerechnet. Außerdem habe er die Nr. 8653 EBM bei gutartigen Tumoren bei Konsiliargesprächen mit Kollegen als einzige Leistung, bei operativer Assistenz und bei Tumordiagnosen, die weit zurückliegen, in Ansatz gebracht.

Der Kläger erhob Widerspruch.

Soweit er die Nr. 16 EBM in Fällen angesetzt habe, in denen der Behandlungsausweis keine Tumordiagnose verzeichne, sei nur vergessen worden, die Tumordiagnose einzutragen (was mit der von ihm vorgelegten Anlage 2, Bl. 26 VA, nachgeholt werde). Die Nr. 16 EBM habe sowohl im Rahmen seiner belegärztlichen Behandlung als auch im Rahmen seiner Behandlung in der eigenen Praxis abgerechnet werden dürfen. Werde eine Patientin ambulant in seiner Praxis und anschließend belegärztlich behandelt, handele es sich begrifflich um einen

neuen Behandlungsfall. Für diese Patientin sei jeweils ein eigener Belegarztschein auszufüllen und abzurechnen. Auf diesem würden sowohl die Nr. 1 EBM als auch die Nr. 8653 EBM erneut angesetzt und abgerechnet. Das müsse auch für die Nr. 16 EBM gelten. Der Behandlungsfall beziehe sich nicht auf die Patienten, sondern auf den jeweiligen Behandlungsausweis, so dass ihm der getrennte Ansatz der Nr. 16 EBM für die normale Praxistätigkeit und die Belegarztstätigkeit nicht vorgehalten werden dürfe. Ihm müsse zudem zugestimmt werden, einen geringen Prozentsatz fachfremder Tumore zu behandeln.

Der größte Teil der von der Beklagten beanstandeten Abrechnung betreffe das so genannte Carcinoma in situ. Sowohl nach nationaler als auch internationaler Definition gehöre dieses zu den Carzinomen. Dass eine Tumordiagnose "weit zurück liege", rechtfertige nicht die Streichung der Nr. 8653 EBM. Bei dem Krankheitsbild "Krebs" handele es sich per definitionem um eine invasive Systemerkrankung, worunter sämtliche gynäkologischen Krebserkrankungen fielen. Ein Auftreten und Wiederaufleben der Krebserkrankung könne, weil die üblichen Therapieformen (Operation, Strahlentherapie, Chemotherapie, bestimmte Medikationen) nicht heilend wirkten, nie ausgeschlossen werden. Daher sei eine Tumornachsorge notwendig, für deren Aufwand die Nr. 8653 EBM abgerechnet werden dürfe.

Die Beklagte half dem Widerspruch insoweit ab, als sie bezüglich der Nr. 8653 EBM die Streichung von 7 dieser Leistungen (bei den Patientinnen Bachmann (3x florides Tumorleiden), Neubert (1x florides Tumorleiden), Gunkel (1x Tumordiagnose), Wolers (1x Tumordiagnose) und Pommranz (1x Tumordiagnose nicht alt)) und bezüglich der Nr. 16 EBM die Streichung von einer Leistung (Patientin Wolers: 1x Tumordiagnose) aufhob. Der Berichtungsbetrag reduzierte sich hierdurch um 218,43 EUR. Hiernach waren noch 93 (94?) Fälle, in denen nach Auffassung der Beklagten "kein florides Tumorleiden" vorlag, und 7 Fälle, in denen sie "alte Tumordiagnosen" konstatierte, nicht abgerechnet. Im Übrigen wies die Beklagte den Widerspruch (auch denjenigen gegen den – nicht mehr streitigen - Bescheid vom 11. Juni 2001 bezüglich des Quartals IV/2000) durch Widerspruchsbescheid vom 4. Februar 2004, der keine Kostenentscheidung enthält, zurück.

Hiergegen richtet sich die am 24. Februar 2004 erhobene Klage, die der Kläger, soweit sie sich gegen den Bescheid vom 11. Juni 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Februar 2004 gerichtet hatte, am 11. März 2005 zurückgenommen und schließlich, wie sich aus dem im Termin des Sozialgerichts am 28. Juni 2006 gestellten Klagantrag ergibt, nur noch insoweit aufrecht erhalten hat, als mit Bescheid vom 12. Juli 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Februar 2004 Honorarberichtigungen hinsichtlich der Abrechnung von Leistungen nach Nr. 16 EBM und Nr. 8653 EBM in Fällen von "Carcinoma in situ" und "weit zurück liegender Tumordiagnosen" vorgenommen worden sind. Diesbezüglich hat der Kläger die Nachvergütung begehrt.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 28. Juni 2006 abgewiesen. Nr. 16 EBM setze u. a. die "kontinuierliche Betreuung eines tumorkranken Patienten unter tumorspezifischer Behandlung" (einmal im Behandlungsfall) voraus. Patientinnen mit Carcinoma in situ als möglichem Krebsvorstadium könnten zwar betreuungsbedürftig sein, einer tumorspezifischen Behandlung bedürften sie jedoch nicht. Aus der zwischen der Beklagten und der Allgemeinen Ortskrankenkasse Hamburg (zugleich für die ehemalige Bundesknappschaft), der Innungskrankenkasse Hamburg, dem Landesverband der Betriebskrankenkassen NORD (zugleich für die Krankenkasse für den Gartenbau und die Schleswig-Holsteinische Landwirtschaftliche Krankenkasse) und der See-Krankenkasse getroffenen Onkologie-Vereinbarung vom 13. Juni 1995 (vgl. auch Onkologie-Vereinbarung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit den Bundesverbänden der Ersatzkassen vom 7. Juli 1994, DÄ 1994, C-1285ff, DÄ 1995, C-1318ff, abgedr. bei Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Bd. III, S. L 101 ff) ergebe sich kein Anspruch auf Abrechnung der Nr. 8653 EBM in Fällen "weit zurückliegender Tumordiagnosen". Hierfür sei die "Behandlung florider Tumore" Voraussetzung. Ein florider Tumor werde bei der Betreuung "weit zurück liegender Tumordiagnosen" nicht behandelt. Den Streitwert hat das Sozialgericht durch Beschluss vom 28. Juni 2006 auf 6.428,87 EUR festgesetzt.

Gegen das ihm am 27. Oktober 2006 zugestellte Urteil richtet sich die am 22. November 2006 eingelegte Berufung des Klägers.

Er meint, das Carcinoma in situ gehöre zu den "soliden" bzw. "floriden" Tumoren" im Sinne der Onkologie-Vereinbarung (vgl. §§ 2 Abs. 5 Satz 2, 3 Abs. 1 4.2, 7 Abs. 2 Satz 1; Anlage 1 Nr. 1). Es erfordere eine tumorspezifische Behandlung. Das Sozialgericht lasse offen, ab wann die Nr. 8653 EBM z. B. nach operativer Tumorentfernung und anschließender Chemotherapie nicht mehr abrechnungsfähig sei. Onkologisch tätige Internisten und Urologen setzten die Nr. 8653 EBM regelhaft und ohne "zeitliche Begrenzung" an. Als onkologisch tätiger Gynäkologe dürfe er ihnen gegenüber nicht schlechter gestellt werden. Auch die Tumornachsorge bei "weit zurückliegenden Tumordiagnosen" sei über die Onkologie-Vereinbarung gesondert abzugelten. Es gelte wegen der systemischen Krankheit des Krebses das Prinzip der lebenslangen Nachsorge. Die Begriffe "florides Tumorleiden" und "Behandlung solider Tumore" seien keine in der Fachmedizin gebräuchlichen Termini.

Im Übrigen bezieht sich der Kläger auf das an ihn gerichtete Fax-Schreiben des Dr. G. H., Vorstandsmitglied des Berufsverbandes niedergelassener Gynäkologischer Onkologen e. V., vom 25. Juni 2008, der in F. eine gynäkologisch-onkologische Schwerpunktpraxis betreibt.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 28. Juni 2006 und den Bescheid der Beklagten vom 12.7.2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Februar 2004 zu ändern, soweit Berichtigungen der Nrn. 8653 und 16 EBM in Fällen des "Carcinoma in situ" und "weit zurückliegenden Tumordiagnosen" vorgenommen worden sind, und die Beklagte zu verurteilen, eine entsprechende Nachvergütung vorzunehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und bezieht sich auf das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12. Februar 2003 (S 17 KA 325/00). Es sei auf den Wortlaut der zwischen den regionalen Krankenkassen und ihr geschlossenen Onkologie-Vereinbarung abzustellen. § 2 Abs. 5 Satz 2 der Vereinbarung beinhalte den Begriff der soliden (lat. solidus = fest) Tumore, § 7 Abs. 2 Satz 1 der Vereinbarung den Begriff des floriden (floridus, lat. = blühend, stark entwickelt) Tumorleidens. Die Anlage 1 zur Onkologie-Vereinbarung vom 13. Juni 1995 enthalte in Nr. 1 unter Hinweis auf Abr. Nr. 8653 den Begriff der Behandlung solider Tumoren. Mit dem Begriff "florider Tumor" sei eine allgemeinverständliche Formulierung für den Zustand gefunden worden, in dem bei dem Patienten, z. B. mit bildgebenden, endoskopischen

oder laborchemischen Verfahren, eine Geschwulst festgestellt werde. Diese könne bei einer Bluterkrankung, im Gegensatz zu einer Geschwulst in einem soliden Organ, festgestellt werden, so dass der Begriff "florider Tumor" nicht unbedingt einer medizinischen Nomenklatur entspreche. "Floride" heiße in diesem Zusammenhang, dass bei dem Patienten ein Tumor nachgewiesen sei, der der Behandlung bedürfe. Das Carcinoma in situ des Gebärmuttermundes erfordere nicht den erhöhten Aufwand, der nach der Onkologie-Vereinbarung abgegolten werden solle. Es entspreche einer ausgeprägten Unregelmäßigkeit (Dysplasie) von Zellen dort, die (noch) nicht einem soliden, floriden Karzinom, auch nicht einem invasiven Karzinom, gleichkomme, das sich daraus aber entwickeln könne. Die Onkologie-Vereinbarung regle weder die Krebsvorsorge noch die Krebsnachsorge.

Ergänzend wird auf den Inhalt der Prozessakten, der Gerichtsakten S 3 KA 1041/00 und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist statthaft, form- und fristgerecht eingelegt und auch im Übrigen zulässig (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG)).

Da die einzelne Behandlung solider Tumoren (Nr. 8653) in den streitigen Quartalen mit 50,- DM vergütet wurde (Anlage 1 Nr. 1 zur Onkologie-Vereinbarung) und u. a. die Abrechnung von mehr als 90 dieser Leistungen im Streit ist, ist die Berufungssumme (mehr als 500,- EUR) überstiegen (§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG a. F.).

Das Rechtsmittel ist aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 12. Juli 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 4. Februar 2004 ist, soweit noch angegriffen, rechtmäßig. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die streitige Vergütung. Die Beklagte hat zu Recht den Ansatz von Leistungen nach Nr. 16 EBM bzw. Nr. 8653 EBM in den Fällen von seiner Honorarabrechnung abgesetzt, in denen ein "Carcinoma in situ" bzw. eine "weit zurückliegende Tumordiagnose" vorliegen. Rechtsgrundlagen für die Berichtigung sind § 45 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte und § 34 Abs. 4 Bundesmantelvertrag Ärzte/Ersatzkassen i. V. m. gesamtvertraglichen Regelungen und den Vorschriften des Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) der Beklagten. Hiernach stellt die Beklagte die Abrechnung des Vertragsarztes nach Maßgabe der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen sowie der Vorschriften des HVM (vgl. § 8 Abs. 1 a. F.) sachlich/rechnerisch richtig. Hinsichtlich der Quartale II/98 bis III/99 sind die Berichtigungen in der Vierjahresfrist des § 8 Abs. 6 Satz 4 HVM a. F. ergangen. Sie sind auch im Übrigen nicht zu beanstanden.

Nach § 7 Abs. 2 Satz 1 Onkologie-Vereinbarung werden zur Erstattung des besonderen Aufwandes, welcher durch die onkologische Betreuung von Patienten mit floriden Tumorleiden (oder maligner Hämoblastose) nach Maßgabe dieser Vereinbarung anfällt, dem onkologisch verantwortlichen Arzt zusätzlich Kosten erstattet, wenn die in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen in ihrer Gesamtheit erfüllt worden sind. Die Höhe der Kosten für die Durchführung und/oder Koordination der in § 3 Abs. 1-3 Onkologie-Vereinbarung genannten Maßnahmen, für die Durchführung einer spezifischen intrakavitären (intravesikal, intrapleural, intraabdominal, intrathekal) zytostatischen Tumorthherapie gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4.4 Onkologie-Vereinbarung sowie für die intravasale (intravenös/intraarteriell) zytostatische Chemotherapie gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4.1 und Nr. 4.2 Onkologie-Vereinbarung wird als Anlage 1 festgelegt (§ 7 Abs. 2 Satz 2 Onkologie-Vereinbarung). Die Onkologie-Vereinbarung-Ersatzkassen (Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung, a. a. O.) bestimmt für ihren Anwendungsbereich in § 7 Abs. 2 Satz 2, dass die Höhe der Kosten durch die Partner der Gesamtverträge festgelegt wird.

Anlage 1 Nr. 1 zur Onkologie-Vereinbarung vom 13. Juni 1995 bestimmt, dass der onkologisch verantwortliche Arzt für die Durchführung und/oder Koordination der in § 3 Abs. 1 bis 3 der Vereinbarung genannten Maßnahmen pro Behandlungsfall bei der Behandlung einer Hämoblastose (= Oberbegriff für bösartige Erkrankung des blutbildenden Systems ohne Bildung solider Tumoren, vgl. Pschyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl., 2002, S. 642) eine Kostenerstattung von 100,- DM (Abr. Nr. 8652) und bei der Behandlung solider Tumoren 50,- DM (Abr. Nr. 8653, jetzt 25,56 EUR) ggf. zusätzlich zu den - hier nicht in Rede stehenden - Erstattungen nach Nr. 2 oder 3 der Anlage 1 erhält. Den Begriff des "floriden" Tumors enthält die Anlage 1 (Nr. 1) nicht. Ein Blick z. B. auf die Regelungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayern (Genehmigungen/Genehmigungsart/genehmigte Leistungsnummer nach EBM '96/adäquate Leistungsnummer nach EBM ab 01.04.05) zeigt allerdings, dass als "Genehmigungsart" die "Behandlung florider Tumorleiden oder maligner Hämoblastose - Regionalkassen" auch dort gebräuchlich und hierfür als genehmigte Leistungsnummer nach EBM '96 die Nr. 8650 EBM (ab 1. 04.05 Nr. 86500 EBM) ansetzbar ist (während für die Behandlung einer Hämoblastose - Ersatzkassen - , wie nach Anlage 1 zur Onkologievereinbarung vom 13. Juni 1995, die Abr. Nr. 8652 (jetzt 86502) maßgeblich ist).

Es kann dahingestellt bleiben, ob vorliegend die Behandlung "florider Tumoren" unter die Abr. Nr. 8652 (wie die Behandlung einer (malignen) Hämoblastose) oder die Abr. Nr. 8653 (wie die Behandlung solider Tumoren) der Anlage 1 Nr. 1 zur Onkologie-Vereinbarung fällt. Soweit die Beklagte nämlich in Behandlungsfällen des Klägers, in denen er weder einen "floriden Tumor" im Sinne des § 7 Abs. 2 Satz 1 der Onkologie-Vereinbarung noch einen "soliden Tumor" im Sinne von deren Anlage 1 Nr. 1 (auch §§ 2 Abs. 5, 3 Abs. 1 4.2 der Vereinbarung) diagnostiziert hat, die Voraussetzungen dieser Abrechnungsvorschrift nicht als gegeben erachtet hat, begegnet dies keinen Bedenken. Ein Aufwand für die Behandlung der vom Kläger diagnostizierten Carzinomae in situ wird nach diesen Vorschriften bzw. (regionalen) Gebührenordnungsnummern dem onkologisch verantwortlichen Arzt nicht zusätzlich erstattet.

Das Carcinoma in situ (in natürlicher Lage, Stellung, vgl. Pschyrembel, a. a. O., S. 266) ist ein präinvasives Karzinom (der Gruppe 0), ein so genanntes Oberflächenkarzinom, ein Karzinom, das die Basalmembran noch nicht durchbrochen hat. Im Einzelfall ist nicht vorauszusagen, wann ein Carcinoma in situ in ein invasives Karzinom übergeht (oft lange Latenz). Das Carcinoma in situ gilt als obligates Anfangsstadium eines Karzinoms und ist vom Mikro- bzw. so genannten Frühkarzinom histologisch abzugrenzen. Es gilt als Form einer Präcancerose, wird als klinisch-morphologisch (z. B. Leukoplakie, proliferierende Mastopathie) bzw. durch histologische Kriterien (zelluläre und epitheliale Atypie, epitheliale Dysplasie u. a.) definiertes potentiell Vorstadium eines Karzinoms bezeichnet. Nach der statistischen Wahrscheinlichkeit, mit der eine Präcancerose in einem malignen Tumor übergeht, werden fakultative und obligate Präcancerosen unterschieden (vgl. Pschyrembel, a. a. O., S. 1349). Nach Auffassung des mit zwei habilitierten Internisten, Professor Dr. B. und Privatdozent Dr. S., sachkundig besetzten Senats wird das Carcinoma in situ daher von den - nicht ungebräuchlichen - Begriffen "florider Tumor" bzw. "solider Tumor" nicht erfasst. Es gehört damit nicht zu den Tumoren, die § 7 Abs. 2 der Onkologie-Vereinbarung als auch deren Anlage 1 meint und für deren Behandlung dem onkologisch verantwortlichen Arzt zusätzlich Kosten für besonderen Aufwand erstattet werden. Der Kläger hat, soweit er Carzinomae in

situ behandelt hat, keine der in § 7 Abs. 2 Satz 2 der Vereinbarung genannten Maßnahmen durchgeführt, für die die Anlage 1 die Höhe der Kosten festlegt. Die allgemeine Krebsnachsorge zählt nicht zu den Belastungen und Kosten des onkologisch verantwortlichen Arztes, wegen derer eine besondere Regelung zur Kostenerstattung für den onkologisch verantwortlichen Arzt getroffen worden ist (vgl. § 3 Abs. 3 Sätze 1 und 2 Onkologie-Vereinbarung). Durch die begleitende Beobachtung eines Carzinoma in situ weist der Kläger der Beklagten nicht die Erfüllung der in der Onkologie-Vereinbarung festgelegten "weiteren Erfordernisse" nach, die Voraussetzung für die Abrechnung besonderer Kosten sind (vgl. § 2 Abs. 3 Satz 3 Onkologie-Vereinbarung). Auf die Begründung des Sozialgerichts Düsseldorf im Urteil vom 12. Februar 2000 (S 17 KA 325/00, Bl. 131 GA) und auf den Inhalt des Schriftsatzes der Beklagten vom 9. August 2007 (Bl. 129 GA) wird ergänzend verwiesen (vgl. auch Bayerisches Landessozialgericht v. 14. November 2007 – [L 12 KA 16/06](#), juris; Sozialgericht Stuttgart v. 16. Mai 2002 – [S 5 KA 69/02](#), juris).

Soweit die Beklagte eine Leistung nach Nr. 16 EBM gestrichen hat, weil kein florider Tumor vorgelegen habe, ist auch dies nicht zu beanstanden. Zutreffend hat das Sozialgericht ausgeführt, dass für die Abrechnung dieser Leistung die kontinuierliche Betreuung eines tumorkranken Patienten unter tumorspezifischer Behandlung (durch einen Internisten mit der Schwerpunktbezeichnung "Hämatologie und Onkologie" bzw. durch den Kläger als Frauenarzt und onkologisch verantwortlicher Arzt auf Grund älterer Abrechnungsgenehmigung) erforderlich ist und ein carcinoma in situ eine tumorspezifische Behandlung gerade (noch) nicht erfordert.

Auch die Streichung von sieben Leistungen nach Nr. 8653, weil eine weit zurück liegende Tumordiagnose vorgelegen habe (Tumordiagnose alt: 1958, 1973, 1989, 1991 (4)), ist nicht zu beanstanden. Vorliegend waren die Tumordiagnosen bereits vor mehr als 40, 25, 10 und 8 Jahren gestellt worden. Hierbei handelt es sich nicht (mehr) um die Behandlung solider Tumore. Die jahrelange Nachsorge bei einem Krebspatienten stellt keine solche Behandlung dar. Dies geht im Übrigen auch schon aus den Regelungen in § 7 Abs. 3 Satz 1 Onkologie-Vereinbarung und in deren Anlage 1 hervor, nach welchen die Kostenerstattungen nach § 7 Abs. 2 (nur) einmal (und nur an einen onkologisch verantwortlichen Arzt im Sinne dieser Vereinbarung) pro Behandlungsfall gezahlt werden.

Der Senat vermag sich schließlich die Auffassung von Dr. H. nicht anzueignen. Es trifft nicht zu, dass dem Kläger die Kostenerstattung nach Nr. 8653 (jetzt: 86503) zu Unrecht verweigert wird. Er hat die Voraussetzungen dieser Gebührenordnungsposition nur nicht erfüllt. Das bedeutet nicht, dass bei einem Carzinoma in situ (CIN III) keine ärztliche Therapie (etwa Konisation, lokal destruierende, einfache Hysterektomie, LLETZ (large loop excision of the transformation zone)) erfolgen kann. Diese ist aber nicht nach der Onkologie-Vereinbarung abrechenbar.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Der Senat sieht keinen Anlass, die Kostenentscheidung des Sozialgerichts deshalb zu ändern, weil der Kläger im Vorverfahren zu einem Bruchteil Erfolg gehabt hat. Zwar sind Kosten die Gerichtskosten (Gebühren und Auslagen) und die zur zweckentsprechenden Rechtsverfolgung und Rechtsverteidigung notwendigen Aufwendungen der Beteiligten einschließlich der Kosten des Vorverfahrens ([§ 162 Abs 1 VwGO](#) i. V. m. [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Die Gebühren und Auslagen eines Rechtsanwalts sind stets erstattungsfähig ([§ 162 Abs. 2 Satz 1 VwGO](#)). Nach [§ 155 Abs. 1 Satz 3 VwGO](#) können einem Beteiligten indes die Kosten ganz auferlegt werden, wenn der andere nur zu einem geringen Teil unterlegen ist. So liegt der Fall hier.

Der Senat hat die Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfür fehlen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2008-10-20