

L 12 KA 79/12

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 39 KA 1250/08

Datum

20.04.2012

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 79/12

Datum

12.02.2014

3. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Für die Abrechnung der Nr 8651 ist die Angabe eines Zytostatikums notwendig, aber auch ausreichend.

I. Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 24.04.2012 (Quartal 4/01, S 39 KA 1251/08, L [12 KA 80/12](#)) insoweit aufgehoben, als die Beklagte verpflichtet wurde, in mehr als 39 Fällen die Ziffer 8651 nachzuvergüten. Die Klage der Klägerin wird insoweit abgewiesen und die Berufung der Beklagten im Übrigen zurückgewiesen.

II. Die Berufungen der Beklagten gegen die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts München vom 20.04.2012 und 24.04.2012 (Quartale 1/01, 1/02 bis 4/02, [L 12 KA 79/12](#), L 12 KA 81/12 bis L 12 KA 84/12) werden zurückgewiesen.

III. Die Beklagte hat die Kosten der Berufungsverfahren zu tragen.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

I.

Die Klägerin wendet sich gegen sachlich-rechnerische Richtigstellungen in den Quartalen 1/01, 4/01 bis 4/02. Die Klägerin ist in A-Stadt zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und nimmt als Internistin/Hämatologie an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 26.07.2001 das Honorar der Klägerin für das Quartal 1/2001 mit 252.435,38 EUR festgesetzt. Mit Richtigstellungsbescheid vom 26.07.2001 wurde in 78 Fällen die GOP 8651 EBM mit der Begründung abgesetzt, die Voraussetzungen zur Abrechnung der Leistung seien nicht erfüllt.

Gegen den Richtigstellungsbescheid vom 26.07.2001 hat die Klägerin mit Schreiben vom 03.08.2001 Widerspruch eingelegt. Die GOP 8651 EBM sei eine Leistungsziffer für parenterale Polychemotherapien. Bei den oben aufgeführten Behandlungsfällen handle es sich ausnahmslos um parenterale Polychemotherapien bei Tumorpatienten, bei denen bereits die GOP 8650 EBM abgerechnet worden sei. Die parenterale Polychemotherapie der GOP 8651 EBM umfasse auch die Monochemotherapie mit zytostatisch wirkenden Substanzen inkl.

Bisphosphonaten, Zytokinen, monoklonalen Antikörpern und Hormonen. Damit sei die Abrechnung der GOP 8651 EBM vollauf begründet.

Die Beklagte hat mit Abhilfebescheid vom 16.10.2001 der Klägerin in 3 Behandlungsfällen Recht gegeben und ihr 291,43 EUR (= 3 x Nr. 8651) nachvergütet. In den verbleibenden Fällen handle es sich bei den in Kombination mit einer Monotherapie abgerechneten Medikamenten (z.B. Aredia oder Bondronat) nicht um Zytostatika, daher seien die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 8651 EBM nicht gegeben. Diese Medikamente würden nur in Verbindung mit zwei Zytostatika aus der Monochemotherapie oder einem Zytostatikum aus der Polychemotherapie die Berechnungsfähigkeit der GOP 8651 EBM ergeben.

Die Beklagte hat mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 den Widerspruch der Klägerin im Übrigen zurückgewiesen, da die Voraussetzungen zur Abrechnung der GOP 8651 EBM nicht vorliegen würden. Die GOP 8651 EBM sei nach dem derzeit geltenden Leistungstext nur bei einer parenteralen Polychemotherapie abrechenbar. Das heiße, mehrere verschiedene Zytostatika müssten verabreicht werden. Die in den zur Rede stehenden Fällen angegebenen Medikamente würden nicht einer Polychemotherapie entsprechen, sondern seien nur im Rahmen einer Monochemotherapie verwendbar.

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin vom 26.07.2002 zum Sozialgericht München (Az.: zuletzt [S 39 KA 1250/08](#)). Die Klage wurde mit Schriftsatz der Klägerin vom 20.02.2006 näher begründet. Die Beklagte habe bis zum 4. Quartal 2000 die im Klageantrag genannten Bisphosphonate und Zytostatika sowie andere antineoplastische Mittel für die Ansetzung der GOP 8651 EBM als berechtigt angesehen. Ab dem 1. Quartal 2001 habe die Beklagte ihre Abrechnungspraxis dahingehend geändert, dass sie bei Anwendung der vorbenannten Arzneimittel den Ansatz der GOP 8651 EBM als nicht mehr berechtigt angesehen habe, weil es sich bei den Bisphosphonaten um kein Chemotherapeutikum handle und im Übrigen die Arzneimittel nicht im Rahmen einer Polychemotherapie verabreicht worden seien. Die Argumentation der Beklagten könne schon aus teleologischen Gründen nicht überzeugen, da wohl der Terminus "poly" zunächst auf ein Mehrfachpräparat zu verweisen scheine, jedoch die Einfügung in der Klammer ausdrücklich "das verwendete Arzneimittel", also im Singular, angegeben sei. Dies könne nach hiesiger Auffassung dahinstehen, da heutiger medizinischer Standard neben anderem die sog. sequenzielle Monotherapie sei, d.h. einzelne Substanzen würden in höherer Dosierung verabreicht (vgl. Urteil des SG München, Az.: [S 38 KA 1341/02](#)). Die Beklagte habe die GOP 8651 EBM bei den Bisphosphonaten Aredia, Bondronat, Bonefos und Zometa abgesetzt. Alle vorbenannten Arzneimittel würden über einen ähnlichen Wirkstoff verfügen. Sie würden bei im Wesentlichen gleicher Indikation eingesetzt, wobei das Therapiespektrum bei Zometa und Bondronat noch umfassender sei. Bezüglich der Abrechenbarkeit werde wiederum auf das Urteil des Sozialgerichts München, Az.: [S 38 KA 1341/02](#), verwiesen. Bei den weiteren nach Klageantrag 1), mithin außer den unter 2) genannten Arzneimitteln handle es sich ausschließlich um solche, welche in der Roten Liste in der Gruppe "Zytostatika, andere antineoplastische Mittel" aufgenommen seien. Diese seien im Rahmen von sequenziellen Monotherapien, zytostatischen Kombinationen oder in Kombination mit anderen Arzneimitteln, welche zytoprotektiv seien, verabreicht worden. Die zellwachstumshemmende oder zellvernichtende Wirkung der vorbenannten Arzneimittel sollte aufgrund ihrer Aufnahme in der Roten Liste in der Gruppe "Zytostatika, andere antineoplastische Mittel" zwischen den Prozessparteien unstreitig sein. Die Auffassung der Beklagten, dass mit dem Begriff Polychemotherapie in der GOP 8651 EBM bei der Behandlung von Tumoren ausschließlich mehrere zytostatische oder antineoplastische Mittel zum Einsatz kommen müssten, entspreche nicht mehr dem Stand der Medizin.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 19.04.2006 eine geordnete Zusammenstellung der in dem streitbefangenen Quartal behandelten Patienten nach Namen, Vornamen, der bei der Therapie eingesetzten zytostatisch wirksamen Substanzen und/oder Bisphosphonate sowie die Namen und Vornamen der mit sequenzieller Monochemotherapie behandelten Patienten und das hierbei zur Anwendung gekommene Monochemotherapeutikum übersandt.

Hierzu hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 07.06.2006 geäußert. Vorliegend seien die für die Vergütungsfähigkeit von Maßnahmen im Sinne der GOP 8651 EBM in der Vereinbarung zur Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in Bayern festgelegten Voraussetzungen nicht erfüllt worden (Hinweis auf Urteil des SG München vom 26.02.2002, Az.: S 22 KA 2708/01; sowie Urteil des SG München vom 24.01.2006, Az.: [S 38 KA 152/05](#), mit dem die vormalige anders lautende Entscheidung vom 23.03.2005, Az.: [S 38 KA 1341/02](#) korrigiert wurde). Nach der Rechtsprechung des BSG dürften Leistungsbeschreibungen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewendet werden (BSG SozR 3-5535 Nr. 119 Nr. 1). Infolge dessen sei es ausgeschlossen, unter Hinweis auf eine tatsächlich bestehende oder nur behauptete übereinstimmende medizinisch-wissenschaftliche Auffassung erweiterte Abrechnungsmöglichkeiten damit zu begründen, die Terminologie der Gebührenordnungen werde der medizinischen Realität nicht gerecht (vgl. BSG, Urteil vom 25.08.1999, Az.: [B 6 KA 32/98 R](#)). Die Ablehnung der Anerkennung der hier in Frage stehenden Leistungen sei auch aus Gründen des Vertrauensschutzes nicht rechtswidrig (hierzu Hinweis auf Urteil des BSG vom 20.03.1996, Az.: [6 RKA 34/95](#)).

Nach Ruhen des Verfahrens in Hinblick auf einen beim Bayer. Landessozialgericht anhängigen Rechtsstreit (Az.: [L 12 KA 16/06](#)) und Wiederaufnahme des Verfahrens nach Erlass des Urteils am 14.11.2007 und einer entsprechenden Anregung der Vorsitzenden erster Instanz auf eine vergleichsweise Beendigung des Rechtsstreits, hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 02.08.2011 eine vergleichsweise Regelung für nicht möglich erachtet. Zu der Formulierung in dem Urteil des Bayer. Landessozialgerichts vom 14.11.2007, Az.: [L 12 KA 16/06](#), "dabei sei die parenterale Verabreichung der Medikamente ebenso unstreitig, wie die Tatsache, dass ungeachtet des Wortlauts "Polychemotherapie" diese Ziffer auch dann abrechenbar sei, wenn die Behandlung nur mit einem Medikament im Sinne dieser Vorschrift erfolgt", wird vorgetragen, dass für die Interpretation vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen nach ständiger Rechtsprechung des 6. Senats des BSG in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich sei und Leistungsbeschreibungen weder ausdehnend ausgelegt noch analog angewandt werden dürften. Bei dem Terminus "Polychemotherapie" handle es sich um einen speziellen, auf onkologische Behandlungen bezogenen medizinischen Fachbegriff. Er bezeichne die "Kombinationstherapie verschiedener Chemotherapeutika mit dem Ziel einer möglichen Wirkungserhöhung in der Krebsbekämpfung". Unter den Begriff der Monochemotherapie falle demgegenüber "die Verwendung einer antineoplastischen Substanz in der Krebsbekämpfung". Die Grenzen der Auslegung wären zweifellos überschritten, wenn dem Terminus "Polychemotherapie" auch der Sinngehalt des Begriffs "Monochemotherapie" beigelegt würde, der das genaue Gegenteil bezeichne. Gestützt werde der von der Beklagten vertretene Standpunkt zudem durch die in Nr. 6.3 des Abschnitts II der "Vereinbarung zur Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in Bayern" in Verbindung mit Nr. 2 der Anlage 1 getroffenen Regelungen. Laut Nr. 6.3 Abs. 2 falle die Vergütung der parenteralen Polychemotherapie im Sinne der Nr. 6.2 nur für den onkologisch verantwortlichen Arzt an. Die in diesem Zusammenhang in Nr. 2 Abs. 1 Anlage 1 statuierten Anforderungen würden sich wie folgt darstellen: "Der onkologisch verantwortliche Arzt habe seine fachliche Qualifikation durch eine mindestens zweijährige praktische Tätigkeit in der Diagnostik und Therapie maligner Erkrankungen, die sich insbesondere auf die Durchführung der Polychemotherapie und die Anwendung von Hormonen erstrecken muss, nachzuweisen." Mit weiterem Schriftsatz vom 18.10.2011 hat die Beklagte nochmals ausgeführt, dass die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals "Polychemotherapie" voraussetze, dass mehrere Zytostatika verabreicht würden. Daran fehle es in einer Vielzahl der hier in Frage stehenden Fälle, in denen entweder lediglich ein Zytostatikum verwendet worden sei oder ein Zytostatikum in Kombination mit anderen Arzneimitteln, wie z.B. Folsäure, bei denen es sich um kein Zytostatikum handle. Es folgt eine Aufstellung der ursprünglich streitigen 78 Behandlungsfälle mit Angabe der verordneten Medikamente.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 06.02.2012 ihrerseits eine Übersicht zu allen Patienten mit den verordneten Medikamenten übersandt. Das Sozialgericht München hat mit Gerichtsbescheid vom 20.04.2012 den Richtigstellungsbescheid der Beklagten vom 26.07.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 insoweit aufgehoben, als die Ziffer 8651 in 35 Fällen abgesetzt wurde und hat die Beklagte verpflichtet, die Leistungen entsprechend nachzuvergüten. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen. Die Klage sei bezüglich der Absetzung der GOP 8651 teilweise begründet. Die Absetzung der GOP 8651 sei in den 35 Fällen rechtswidrig, in denen im Rahmen der Abrechnung dieser Ziffer ein Zytostatikum angegeben worden sei. In diesen Fällen seien die Voraussetzungen für die Abrechnung der GOP gegeben. Die Leistungslegende zur Nr. 8651 habe folgenden Inhalt: Parenterale Polychemotherapie (das verwendete Arzneimittel ist in der Abrechnung anzugeben) pro Behandlungsfall zusätzlich zum Betrag nach der Nr. 8650." Die in Bezug genommene Nr. 8650 lautet: "Behandlung florider Tumorleiden oder maligner Hämoblastose pro Behandlungsfall." Die Beklagte habe die GOP mit der Begründung, die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals "Polychemotherapie" setze voraus, dass mehrere Zytostatika verabreicht worden seien, offensichtlich in allen Fällen abgesetzt, in denen im Zusammenhang mit der Abrechnung der GOP nur ein Arzneimittel angegeben worden sei. Rechtswidrig sei die Absetzung in den Fällen, bei denen im Rahmen der Abrechnung der GOP ein Zytostatikum angegeben worden sei, im gleichen

Behandlungsquartal aber - aus dem Behandlungsausweis ersichtlich - auch weitere Zytostatika verabreicht worden seien (beispielsweise Patient H. Kr., der zusätzlich zu dem Zytostatikum Taxol das Zytostatikum 5 FU erhalten habe). In diesen Fällen, in denen eine Mehrzahl von zytostatischen Substanzen verabreicht worden sei, sei man offensichtlich davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen der Vergütungsbestimmungen nicht vorliegen, wenn im Rahmen der Abrechnung der Ziffer nur eine Substanz angegeben worden sei. Es liege aber die aus Sicht der Beklagten für die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals erforderliche Verabreichung mehrerer Zytostatika offensichtlich vor. Aus dem klaren Wortlaut der Bestimmung ergebe sich weiter, dass für die Abrechnung der Ziffer das verwendete Arzneimittel anzugeben sei. Auch dies sei in diesen Fällen offensichtlich erfolgt. Die Voraussetzungen der Ziffer 8651 seien zur Überzeugung des Gerichts auch in den Fällen erfüllt, in denen nur eine zytostatische Substanz verabreicht worden sei. Die Möglichkeit der Abrechnung der GOP 8651 bei der Therapie mit nur einem Chemotherapeutikum bzw. dem Einsatz mehrerer Chemotherapeutika nicht neben-, sondern nacheinander ergebe sich bereits aus dem Wortlaut der Bestimmung. Der Begriff Polychemotherapie im Rahmen der GOP 8651 umfasse nicht nur die Behandlung mit mehreren Substanzen, sondern auch eine Mehrzahl von Behandlungen mit nur einem Präparat. Dafür spreche der weitere Wortlaut der Bestimmung, nach der das verwendete Arzneimittel in der Abrechnung anzugeben sei. Auch die Auslegung der Bestimmung, nach der der besondere zusätzliche Aufwand, der durch die chemotherapeutische Behandlung im Rahmen der onkologischen Versorgung entstehe, vergütet werden solle, ergebe, dass es auf eine Verabreichung mehrerer Zytostatika nicht ankomme. Im Übrigen habe die Beklagte dem Widerspruch in drei Fällen abgeholfen, in denen ein monoklonaler Antikörper mit einem Zytostatikum verabreicht worden sei. Sie habe im Abhilfeverfahren ausgeführt, die Nichtzytostatika ergäben auch in Verbindung mit einem Zytostatikum aus der Polychemotherapie die Berechnungsfähigkeit. Dem entspreche auch, dass diese Frage - wie sich aus den Entscheidungsgründen des Urteils im damaligen Verfahren [L 12 KA 16/06](#) ergebe - zwischen der Beklagten und den damaligen Klägern unstreitig gewesen sei. Die Absetzung der GOP 8651 in den übrigen 40 Fällen, in denen lediglich eine Therapie mit Bisphosphonaten, Interferon oder monoklonalen Antikörpern erfolgt sei und gerade keine der zu den Zytostatika und Metastasenhemmern zu rechnenden Substanzen verabreicht worden sei bzw. in denen bei der Abrechnung der streitgegenständlichen GOP eine der genannten Substanzen angegeben worden sei, sei dagegen rechtmäßig.

Hiergegen hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 21.05.2012 Berufung zum Bayer. Landessozialgericht eingelegt.

II.

Die Beklagte hat mit Bescheid vom 18.04.2002 das Honorar der Klägerin für das Quartal 4/2001 in Höhe von 170.760,50 EUR festgesetzt. Mit Richtigstellungsbescheid vom 18.04.2002 hat die Beklagte in 82 Fällen die GOP 8651 mit der Begründung abgesetzt, die Voraussetzungen zur Abrechnung dieser Leistung seien nicht erfüllt. Hiergegen hat die Klägerin mit Schriftsatz vom 02.05.2002 Widerspruch eingelegt und hat diesen mit Schreiben vom 06.06.2002 näher begründet. Die GOP 8651 sei eine Leistungsziffer für parenterale Polychemotherapien. Bei den oben aufgeführten Behandlungen handle es sich ausnahmslos um parenterale Polychemotherapien bei Tumorkranken. Voraussetzung für die Abrechnung sei der Einsatz zytostatisch wirksamer Substanzen. Bei den aufgeführten Präparaten liege dies nachweislich vor.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 20.06.2002 zurückgewiesen. Die GOP 8651 sei nach dem derzeit geltenden Leistungstext nur bei einer parenteralen Polychemotherapie abrechenbar, d.h. bei Verabreichung mehrerer verschiedener Zytostatika. Die in den zur Rede stehenden Fällen angegebenen Medikamente würden jedoch nicht im Rahmen einer Polychemotherapie, sondern nur im Rahmen einer Monotherapie verwendbar sein.

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin vom 26.07.2002 zum Sozialgericht München. Die im Rahmen des Klageverfahrens gewechselten Schriftsätze entsprechen inhaltlich den zum Quartal 1/01 gewechselten Schriftsätzen (Verfahren [S 39 KA 1250/08](#)).

Das Sozialgericht München hat mit Gerichtsbescheid vom 24.04.2012 den Richtigstellungsbescheid der Beklagten vom 18.04.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 insoweit aufgehoben, als die GOP 8651 in 43 Fällen abgesetzt worden ist und hat die Beklagte verpflichtet, die Leistungen entsprechend nachzuvergüten. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen. Die Begründung des Gerichtsbescheides entspricht der Begründung des Widerspruchsbescheides zum Quartal 1/01. Rechtswidrig sei danach die Absetzung in den Fällen, bei denen im Rahmen der Abrechnung der Ziffer das Zytostatikum angegeben gewesen sei, im gleichen Behandlungsquartal aber - aus dem Behandlungsausweis ersichtlich - auch weitere Zytostatika verabreicht worden seien. Die Voraussetzungen der GOP 8651 seien weiter auch in den Fällen erfüllt, in denen nur eine zytostatische Substanz verabreicht worden sei und mit diesem Präparat eine Mehrzahl von Behandlungen durchgeführt worden sei.

Gegen den Gerichtsbescheid vom 24.04.2012, Az.: S 39 KA 1251/08, richtet sich die Berufung der Klägerin zum Bayer. Landessozialgericht.

III.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 05.07.2002 das Honorar der Klägerin für das Quartal 1/02 auf 191.066,78 EUR festgesetzt.

Die Beklagte hat mit Richtigstellungsbescheid vom 05.07.2002 in 89 Fällen die GOP 8651 mit der Begründung abgesetzt, die Voraussetzungen zur Abrechnung der Leistungen seien nicht erfüllt.

Der Widerspruch der Klägerin hiergegen vom 19.07.2002 wurde mit Widerspruchsbescheid vom 21.11.2002 zurückgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin vom 23.12.2002 zum Sozialgericht München (Az.: zuletzt S 39 KA 1252/08). Die gewechselten Schriftsätze entsprechen inhaltlich den Vorquartalen, bezogen auf die Patienten des Quartals 1/02.

Das Sozialgericht München hat mit Gerichtsbescheid vom 24.04.2012 den Richtigstellungsbescheid der Beklagten vom 05.07.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21.11.2002 aufgehoben, soweit die GOP 8651 in 41 Fällen abgesetzt worden ist und hat die Beklagte verpflichtet, die Leistungen entsprechend nachzuvergüten. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen.

Das SG stellt zunächst fest, dass die Klage hinsichtlich der Umsetzung der GOP 278 in die GOP 446 zurückgenommen worden sei und deshalb nicht Gegenstand der Entscheidung sei. Die Klage bezüglich der Absetzung der GOP 8651 sei teilweise begründet. Die Absetzung der GOP 8651 sei zusätzlich zu der im Rahmen des gerichtlichen Verfahrens erfolgten Nacherstattung für den Fall der Patientin A. D. (Schriftsatz vom 18.10.2011) in weiteren 41 Fällen rechtswidrig, in denen im Rahmen der Abrechnung dieser GOP ein Zytostatikum angegeben worden sei. In diesen Fällen seien die Voraussetzungen für die Abrechnung der GOP gegeben. Rechtswidrig sei die Absetzung in den Fällen, bei denen im Rahmen der Abrechnung der GOP ein Zytostatikum angegeben worden sei, im gleichen Behandlungsquartal aber - aus dem Behandlungsausweis ersichtlich - auch weitere Zytostatika verabreicht worden seien. Ein Beispiel hierfür sei die Patientin E. H., die zusätzlich zu dem Zytostatikum Udicil das Zytostatikum Cyclophosphamid erhalten habe. In diesen Fällen, in denen eine Mehrzahl von zytostatischen Substanzen verabreicht worden sei, sei man offensichtlich - trotz des diesbezüglich klaren Wortlauts der Bestimmung, mit

der die entsprechenden Leistungen eines Behandlungsfalles, also die Behandlung innerhalb eines gesamten Kalendervierteljahres, § 21 Abs. 1 BMV-Ä, vergütet worden seien - davon ausgegangen, dass die Voraussetzungen der Vergütungsbestimmung nicht vorliegen, wenn im Rahmen der Abrechnung der GOP nur eine Substanz angegeben werde. Es liege aber die aus Sicht der Beklagten für die Erfüllung des Tatbestandsmerkmals erforderliche Verabreichung mehrerer Zytostatika offensichtlich vor. Aus dem klaren Wortlaut der Bestimmung ergebe sich weiter, dass für die Abrechnung der GOP das verwendete Arzneimittel anzugeben sei. Auch dies sei in diesen Fällen offensichtlich erfolgt. Die Voraussetzungen der GOP 8651 seien zur Überzeugung des Gerichts auch in den Fällen erfüllt, in denen nur eine zytostatische Substanz verabreicht worden sei. Die Möglichkeit der Abrechnung der GOP 8651 bei der Therapie mit nur einem Chemotherapeutikum bzw. dem Einsatz mehrerer Chemotherapeutika nicht neben-, sondern nacheinander ergebe sich bereits aus dem Wortlaut der Bestimmung. Der Begriff Polychemotherapie im Rahmen der GOP 8651 umfasse nicht nur die Behandlung mit mehreren Substanzen, sondern auch eine Mehrzahl von Behandlungen mit nur einem Präparat. Dafür spreche der weitere Wortlaut der Bestimmung, nach der das verwendete Arzneimittel in der Abrechnung anzugeben sei. Auch die Auslegung der Bestimmung, nach der der besondere zusätzliche Aufwand, der durch die chemotherapeutische Behandlung im Rahmen der onkologischen Versorgung entstehe, vergütet werden solle, ergebe, dass es auf eine Verabreichung mehrerer Zytostatika nicht ankomme. Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 21.05.2012.

IV.

Die Beklagte hat mit Honorarbescheid vom 30.09.2002 das Honorar der Klägerin für das Quartal 2/2002 auf 178.534,81 EUR festgesetzt. Mit Richtigstellungsbescheid vom 30.09.2002 hat die Beklagte zum einen die GOP 8651 in 86 Fällen mit der Begründung abgesetzt, die Voraussetzungen zur Abrechnung der Leistung seien nicht erfüllt. Des Weiteren wurde die GOP 278 (Infusion von mehr als 90 Min. Dauer oder Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika) in 626 Fällen in die GOP 446 (Überprüfung - z.B. anatomische Lage, Wundverhältnisse - eines zur Langzeitanalgesie angelegten Plexus-, Peridural- oder Spinalkatheters, ggf. einschließlich Injektion, Filterwechsel und Verbandwechsel oder Funktionskontrolle, ggf. mit Umprogrammierung und/oder Wiederauffüllung einer externen oder implantierten Medikamentenpumpe und/oder eines programmierbaren Simulationsgerätes im Rahmen der Langzeitanalgesie, je Sitzung) umgesetzt. Zur Begründung wurde ausgeführt, die Umprogrammierung einer implantierten oder externen Medikamentenpumpe sei nach der Gebührenordnungsposition 446 abzurechnen. Der Widerspruch der Klägerin hiergegen vom 11.11.2002 wurde mit Widerspruchsbescheid der Beklagten vom 14.01.2003 zurückgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Klage der Klägerin vom 14.02.2003 zum Sozialgericht München. Die gewechselten Schriftsätze entsprechen hinsichtlich der GOP 8651 den gewechselten Schriftsätzen in den Klageverfahren in den Vorquartalen. Hinsichtlich der GOP 278 wurde mit Schriftsatz der Klägerin vom 20.02.2006 geltend gemacht, dass diese GOP für die Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika angesetzt und abgerechnet worden sei. Eine Umsetzung in die GOP 446 sei nach dem EBM nicht zulässig. Die GOP 446 sei eine GOP aus dem Bereich der Anästhesieleistungen. Bei der Klägerin lägen weder die Voraussetzungen für die Berechnung einer derartigen Leistung vor, noch habe sie je eine derartige Leistung erbracht. Unabhängig von den Voraussetzungen habe die Klägerin auch keine Langzeitanalgesie bei den jeweiligen Patienten vorgenommen.

Die Beklagte hat hierzu mit Schreiben vom 05.07.2006 vorgetragen, dass unter der Programmierung einer (externen) Medikamentenpumpe deren Einstellung, betreffend die zu verabreichende Medikamentendosis sowie den zeitlichen Intervall zwischen den Applikationsvorgängen zu verstehen sei, wie sich der Bestimmung entnehmen lasse, bedürfe es zur Berechnungsfähigkeit der Nr. 278 EBM-Ä einer Erstprogrammierung der Pumpe. Dieser Anforderung sei vorliegend nicht Rechnung getragen worden, was anhand des Falles des Patienten J. K. beispielhaft für die übrigen streitigen Fälle dargestellt werde. Am 09.04.2002 habe die Klägerin laut dem einschlägigen Behandlungsausweis (vgl. Ablichtung in Anlage) eine Erstprogrammierung der betreffenden Medikamentenpumpe vorgenommen und zutreffend unter der GOP 278 EBM geltend gemacht. Zu den darauf folgenden Arzt-Patienten-Kontakten am 23.04., 07.05., 22.05., 05.06. und 18.06.2002 weise der vorerwähnte Behandlungsausweis erneut die GOP 278 EBM-Ä mit der Anmerkung "Erstprogrammierung Pumpe" aus, obwohl es sich hier jeweils nur eine sog. Umprogrammierung gehandelt haben könne, also eine Einstellung der Pumpe, die - ausgehend von der Erstprogrammierung - den im Laufe der Behandlung eingetretenen veränderten Umständen angepasst worden sei. Hier habe die Beklagte die unter der GOP 278 EBM-Ä geltend gemachten Leistungen in die geringer bewertete 446 EBM-Ä umgesetzt, da die tatbestandliche Voraussetzung der Erstprogrammierung gemäß der GOP 278 EBM-Ä nicht erfüllt worden sei (vgl. zur Problematik der Umsetzung in die GOP 446 EBM-Ä: Kommentierung zu GOP 278 EBM-Ä im Handkommentar zum EBM von Wezel/Liebold).

Das Sozialgericht München hat mit Gerichtsbescheid vom 20.04.2012 den Richtigstellungsbescheid der Beklagten vom 30.09.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.01.2003 insoweit aufgehoben, als die GOP 278 in die GOP 446 umgesetzt worden ist (626 Fälle) und soweit die GOP 8651 in 42 Fällen abgesetzt worden ist, und hat die Beklagte verpflichtet, die Leistungen entsprechend nachzuvergüten. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen. Die Klage sei bezüglich der Umsetzung der GOP 278 in die GOP 446 begründet. Die Beklagte habe die sachlich-rechnerische Richtigstellung ohne eigene Sachverhaltsermittlung offensichtlich alleine auf die Vermutung gestützt, eine Erstprogrammierung könne bei mehrfachen Patientenkontakten nicht vorliegen. Die Vermutung habe im Rahmen des Erörterungstermins durch die Klägerin widerlegt werden können. Diese Vorgehensweise der Beklagten genüge nicht den Anforderungen an die Prüfung der Honorarabrechnungen im Rahmen von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen. Es sei Aufgabe der Beklagten, zunächst den Sachverhalt zu ermitteln und Absetzungen nur dann vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen der Abrechnung tatsächlich nicht gegeben seien. Denn die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung sei bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung von der Kassenärztlichen Vereinigung zu beweisen. Mit der GOP 278 werde die Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika vergütet. Die Beklagte habe insofern vorgetragen, eine Erstprogrammierung sei jeweils beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt anerkannt und vergütet worden. Bei den darauf folgenden Patientenkontakten könne es sich nur um eine sog. Umprogrammierung handeln, also eine Einstellung der Pumpe, die ausgehend von der Erstprogrammierung den im Laufe der Behandlung eingetretenen veränderten Umständen anzupassen sei. Im Erörterungstermin am 15.02.2012 habe die Klägerin auf Frage der Vorsitzenden ausgeführt, die Ziffer 278 mit dem Zusatz Erstprogrammierung einer Pumpe sei bei Patienten angesetzt worden, bei denen Arzneimittel über eine Medikamentenpumpe verabreicht worden seien, die programmiert hätten werden müssen. Eine solche Programmierung sei für jeden einzelnen Patienten bei jedem einzelnen Besuch mit einer jeweils zur Verfügung stehenden Pumpe durchgeführt worden. Die Patienten hätten keine ihnen zugeordnete Pumpe gehabt. Bezüglich der GOP 8651 sei die Klage teilweise begründet. Die Absetzung dieser GOP sei in den 42 Fällen rechtswidrig gewesen, in denen im Rahmen der Abrechnung dieser GOP ein Zytostatikum angegeben worden sei. Rechtswidrig sei die Absetzung in den Fällen, in denen im Rahmen der Abrechnung der GOP ein Zytostatikum angegeben worden sei, im gleichen Quartal aber - aus dem Behandlungsausweis ersichtlich - auch weitere Zytostatika verabreicht worden seien. Die Voraussetzungen

der GOP 8651 seien zur Überzeugung des Gerichts auch in den Fällen erfüllt, in denen nur eine zytostatische Substanz verabreicht worden sei. Die Möglichkeit der Abrechnung der GOP 8651 bei der Therapie mit nur einem Chemotherapeutikum bzw. dem Einsatz mehrerer Chemotherapeutika nicht neben-, sondern nacheinander ergebe sich bereits aus dem Wortlaut der Bestimmung. Der Begriff Polychemotherapie im Rahmen der GOP 8651 umfasse nicht nur die Behandlung mit mehreren Substanzen, sondern auch eine Mehrzahl von Behandlungen mit nur einem Präparat. Dafür spreche der weitere Wortlaut der Bestimmung, nach der das verwendete Arzneimittel in der Abrechnung anzugeben sei. Auch die Auslegung der Bestimmung, nach der der besondere zusätzliche Aufwand, der durch die chemotherapeutische Behandlung im Rahmen der onkologischen Versorgung entstehe, vergütet werden solle, ergebe, dass es auf eine Verabreichung mehrerer Zytostatika nicht ankomme. Der zusätzliche Aufwand, der durch den Umgang mit Zytostatika entstehe, und die erhöhten Anforderungen an die Praxisausstattung und die im Rahmen der chemotherapeutischen Behandlung tätigen Praxismitarbeiter sowie die Anforderungen an die ärztliche Überwachung der behandelten Patienten würden durch die Behandlung mit Zytostatika an sich und nicht erst durch die Verabreichung einer Mehrzahl an Substanzen entstehen. Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 21.05.2012 zum Bayer. Landessozialgericht.

V.

Im Quartal 3/02 war die Klägerin Dr. A. in Gemeinschaftspraxis mit Herrn Dr. S. tätig, diese wenden sich gegen die Absetzung der von ihnen abgerechneten Leistungen für das Quartal 3/02. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 30.12.2002 das Honorar der Gemeinschaftspraxis für das Quartal 3/02 festgesetzt. Die Beklagte hat des Weiteren mit Richtigstellungsbescheid vom 30.12.2002 u.a. die GOP 278 in 666 Fällen in die GOP 446 umgesetzt, weil die Umprogrammierung einer implantierten oder externen Medikamentenpumpe nach der GOP 446 abzurechnen sei. Weiter wurde die GOP 8651 in 81 Fällen mit der Begründung abgesetzt, die Voraussetzungen zur Abrechnung der Leistung seien nicht erfüllt.

Gegen diesen an die Dres. A. und S. gerichteten Richtigstellungsbescheid haben diese mit Schreiben vom 08.01.2003 Widerspruch eingelegt, der mit Widerspruchsbescheid vom 28.10.2003 an die Rechtsanwaltskanzlei A. (Betreff: Ihre Mandantin Dr. A.) zugestellt wurde. Hiergegen hat die Klägerin am 17.10.2003 auch als Gesellschafterin der Praxisgemeinschaft Dres. A./S. Klage zum Sozialgericht München erhoben.

Die im Klageverfahren gewechselten Schriftsätze entsprechen im Wesentlichen den in den früheren Quartalen gewechselten Schriftsätzen. Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 18.07.2006 darauf hingewiesen, dass der streitige Anspruch auf Vergütung der in Frage stehenden Leistungen nach [§ 718 Abs. 1 BGB](#) von der Gemeinschaftspraxis Dres. A. und S., einer BGB-Gesellschaft, erworben worden sei. Durch die spätere Auflösung der Gemeinschaftspraxis zum 30.06.2003 sei die Gesellschaft nicht beendet worden, sie bestehe vielmehr bis zur vollständigen Auseinandersetzung nach [§ 730 Abs. 2 Satz 1 BGB](#) als Liquidationsgesellschaft fort. Geklagt habe aber - wie aus der Klageschrift vom 17.10.2003 hervor gehe - nicht die Liquidationsgesellschaft, sondern Frau Dr. A., wenn es dort heiße "Klage der Frau Dr. A ... auch als Gesellschafterin der Praxisgemeinschaft Dres. A./S.". Bestätigt werde dies ferner durch den Inhalt der Ziffer 3) des Klageantrags. Hier werde wiederum Frau Dr. A. allein als Klägerin bezeichnet, nicht aber die Gesellschaft. Prozessführungs- und damit klagebefugt sei allein die beteiligtenfähige ([§ 70 Nr. 2 SGG](#) und BHG, Urteil vom 29.01.2001, [NJW 2001, 1056](#)) BGB-Gesellschaft. Für die Annahme einer nach der Rechtsprechung des BSG auch im sozialgerichtlichen Verfahren zulässigen gewillkürten Prozessstandschaft würden vorliegend keine Anhaltspunkte bestehen. Sollte sich aus der zu erwartenden Entgegnung der Klägerseite ergeben, dass eine gewillkürte Prozessstandschaft begründet worden sei, könnte die Klage dennoch keinen Erfolg haben. Es folgen die aus früheren Quartalen bekannten inhaltlichen Ausführungen zu den streitigen Ziffern.

Das Sozialgericht München hat mit Gerichtsbescheid vom 20.04.2012 den Richtigstellungsbescheid der Beklagten vom 30.12.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28.10.2003 insoweit aufgehoben, als die GOP 278 in die GOP 446 umgesetzt worden ist (666 Fälle) und die GOP 8651 in 43 Fällen abgesetzt worden ist, und hat die Beklagte verpflichtet, die Leistungen entsprechend nachzuvergüten. Im Übrigen wurde die Klage abgewiesen.

Die Klage sei offensichtlich zulässig und auch teilweise begründet. Die Zulässigkeit der Klage scheitere insbesondere nicht daran, dass die Klägerin die Klage als Gesellschafterin der Gemeinschaftspraxis erhoben habe. Insofern seien Klagebefugnis und Aktivlegitimation von Klägern als Partner von Gemeinschaftspraxen zu bejahen (vgl. BSG, Urteil vom 21.05.2003, Az.: [B 6 KA 33/02 R](#)). Im Übrigen sei der angegriffene Widerspruchsbescheid allein an die Klägerin gerichtet gewesen. Die Klage sei bezüglich der Umsetzung der GOP 278 in die GOP 446 begründet. Die Beklagte habe die sachlich-rechnerische Richtigstellung ohne eigene Sachverhaltsermittlung offensichtlich alleine auf die Vermutung gestützt, eine Erstprogrammierung könne bei mehrfachen Patientenkontakten nicht vorliegen. Die Vermutung habe im Rahmen des Erörterungstermins durch die Klägerin widerlegt werden können. Die Vorgehensweise der Beklagten genüge nicht den Anforderungen an die Prüfung der Honorarabrechnungen im Rahmen von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen. Es sei Aufgabe der Beklagten, zunächst den Sachverhalt zu ermitteln und Absetzungen nur dann vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen der Abrechnung tatsächlich nicht gegeben seien, denn die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung sei bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung von der Kassenärztlichen Vereinigung zu beweisen. Mit der GOP 278 werde die Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika vergütet. Die Beklagte habe insofern vorgetragen, eine Erstprogrammierung sei jeweils beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt anerkannt und vergütet worden. Bei den darauf folgenden Patientenkontakten könne es sich nur um eine sog. Umprogrammierung handeln, also eine Einstellung der Pumpe, die ausgehend von der Erstprogrammierung den im Laufe der Behandlung eingetretenen veränderten Umständen anzupassen sei. Im Erörterungstermin am 15.02.2012 habe die Klägerin ausgeführt, die GOP 278 mit dem Zusatz Erstprogrammierung einer Pumpe sei bei Patienten angesetzt worden, bei denen Arzneimittel über eine Medikamentenpumpe verabreicht worden seien, die programmiert hätten werden müssen. Eine solche Programmierung sei für jeden einzelnen Patienten bei jedem einzelnen Besuch mit einer jeweils zur Verfügung stehenden Pumpe durchgeführt worden. Die Patienten hätten keine ihnen zugeordnete Pumpe gehabt. Die Klage sei auch bezüglich der Absetzung der GOP 8651 teilweise begründet. Die Absetzung der GOP sei in den 43 Fällen rechtswidrig, in denen im Rahmen der Abrechnung dieser GOP ein Zytostatikum angegeben worden sei. In diesen Fällen seien die Voraussetzungen für die Abrechnung der GOP gegeben.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 21.05.2012.

VI.

Im Quartal 4/02 bestand eine Gemeinschaftspraxis der Dres. A. und S. ... Die Beklagte hat mit Bescheid vom 31.03.2003 das Honorar der Gemeinschaftspraxis mit 203.260,11 EUR festgesetzt.

Des Weiteren hat die Beklagte mit Richtigstellungsbescheid vom 31.03.2003 im Quartal 4/02 u.a. die GOP 278 in 510 Fällen in die GOP 446 umgesetzt, weil die Umprogrammierung einer implantierten oder externen Medikamentenpumpe nach der GOP 446 abzurechnen sei. Weiter wurde die GOP 8651 in 75 Fällen mit der Begründung abgesetzt, die Voraussetzungen zur Abrechnung der Leistung seien nicht erfüllt. Gegen den an die Gemeinschaftspraxis gerichteten Richtigstellungsbescheid haben Dr. A. und Dr. S. mit Schreiben vom 08.04.2003 Widerspruch eingelegt, der mit Widerspruchsbescheid vom 25.09.2003 zurückgewiesen wurde. Der Widerspruchsbescheid wurde an die Gemeinschaftspraxis zugestellt.

Hiergegen richtet sich die Klage von Frau Dr. A. vom 21.10.2003 "auch als Gesellschafterin der Praxisgemeinschaft Dr. A. und Dr. S.".

Die im Klageverfahren gewechselten Schriftsätze entsprechen inhaltlich denjenigen zum Vorquartal 3/02.

Das Sozialgericht München hat mit Gerichtsbescheid vom 20.04.2012 den Richtigstellungsbescheid der Beklagten vom 31.03.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.09.2003 insoweit aufgehoben, als die GOP 278 in die GOP 446 umgesetzt wurde (510 Fälle) und soweit die GOP 8651 in 34 Fällen abgesetzt worden ist und hat die Beklagte verpflichtet, die Leistungen entsprechend nachzuvergüten. Die Klage sei offensichtlich zulässig und auch teilweise begründet. Die Zulässigkeit der Klage scheitere insbesondere nicht daran, dass die Klägerin die Klage als Gesellschafterin der Gemeinschaftspraxis erhoben habe. Insofern seien Klagebefugnis und Aktivlegitimation von Klägern als Partner von Gemeinschaftspraxen zu bejahen (Hinweis auf BSG, Urteil vom 21.05.2003, Az.: [B 6 KA 33/02 R](#)). Die Klage sei bezüglich der Umsetzung der GOP 278 in die GOP 446 begründet. Die Beklagte habe die sachlich-rechnerische Richtigstellung ohne eigene Sachverhaltsermittlung offensichtlich alleine auf die Vermutung gestützt, eine Erstprogrammierung könne bei mehrfachen Patientenkontakten nicht vorliegen. Die Vermutung habe im Rahmen des Erörterungstermins durch die Klägerin widerlegt werden können. Die Vorgehensweise der Beklagten genüge nicht den Anforderungen an die Prüfung der Honorarabrechnungen im Rahmen von sachlich-rechnerischen Richtigstellungen. Es sei Aufgabe der Beklagten, zunächst den Sachverhalt zu ermitteln und Absetzungen nur dann vorzunehmen, wenn die Voraussetzungen der Abrechnung tatsächlich nicht gegeben seien, denn die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung sei bei der sachlich-rechnerischen Richtigstellung von der Kassenärztlichen Vereinigung zu beweisen (vgl. BSG, Urteil vom 08.03.2000, Az.: [B 6 KA 16/99 R](#)). Mit der GOP 278 werde die Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika vergütet. Die Beklagte habe eine Erstprogrammierung jeweils beim ersten Arzt-Patienten-Kontakt anerkannt und vergütet. Bei den darauf folgenden Patientenkontakten habe es sich nur um eine sog. Umprogrammierung handeln können, also eine Einstellung der Pumpe, die ausgehend von der Erstprogrammierung den im Laufe der Behandlung eingetretenen veränderten Umständen angepasst worden sei. Im Erörterungstermin habe die Klägerin ausgeführt, die GOP 278 mit dem Zusatz Erstprogrammierung einer Pumpe sei bei Patienten angesetzt worden, bei denen Arzneimittel über eine Medikamentenpumpe verabreicht worden seien, die programmiert hätten werden müssen. Eine solche Programmierung sei für jeden einzelnen Patienten bei jedem einzelnen Besuch mit einer jeweils zur Verfügung stehenden Pumpe durchgeführt worden. Die Patienten hätten keine ihnen zugeordnete Pumpe gehabt. Die Klage sei bezüglich der Absetzung der GOP 8651 teilweise begründet. Die Absetzung der GOP sei in den 34 Fällen rechtswidrig, in denen im Rahmen der Abrechnung dieser GOP ein Zytostatikum angegeben worden sei. In diesen Fällen seien die Voraussetzungen für die Abrechnung der GOP gegeben. Hiergegen richtet sich die Berufung der Beklagten vom 21.05.2012.

VII.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 05.02.2014 die Berufung zum Verfahren L 12 KA 84/12 (Quartal 4/02) näher begründet, die auch für die übrigen Verfahren gilt.

In dem Schriftsatz wird nochmals vorgetragen, dass das Tatbestandsmerkmal "Polychemotherapie" der Leistungslegende der GOP 8651 die Verabreichung von mehreren Zytostatika voraussetzt, was in den streitigen Fällen nicht gegeben sei. Bei dem Terminus "Polychemotherapie" handle es sich um einen speziellen, auf onkologische Behandlungen bezogenen medizinischen Fachbegriff. Er bezeichne die "Kombinationstherapie verschiedener Chemotherapeutika mit dem Ziel einer möglichen Wirkungserhöhung in der Krebsbekämpfung (Hinweis auf Zetkin/Schaldach, Wörterbuch der Medizin). Unter den Begriff der Monochemotherapie falle demgegenüber die Verwendung einer antineoplastischen Substanz in der Krebsbekämpfung. Zu dem Hinweis des Erstgerichts auf Seite 5 des Gerichtsbescheides auf das Urteil des Bayer. Landessozialgerichts (Az.: [L 12 KA 16/06](#)) sei zu bemerken, dass es sich hier lediglich um ein obiter dictum handle.

Gestützt werde der von der Beklagten vertretene Standpunkt zudem durch die in Nr. 6.3 des Abschnitts II der "Vereinbarung zur Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in Bayern" i.V.m. Nr. 2 der Anlage 1 getroffenen Regelungen. Soweit der Leistungslegende zur GOP 8651 auch der Sinngehalt einer Monochemotherapie beigelegt würde, wäre die Vergütungsfestsetzung (97,15 EUR) und damit auch die Leistungsbewertung nicht adäquat.

Zum Sachvortrag der Klägerin zur Frage der Erstprogrammierung einer Medikamentenpumpe auf seine Stichhaltigkeit wurde ein bei der Beklagten beschäftigter Pharmazeut um seine Einschätzung anhand exemplarischer Behandlungsausweise befragt.

Danach erscheine es nicht nachvollziehbar, dass der Patient letztlich neun Pumpen im Quartal benötige, zumal immer dasselbe Medikament bzw. ein für das Pumpensystem ebenfalls geeignetes vergleichbares Medikament verabreicht worden sei. Gerechtfertigt könne eine regelmäßig neue Pumpe - und damit auch deren Erstprogrammierung - nur dann sein, wenn wegen der Besonderheit der Substanz immer ein anderes Pumpensystem benötigt werde.

Die Streitsachen mit den Aktenzeichen [L 12 KA 79/12](#), [L 12 KA 80/12](#), [L 12 KA 81/12](#), [L 12 KA 82/12](#), [L 12 KA 83/12](#) und [L 12 KA 84/12](#) wurden im Termin zur mündlichen Verhandlung zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem führenden Az.: [L 12 KA 79/12](#).

Der Prozessbevollmächtigte der Beklagten stellt den Antrag,

die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts München vom 20.04.2012 und 24.04.2012 (Az.: [L 12 KA 79/12](#) bis [L 12 KA 84/12](#)) insoweit aufzuheben, als den Klagen stattgegeben wurde und die Klagen insoweit abzuweisen.

Der Vertreter der Klägerin stellt den Antrag,

die Berufungen der Beklagten zurückzuweisen.

Dem Senat liegen die Verwaltungsakten der Beklagten, die Akten des Sozialgerichts München (Az. zuletzt: [S 39 KA 1250/08](#) bis [S 39 KA 1255/08](#)) und die Akten des Bayer. Landessozialgerichts (Az.: [L 12 KA 79/12](#) bis [L 12 KA 84/12](#)) zur Entscheidung vor.

Entscheidungsgründe:

Die zulässigen Berufungen der Beklagten sind nur zu einem geringen Umfang - nämlich hinsichtlich der Nachvergütung von 4 Leistungen nach der GOP 8651 im Quartal 4/01 - begründet, im Übrigen sind die Berufungen der Beklagten als unbegründet zurückzuweisen. Daher war auf die Berufung der Beklagten der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts München vom 24.04.2012 (Quartal 4/01, Az.: S 39 KA 1251/08, L [12 KA 80/12](#)) insoweit aufzuheben, als die Beklagte verpflichtet wurde, in mehr als 39 Fällen die GOP 8651 nachzuvergüten. Die Klage der Klägerin war insoweit abzuweisen und die Berufung der Beklagten im Übrigen zurückzuweisen. Auch die Berufungen der Beklagten gegen die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts München vom 20.04.2012 und 24.04.2012 (Quartale 1/01, 1/02 bis 4/02, Az.: [L 12 KA 79/12](#), L 12 KA 81/12 bis L 12 KA 84/12) sind zurückzuweisen. Die Berufungen der Beklagten hinsichtlich der Nachvergütung der GOP 8651 sind mit Ausnahme von 4 Ansetzungen im Quartal 4/01 nicht begründet, weil die Klägerin die GOP 8651 in allen übrigen Behandlungsfällen zu Recht angesetzt hat.

Die GOP 8651 hat folgenden Wortlaut:

"Parenterale Polychemotherapie (das verwendete Arzneimittel ist in der Abrechnung anzugeben) pro Behandlungsfall zusätzlich zu dem Betrag nach Nr. 8650."

Die in Bezug genommene Nr. 8650 lautet:

"Behandlung florider Tumorleiden oder maligner Hämoblastome pro Behandlungsfall."

Der Senat hat bereits mit Urteil vom 14.11.2007 (Az.: [L 12 KA 16/06](#)) entschieden, dass die Abrechnung der Nr. 8651 den Einsatz von Zytostatika erfordert und nicht bei der alleinigen Verwendung von Bisphosphonaten (z.B. Aredia und Bondronat) erfüllt ist. Diese in erster Instanz noch streitige Frage ist im Rahmen der Berufungsverfahren nicht mehr streitgegenständlich, weil die Klägerin gegen die insoweit klageabweisenden Gerichtsbescheide des Sozialgerichts München vom 20.04.2012 und 24.04.2012 nicht in Berufung gegangen ist.

Streitgegenständlich ist allein die Frage, ob die Nr. 8651 den Einsatz mehrerer Zytostatika erfordert oder der (mehrmalige) Einsatz eines Zytostatikums ausreicht, wobei letzteres zwischen den Beteiligten im Rechtsstreit [L 12 KA 16/06](#) betreffend das Quartal 2/04 (!) offensichtlich unstreitig war.

Zur Klärung dieser Frage ist zunächst festzustellen, dass die streitige Nr. 8651 (wie auch Nr. 8650) nicht Bestandteil des vom Bewertungsausschuss nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) beschlossenen einheitlichen Bewertungsmaßstabes ist, sondern auf die Ziffer 6.2 (bzw. 6.1 für die Nr. 8650) a.F. der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und den Ersatzkassen mit Wirkung vom 01.01.1985 beschlossenen ersten Onkologie-Vereinbarung zurück geht. Die bayerischen Regionalkassen haben am 15.03.1989 mit der Beklagten eine eigene Vereinbarung zur Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in Bayern (OV-RK) geschlossen, in die unter II die Ziffern 6.1 (= Nr. 8650) und 6.2 (= Nr. 8651) übernommen wurden, und die insgesamt als Anlage zum Gegenstand des Vertrages gemacht wurde. Vor diesem Hintergrund ist der Senat nicht gehindert, bei der Auslegung der Nr. 8651 die Zielrichtung dieser Vereinbarung in seine Erwägung mit einzubeziehen. Dies gilt umso mehr, als der Wortlaut der Nr. 8651 gerade nicht eindeutig, sondern unklar und deshalb in hohem Maße auslegungsbedürftig ist. Die Beklagte blendet bei ihrem Einwand, der medizinische Fachbegriff "Polychemotherapie" sei eindeutig und verlange ausnahmslos die Verwendung zweier Zytostatika, völlig aus, dass dem Begriff "Polychemotherapie" in Klammern der Satz hinzugefügt ist: "das verwendete Arzneimittel ist in der Abrechnung anzugeben". Wenn sich ein Arzt entsprechend dem Kammersatz verhält, würde er bei Zugrundelegung der Rechtsauffassung der Beklagten niemals die Nr. 8651 abrechnen können. Dies kann nach Auffassung des Senats nicht richtig sein. Der an den Begriff Polychemotherapie angefügte Kammersatz stellt vielmehr eine Modifikation des Begriffs "Polychemotherapie" dar. Der Begriff "Polychemotherapie" und der Kammersatz weisen zunächst eine Übereinstimmung auf, als sich das verwendete Arzneimittel auf den Begriff "Polychemotherapie" bezieht und damit es sich bei dem verwendeten Arzneimittel um ein Zytostatikum handeln muss. Bei der Anzahl der verwendeten Arzneimittel modifiziert der Kammersatz den Begriff "Polychemotherapie" insofern, als die Verwendung eines Zytostatikums und dessen Angabe in der Abrechnung für die Abrechnung der Nr. 8651 ausreichend ist. Diese Auslegung entspricht auch der Zielrichtung der auf der Grundlage der auf Bundesebene geschlossenen Onkologievereinbarung in Bayern vereinbarten Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten.

Nach der Ziffer 6 der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung werden die Kostenpauschalen 6.1 (Nr. 8650) und 6.2 (Nr. 8651) zur Abgeltung des besonderen zusätzlichen Aufwandes, welcher durch die onkologische Versorgung nach Maßgabe dieser Vereinbarung entsteht, gezahlt. Diesbezüglich ist in Übereinstimmung mit der erstinstanzlichen Entscheidung festzustellen, dass der zusätzliche Aufwand, der durch den Umgang mit Zytostatika entsteht, mit den erhöhten Anforderungen an die Praxisausstattung und mit den im Rahmen der chemotherapeutischen Behandlung tätigen Praxismitarbeiter, durch die Behandlung mit Zytostatika an sich und nicht erst durch die Verabreichung von mindestens zwei Zytostatika entsteht.

Ergänzend ist zu bemerken, dass die streitgegenständliche Nr. 8651 und die zugrundeliegenden Vereinbarungen keine aktuelle Geltung mehr haben, da mit Wirkung vom 01.10.2009 - zuletzt geändert mit Wirkung ab 01.01.2014 - eine neue Onkologie-Vereinbarung beschlossen wurde (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen), die mit der Zusatzvereinbarung der Beklagten mit den Krankenkassen auch für Bayern übernommen wurde. Die danach geltenden Zuschlagspauschalen 86514 und 86516 sprechen dabei allgemein gehalten von "zytostatischer Tumortherapie" und fordern für die Abrechnung die Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente. Damit sind die zur alten Nr. 8651 bestehenden Unklarheiten - im Sinne der Auslegung des Senats schon zur alten Rechtslage - beseitigt.

Vor diesem Hintergrund ist die Entscheidung des Sozialgerichts München in den Gerichtsbescheiden vom 20.04.2012 und 24.04.2012 mit Ausnahme von 4 Fällen im Quartal 4/01 (Az.: S 39 KA 1251/08, L [12 KA 80/12](#)) nicht zu beanstanden.

Die Beklagte muss daher im Quartal 1/01 35 mal (Patienten H. D., A. M., K. D., W. W., W. S., H. S., R. Z., W. B., G. B., H. B., W. E., K. F., R. F., S. G., R. G., K. K., Ka. Kö., H. K., H. L., J. M., A. R., H. R., W. S., J. S., H. S., J. S., G. T., O. W., A. W., K. W., E. W., L. A., H. B., G. F., H. K.), im Quartal 4/01 39 mal (Patienten P. S., E. R., N. H., M. H., G. A., M. B., H. F., K. F., R. F., H. G., M. H., R. H., M. H., H. J., K. K., R. K., Ka. Kö., M. K., H. K., B. K., K. M., F. N., E. N., E. P., A. R., J. S., K. S., W. S., H. S., P. S., J. W., H. W., A. W., B. W., E. W., R. B.-H., E. C., J. F., H. G.), im Quartal 1/02 41 mal (Patienten P. S., M. S., E. R., W. E., G. W., A. B., A. D., B. D., H. F., R. G., E. H., E. He., M. H., M. Hü., K. J., K. K., Ka. Kö., H. K., B. K., K. M., G. M., F. N., E. N., L. O., E. P., A. R., J. S., K. S., E. S., H. S., G. S., J. W., H. W., A. W., B. W., E. W., R. B.-H., H. G., W. M., M. M., H. D.), im Quartal 2/02 42 mal (Patienten P. S., J. F., H. M., E. R., W. E., G. H., G. W., G. A., E. B., A. B., H. B., B. D., H. D., H. G., R. G., C. H., E. H., M. H., H. J., K. J., K. K., H. K., J. M., R. M., F. N., E. P., A. R., H. R., K. S., E. S., H. S., J. S., J. Sch., J. V., M. W., A. W., B. W., E. W., R. B., H. G., A. K., H. D.), im Quartal 3/02 43 mal (Patienten P. S., H. M., S. H., G. A., J. B., E. B., A. B., H. B., B. D., J. E., H. F., M. F., C. H., M. H., K. K., Ka. Kö., H. K., H. M., J. M., E. P., R. P., A. R., H. R., U. R., K. S., E. S., R. S., J. S., J. V., A. W., B. W., E. W., R. B., J. F., H. G., W. G., A. K., M. K., M. S., H. S., M. W., H. W., K. A.) und im Quartal 4/02 34 mal (Patienten J. F., K. A., W. E., S. H., G. W., J. B., E. B., A. B., B. D., R. F., H. F., H. Fö., J. G., C. H., G. H., M. H., A. K., H. K., G. K., D. M., J. M., F. O., U. R., K. S., H. T., A. W., K. W., E. W., R. B., W. G., O. G., E. K., M. S., H. S.) die Nr. 8651 nachvergüten.

Die Entscheidung des Sozialgerichts München zur Aufhebung der Umsetzung der GOP 278 a.F. in die GOP 446 a.F. und zur Verpflichtung der Nachzahlung des Differenzbetrages in den Quartalen 2/02 bis 4/02 (Az.: L 12 KA 82/12 bis L 12 KA 84/12) ist ebenfalls nicht zu beanstanden. Der Wortlaut der GOP 278 a.F. lautet:

Infusion von Zytostatika oder von Virustatika, Antimykotika oder Antibiotika bei HIV-Infizierten, von mehr als 90 Minuten Dauer oder Erstprogrammierung einer externen Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika.

Zwischen den Beteiligten ist ausschließlich die Abrechnung der dritten Alternative der GOP 278 a.F. umstritten.

Die Beklagte hat dabei die jeweilige erste Abrechnung der GOP 278 a.F. mit dem Vermerk "Erstprogrammierung" vergütet, während die weiteren Abrechnungen der GOP 278 a.F. mit dem Vermerk "Erstprogrammierung" in die GOP 446 a.F. umgesetzt wurden, weil es sich hier nur um eine sog. Umprogrammierung gehandelt haben kann, also eine Einstellung der Pumpe, die - ausgehend von der Erstprogrammierung - den im Laufe der Behandlungen eingetretenen Veränderungen angepasst ist.

Das Sozialgericht ist dieser Begründung zu Recht nicht gefolgt. Die Begründung der Beklagten würde voraussetzen, dass jedem Patienten während der wochen- bzw. monatelangen Behandlungszeit eine "eigene" Medikamentenpumpe zugeteilt ist. Die ist nach den nachvollziehbaren und glaubhaften Angaben der Klägerin gerade nicht der Fall. Die Klägerin hält eine im Vergleich zur Anzahl der behandelten Patienten geringe Anzahl an Medikamentenpumpen vor. Deswegen erhält der Patient am Tag der Infusion nicht "seine" Medikamentenpumpe, sondern diejenige, die gerade frei ist. Von daher ist der Vorgang der Erstprogrammierung immer zeitlich und inhaltlich gleich, egal, ob es sich um die erste Infusion mit der Medikamentenpumpe handelt oder um die weiteren Infusionen. Die GOP 278 a.F. ist daher so zu verstehen, dass jede Programmierung einer für den Patienten erstmalig verwendeten Medikamentenpumpe eine Erstprogrammierung darstellt und von einer Umprogrammierung nur gesprochen werden kann, wenn bei der konkreten Behandlung eine Änderung der Einstellung notwendig wird. Diese Umprogrammierung ist aber nicht gesondert abrechenbar, sondern mit der Erstprogrammierung mitabgegolten.

Die Problematik der Abrechnung der 3. Alternative der GOP 278 a.F. ist durch die Neufassung der Gebührenordnung weitgehend beseitigt. Die Neuordnung durch den EBM 2000 plus zum 01.04.2005 hat für die dritte Alternative der GOP 278 a.F. eine eigene GOP 02120 ("Erstprogrammierung einer externen elektronisch programmierbaren Medikamentenpumpe zur Applikation von Zytostatika, 117 Punkte, 11,70 EUR) erhalten, die zum einen die GOP deutlicher fasst und zum anderen weitgehende Abrechnungsausschlüsse enthält. Zum einen ist die Erstprogrammierung einer Zytostatikapumpe nach der GOP 02120 nach dem Anhang 1 zum EBM fakultative Teilleistung der hausärztlichen Versichertenpauschale der Kapitel 3 und 4 und daher im selben Behandlungsfall nicht neben den Versichertenpauschalen der Kapitel 3 und 4 berechnungsfähig. Zum anderen ist die GOP 02120 nicht neben der - den Alternativen 1 und 2 der GOP 278 a.F. weitgehend entsprechend - GOP 02101 (Infusionstherapie, 157 Punkte, 15,70 EUR) abrechenbar. Die vorliegende Problematik der Abrechenbarkeit der GOP 278 a.F. ist nach der neuen Gebührenordnung beseitigt.

Nach alledem war zu entscheiden wie geschehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf den [§§ 197a SGG](#), [154 Abs. 2 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2014-04-10