

L 8 KR 328/12

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 5 KR 338/09
Datum
03.08.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 328/12
Datum
19.12.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 3. August 2012 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren bis zum 22. August 2013 auf 383,49 EUR und für die Zeit danach auf 255,66 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Anspruch der Klägerin auf Vergütung der ambulanten onkologischen Behandlung von 2 Versicherten der Beklagten nach den sogenannten hessenspezifischen Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501 streitig.

Die Klägerin betreibt ein Vertragskrankenhaus nach [§ 108 Nr. 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V - Plankrankenhaus) u.a. mit einer Hals-Nasen-Ohren Klinik. Dieses ist zur Erbringung ambulanter hochspezifischer Leistungen nach [§ 116b Abs. 2](#) und 3 Nr. 2 SGB V bestimmt und zwar zur Behandlung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen im Kopf/Hals-Bereich. In diesem Zusammenhang wurden 2 Versicherte der Beklagten (C. und D.) in diesem Krankenhaus ambulant onkologisch wegen bösartiger Neubildungen bzw. Weichteilmetastasen im Mundbereich im III. Quartal 2009 behandelt. Zwischen den Beteiligten ist die medizinische Notwendigkeit dieser Krankenhausbehandlung unstrittig.

Die Klägerin stellte der Beklagten die ambulanten Behandlungen der Versicherten in Rechnung (je Versicherten eine Rechnung vom 6. Oktober 2009). In diesen machte die Klägerin für den Versicherten C. im III. Quartal 2009 zweimal und für den Versicherten D. einmal im III. Quartal 2009 die hessenspezifischen Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501 in Höhe von insgesamt 127,83 EUR geltend.

Die Behandlungen in dem streitigen III. Quartal 2009 fallen in den Zeitraum zwischen der Kündigung der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) und dem Abschluss der neuen Onkologie-Vereinbarung zum 1. Oktober 2009 (erneut: Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen). Da nach der Kündigung der Onkologie-Vereinbarung der Ausgang der auf Bundesebene zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und der Kassenseite laufenden Verhandlungen über eine bundesweite, einheitliche Onkologie-Vereinbarung ungewiss war, vereinbarten die Kassenärztliche Vereinigung Hessen (KVH) und die Landesverbände der Krankenkassen sowie Ersatzkassen eine befristete Übergangsregelung auf regionaler Ebene in Form der hessenspezifischen Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501. Grundlage hierfür war die Vereinbarung zur Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten von 1989, geschlossen zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Landesverbänden der AOK Hessen, der Betriebskrankenkassen und IKK jeweils in Hessen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse Darmstadt sowie Hessen-Nassau, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Bundesknappschaft. Mit der hessenspezifischen Regelung sollte ausgeschlossen werden, dass ein Vertragsabschluss auf Bundesebene unter Umständen zu einem Honorarverlust der ambulant onkologisch tätigen Ärzte führen könnte und möglicherweise verschärfte Anforderungen an Qualifikations- bzw. Abrechnungsvoraussetzungen geregelt werden könnten. Diese hessenspezifischen Abrechnungsziffern waren in Hessen für die Zeit ab 1. Januar bis 31. Dezember 2009 für Primär- und Ersatzkassen einheitlich gültig mit folgender Regelung:

Nr. 86.500 onkologische Behandlung von Patienten mit floridem Tumorleiden oder maligner Hämoplastose: 30,68 EUR pro Behandlungsfall
Nr. 86.501 parenteraler Polychemotherapie (das verwendete Arzneimittel ist in der Abrechnung anzugeben): 90,15 EUR pro Behandlungsfall

zusätzlich zu dem vorgenannten Betrag.

Beide Ziffern konnten in den vier Quartalen des Jahres 2009 pro Quartal und Patient nur einmal an den onkologischen verantwortlichen Vertragsarzt gezahlt werden.

In der zwischenzeitlich bundesweit ab 1. Oktober 2009 geltenden Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7 des BMV-Ä) sind die nach [§ 116b SGB V](#) teilnehmenden Krankenhäuser von dieser Regelung ausgenommen.

Die Beklagte vergütete der Klägerin ihre ambulante Behandlung unter Abzug der hessenspezifischen Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501.

Am 29. Dezember 2009 hat die Klägerin gegen die Beklagte Klage beim Sozialgericht Kassel auf Zahlung zunächst in Höhe von 1.701,44 EUR nebst Zinsen seit Rechtshängigkeit erhoben. Diesen Anspruch reduzierte die Klägerin im Laufe des Klageverfahrens (Schriftsatz vom 7. Juli 2010, Bl. 37 der Gerichtsakte und vom 10. August 2010, Bl. 43 der Gerichtsakte, Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 3. August 2012) zuletzt auf 383,49 EUR nebst Zinsen geltend.

Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, die Onkologie-Vereinbarung und die hierauf beruhenden spezifischen Abrechnungsziffern für ambulante Behandlungen niedergelassener Vertragsärzte seien auch auf Krankenhäuser anwendbar. Ihr könne die Regelung des § 1 Abs. 1 der Onkologie-Vereinbarung nicht entgegengehalten werden; diese Vereinbarung zielen auf die Förderung der qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten durch freipraktizierende niedergelassene Kassenärzte. [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) sei als bundesgesetzliche Regelung zwingendes Recht und könne nicht durch einzelvertragliche Regelungen abbedungen werden. § 1 Abs. 1 Onkologie-Vereinbarung verstoße gegen den Grundsatz des [§ 116 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#), der gleiche Vergütung für gleiche Leistungen fordere. Der nach den Regelungen des [§ 116 SGB V](#) geltende EBM-Ä ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) sei somit auch dem Bereich der Krankenhäuser zuzurechnen. Der von den Vertragsparteien zu Lasten der Krankenhäuser in § 1 Abs. 1 Onkologie-Vereinbarung vorgesehene Ausschluss sei als Vertrag zu Lasten Dritter unzulässig. Dies folge aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17. September 2008, Az. [B 6 KA 46/07 R](#)). Danach unterlägen die Wertungen des Bewertungsausschusses, welche in dem EBM-Ä zum Ausdruck kämen, nur eingeschränkt der gerichtlichen Prüfung. Jedoch käme als Prüfungsmaßstab [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) in Betracht. Dies insbesondere dann, wenn eine Regelung des EBM-Ä eine Vergütung nur einer Arztgruppe gewähre, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht werde bzw. erbracht wurde. Nichts anderes könne gelten, wenn die gleiche Leistung für verschiedene medizinische Leistungserbringer dem Grunde nach abrechenbar sei, in Abhängigkeit vom jeweiligen Behandlungsstatus aber unterschiedlich bewertet werde. Daraus ergebe sich eine nicht hinnehmbare Ungleichbehandlung zwischen niedergelassener Vertragsärzte und Krankenhausärzten.

Dem hat sich die Beklagte nicht anschließen können. Die Verbände der Krankenkassen in Hessen seien gemeinschaftlich und einheitlich der Auffassung, dass die hessenspezifischen Abrechnungsziffern nicht im Rahmen einer Behandlung nach [§ 116b SGB V](#) abgerechnet werden könnten. Der EBM-Ä nach [§ 87 SGB V](#) enthalte keine landesspezifisch getroffenen regionalen Abrechnungsziffern. Die vorliegend streitige Vereinbarung stelle nach § 1 Onkologie-Vereinbarung eine Förderung der qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten durch niedergelassene Ärzte dar. Dies sei eine freiwillige Vereinbarung, die weder schiedsamtstfähig noch Bestandteil des EBM-Ä sei. Dem entspreche auch die Präambel der hessischen Onkologie-Vereinbarung vom 19. Dezember 1989. Aus beiden könne ein Vergütungsanspruch für ambulante Behandlung im Bereich des [§ 116b SGB V](#) nicht hergeleitet werden und sei auf niedergelassene Vertragsärzte beschränkt. Nach [§ 116b SGB V](#) habe der Gesetzgeber den Vergütungsanspruch auf die EBM-Ä Positionen eingeschränkt. Der Verweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. September 2008 könne den geltend gemachten Vergütungsanspruch nicht begründen, da es sich vorliegend um eine freiwillige Vereinbarung handle. Auch könne aus der Regelung des [§ 116b SGB V](#) (die Leistungsabrechnung des Krankenhauses der Leistungsabrechnung müsse der vertragsärztlichen Versorgung entsprechen) keine Auswahl des teilnehmenden Krankenhauses aus sämtlichen Gebührenpositionen des EBM-Ä abgeleitet werden. Zudem beziehe sich das zitierte Urteil des Bundessozialgerichts ausschließlich auf die Honorarverteilung im ärztlichen Bereitschaftsdienst ([§ 85 SGB V](#)) und könne vorliegend zur Anspruchsbegründung nicht herangezogen werden. Darüber hinaus betreffe diese Entscheidung des Bundessozialgerichts ausschließlich einen vergangenen Zeitraum (vom 1. April 2005 bis zum 31. Dezember 2007), der vorliegend nicht einschlägig sei. Auch werde den Leistungserbringern die ambulante Behandlung im Krankenhaus unmittelbar von den Krankenkassen und damit außerhalb der Gesamtvergütung gezahlt, die Gegenstand der zitierten Rechtsprechung gewesen sei. Das Ziel - der vergleichbaren Vergütung - habe der Gesetzgeber mit der Regelung des [§ 116b Abs. 5 Satz 3 - 8 SGB V](#) erreicht. Danach seien die Krankenhäuser verpflichtet, den Krankenkassen diejenigen Leistungen mitzuteilen, die sie auf der Grundlage des Katalogs sowie der hierfür maßgeblichen Gebührenpositionen des EBM zu erbringen beabsichtigten. Seit dem 1. Januar 2009 erhielten die Krankenhäuser auf der Grundlage der Euro-Gebührenordnung für die ambulanten Leistungen den gleichen Euro-Preis, den die kassenärztliche Vereinigung den im Bereich des Krankenhauses tätigen Vertragsärzten zahle. Der EBM-Ä sei auf der Grundlage des [§ 87 SGB V](#) eine untergesetzliche Rechtsnorm in Form des Normsetzungsvertrags. Da es sich bei der Onkologie-Vereinbarung um eine freiwillige vertragliche Vereinbarung handle, handle es sich hierbei nicht um eine Regelung des EBM-Ä. Die gerichtliche Überprüfung des EBM-Ä sei im Übrigen auf die Frage eingeschränkt, ob der Ausschuss die ihm zustehenden Ermessensspielräume überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt habe. Nur insoweit komme ein Prüfungsmaßstab nach [Art. 3 Abs. 1 GG](#) in Betracht. Der aus diesem Grundrecht fließende Grundsatz, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches entsprechend unterschiedlich zu behandeln, verwehre dem Normgeber jedoch nicht jede Differenzierung (Bundessozialgericht, Urteil vom 7. September 2008, Az. [B 6 KA 46/07 R](#)). Der gesetzgeberische Auftrag des [§ 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) richte sich zudem ausschließlich an die Bundesmantelvertragspartner, zu denen die Krankenhäuser nicht gehörten.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 3. August 2012 die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die örtliche und sachliche Zuständigkeit des angerufenen Sozialgerichts sei gegeben. Es handle sich vorliegend weder um eine kassenärztliche Streitigkeit nach [§ 57 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) noch um ein Verfahren nach [§ 57a Abs. 3 SGG](#), welcher Entscheidungen oder Verträge auf Landesebene betreffe. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sei ein Streit um eine Leistungsabrechnung und nicht die Frage der Wirksamkeit oder Unwirksamkeit der maßgeblichen Onkologie-Vereinbarung. Die Klägerin besitze jedoch gegen die Beklagte nicht den geltend gemachten Zahlungsanspruch nach den hessenspezifischen Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501. Unstreitig seien die Beteiligten berechtigt, nach [§ 116b SGB V](#) i. V. m. dem EBM-Ä miteinander abzurechnen. Eine darüber hinausgehende Abrechnung sei jedoch nicht zulässig. Auch liege keine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung vor. Den vertragsschließenden Parteien habe es freigestanden, zusätzlich für freipraktizierende niedergelassene Kassenärzte sogenannte hessenspezifische Abrechnungsziffern einzuführen. Bereits aus der Präambel der hessischen Onkologie-Vereinbarung (1.1) von 1989 ergebe sich das Ziel der Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung

krebskranker Patienten durch freipraktizierende niedergelassene Kassenärzte als Alternative zur onkologischen Krankenhausbehandlung. Nicht erkennbar sei, dass die vorliegend streitige Onkologie-Vereinbarung ein Vertrag zu Lasten Dritter sei. Darüber hinaus sei nicht erkennbar, dass Dritte in verfassungswidriger Weise von dieser Vereinbarung ausgeschlossen worden seien. Der Klägerin stehe es frei, ob sie die ambulante Krebsbehandlung in ihrem Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#) durchführe. Ein Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz nach [Art. 3 Abs. 1 GG](#) sei nicht erkennbar. Wesentlich Gleiches sei nicht ungleich behandelt worden. Die Einführung der streitigen gesonderten Vergütung, die nur marginal höher sei, sei sachlich begründet und nicht willkürlich. Grund hierfür sei wie erneut in der Präambel der bundesweiten onkologischen-Vereinbarung aus dem Jahr 2009 erkennbar -, freipraktizierende niedergelassene Kassenärzte in den Stand zu versetzen, eine wohnortnahe ambulante Krebsbehandlung durchführen zu können. Diese Behandlung sei für die niedergelassenen Vertragsärzte mit erheblichen Kosten verbunden. Die damit verbundenen Voraussetzungen seien von den nach [§ 116b SGB V](#) teilnehmenden hochspezialisierten Krankenhäusern per se im Rahmen ihrer Bestimmung zu erfüllen und stellten keinen darüber hinausgehenden Aufwand dar. Darüber hinaus seien die hessenspezifischen Abrechnungsziffern nicht Bestandteil des EBM-Ä. Aus der Entscheidung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 16. September 2008, Az. [B 6 KA 46/07 R](#)) ergebe sich nichts anderes. Dieses betreffe die ambulante Notfallbehandlung einerseits im vertragsärztlich organisierten Notfalldienst und andererseits die ambulante Notfallbehandlung im Krankenhaus. Die in dieser Entscheidung ausgeführten grundsätzlichen Erwägungen des Bundessozialgerichts seien für den vorliegenden Streitfall durchaus vergleichbar. Jedoch stelle vorliegend das Kosten- und Anreizargument hinsichtlich der freipraktizierenden niedergelassenen Kassenärzte ein sachliches und höheres Differenzierungskriterium dar, welches den Vertragsparteien auf Landesebene erlaube, zusätzliche Abrechnungsziffern für diesen Bereich vorzunehmen. Ein wesentlicher Unterschied in dem vorliegend zu entscheidenden Fall sei darin zu sehen, dass die ambulante Notfallbehandlung verpflichtend sei, während die ambulante Behandlung von krebskranken Patienten nicht verpflichtend sei. Das Sozialgericht hat die Berufung zugelassen.

Gegen das am 24. August 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 21. September 2012 Berufung eingelegt.

Zur Berufungsbegründung wiederholt und vertieft die Klägerin ihren bisherigen Vortrag. Ergänzend führt sie aus, die weitere Gesetzeshistorie stütze ihren Anspruch. Der Gesetzgeber habe im Zuge des GKV-WSG vom 26. März 2007 die ambulante Behandlung im spezialärztlichen Bereich durch die Krankenhäuser vorantreiben wollen ([BT-Drs. 16/3100 S. 87f](#)). Dem Gesetzgeber sei es darum gegangen, die Krankenhäuser als gleichwertige Leistungserbringer neben den niedergelassenen freipraktizierenden Vertragsärzten zu setzen. Insbesondere sollte gewährleistet werden, dass die Vergütung der ambulanten Leistungen des Krankenhauses der Vergütung der Vertragsärzte entspreche ([BT-Drs. 16/3100 S. 140](#)). Dieser Zwecksetzung widerspräche es, wenn man eine zusätzliche Vergütung für niedergelassene Ärzte zulasse. Dem entspreche nun die zum 1. Januar 2012 in Kraft getretene Änderung des [§ 116b SGB V](#). Danach werden die von [§ 116b Abs. 6 SGB V](#) erfassten ambulanten Leistungen vorübergehend nach dem an die Besonderheiten der Versorgung nach [§ 116b SGB V](#) angepassten EBM-Ä ([§ 116b Abs. 6 Satz 7](#) und 8 SGB V) und für alle Leistungserbringer unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet. Dies gelte bis zur Entwicklung eines eigenständigen Kalkulationssystems für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung ([§ 116b Abs. 6 Satz 2-7 SGB V](#)). Damit sei nunmehr ausdrücklich ein einheitliches Vergütungssystem vorgesehen. Die Kosten- und Anreizargumente könnten nicht als sachlicher Grund für eine Ungleichbehandlung nach [Art. 3 Abs. 1](#) Grundgesetz angesehen werden. Zu beachten sei, dass das gesetzgeberische Ziel der Zulassung der Krankenhäuser zur ambulanten onkologischen Behandlung gem. [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a. F. gewesen sei, im Interesse der Versicherten eine qualitativ verbesserte, kontinuierliche Versorgung sowie im Interesse der Allgemeinheit eine wirtschaftliche Leistungserbringung sicherzustellen ([BT-Drs. 16/3100, Seite 85f, 87f](#)). Damit sollte der Wettbewerb zwischen den Leistungserbringern intensiviert werden. Dieses gesetzgeberische Ziel würde eine Bevorzugung der Vertragsärzte konterkarieren. Es widerspreche dem Normzweck, hohe Kosten und erhöhten Aufwand auszugleichen. Zudem müssten auch Krankenhäuser bestimmte Voraussetzungen erfüllen, um eine Zulassung nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) a. F. zu erhalten. Gleiche Leistungen seien gleich abzurechnen (Bundessozialgericht, Urteil vom 17. September 2008, Az. [B 6 KA 46/07 R](#)). Im Hinblick darauf, dass die streitigen Abrechnungsziffern nur einmal in Quartal je Patient geltend gemacht werden können, reduziert die Klägerin den geltend gemachten Zahlungsanspruch von 383,49 EUR auf 255,66 EUR.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 3. August 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 255,66 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basissatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt die Auffassung, das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Urteil zutreffend entschieden. Dem geltend gemachten Zahlungsanspruch stehe sowohl der Wortlaut des [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) a. F. als auch die Gesetzeshistorie dieser Norm entgegen und könne auch nicht auf eine entsprechende Anwendung der Onkologie-Vereinbarung wegen Verstoßes gegen den allgemeinen Gleichheitsgrundsatz gestützt werden. Nach [§ 116 Abs. 5 Satz 8 SGB V](#) a. F. werde der Zahlungsanspruch des teilnehmenden Krankenhauses dahin gehend konkretisiert, dass ab dem 1. Januar 2009 die ambulanten Leistungen mit dem Preis der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung ([§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)) zu vergüten seien. Damit sei nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes allein der EBM-Ä Grundlage der Vergütung von Leistungen des zugelassenen Krankenhauses. Auch zeige die Gesetzeshistorie des [§ 116b SGB V](#), dass nach der Altfassung dieser Norm der EBM-Ä alleinige Grundlage der Vergütung der zugelassenen Krankenhäuser sein solle. Die mit Wirkung zum 1. Januar 2004 eingefügte Regelung enthielt in [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) zunächst lediglich den Hinweis, dass die Vergütung nach [§ 116b SGB V](#) der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlichen Leistungen zu entsprechen habe. Dies sei mit Wirkung zum 1. Juli 2008 durch die Einfügung des Satzes 8 in [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) auf den EBM-Ä konkretisiert worden. Der Gesetzgeber habe im Zuge der Novellierung des [§ 116b SGB V](#) mit dem GKV-Versorgungsstrukturgesetz vom 22. Dezember 2011 ([BGBl. I S. 2983](#)) den Versuch unternommen, eine einheitliche und damit gleichheitgerechtere Finanzierung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sicherzustellen. Nunmehr vereinbarten der GKV-Spitzenverband, die deutsche Krankenhausgesellschaft und die kassenärztlichen Bundesvereinigungen gemeinsam eine einheitliche Kalkulationssystematik, der diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vergütung der Leistungen nach [§ 116b SGB V](#). Vor dem Hintergrund der nunmehr erfolgten detaillierten Regelung sei anzunehmen, dass aus Sicht des Gesetzgebers die bisherige Regelung nicht ausreichend gewesen sei. Damit könne im Umkehrschluss [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) a. F. nur so verstanden werden, dass der EBM-Ä alleinige Abrechnungsgrundlage sein solle. Eine entsprechende Anwendung der Onkologie-Vereinbarung auf ambulante Leistungen des Krankenhauses der Klägerin nach [§ 116b SGB V](#) könne nicht auf dem allgemeinen

Gleichheitsgrundsatz gestützt werden. Zum Zweck der Förderung einer qualifizierten Behandlung krebskranker Patienten durch niedergelassene Kassenärzte habe die hessenspezifische Onkologie-Vereinbarung über den EBM hinausgehende zusätzliche Vergütungen vorgesehen. Damit sei Rechnung getragen worden, dass niedergelassenen Onkologen zeitliche und personelle Belastungen entstünden sowie Investitionskosten für zusätzliche Praxiseinrichtungen. Auch sei der teilnehmende Onkologe verpflichtet, eine Vielzahl von fachlichen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen. Die unterschiedliche Vergütung sei gerechtfertigt, da die nach [§ 116b SGB V](#) teilnehmenden Krankenhäuser nicht mit einem vergleichbaren personellen oder organisatorischen Kostenaufwand konfrontiert seien. Ein hochspezialisiertes Krankenhaus habe die in der Onkologie-Vereinbarung festgelegten Voraussetzungen per se zu erfüllen und müsse keinen vergleichbaren Aufwand wie niedergelassene Onkologen betreiben. Die auf Bundesebene zum 1. Juli 2009 abgeschlossene Onkologie-Vereinbarung entspreche dem mit den in § 1 Abs. 1 Satz 4 getroffenen Regelungen. Danach gelte die Vereinbarung nicht für die gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) teilnehmenden Krankenhäuser. Dem gesetzgeberischen Willen nach [§ 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#), eine angemessene Vergütung für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung durch niedergelassene Ärzte zu vereinbaren, seien der GKV-Spitzenverband und die kassenärztliche Bundesvereinigung ([BT-Drs. 16/13428 Seite 90](#)) durch den Erlass der Onkologie-Vereinbarung nachgekommen. Auch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 17. September 2008, Az. [B 6 KA 46/07 R](#)) rechtfertige kein anderes Ergebnis. Auch wenn die vorliegende Fallgestaltung mit dem vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall vergleichbar sei, sei das Anreizargument im Hinblick auf die niedergelassenen Ärzte ein sachliches und höheres Differenzierungskriterium. Ein wesentlicher Unterschied sei zudem, dass die ambulante Notfallbehandlung sowohl für den niedergelassenen Vertragsarzt als auch für das Krankenhaus verpflichtend sei, während die ambulante Behandlung krebskranker Patienten eine freiwillige Leistung sei.

Der Senat hatte die Beteiligten im Rahmen des Erörterungstermins am 22. August 2013 angehört. In diesem hat die Klägerin ihre bisherige Zahlungsklage in Höhe von 383,49 EUR auf 255,66 EUR reduziert. Im Übrigen haben die Beteiligten ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt. Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf die Verwaltungs- und Gerichtsakte verwiesen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung des Senats gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat hat das vorliegende Berufungsverfahren innerhalb seiner Zuständigkeit im Bereich der Krankenversicherung gem. [§§ 10 Abs. 2 Satz 1, 31 Abs. 1 Satz 1, 33 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) in der Besetzung von 3 Berufsrichtern und je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Versicherten und der Arbeitgeber entschieden. Wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, handelt es sich vorliegend um eine krankenversicherungsrechtliche Streitigkeit und nicht um eine kassenärztliche oder sonstige Vertragsangelegenheit.

Die gem. [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht erhobene Berufung ist zulässig, konnte in der Sache jedoch keinen Erfolg haben.

Die nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) erhobene Leistungsklage ist zulässig. Bei der auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen die beklagte Krankenkasse handelt es sich um einen so genannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis. Damit kommt der Erlass eines Verwaltungsakts nicht in Betracht (Bundessozialgericht, Urteil vom 17. Mai 2000, Az. [B 3 KR 33/99 R](#), veröff. in Juris). Es bedurfte damit vor Klageerhebung nicht der Durchführung eines Widerspruchsverfahrens.

Die Klägerin kann den geltend gemachten Zahlungsanspruch im vorliegend streitigen Zeitraum weder auf [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2011 gültigen Fassung (a.F.) in Verbindung mit den hessenspezifischen Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501 noch auf den Grundsatz der Verhinderung einer gleichheitswidrigen Ungleichbehandlung stützen.

Zwar hat gem. [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a. F. die Vergütung der gem. [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Krankenhäuser der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen. Dies rechtfertigt – entgegen der Auffassung der Klägerin – jedoch nicht ihren geltend gemachten Zahlungsanspruch. Maßstab hierfür ist der EBM-Ä nach [§ 87 SGB V](#). Die hessenspezifischen Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501 sind nicht Bestandteil des EBM-Ä.

Dass allein der EBM-Ä Maßstab der Abrechnung der nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) teilnehmenden Krankenhäuser sein soll, ergibt sich aus dem Zusammenhang zu den weiteren Regelungen in [§ 116b Abs. 5 Satz 3-8 SGB V](#) a. F. Nach [§ 116b Abs. 5 Satz 3 SGB V](#) teilt das Krankenhaus den Krankenkassen die von ihm nach den Abs. 3 und 4 ambulant erbrachten Leistungen mit und bezeichnet die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des EBM-Ä. Die weiteren Einzelheiten der Vergütung des Krankenhauses sind in den folgenden Regelungen des [§ 116b Abs. 5 S. 4-8 SGB V](#) a. F. ebenfalls auf der Grundlage des EBM-Ä geregelt. So konkretisiert [§ 116b Abs. 5 Satz 8 SGB V](#) a.F. den Zahlungsanspruch des teilnehmenden Krankenhauses dahingehend, dass ab dem 1. Januar 2009 die ambulanten Leistungen des Krankenhauses mit dem Preis der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung ([§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)) vergütet werden sollen. Durch die Verpflichtung zur Abrechnung auf der Grundlage des EBM-Ä wird der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistung definiert und gleichzeitig sichergestellt, dass die Abrechnung der Leistungen durch die Krankenkasse der Abrechnung der Leistungen der vertragsärztlichen Versorgung entspricht (BT Drs. 16/3100 S. 140).

Der EBM-Ä ist die geltende Honorarordnung des Vertragsarztrechts. Ärztliche Leistungen können im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht erbracht und nicht abgerechnet werden, solange diese nicht in dem EBM-Ä aufgenommen worden sind (Engelhart-Au im LPK-SGB V § 87 Rdnr. 6 m. w. N.). Die Abrechnungsziffern 86.500 und 86.501 stellen demgegenüber eine für Hessen geltende und damit landesspezifische Vergütungsregelung dar, die nicht Gegenstand des EBM-Ä ist.

Auch die Gesetzeshistorie des [§ 116b SGB V](#) steht der Auffassung der Klägerin entgegen, [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a. F. fordere eine vollständige Gleichstellung der Vergütung der teilnehmenden Krankenhäuser mit der Vergütung ambulanter onkologischer Leistung niedergelassener Vertragsärzte.

[§ 116b SGB V](#) wurde in das SGB V mit Wirkung zum 1. Januar 2004 (Art. 1 Nr. 85 GMG vom 14. November 2003, [BGBl. I S. 2190](#)) eingeführt und enthielt in [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) nur den Hinweis darauf, dass die Vergütung nach [§ 116b SGB V](#) der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen habe. Mit Wirkung zum 1. April 2007 wurde [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) (Art. 1 Nr. 85 des GKV-WSG) um die bereits erwähnten Sätze 3 bis 8 erweitert. Nunmehr wurde [§ 116b SGB V](#) zum 1. Januar 2012 (Art. 1 Nr. 44 GKV-VStG vom 22.12.2011, [BGBl. I S. 2983](#)) neu geordnet. Mit dieser Novellierung hat der Gesetzgeber den Versuch unternommen, eine einheitliche und

damit gleichheitsgerechtere Finanzierung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sicher zu stellen ([BT-Drs. 17/6906, S. 83f.](#); BT Drs. 17/8005, S. 117f.) und für alle Leistungserbringer für eine einheitliche – sprich gleichheitsgerechtere – Vergütung zu sorgen (Stollmann, NZS 2012, 485, 487 m. w. N.). Anders als zuvor vereinbaren nunmehr nach [§ 116b SGB V](#) der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gemeinsam eine einheitliche Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses für die Vergütung der Leistungen ([§ 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V](#)). Der weitere Wortlaut der Neuregelung enthält detaillierte und zahlreiche Vorgaben im Hinblick auf Kalkulation ([§ 116b Abs. 6 Satz 3, Satz 4 SGB V](#)), Einbeziehung von Beauftragten ([§ 116b Abs. 6 Satz 5 SGB V](#)), Konfliktlösungsmechanismen ([§ 116b Abs. 6 Satz 7 SGB V](#)) und andere Regularien.

Aus dieser Gesetzeshistorie lässt sich ableiten, dass die Finanzierung der ambulanten onkologischen Leistungen der Krankenhäuser aus Sicht des Gesetzgebers durch die ursprüngliche Regelung des [§ 116 SGB V](#) nicht ausreichend durch den EBM abgedeckt gewesen ist. Nur so lässt sich die jetzige detaillierte Neuregelung erklären (vgl. BT Drucks. 17/6906, S. 83). Im Umkehrschluss bedeutet dies, dass nach dem vorliegend anzuwendenden [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a. F. der EBM alleinige Abrechnungsgrundlage sein sollte. Wäre dagegen diese Regelung so zu interpretieren, dass eine dem EBM abweichende Regelung auf Krankenhäuser Anwendung finden sollte, wäre eine Gesetzesreform nicht notwendig gewesen. Für die bisherige alleinige Geltung des EBM-Ä spricht auch, dass [§ 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V](#) n.F. für die Übergangszeit bis zum Inkrafttreten einer entsprechenden Vereinbarung nach [§ 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) den EBM-Ä als Abrechnungsgrundlage vorsieht (so auch Sozialgericht Detmold Urteil vom 18. Oktober 2012, Az. [S 24 KR 699/10](#), veröff. in Juris zu der ab dem IV. Quartal 2009 geltenden Anl. 7 des Bundesmantelvertrages - Onkologie-Vereinbarung).

Eine entsprechende Anwendung der hessenspezifischen Abrechnungsziffern auf ambulante Leistungen des Krankenhauses der Klägerin nach [§ 116b SGB V](#) ist auch im Hinblick auf den allgemeinen Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) nicht geboten. Nach der sog. neuen Formel des Bundesverfassungsgerichts ist danach zu unterscheiden, ob eine Ungleichbehandlung von Personen oder Personengruppen oder lediglich von Sachverhalten vorliegt. Hier liegt eine Ungleichbehandlung von Personengruppen vor. In diesem Fall muss für die Ungleichbehandlung ein Grund von solcher Art und von solchem Gewicht vorhanden sein, dass er die Ungleichbehandlung rechtfertigen kann. Dabei wird eine strenge Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz angenommen. Der Betroffene hat sich zunächst einmal auf eine Differenzierung einzustellen, die der Gesetzgeber allgemein vorgibt, er hat sich den herrschenden Verhältnissen anzupassen, die die Rechtsordnung "generell-abstrakt" für alle formuliert. Je intensiver aber der Eingriff in seine Grundrechte ist, je weniger ihm das Ausweichen möglich ist, desto strenger ist hier die Bindung des Staates an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Das Bundesverfassungsgericht (Beschluss vom 12. Oktober 2011, Az. [2 BvR 236/08](#), [2 BvR 237/08](#), [2 BvR 422/08](#), veröff. in Juris, m.w.N.) spricht insoweit von einer abgestuften gerichtlichen Kontrolldichte.

Gemessen an diesen Vorgaben ist die vorliegend streitige Vergütungsregelung gerechtfertigt. Der hessenspezifischen Entgeltregelung lag die Vereinbarung zur Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten vom 19. Dezember 1989 zu Grunde. Diese wurde geschlossen zwischen der kassenärztlichen Vereinigung Hessen und den Landesverbänden der AOK Hessen, den Betriebskrankenkassen und IKK in Hessen, der landwirtschaftlichen Krankenkasse Darmstadt sowie Hessen-Nassau, der Krankenkasse für den Gartenbau und der Bundesknappschaft mit dem Ziel der Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten durch freipraktizierende niedergelassene Kassenärzte (Nr. 1.1 der Vereinbarung). Dadurch soll in diesem Bereich eine wohnortnahe und flächendeckende Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt werden (Nr. 1.2 der Onkologie-Vereinbarung 1989). Die zusätzliche Vergütung soll insbesondere der Tatsache Rechnung tragen, dass durch die besonderen Anforderungen an die ambulante Behandlung krebskranker Patienten für den onkologisch tätigen niedergelassenen Arzt nicht nur erhöhte zeitliche und personelle Belastungen, sondern auch Investitionskosten für zusätzliche Praxiseinrichtung speziell zur Versorgung Krebskranker, vermehrte zeitliche und personelle Belastungen und ein erhöhter Investitionskostenaufwand für die zusätzliche spezielle Praxiseinrichtung entstehen (Nr. 1.4 und 5 der Onkologie-Vereinbarung 1989). Der niedergelassene Onkologe ist verpflichtet, eine Vielzahl von fachlichen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, die in Nummer 2-7 der Onkologie-Vereinbarung von 1989 im Einzelnen aufgelistet sind. Der Ausschluss der nach [§ 116b SGB V](#) teilnehmenden Krankenhäuser ist aus dem weiteren Wortlaut der Präambel zu entnehmen. Darin heißt es, dadurch werde für geeignete Fälle in der onkologischen Versorgung eine Alternative zur Krankenhausbehandlung angeboten.

Wegen den Anforderungen, die sich aus der Onkologie-Vereinbarung 1989 ergeben, wurden die zusätzlichen hessenspezifischen Abrechnungsziffern für den qualifizierten niedergelassenen Onkologen eingeführt. Dies ist gerechtfertigt, denn die nach [§ 116b SGB V](#) teilnehmenden Krankenhäuser haben demgegenüber nicht einen vergleichbaren zusätzlichen personellen und organisatorischen Kostenaufwand. Ein solches hochspezialisiertes Krankenhaus hat die in der Onkologie-Vereinbarung 1989 statuierten Voraussetzungen per se im Rahmen seiner Bestimmung nach [§ 116b SGB V](#) zu erfüllen und muss damit aufgrund seiner Spezialisierung keinen mit dem niedergelassenen onkologisch tätigen Arzt vergleichbaren zusätzlichen Aufwand betreiben.

Das Urteil des Bundessozialgerichts vom 17. September 2008 (Az. [B 6 KA 46/07 R](#)) rechtfertigt keine andere Entscheidung. Einen wesentlichen Unterschied zu dem vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall sieht der Senat vorliegend darin, dass die ambulante Behandlung eines Versicherten im Notfall verpflichtend ist, während die hier in Streit stehende ambulante Behandlung kranker Patienten nicht verpflichtend ist. Zudem stellt das Kosten- und Anreizargument für die wohnortnahe Behandlung krebskranker Patienten durch niedergelassene Ärzte ein ausreichendes sachliches Differenzierungskriterium dar.

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Der Streitwert war für das Berufungsverfahren gem. [§ 40](#), [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz](#) nach dem im Berufungsverfahren von der Klägerin bis zur Klageänderung geltend gemachten Zahlungsanspruch und anschließend entsprechend dem reduzierten Anspruch festzusetzen (so auch für das Klageverfahren: Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 13. März 2007, Az. [L 5 B 373/06 KNK](#), veröff. in Juris).

Rechtskraft

Aus

Login
HES
Saved
2014-11-26