

S 24 KR 699/10

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

SG Detmold (NRW)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

24

1. Instanz

SG Detmold (NRW)

Aktenzeichen

S 24 KR 699/10

Datum

18.10.2012

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenerstattung für ambulante onkologische Behandlungen.

Die Klägerin ist Trägerin mehrerer Kliniken. Seit dem 28.05.2009 hat sie die Zulassung für ambulante Behandlungen im Krankenhaus gemäß [§ 116b](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

Vom 01.10.2009 bis zum 29.06.2010 wurden verschiedene Versicherte der Beklagten in den Kliniken der Klägerin ambulant onkologisch behandelt. Im Rahmen der Rechnungsabwicklung berief sich die Klägerin auf die zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung am 01.07.2009 geschlossene "Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten-, Onkologie-Vereinbarung" sowie auf eine dazu ergangene landesrechtliche Ergänzungsvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Westfalen-Lippe und den Landesverbänden der Krankenkassen vom 04.08.2010. Auf der Grundlage dieser Vereinbarungen können niedergelassene, onkologisch qualifizierte Ärzte für einen besonderen Aufwand der Behandlung gesonderte Gebührenpositionen geltend machen. Entsprechend diesen Regelungen machte die Klägerin spezielle Gebührenpositionen für verschiedene Behandlungen vom 01.10.2009 bis 29.06.2010 geltend. Die Beklagte überwies diese Zusatzentgelte jedoch nicht, weil die Onkologie-Vereinbarung einen ausdrücklichen Anwendungsausschluss für Leistungen eines Krankenhauses nach [§ 116b SGB V](#) vorsieht.

Mit manueller Sammelrechnung vom 14.10.2010, die 81 verschiedene Behandlungsfälle zum Gegenstand hatte, machte die Klägerin einen Gesamtbetrag in Höhe von 5.006,06 EUR geltend und forderte die Beklagte mit weiterem Schreiben vom 03.12.2010 auf, den Rechnungsbetrag bis zum 15.12.2010 zu begleichen. Die Beklagte zahlte jedoch nicht.

Dagegen richtet sich die am 22.12.2010 erhobene Zahlungsklage. Die Klägerin ist der Ansicht, dass der in der Onkologie-Vereinbarung enthaltene Anwendungsausschluss für ambulante onkologische Behandlungen in Krankenhäuser rechtswidrig sei. Sie beruft sich dabei auf [§ 116b SGB V](#) in der hier einschlägigen Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.03.2007 ([BGBl. I S. 378](#)) (im Folgenden: [§ 116b SGB V](#) a.F.). In [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F. war geregelt, dass die Vergütung der Leistungen nach [§ 116b SGB V](#) "der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen" hatte. Die Klägerin meint, bei den Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung handele es sich um vergleichbare vertragsärztliche Leistungen. Der Anwendungsausschluss in der Onkologie-Vereinbarung sei daher rechtswidrig.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag in Höhe von 5.006,06 EUR nebst Zinsen in Höhe von 2 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 22.12.2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Ansicht, dass sich die Klägerin auf die Onkologie-Vereinbarung nicht berufen könne, weil Krankenhäuser ausdrücklich von der Anwendung ausgenommen seien. Ziel der Onkologie-Vereinbarung sei nach deren § 1 "die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung". Dadurch solle in diesem Bereich eine Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt werden. Zu diesem Zweck sehe die Vereinbarung eine - über den für ambulante Leistungen geltenden Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) hinausgehende - zusätzliche Vergütung vor, die insbesondere der Tatsache Rechnung tragen solle, dass dem niedergelassenen Onkologen vermehrte zeitliche und personelle Belastungen und ein erhöhter Investitionskostenaufwand für die zusätzliche spezielle Praxiseinrichtung entstünden. Der Hinweis in [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F. auf "vergleichbare vertragsärztliche Leistungen" bedeute, dass auch die Leistungen nach [§ 116b SGB V](#) a.F. grundsätzlich nach Maßgabe des EBM abzurechnen seien. Einer solchen Regelung habe es auch bedurft, denn anders als etwa bei durch zugelassene Krankenhäuser gemäß [§ 115b SGB V](#) durchgeführten ambulanten Operationen sei eine direkte Anwendung des EBM nicht möglich, da die Vergütung der Leistungen nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) gerade nicht Gegenstand der (budgetierten) vertragsärztlichen Vergütung sei. Die in der Onkologie-Vereinbarung getroffenen Regelungen seien gerade nicht Gegenstand des EBM, sondern - dem in [§ 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) zum Ausdruck gekommenen gesetzgeberischen Willen entsprechend - Bestandteil des Bundesmanteltarifvertrages.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird verwiesen auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer ist das örtlich und sachlich zuständige Gericht zur Entscheidung über den Rechtsstreit. Das Sozialgericht Detmold ist örtlich zuständig gemäß [§ 57 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Ein Fall von [§ 57a Abs. 3 SGG](#) liegt nicht vor, denn es handelt sich nicht um eine Angelegenheit, die Entscheidungen oder Verträge auf Landesebene als solches berührt. Im vorliegenden Fall geht es darum, ob eine Leistungsabrechnungsstreitigkeit zwischen den Beteiligten vorliegt und nicht etwa darum, ob die Onkologie-Vereinbarung als solche wirksam ist oder nicht. Streitig ist auch nicht die Auslegung dieser Vereinbarung, sondern die Rechtsfrage, ob ein Krankenhaus in analoger Anwendung der Vereinbarung einen Anspruch auf die jeweiligen Gebührenpositionen geltend machen kann. Die Kammer ist auch sachlich zuständig, weil es sich um eine krankenversicherungsrechtliche Streitigkeit und nicht um eine kassenärztliche oder sonstige Vertragsangelegenheit handelt (vgl. [§ 10 Abs. 2 SGG](#)).

Die Klage ist als Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Bei einer auf Zahlung der (Rest-)Behandlungskosten von Versicherten gerichteten Klage eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse geht es um einen so genannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt (vgl. BSG Urteil vom 17.05.2000 - [B 3 KR 33/99 R](#) = [BSGE 86, 166](#) = [SozR 3-2500 § 112 Nr. 1](#)). Ein Vorverfahren war mithin nicht durchzuführen, die Einhaltung einer Klagefrist nicht erforderlich.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Der Klägerin steht gegen die Beklagte kein Zahlungsanspruch in Höhe von 5.006,06 EUR nebst Zinsen zu.

Für den geltend gemachten Zahlungsanspruch der Klägerin gibt es keine taugliche Anspruchsgrundlage. Unstreitig ist zunächst, dass sich die Klägerin nicht direkt auf die Onkologie-Vereinbarung berufen kann, weil § 1 Abs. 1 Satz 4 dieser Vereinbarung ausdrücklich einen Anwendungsausschluss für Leistungen eines Krankenhauses nach [§ 116b SGB V](#) vorsieht. Aber auch für eine entsprechende Anwendung der Onkologie-Vereinbarung auf ambulante onkologische Leistungen eines Krankenhauses bleibt hier kein Raum. Eine solche Analogie kann weder auf [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F. noch auf eine gleichheitswidrige Ungleichbehandlung der Klägerin gestützt werden (vgl. für einen ähnlichen Fall SG Kassel Urteil vom 03.08.2012 - [S 5 KR 338/09](#) -, unveröffentlicht).

Entgegen der Ansicht der Klägerin spricht bereits der Wortlaut des [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) a.F. dagegen, dass die Norm für alle denkbaren Fälle eine gleiche Vergütung von vertragsärztlichen und Leistungen eines Krankenhauses gefordert hat. Nach der Rechtsprechung des BSG muss die Würdigung des Wortlauts einer Vorschrift die Grundlage jeder Interpretation bilden. Ist der Wortlaut einer Norm eindeutig und nach ihm sprachlich und begrifflich das klar zum Ausdruck gebracht, was dem vom Gesetzgeber gewollten Sinn der Vorschrift entspricht, so ist grundsätzlich hiernach auszulegen (BSG Urteil vom 13.06.1989 - [2 RU 49/88](#) -, [www.juris.de](#), Rn. 17). Gemessen an diesen Voraussetzungen spricht bereits der Gesetzeswortlaut dafür, dass Grundlage der Abrechnung ambulanter onkologischer Behandlungen in Krankenhäusern - in dem hier relevanten Zeitraum - der EBM sein sollte. Denn zum Gesetzeswortlaut gehört hier nicht nur [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F., sondern die Sätze 3 bis 8 dieses Absatzes. In [§ 116b Abs. 5 Satz 3 SGB V](#) a.F. verwies das Gesetz darauf, dass die nach [§ 116b Abs. 3](#) und 4 SGB V a.F. erbrachten Leistungen auf der Grundlage des EBM ([§ 87 SGB V](#)) zu berechnen waren. [§ 116b Abs. 5 Satz 8 SGB V](#) a.F. konkretisierte den Zahlungsanspruch des teilnehmenden Krankenhauses dahingehend, dass ab dem 01.01.2009 die ambulanten Leistungen des Krankenhauses mit dem Preis der in seiner Region geltenden Euro-Gebührenordnung ([§ 87a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#)) vergütet werden sollten. Grundlage der Vergütung von Leistungen eines Krankenhauses war daher nach dem klaren Wortlaut des Gesetzes der EBM.

Auch die systematische Stellung des [§ 116b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#) a.F. spricht gegen eine Gesetzesinterpretation dahingehend, dass in jedem Fall ein Gleichlauf mit der Vergütung ambulanter onkologischer Leistungen von niedergelassenen Ärzten herzustellen war. In [§ 116b Abs. 5](#) Sätze 2 bis 8 SGB V a.F. war nämlich der klarstellende Hinweis bezweckt, dass sich die Abrechnung nach Maßgabe des EBM zu richten hatte. Eine solche Regelung war auch notwendig, denn anders als etwa bei durch zugelassene Krankenhäuser gemäß [§ 115b SGB V](#) durchgeführten ambulanten Operationen war eine direkte Anwendung des EBM nicht möglich, da die Vergütung der Leistungen nach [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) gerade nicht Gegenstand der (budgetierten) vertragsärztlichen Vergütung ist. Die in der Onkologie-Vereinbarung getroffenen Regelungen sind aber gerade nicht Gegenstand des EBM, sondern Bestandteil des Bundesmanteltarifvertrages. Dies entspricht auch dem in [§ 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) zum Ausdruck gekommenen gesetzgeberischen Willen, dass der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung durch niedergelassene Ärzte eine angemessene Vergütung vereinbaren sollen (vgl. [BT-Drucks. 16/13428, S. 90](#)). Diesem gesetzgeberischen Willen sind der GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung durch den Erlass der Onkologie-Vereinbarung nachgekommen.

Für eine solche Interpretation spricht schließlich auch die Gesetzeshistorie des [§ 116b SGB V](#). Die Norm wurde mit Wirkung zum 01.01.2004 durch Art. 1 Nr. 85 des Gesetzes zur Modernisierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl. I S. 2190](#)) in das SGB V eingeführt. [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) enthielt zunächst nur den Hinweis darauf, dass die Vergütung

nach [§ 116b SGB V](#) der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen hatte. Durch Art. 1 Nr. 85 des GKV-WSG wurde [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) um die oben erwähnten Sätze 3 bis 8 erweitert. Durch das Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22.12.2011 ([BGBl. I S. 2983](#)) ist [§ 116b SGB V](#) neu geordnet worden. Im Zuge dieser Novellierung hat der Gesetzgeber den Versuch unternommen, eine einheitliche und damit gleichheitsgerechtere Finanzierung der Leistungen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung sicher zu stellen ([BT-Drucks. 17/6906, S. 83](#) f.; [BT-Drucks. 17/8005, S. 117](#) f.; vgl. auch Stollmann, NZS 2012, 485, 490). Anders als zuvor, vereinbarten der GKV-Spitzenverband, die Deutsche Krankenhausgesellschaft und die Kassenärztliche Bundesvereinigung nunmehr gemeinsam eine einheitliche Kalkulationssystematik, diagnosebezogene Gebührenpositionen in Euro sowie deren jeweilige verbindliche Einführungszeitpunkte nach Inkrafttreten der entsprechenden G-BA-Richtlinien für die Vergütung der Leistungen nach [§ 116b SGB V](#) ([§ 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V](#)). Im Weiteren enthält die äußerst detaillierte Regelung zahlreiche Vorgaben betreffend die Kalkulation ([§ 116b Abs. 6 Satz 3, Satz 4 SGB V](#)), die Einbeziehung von Beauftragten ([§ 116b Abs. 6 Satz 5 SGB V](#)), Konfliktlösungsmechanismen ([§ 116b Abs. 6 Satz 7 SGB V](#)) und andere Regularien.

Aus dieser zuletzt genannten Novellierung lässt sich ableiten, dass die Finanzierung der ambulanten onkologischen Leistungen der Krankenhäuser aus Sicht des Gesetzgebers bis dahin nicht ausreichend durch den EBM abgedeckt war. Nur vor diesem Hintergrund lässt sich die jetzige detaillierte Regelung erklären (vgl. [BT-Drucks. 17/6906, S. 83](#)). Im Umkehrschluss heißt das, dass [§ 116b Abs. 5 SGB V](#) in der Fassung des hier einschlägigen GKV-WSG nur so zu verstehen war, dass der EBM alleinige Abrechnungsgrundlage sein sollte. Wäre das Gesetz so zu interpretieren gewesen, dass bspw. die Onkologie-Vereinbarung oder andere vom EBM abweichende Regelungen ohne Weiteres auf Krankenhäuser Anwendung finden sollten, wäre eine Gesetzesänderung nicht notwendig gewesen. Dafür spricht auch, dass das GKV-VStG selbst für die Übergangszeit bis zum Inkrafttreten einer entsprechenden Vereinbarung nach [§ 116b Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) den EBM als Abrechnungsgrundlage vorsieht ([§ 116b Abs. 6 Satz 8 SGB V](#)).

Abweichendes ergibt sich auch nicht aus dem von der Klägerin in Bezug genommenen Beschluss des BVerfG vom 25.01.2011 ([1 BvR 918/10](#)). Das BVerfG hatte in dieser Entscheidung ausgeführt, dass die zur Auslegung des [§ 1578 Abs. 1 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) entwickelte Rechtsprechung des BGH zu den "wandelbaren ehelichen Lebensverhältnissen" unter Anwendung der Berechnungsmethode der sogenannten Dreiteilung sich von dem Konzept des Gesetzgebers zur Berechnung des nachehelichen Unterhalts löse und durch ein eigenes Modell ersetze. Mit diesem Systemwechsel überschreite diese Rechtsprechung aber die Grenzen richterlicher Rechtsfortbildung und verletze [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) i.V.m. dem Rechtsstaatsprinzip ([Art. 20 Abs. 3 GG](#)). Im Rahmen des hiesigen Rechtsstreits geht es jedoch nicht um die Frage einer Rechtsfortbildung durch die Kammer, sondern um eine Auslegung nach den bewährten juristischen Anwendungsmethoden. Dessen ungeachtet hat diese Auslegung ihren Ausgangspunkt im Wortlaut der Norm, so dass eine systemwidrige Gesetzesinterpretation durch die Kammer nicht erkennbar ist.

Eine entsprechende Anwendung der Onkologie-Vereinbarung auf Leistungen der Klägerin nach [§ 116b SGB V](#) ist auch nicht wegen des allgemeinen Gleichheitssatzes ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) geboten. Nach der sog. neuen Formel des BVerfG ist danach zu unterscheiden, ob eine Ungleichbehandlung von Personen oder Personengruppen oder lediglich von Sachverhalten vorliegt. Hier liegt eine Ungleichbehandlung von Personengruppen vor. Danach 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, die der Gesetzgeber allgemein vorgibt, einzustellen, er hat sich den herrschenden Verhältnissen, die die Rechtsordnung "generell-abstrakt" für alle formuliert, anzupassen. Je intensiver aber der Eingriff in seine Grundrechte ist, je weniger ihm das Ausweichen also möglich ist, desto strenger ist hier die Bindung des Staates an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz. Das BVerfG spricht insoweit von einer abgestuften gerichtlichen Kontrolldichte (vgl. BVerfG Beschluss vom 12.10.2011 - [2 BvR 236/08](#), [2 BvR 237/08](#), [2 BvR 422/08](#) -, [www.juris.de](#), Rn. 253 ff. m.w.N.).

Gemessen an diesen Vorgaben ist die Ungleichbehandlung durch das der Onkologie-Vereinbarung zugrunde liegende Ziel gerechtfertigt. Nach [§ 1 Abs. 1](#) besteht dieses in der Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung. Dadurch soll in diesem Bereich eine wohnortnahe und flächendeckende Alternative zur stationären Behandlung sichergestellt werden (vgl. [§ 1 Abs. 3](#) der Onkologie-Vereinbarung). Die zusätzliche Vergütung soll insbesondere der Tatsache Rechnung tragen, dass dem qualifizierten niedergelassenen Onkologen vermehrte zeitliche und personelle Belastungen und ein erhöhter Investitionskostenaufwand für die zusätzliche spezielle Praxiseinrichtung entstehen (vgl. [§ 1 Abs. 5](#) der Onkologie-Vereinbarung). Der teilnehmende Onkologe ist verpflichtet, eine Vielzahl von fachlichen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen, die in den §§ 5-8 der Vereinbarung im Einzelnen aufgelistet sind.

Die Krankenhäuser sind dagegen nicht mit einem vergleichbaren personellen und organisatorischen Kostenaufwand konfrontiert. Ein hochspezialisiertes Krankenhaus hat die nach der Onkologie-Vereinbarung statuierten Voraussetzungen per se zu erfüllen und muss daher keinen vergleichbaren Aufwand betreiben, was die unterschiedliche - und im Übrigen marginal höhere - Vergütung rechtfertigt. Personal, Ausstattung, Organisation und Größe der Praxis sind entscheidende Kriterien, die eine unterschiedliche Vergütung von Leistungen eines Krankenhauses und eines niedergelassenen teilnehmenden Arztes in diesem Bereich rechtfertigen. Gegen eine gleichheitswidrige Intensität des Eingriffs spricht schließlich auch der Umstand, dass die Klägerin die streitgegenständlichen Leistungen freiwillig erbracht hat, eine Teilnahme an der qualifizierten onkologischen ambulanten Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#) gerade nicht verbindlich ist.

Die Kammer ist ebenfalls zu der Auffassung gelangt, dass die Entscheidung des BSG vom 17.09.2008 ([B 6 KA 46/07 R](#)) kein anderes Ergebnis rechtfertigt. In diesem Urteil hat das BSG entschieden, dass die unterschiedliche Bewertung und Vergütung ambulanter Notfallbehandlungen von Vertragsärzten im organisierten Notfalldienst einerseits und nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Krankenhäusern andererseits gegen das Gleichbehandlungsgebot verstoße. Das BSG hat jedoch einschränkend ausgeführt, dass die gerichtliche Überprüfung ohnehin darauf beschränkt sei, ob bei den Normsetzungsverträgen der jeweilige Ausschuss den ihm zustehenden Entscheidungsspielraum willkürlich überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgenutzt hat, indem eine Vergütung nur einer Arztgruppe gewährt wird, obgleich die Leistung auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw. erbracht werden kann. In jenem Fall sah das BSG diese Grenze als überschritten an. Man kann die vorliegende Fallgestaltung mit dem vom BSG entschiedenen Fall durchaus vergleichen. Allerdings misst die Kammer in Bezug auf die ambulante wohnortnahe Behandlung krebskranker Patienten durch niedergelassene Fachärzte dem Kosten- und dem Anreizargument bezüglich der freipraktizierenden niedergelassenen Ärzte ein sachliches und höheres Differenzierungskriterium zu (vgl. SG Kassel Urteil vom 03.08.2012 - [S 5 KR 338/09](#) -, unveröffentlicht). Gerade

die in §§ 5 bis 8 der Onkologie-Vereinbarung aufgeführten organisatorischen Maßnahmen verdeutlichen, dass die höhere Vergütung einen entsprechend höheren zeitlichen und personellen Aufwand bei teilnehmenden Onkologen ausgleichen soll, mit dem hochspezialisierte Krankenhäuser, die nach [§ 116b SGB V](#) zugelassen sind, nicht in ähnlicher Weise konfrontiert sind. Einen wesentlichen Unterschied sieht die Kammer auch darin, dass die ambulante Notfallbehandlung zugunsten der jeweiligen Versicherten im Notfall verpflichtend ist, während hier die ambulante Nachsorge der krebserkrankten Patienten nicht verpflichtend ist (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 3 der Onkologie-Vereinbarung). Schließlich kann angesichts des gesetzgeberischen Auftrags, für eine qualifizierte onkologische Behandlung eine angemessene Vergütung vorzusehen (vgl. [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)), nicht von einer willkürlichen Überschreitung des Entscheidungsspielraums oder einer missbräuchlichen Ausnutzung der Bewertungskompetenz durch den GKV-Spitzenverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung gesprochen werden.

Da nach Ansicht der Kammer bereits dem Grunde nach kein Zahlungsanspruch besteht, konnte sie die Frage dahingestellt sein lassen, ob die Höhe der jeweils geltend gemachten Gebührenpositionen zutreffend war.

Aus den voranstehend genannten Gründen steht der Klägerin auch kein Zinsanspruch zu.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2013-06-03