

S 12 KA 580/12

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 580/12
Datum
29.01.2014
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Für die Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt sind Fälle von Privatpatienten und Behandlungsfälle unter Maßgabe des [§ 116b SGB V](#) auf die Mindestpatientenzahlen gemäß § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung nicht anzurechnen.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt und hierbei insb. um die Frage, ob Fälle von Privatpatienten und Behandlungsfälle unter Maßgabe des [§ 116b SGB V](#) auf die Mindestpatientenzahlen gemäß § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung anzurechnen sind.

Der Kläger ist Chefarzt der Abteilung für Hämatologie, Onkologie und Palliativmedizin der Medizinischen Klinik am WM. Krankenhaus C-Stadt. Er ist Internist mit Schwerpunkt Hämatologie und internistischer Onkologie - Palliativmedizin -. Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Beklagten ermächtigte ihn zuletzt mit Beschluss vom 24.01.2012 bis zum 31.03.2014 zur Durchführung diagnostischer Maßnahmen bei hämatologischen und onkologischen Erkrankungen auf namentliche Überweisung durch die an seinem Krankenhaus aufgrund einer Ermächtigung vertragsärztlich tätigen Ärzte, sofern dieser eine ergänzende Untersuchung im Rahmen ihres Eigenüberweisungsauftrages am selben Tag benötigten, eingeschränkt auf bestimmte Diagnosen und für bestimmte Leistungen, ferner zur Durchführung besonderer Untersuchungen zwischen den Behandlungsmaßnahmen nach bestimmten Gebührenpositionen und bei bestimmten Erkrankungen sowie für die ambulante Nachbehandlung onkologischer Fälle. Die Leistungen wurden eingeschränkt auf Fälle, die nicht im Zusammenhang mit einer stationären Aufnahme nach § 115a SGB V oder ambulanten Operationen nach [§ 115b SGB V](#) stehen. Sofern ambulante Leistungen nach [§ 116b SGB V](#) durch das Krankenhaus erbracht werden, sind sie nicht mehr Gegenstand der Ermächtigung.

Der Kläger stellte zunächst mit Datum vom 18.09.2009 einen Antrag auf Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt, den er mit Schreiben vom 17.08.2011 wiederholte.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 09.09.2011 ab, weil der Kläger die Mindestpatientenzahlen gemäß § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung in Verbindung mit der ergänzenden Onkologie-Vereinbarung nicht erfülle. Für die Fachgruppe des Klägers sei die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 4 abgerechneten Quartalen vor Antragstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 50 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt würden, davon 20 Patienten mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung erforderlich. Für den Zeitraum der Quartale I bis IV/10 habe eine durchschnittliche Behandlungszahl von 23 Patienten pro Quartal vorgelegen.

Hiergegen legte der Kläger am 29.09.2011 Widerspruch ein. Er trug vor, er nehme bereits im Rahmen seiner Ermächtigung an der Onkologie-Vereinbarung teil und habe einen Antrag auf weitere Anerkennung zur Teilnahme gestellt. Die Beklagte stelle ausschließlich auf die im Rahmen der Ermächtigung abgerechneten Kostenerstattungsziffern ab. Es werde nicht berücksichtigt, dass er neben seiner Ermächtigung auch im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) onkologische Patienten behandle sowie im Rahmen der privatärztlichen Versorgung. Es würden anhand der Honorarbescheide der Quartale I bis IV/10 nur die Kostenerstattungsziffern aus der Onkologie-Vereinbarung berücksichtigt werden, nicht jedoch die tatsächliche Behandlungszahl der onkologischen Patienten. Den beigelegten Listen könne entnommen werden, dass er zwischen 79 und 90 Patienten im Rahmen von [§ 116b SGB V](#) sowie 12 bis 17 Privatpatienten in den

Aufsatzquartalen jeweils behandelt habe. Damit erfülle er die geforderten Mindestzahlen. § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung i. V. m. der ergänzenden Onkologie-Vereinbarung sehe lediglich vor, dass die Betreuung von Patienten mit in der Vereinbarung genannten Tumorerkrankungen mit den geforderten Patientenzahlen nachzuweisen seien. Eine Beschränkung auf die Anerkennung ausschließlich der im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung versorgten Patienten ergebe sich aus der Vereinbarung nicht.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 17.10.2012 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, sie habe mit den Krankenkassenverbänden für die Zeit ab 01.04.2011 eine ergänzende Onkologie-Vereinbarung geschlossen, um das bewährte flächendeckende System der onkologischen Versorgung nicht zu gefährden. Abweichend von den Patientenzahlen nach der Anlage 7 Bundesmantelvertrag hätte sie die im Ausgangsbescheid genannten Mindestzahlen vereinbart. Die Berücksichtigung der im Rahmen der Institutsermächtigung nach [§ 116b SGB V](#) behandelten Patienten sei nicht möglich. Nach § 1 Abs. 1 Satz 4 der Onkologie-Vereinbarung gelte die Vereinbarung nicht für Behandlungen der Krankenhäuser gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#). Daher bestehe keine Möglichkeit, die dort erbrachten Leistungen zu berücksichtigen. Diese bereits abgeschwächten Voraussetzungen könnten nicht weiter vereinfacht werden. Es müsse insoweit gewährleistet sein, dass der onkologisch qualifizierte Arzt durchgängig über eine ausreichende Erfahrung und Routine in der umfassenden Behandlung von Krebspatienten aufweise. Der Rückgriff auf die Anzahl der abgerechneten onkologischen Leistungen sei insoweit nicht zu beanstanden.

Hiergegen hat der Kläger am 01.11.2012 die Klage erhoben. Ergänzend zu seinem Vorbringen im Verwaltungsverfahren trägt er vor, er sei bereits durch Bescheid vom 03.07.2008 als onkologisch verantwortlicher Arzt anerkannt worden. Die Beklagte habe ihn darüber informiert, dass wegen Abschlusses einer neuen Vereinbarung die bisherige Anerkennung zum 30.09.2011 ende. Er ist weiterhin der Auffassung, dass auch die im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) behandelten Patienten zu berücksichtigen seien. Die Onkologie-Vereinbarung schließe nur die Krankenhäuser aus, nicht jedoch die ermächtigten Ärzte. Die ambulante spezialfachärztliche Versorgung sei auch der vertragsärztlichen Versorgung zuzurechnen. Dies folge aus der Gesetzessystematik. Erfahrung und Routine könne er auch bei der Behandlung von Patienten im Rahmen der Institutsermächtigung sammeln. Insofern habe das Bundessozialgericht mit Urteil vom 12.09.2012 - [B 3 KR 10/12 R](#) - juris Rdnr. 33 klargestellt, dass sich Mindestmengenregelungen immer an den strengen verfassungsrechtlichen Anforderungen der subjektiven Berufswahlregelung messen lassen müssten, wenn sie den Kernbereich eines Fachgebiets betreffen. Entsprechend der mit der Regelung verfolgten Zielsetzung müssten sich damit erhebliche Qualitätsvorteile erwarten lassen und diese Vorteile durch weniger belastende Vorgaben der Qualitätssicherung nicht ebenso erreichbar erscheinen. Dies sei dann keine Frage der Verfassungsmäßigkeit der Norm, sondern ihrer Auslegung und Anwendung im Einzelfall. Die hämatologisch-onkologische Ambulanz stehe unter seiner Leitung. Dies bedeute, dass er jeden Patienten regelmäßig sehe und daher gut kenne. Nach einem ausführlichen Erstkontakt würden sämtliche Therapieentscheidungen, insbesondere im Hinblick auf die antineoplastischen Therapien, durch ihn getroffen werden. In der Ambulanz seien aktuell – seit etwa zwei Jahren – eine Fachärztin und – seit etwa einem Jahr – eine Assistenzärztin in der Ausbildung zur Onkologin tätig. Diese unterstützten ihn dahingehend, dass sie zwischenzeitliche Kontrollen nach einer Chemotherapie oder im Zusammenhang mit Komplikationen durchführten. Auch die hierbei erhobenen Befunde und Ergebnisse würden mit ihm regelmäßig abgestimmt und besprochen werden.

Der Kläger beantragt, den Bescheid der Beklagten vom 09.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.10.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die beantragte Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt zu erteilen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) behandelten Patienten nicht berücksichtigt werden könnten. Wenn die Qualitätssicherungsvereinbarung gerade nicht für Behandlungen nach [§ 116b SGB V](#) gelte, mithin Krankenhäuser diese qualitativen Mindestvoraussetzungen aus der Onkologie-Vereinbarung für die Behandlung ihrer Patienten im Rahmen von 116b SGB V gerade nicht erfüllen müssten, so könnten diese im Rahmen von 116b SGB V behandelten Fälle auch nicht zu den Mindestpatientenzahlen im Sinne des § 3 Abs. 4 der Onkologie-Vereinbarung i. V. m. Punkt 4 der ergänzenden Onkologie-Vereinbarung gerechnet werden. Dies widerspreche Sinn und Zweck der Onkologie-Vereinbarung. Dies ergebe sich auch aus § 5 Nr. 5 Onkologie-Vereinbarung, wonach der Nachweis der gemäß § 3 Abs. 4 Onkologie-Vereinbarung jährlich behandelten Patientenzahlen jährlich bei der zuständigen KV eingereicht werden müsse. Wäre es hier statthaft, Patientenfälle einzureichen, die im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) behandelt worden seien, deren Behandlung also gerade nicht unter die organisatorische und qualitative Mindestvoraussetzungen der Onkologie-Vereinbarung fielen, hätte die Onkologie-Vereinbarung schlicht keinen Sinn. Insofern werde nach § 9 der Onkologie-Vereinbarung gerade der besondere Aufwand, welcher durch die onkologische Betreuung der Patienten nach Maßgabe dieser Vereinbarung anfalle, besonders honoriert. Im Übrigen verweise sie auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Der angefochtene Bescheid vom 09.09.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17.10.2012 ist rechtmäßig. Er war daher nicht aufzuheben. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Verpflichtung der Beklagten, die beantragte Anerkennung als onkologisch qualifizierter Arzt zu erteilen.

Anspruchsgrundlage für die strittige Genehmigung ist die zwischen dem GKV-Spitzenverband (Spitzenverband Bund der Krankenkassen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als Bestandteil der Bundesmantelverträge zum 01. Juli 2009 geschlossene Vereinbarung über

die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten ("Onkologie-Vereinbarung") (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen), zuletzt geändert am 12.12.2012, In Kraft getreten am 01.01.2013 (im Folgenden: OVb). Danach ist die Teilnahme an diesem Vertrag bei der Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich zu beantragen und erst mit Erteilung einer Genehmigung durch die zuständige Kassenärztliche Vereinigung möglich (§ 2 Abs. 1 OVb). Die fachliche Befähigung für die Ausführung und Abrechnung von Leistungen nach dieser Vereinbarung gilt als nachgewiesen, wenn die in den Abs. 2 bis 8 genannten Voraussetzungen erfüllt und durch Zeugnisse und Bescheinigungen nachgewiesen werden (§ 3 Abs. 1 OVb).

Strittig zwischen den Beteiligten ist, ob der Kläger die geforderten Mindestpatientenzahlen nachweisen kann. Nach § 3 Abs. 4 OVb müssen Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie die Betreuung von durchschnittlich 120 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 70 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung, nachweisen.

Aus Gründen der Sicherstellung einer flächendeckenden qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten nach dieser Vereinbarung können die Patientenzahlen nach Abs. 4 durch die Partner der Gesamtverträge mit gemeinsamen und einheitlichen Beschluss modifiziert werden (§ 3 Abs. 7 Satz 1 OVb). Hiervon haben die Gesamtvertragspartner in Hessen Gebrauch gemacht und eine Ergänzende Onkologie-Vereinbarung vom 20.06.2011 mit Geltung ab 01.04.2011 geschlossen (im Folgenden: EOVB). Danach müssen Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie die Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten/Quartal und Arzt (in den letzten vier abgerechneten Quartalen vor Antragsstellung) mit soliden oder hämatologischen Neoplasien, darunter 50 Patienten, die mit medikamentöser Tumortherapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung, nachweisen.

Gegen den Einwand der Beklagten, es habe für den Zeitraum der Quartale I bis IV/10 nur eine durchschnittliche Behandlungszahl von 23 Patienten pro Quartal vorgelegen, verweist der Kläger auf seine tatsächliche Behandlungszahl, die zwischen 79 und 90 Patienten liege, da die im Rahmen von [§ 116b SGB V](#) behandelten Patienten sowie 12 bis 17 Privatpatienten in den Aufsatzquartalen mitzuzählen seien. Dem war im Ergebnis nicht zu folgen.

Soweit nach § 1 Abs. 1 Satz 4 OVb die Vereinbarung nicht für Behandlungen der Krankenhäuser gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) gilt, folgt hieraus nicht zwingend, dass diese Patienten nicht mitzurechnen sind, da auch die spezialfachärztliche Versorgung Teil der ambulanten Versorgung von gesetzlich Versicherten ist. Die Nichtgeltung der OVb für Behandlungen der Krankenhäuser gemäß [§ 116b Abs. 2 SGB V](#) dürfte vor allem darauf beruhen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in der Richtlinie über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung nach [§ 116b SGB V](#) (Richtlinie ambulante spezialfachärztliche Versorgung [§ 116b SGB V](#) - ASV-RL) entsprechende Regelungen zu erlassen hat. Für die Fassung der Richtlinie vom 21.03.2013, veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 19.07.2013 B1), in Kraft getreten am 20. Juli 2013, liegen diese Regelungen noch nicht vor. In der Richtlinie des GBA über die ambulante Behandlung im Krankenhaus nach [§ 116b SGB V](#), Stand: 15. Dezember 2011, in der Fassung vom 18.10.2005 veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 7 (S. 88) vom 11.01.2006, in Kraft getreten am 12.01.2006, zuletzt geändert am 15.12.2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 197 (S. 4655) vom 30.12.2011, in Kraft getreten am 31.12.2011, Anl. 3 "Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen im Katalog gem. [§ 116b Abs. 3 SGB V](#)" werden unter 1. "Diagnostik und Versorgung von Patientinnen und Patienten mit onkologischen Erkrankungen" die Voraussetzungen für die Leistungen geregelt, wobei das Anforderungsprofil mit einem umfassenden Konzept der Betreuung über das der OVb hinausgehen dürfte.

§ 3 Abs. 4 OVb verlangt jedoch nicht nur den Nachweis einer ärztlichen Behandlung der genannten Krankheitsbilder, sondern einen Nachweis der "Betreuung" der erforderlichen Patientenzahlen. Damit knüpft § 3 Abs. 4 OVb eindeutig an das umfassende Behandlungskonzept der OVb an, da in diesem Zusammenhang der Begriff der Betreuung durchgängig verwandt wird (s. §§ 4 Abs. 3, 5 Abs. 1 Unterabs. 4, 6 Abs. 3 und Abs. 5 Nr. 4 OVb). Damit bedarf es des Nachweises von Behandlungen unter der Maßgabe der OVb. Die Vertragspartner knüpfen (ganz offenkundig) an eine bereits qualitätsbestimmte Vortätigkeit des Arztes an, die nur im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gesichert war. Damit scheidet die Berücksichtigung von Privatpatienten aus, da für diese keine vergleichbaren Behandlungskonzepte zwingend vorgeschrieben sind (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Ur. v. 15.02.2012 - [L 11 KA 79/10](#) - juris Rdnr. 34 ff. für die Qualitätssicherungsvereinbarung zur MR-Angiographie; SG Frankfurt a. M., Ur. v. 15.10.2003 - [S 27 KA 1229/02](#) - [GesR 2004, 147](#), juris Rdnr. 23 für eine Diabetes-Vereinbarung).

Soweit der Kläger auf die im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) behandelten Patienten hinweist, so ist ihm zuguzustehen, dass es sich um die Versorgung der gesetzlich Versicherten Patienten geht. Bis zur Neufassung des [§ 116b SGB V](#) durch das GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG v. 26.03.2007, [BGBl. I 2007, 378](#) sah der Gesetzgeber darin eine Möglichkeit der Krankenkassen zur Ergänzung der vertragsärztlichen Versorgung. An dieser Sichtweise hielt der Gesetzgeber des GKV-WSG wohl fest, als er insb. die Vertragskompetenz der Krankenkassen aufhob und einem Krankenhaus einen Anspruch zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen gab, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers als geeignet dazu bestimmt worden war (vgl. [BT-Drs. 16/3100, S. 138](#), r. Sp. (Zu den Buchstaben b und c)). Mit der weiteren Neufassung des [§ 116b SGB V](#) durch das GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG v. 22.12.2011, [BGBl. I 2011, 2983](#) strebte der Gesetzgeber ein besseres Ineinandergreifen von stationärer und fachärztlicher Versorgung an, weshalb er schrittweise einen sektorenverbindenden Versorgungsbereich der ambulanten spezialärztlichen Versorgung etablieren wollte (vgl. [BT-Drs. 17/6906, S. 44](#)). Die Entwicklung der Medizin und der Anforderungen an sie erhöhten insbesondere die Anforderungen an interdisziplinäre Diagnostik und Therapie im ambulanten Bereich und brachten zugleich einen Trend zur (begrenzten) Verlagerung der Versorgung in den ambulanten Bereich mit sich. Inzwischen sei es aufgrund des medizinischen Fortschritts möglich, viele bisher stationär erbrachte Behandlungen ambulant durchzuführen. Die strenge sektorale Aufteilung der GKV-Versorgung (vertragsärztliche Versorgung - Krankenhausversorgung) werde dieser Entwicklung nicht mehr hinreichend gerecht und sollte daher durch die Einführung eines sektorenverbindenden Versorgungsbereichs der ambulanten spezialärztlichen Versorgung überwunden werden (vgl. [BT-Drs. 17/6906, S. 80](#)). Mit diesem dann "Ambulante spezialfachärztliche Versorgung" genannten (vgl. [BT-Drs. 17/8005, S. 152](#)) Versorgungsbereich baute der Gesetzgeber eine dritte Säule der ambulanten Versorgung neben der haus- und fachärztlichen Versorgung auf (Pawlita, Jahrbuch des Sozialrechts, Bd. 33, 2012, S. 154), die aber von Anfang an neben dem Sicherstellungsauftrag der Kassenärztlichen Vereinigung stand bzw. diesen verminderte, was durch die Anrechnung der von den Krankenkassen aufzubringenden Vergütung auf die Gesamtvergütung deutlich wird ([§ 116b Abs. 6 Satz 13 SGB V](#)). Ob es sich insofern um eine "vertragsärztliche"

Versorgung handelt (verneinend z. B. Köhler-Hohmann in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 116b SGB V](#), Rdnr. 54; die genannte Anl. 3 der Richtlinie des GBA geht in Nr. 1 "Allgemeiner Teil", S. 57, davon aus, dass die Leistungen zur Diagnostik und Versorgung "Teil der vertragsärztlichen Versorgung" sind) hängt wesentlich von der Begriffsbildung "Vertragsarztrecht" ab (zur Zuständigkeitsabgrenzung der sozialgerichtlichen Spruchkörper hinsichtlich [§ 116b SGB V](#) i. d. F. des GKV-WSG s. zuletzt BSG, Urt. v. 15.03.2012 - [B 3 KR 13/11 R](#) - BSGE 110, 222 = SozR 4-2500 § 116b Nr. 3 = [NZS 2012, 700](#) = ZMGR 2012, 273 = KHE 2012/32 = [GesR 2012, 688](#) = USK 2012-17 = [MedR 2012, 816](#), juris Rdnr. 12 ff.; zur Neufassung s. Zusammenfassender Standpunkt des 1., 3. und 6. Senats des Bundessozialgerichts zu [§ 10 Abs. 2 SGG](#), SGB 2012, 495 = WzS 2012, 242). Aus allein begrifflichen Zuordnungen kann jedenfalls wenig für die hier strittige Frage, ob Behandlungsfälle unter Maßgabe des [§ 116b SGB V](#) Kläger auf die Mindestpatientenzahlen gemäß § 3 Abs. 4 OVB anzurechnen sind, gewonnen werden.

Entscheidend kommt es allein auf die Frage an, ob die im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) behandelten onkologischen Patienten nach der OVB zu berücksichtigen sind, falls nein, ob der Kläger hierdurch in rechtswidriger Weise benachteiligt wird. Die OVB bezieht an keiner Stelle im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) behandelte Patienten ein. Insofern käme eine Einbeziehung nur im Rahmen ergänzender Vertragsauslegung oder in analoger Anwendung in Betracht. Für eine ergänzende Vertragsauslegung ist eine erforderliche Lücke nicht ersichtlich. Insofern haben die Vertragspartner die OVB unter Geltung des [§ 116b SGB V](#) geschlossen und geändert, ohne eine entsprechende Regelung aufzunehmen. § 1 Abs. 1 Satz 2 OVB nimmt gerade im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) tätige Krankenhäuser aus - insofern müsste die Vorschrift nunmehr auf Vertragsärzte erweitert werden -, weshalb eher davon auszugehen ist, dass die Vertragspartner bewusst keine entsprechende Erweiterung aufnehmen wollten. Gegen eine Analogie spricht schon, dass eine Regelungslücke nicht ersichtlich ist. Das Gesetz geht insofern von unterschiedlichen - ambulanten - Versorgungsbereichen aus, die unterschiedlich ([§ 116b Abs. 6 Satz 2](#) und 8 SGB V bzw. § 87b Satz 1 SGB V i. V. m. dem EBM und der OVB) von verschiedenen Kostenträgern ([§ 116b Abs. 6 Satz 1 SGB V](#) bzw. § 87b Abs. 1 Satz 1 SGB V) vergütet werden und für deren qualitative Voraussetzungen verschiedene Zuständigkeiten (GBA bzw. Bundesmantelvertragsparteien) bestehen. Ferner handelt es sich bei der OVB letztlich um eine Regelung zur Vergütung, die die Voraussetzungen für die Zusatzpauschalen aufstellt. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind Vergütungstatbestände entsprechend ihrem Wortsinn auszulegen und anzuwenden. Dieser ist maßgebend und kann nur in engen Grenzen durch eine systematische und/oder entstehungsgeschichtliche Interpretation ergänzt werden. Ausdehnende Auslegungen und Analogien sind unzulässig (vgl. z. B. BSG, Urt. v. 17.09.2008 - [B 6 KA 51/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 75 Nr. 10](#) = USK 2008-68, juris Rdnr. 13; Beschl. v. 16.05.2001 - [B 6 KA 30/01 B](#) - juris Rdnr. 6 jeweils m.w.N.). Unterstellt man ferner eine für eine Analogie notwendige fachliche Gleichwertigkeit der im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) behandelten Patienten mit Fällen nach der OVB, so war der Kammer nicht nachvollziehbar, wofür es noch einer zusätzlichen Abrechenbarkeit - und möglicherweise einer hierfür auch erforderlichen Ermächtigung - bedarf, da die Behandlungsmöglichkeit am gleichen Ort durch das Krankenhaus besteht und die Tätigkeit nach [§ 116b SGB V](#) seit dem GKV-VStG bei der Bedarfsplanung zu berücksichtigen ist ([§ 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2a](#) u. Satz 8 SGB V).

Diese Fragen können aber, ebenso wie die von der Beklagten aufgeworfene Frage, eine Anerkennung scheidet aus, da die Fälle im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) nicht bei ihr abgerechnet würden und von daher eine, auch persönliche Leistungserbringung von ihr nicht nachgeprüft werden könne (zu Privatpatienten s. SG Frankfurt a. M., Urt. v. 15.10.2003, [a.a.O.](#), Rdnr. 23), dahingestellt bleiben, soweit die vom Kläger angeführten Behandlungen im Rahmen des [§ 116b SGB V](#) nicht ihm allein zugerechnet werden können. So ist der fachkundig mit zwei Vertragsärzten, die im Rahmen ihrer Ausbildung auch im Krankenhaus gearbeitet haben, besetzten Kammer bekannt, dass im Krankenhaus im Regelfall im Team und durch Delegation gearbeitet wird, was im vertragsärztlichen Bereich nur sehr begrenzt möglich ist. Voraussetzung für die Berücksichtigung von Fällen nach der OVB ist aber, dass sie vom Antragsteller vollständig selbst erbracht worden sind, denn sowohl als Vertragsarzt (§ 32 Abs. 1 Satz 1 Ärzte-ZV) als auch als ermächtigter Arzt (§ 32a Satz 1 Ärzte-ZV; s. hierzu Pawlita in: jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, [§ 95 SGB V](#), Rdnr. 580) müssen die Leistungen persönlich erbracht werden. Das Bundessozialgericht hat bereits ausdrücklich darauf hingewiesen, dass für eine Genehmigung nach der OVB der antragstellende ermächtigte Arzt zeitlich ausreichend für die nach der Vereinbarung nötigen Aufgaben zur Verfügung stehen können muss. Von einem onkologisch verantwortlichen Arzt werden nicht nur organisatorische und koordinierende Tätigkeiten verlangt, sondern auch, dass er zumindest teilweise die ambulante Behandlung selbst durchführt (vgl. BSG, Urt. v. 03.03.1999 - [B 6 KA 18/98 R](#) - [MedR 1999, 479](#) = USK 99108, juris Rdnr. 23).

Der Kläger hat selbst im Schreiben an seine Prozessbevollmächtigte unter Datum vom 08.07.2013, von dieser mit Schriftsatz vom 09.07.2013 zur Gerichtsakte gereicht, ausgeführt, dass die hämatologisch-onkologische Ambulanz unter seiner Leitung stehe und er jeden Patienten gut kenne und nach einem ausführlichen Erstkontakt sämtliche Therapieentscheidungen durch ihn getroffen würden. In der Ambulanz seien seit etwa zwei Jahren eine Fachärztin und seit etwa einem Jahr eine Assistenzärztin in der Ausbildung zur Onkologie tätig; diese unterstützten ihn dahingehend, dass sie zwischenzeitliche Kontrollen nach einer Chemotherapie oder im Zusammenhang mit Komplikationen durchführten. Auch die hierbei erhobenen Befunde und Ergebnisse würden mit ihm regelmäßig abgestimmt und besprochen werden. Damit hat der Kläger das für Krankenhäuser typische arbeitsteilige Behandlungsvorgehen geschildert, das anders als im vertragsärztlichen Bereich vielfältige Delegationsmöglichkeiten zulässt. Von daher können aber diese Behandlungsfälle im Rahmen der OVB nicht berücksichtigt werden.

Es sind keine Anhaltspunkte ersichtlich, weshalb die OVB, insbesondere die Mindestfallzahlen gegen höherrangiges Recht verstoßen sollte. Wie bereits ausgeführt, handelt es sich hierbei, anders als in dem Fall, der der klägerseits genannten Entscheidung des Bundessozialgerichts (Urt. v. Urteil vom 12.09.2012 - [B 3 KR 10/12 R](#) - SozR 4-2500 § 137 Nr. 1 = [BSGE 112, 15](#)) zugrunde lag, letztlich um eine bloße Vergütungsregelung, da Vertragsärzte und ermächtigte Ärzte die onkologischen Patienten auch ohne Genehmigung behandeln können. Das BSG hat vielmehr auch in dieser Entscheidung (a.a.O., juris Rdnr. 33) klargestellt, dass der Gesetzgeber die Beteiligung an der GKV-Versorgung im Rahmen des Verhältnismäßigen an besondere Anforderungen zur Sicherung von Qualität und Wirtschaftlichkeit knüpfen darf. Solche Anforderungen verbleiben auf der Ebene der Berufsausübungsregelung und lassen den Status des Leistungserbringers unberührt, sofern sie nur die Abrechenbarkeit bestimmter Leistungen zu Lasten der GKV ausschließen und weder seinen Zugang zu einem Versorgungsbereich überhaupt begrenzen noch ihn im Kernbereich seines Fachgebiets einschränken (vgl. bereits vgl. BSG, Beschl. v. 14.02.1997 - [6 BKA 6/96](#) - juris; BVerfG, 1. Senat 2. Kammer, Beschl. v. 16.07.2004 - [1 BvR 1127/01](#) - [SozR 4-2500 § 135 Nr. 2](#) = [ZMGR 2004, 195](#) = [NVwZ 2004, 1347](#) = [MedR 2004, 608](#) = [GesR 2004, 530](#) = [NZS 2005, 91](#)). Weshalb die in der OVB aufgestellten Fallzahlen, die im Übrigen aus Gründen der Versorgung in zulässiger Weise für den Bereich der Beklagten abgesenkt wurden, unverhältnismäßig sein sollten, wird vom Kläger nicht substantiiert dargelegt. Gründe hierfür sind der Kammer nicht ersichtlich.

Nach allem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-11-20