

Gericht:	BSG 1. Senat
Entscheidungsdatum:	26.03.2026
Aktenzeichen:	B 1 KR 3/25 R
ECLI:	ECLI:DE:BSG:2026:260326UB1KR325R0
Dokumenttyp:	Urteil

Verfahrensgang

vorgehend Sozialgericht für das Saarland, 22. Februar 2019, Az: S 15 KR 338/15, Urteil
vorgehend Landessozialgericht für das Saarland, 13. November 2024, Az: L 2 KR 30/19, Urteil

Tenor

Auf die Revision der Beklagten werden die Urteile des Landessozialgerichts für das Saarland vom 13. November 2024 und des Sozialgerichts für das Saarland vom 22. Februar 2019 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Rechtsstreits.

Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 843,63 Euro festgesetzt.

Tatbestand

- Die Beteiligten streiten über die Vergütung einer im Krankenhaus der Klägerin durchgeführten onkologischen Behandlung im Rahmen der ambulanten Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach § 116b SGB V in der bis zum 31.12.2011 geltenden Fassung.
- Die Klägerin ist Trägerin eines nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhauses, das nach § 116b Abs 2 SGB V (*§ 116b SGB V in der zuletzt am 31.12.2011 geltenden Fassung des Gesetzes zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung <Pflege-Weiterentwicklungsgesetz> vom 28.5.2008, BGBl I 874; im Folgenden: § 116b SGB V aF*) zur ambulanten Behandlung von seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen iS von § 116b Abs 3 SGB V aF bestimmt worden war. Ein bei der beklagten Krankenkasse gesetzlich Versicherter wurde dort wegen eines Bronchialkarzinoms in den Quartalen 3/2013, 4/2013 und 1/2014 ambulant behandelt. Die Klägerin berechnete hierfür am 4.6. und 18.7.2014 ua die Kostenpauschalen Nr 86512 (*Behandlung solider Tumoren entsprechend § 1 Abs 2 a-c unter tumorspezifischer Therapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung"*) und Nr 86516 (*Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie gemäß Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten "Onkologie-Vereinbarung"*) gemäß Anhang 2 Teil A Kostenpauschalen der vom GKV-Spitzenverband und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung mit Wirkung zum 1.7.2009 geschlossenen "Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten <Onkologie-Vereinbarung>" (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen, seit 1.10.2013: Bundesmantelvertrag - Ärzte - BMV-Ä; im Folgenden: Onkologie-Vereinbarung) in Höhe von 281,21 Euro je Behandlungs-

quartal, insgesamt 843,63 Euro. Die Beklagte lehnte die Zahlung ab, da die Onkologie-Vereinbarung nach deren § 1 Abs 1 Satz 3 nicht für nach § 116b Abs 2 SGB V aF zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen bestimmte Krankenhäuser gelte.

- 3 Das SG hat die Beklagte zur Zahlung des strittigen Betrags nebst Zinsen verurteilt (*Urteil vom 22.2.2019*). Das LSG hat die Berufung zurückgewiesen: Der Anspruch folge aus § 116b Abs 8 Satz 1 bis 3 SGB V (*in der bis zum 22.7.2015 geltenden Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung <GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG> vom 22.12.2011, BGBl I 2983*) iVm § 116b Abs 5 SGB V aF iVm den Kostenpauschalen Nr 86512 und 86516 der Onkologie-Vereinbarung. Danach habe die Vergütung der ambulanten Leistungen der nach § 116b Abs 2 SGB V aF bestimmten Krankenhäuser der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen (§ 116b Abs 5 Satz 2 SGB V aF). Zum Zeitpunkt der Behandlung sei die Bestimmung der Klägerin nach § 116b Abs 3 SGB V aF nicht aufgehoben gewesen. Sie sei daher weiter zur Leistungserbringung und Abrechnung nach den bis zum 31.12.2011 geltenden Vorschriften berechtigt gewesen (§ 116b Abs 8 Satz 3 SGB V). Vergleichbare vertragsärztliche Leistungen würden nach den strittigen Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung vergütet (*Urteil vom 13.11.2024*).
- 4 Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung von § 116b Abs 8 Satz 3 SGB V iVm § 116b Abs 5 SGB V aF. Die letztgenannte Vorschrift schließe eine Vergütung außerhalb des einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) ausdrücklich aus. Durch die dort geregelte Verpflichtung zur Abrechnung auf Grundlage des EBM-Ä werde der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen definiert. § 116b Abs 5 Satz 3 ff SGB V aF - in dem ausschließlich EBM-Ä-Leistungen in Bezug genommen würden - diene nach der Begründung des Gesetzentwurfs der "Transparenz über den zu erwartenden Leistungsumfang". Das LSG habe auch verkannt, dass die Neuregelung durch das GKV-VStG ua mit dem Ziel erfolgt sei, für die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) eine einheitliche und gleichheitsgerechte Vergütung sicherzustellen. Letztlich sei auch die Auffassung des LSG nicht korrekt, die Onkologie-Vereinbarung sei fester Bestandteil der vertragsärztlichen Vergütung. Ein Vergütungsanspruch folge auch nicht unmittelbar aus der Onkologie-Vereinbarung.
- 5 Die Beklagte beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts für das Saarland vom 13. November 2024 und des Sozialgerichts für das Saarland vom 22. Februar 2019 aufzuheben und die Klage abzuweisen.
- 6 Die Klägerin beantragt,
die Revision zurückzuweisen.
- 7 Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Entscheidungsgründe

- 8 Die zulässige Revision der Beklagten ist begründet (§ 170 Abs 2 Satz 1 SGG). Die Vorinstanzen haben die Beklagte zu Unrecht zur Zahlung verurteilt. Der Klägerin steht für die ambulante Behandlung des Versicherten in den Quartalen 3/2013 bis 1/2014 kein Vergütungsanspruch (*dazu 1.*) nach den Kostenpauschalen Nr 86512 und 86516 der Onkologie-Vereinbarung zu (*dazu 2.*).

- 9 1. Der Vergütungsanspruch der Klägerin für die Behandlung des Versicherten richtet sich nach § 116b Abs 8 Satz 3 SGB V iVm § 116b Abs 5 SGB V aF.
- 10 Nach § 116b Abs 2 Satz 1 SGB V aF ist ein zugelassenes Krankenhaus zur ambulanten Behandlung der in dem Katalog nach Abs 3 und 4 genannten hochspezialisierten Leistungen, seltenen Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen (ua Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen) berechtigt, wenn und soweit es im Rahmen der Krankenhausplanung des Landes auf Antrag des Krankenhausträgers unter Berücksichtigung der vertragsärztlichen Versorgungssituation dazu bestimmt worden ist. Für die sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses gelten die Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung entsprechend (§ 116b Abs 3 Satz 2 SGB V aF). Zusätzliche Anforderungen sowie einrichtungsübergreifende Maßnahmen der Qualitätssicherung nach § 135a SGB V (*hier idF des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.2.2013, BGBl I 277*) iVm § 137 SGB V (*hier idF des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Krebsfrüherkennung und zur Qualitätssicherung durch klinische Krebsregister <Krebsfrüherkennungs- und -registergesetz - KFRG> vom 3.4.2013, BGBl I 617*) an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses ergeben sich aus den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach § 116b Abs 4 SGB V aF. Die danach von den Krankenhäusern erbrachten Leistungen werden unmittelbar von den Krankenkassen vergütet. Die Vergütung hat der Vergütung vergleichbarer vertragsärztlicher Leistungen zu entsprechen (§ 116b Abs 5 Satz 1 und 2 SGB V aF). Bestimmungen, die von einem Land nach § 116b Abs 2 Satz 1 SGB V aF getroffen wurden, gelten bis zu deren Aufhebung durch das Land weiter. Die von zugelassenen Krankenhäusern aufgrund einer solchen Bestimmung erbrachten Leistungen werden nach § 116b Abs 5 SGB V aF vergütet (§ 116b Abs 8 Satz 1 und 3 SGB V; Satz 1 in der bis zum 22.7.2015 geltenden Fassung).
- 11 Ob die Klägerin die sich danach ergebenden Anspruchsvoraussetzungen erfüllt hat, kann offenbleiben. Denn die Klägerin kann jedenfalls nicht nach der Onkologie-Vereinbarung abrechnen.
- 12 2. Die Klägerin hat im vorliegenden Fall keinen Anspruch auf die Kostenpauschalen nach Nr 86512 und 86516 der Onkologie-Vereinbarung. Diese Vereinbarung findet auf Krankenhäuser, die Leistungen nach § 116b Abs 3 SGB V aF erbringen, keine Anwendung. Dem steht nicht entgegen, dass die vertragsärztliche Vergütung auf die Leistungen der Krankenhäuser nach § 116b SGB V aF zur Anwendung kommen soll, soweit diese den vertragsärztlichen Leistungen vergleichbar sind (*dazu a*). Im Falle der Onkologie-Vereinbarung fehlt es an dieser Vergleichbarkeit (*dazu b*).
- 13 a) Die Vergleichbarkeit der Leistungen der Krankenhäuser mit den vertragsärztlichen Leistungen iS des § 116b Abs 5 Satz 2 SGB V aF setzt voraus, dass die Leistungserbringung der Krankenhäuser nach § 116b SGB V aF und die Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung entsprechenden Anforderungen unterliegen und die Vergütungsregelungen an diesen Anforderungen orientiert sind. Dies folgt aus einer Auslegung anhand von Sinn und Zweck sowie der Entstehungsgeschichte.
- 14 Durch die Einführung der ambulanten Behandlung durch Krankenhäuser nach § 116b SGB V aF sollte die vertragsärztliche Versorgung ergänzt werden. § 116b SGB V in seiner ursprünglichen Fassung war Teil eines Regelungskonzepts, mit dem der Gesetzgeber durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Modernisierungsgesetz - GMG, vom*

14.11.2003, BGBl I 2190) zur Verbesserung der Effizienz der Patientenversorgung und der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung in unterversorgten Gebieten die ambulante Versorgung teilweise für Krankenhäuser öffnete (vgl. *BT-Drucks 15/1525 S 74*). Insbesondere wurden durch § 116b Abs 2 SGB V Verträge der Krankenkassen mit Krankenhäusern in Bezug auf hochspezialisierte Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen nach einem in § 116b Abs 3 SGB V geregelten Katalog ermöglicht.

- 15 Maßstab sollte dabei die entsprechende Vergütung in der vertragsärztlichen Versorgung sein. Das ist diejenige Vergütung, die ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt zum Zeitpunkt der Leistungserbringung für eine vergleichbare Leistung erhalten würde. Intendiert war ein möglichst weitgehender Gleichlauf zwischen ambulanter Behandlung im Krankenhaus und vertragsärztlicher Versorgung in den nach § 116b Abs 3 und 4 SGB V aF definierten Bereichen. Nachdem die Möglichkeit des Abschlusses von Versorgungsverträgen in der Praxis nicht in dem vom Gesetzgeber intendierten Umfang genutzt worden war, wurde die Vorschrift durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (*GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG vom 26.3.2007, BGBl I 378*) zum 1.4.2007 dahingehend geändert, dass eine Teilnahmeberechtigung des Krankenhauses durch "Bestimmung" im Rahmen der Krankenhausplanung eingeführt wurde (vgl. hierzu zB *Blöcher in Hauck/Noftz, SGB V, § 116b RdNr 3, 17, Stand November 2024*). Die Geeignetheit eines Krankenhauses zur Bestimmung nach § 116b Abs 2 SGB V aF durch die Planungsbehörden setzte voraus, dass es die nach § 116b Abs 3 Satz 2 SGB V aF entsprechend anwendbaren sächlichen und personellen Anforderungen für die vertragsärztliche Versorgung sowie die weiteren Vorgaben nach § 116b Abs 4 SGB V aF erfüllte (vgl. *BSG vom 15.3.2012 - B 3 KR 13/11 R - BSGE 110, 222 = SozR 4-2500 § 116b Nr 3, RdNr 43 ff mwN*).
- 16 Ziel des Gesetzgebers des GKV-WSG war ein Gleichlauf der Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung und der Leistungserbringung nach § 116b SGB V (vgl. *BT-Drucks 16/3100, S 139 f; vgl. hierzu Blöcher in Hauck/Noftz, SGB V, § 116b RdNr 16 ff, Stand November 2024; Stollmann, ZMGR 2007, 134 und 135, auch zur gleichberechtigten Teilnahme iS eines Wettbewerbs; Düring in Butzer/Kaltenborn/Meyer, Organisation und Verfahren im sozialen Rechtsstaat, FS Schnapp, S 389, 397: Parallelmarkt für bestimmte ambulante Leistungen; Barth/Hänlein, Die Gefährdung der Berufsfreiheit <Art 12 Abs 1 GG> niedergelassener Vertragsärzte durch die Zulassung von Krankenhausambulanzen nach § 116b Abs 2 SGB V n.F., 2007, S 3 ff*).
- 17 b) Ein aus der Onkologie-Vereinbarung abgeleiteter Vergütungsanspruch bei einer ambulanten Behandlung nach § 116b SGB V aF scheidet gleichwohl aus.
- 18 aa) Dies folgt allerdings noch nicht daraus, dass Leistungen nach der Onkologie-Vereinbarung aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen wären. Was zur vertragsärztlichen Versorgung gehört, ist in §§ 72 und 73 SGB V geregelt. Die vertragsärztliche Versorgung umfasst nach § 73 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V ua die ärztliche Behandlung. Daraus lässt sich keine Beschränkung der vertragsärztlichen Versorgung auf nach dem EBM-Ä abrechenbare Behandlungen ableiten.
- 19 Etwas anderes folgt auch nicht daraus, dass den Vertragspartnern auf Bundesebene nach § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V (*hier idF des GKV-WSG*) und § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V (*hier idF des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankenversicherung <Gesundheitsstrukturgesetz> vom 21.12.1992, BGBl I 2266*) die Vereinbarung eines einheitlichen Bewertungsmaßstabs ua zur Bestimmung der abrechnungsfähigen vertragsärztlichen Leistungen zugewiesen ist. Dies bedingt keine alleinige Zuständigkeit des Bewertungsausschusses zur Rege-

lung vertragsärztlicher Vergütungstatbestände. Vielmehr hat das BSG für eine Reihe von Konstellationen in stRspr gebilligt, dass die Partner des BMV-Ä auf der Grundlage des § 82 Abs 1 Satz 1 SGB V (*hier idF des Gesundheitsstrukturgesetzes*) weitere Abrechnungsregelungen treffen können, etwa indem sie besondere qualitätsgesicherte Behandlungsprogramme vereinbaren und für den mit der Teilnahme an diesen Programmen verbundenen zusätzlichen Aufwand Kostenerstattungen vorsehen (*vgl BSG vom 25.11.2020 - B 6 KA 14/19 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 27 RdNr 21 mwN*). Dazu gehörten auch die Vorschriften über die Leistungserbringung nach der Onkologie-Vereinbarung (*vgl BSG vom 25.11.2020 - B 6 KA 14/19 R - SozR 4-2500 § 106a Nr 27 RdNr 21; BSG vom 11.10.2017 - B 6 KA 34/17 B - juris RdNr 8 ff*). Konform damit weist § 1 Abs 3 BMV-Ä, der auf Grundlage des § 82 Abs 1 SGB V die vertragsärztliche Versorgung regelt (*vgl auch § 1 Abs 1 Satz 1 und Abs 3 BMV-Ä*), die Anlage 7 (Onkologie-Vereinbarung) ausdrücklich neben dem EBM-Ä als Bestandteil des BMV-Ä aus.

- 20 bb) Unerheblich ist auch, dass in § 116b Abs 5 Satz 3 ff SGB V aF den Krankenhäusern Mitteilungspflichten in Bezug auf die nach § 116b Abs 3 und 4 SGB V aF von ihnen ambulant erbringbaren Leistungen und die hierfür berechenbaren Leistungen auf der Grundlage des EBM-Ä nach § 87 SGB V auferlegt werden. Diesen Regelungen lässt sich nicht entnehmen, dass eine Vergütung ambulanter Leistungen nach § 116b SGB V aF generell nur nach dem EBM-Ä zu erfolgen hätte. Nach der Intention des Gesetzgebers war Ziel dieser Regelungen, ein ordnungsgemäßes Abrechnungsverfahren zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern zu gewährleisten und den Krankenkassen Transparenz über den zu erwartenden Leistungsumfang zu vermitteln. Mit der vorgeschriebenen Bezeichnung der Leistungen auf Grundlage des EBM-Ä sollte der Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen abgegrenzt und gleichzeitig sichergestellt werden, dass die Abrechnung der Leistungen durch das Krankenhaus der Abrechnung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht (*vgl BT-Drucks 16/3100, S 140*). Daraus folgt indes keine Beschränkung des nach § 116b SGB V aF erbringbaren Leistungsumfangs gegenüber dem vertragsärztlichen Leistungsumfang auf solche Leistungen, die nach dem EBM-Ä abrechenbar waren (*aA Hessisches LSG vom 19.12.2013 - L 8 KR 328/12 - juris RdNr 32; LSG Hamburg vom 26.3.2015 - L 1 KR 11/13 R - juris RdNr 17; SG Detmold vom 18.10.2012 - S 24 KR 699/10 - juris RdNr 16*). Entgegen der Meinung der Beklagten würde durch die generelle Beschränkung der Abrechnung auf Leistungen nach dem EBM-Ä gerade nicht sichergestellt, "dass die Abrechnung der Leistungen durch das Krankenhaus der Abrechnung der Leistungen in der vertragsärztlichen Versorgung entspricht" (*vgl BT-Drucks 16/3100 S 140*).
- 21 cc) Es lässt sich aus der Neuregelung der ASV als eines eigenständigen, sektorenübergreifenden Versorgungsbereichs mit einheitlicher Vergütung außerhalb der vertragsärztlichen Gesamtvergütung durch das GKV-VStG auch nicht ableiten, dass zuvor nur auf Teilbereiche der vertragsärztlichen Vergütungsregelungen verwiesen worden wäre. Insbesondere lässt sich der Begründung des Gesetzentwurfs (*BT-Drucks 17/6906 S 80 ff*) entgegen der Meinung der Beklagten keine Intention des Gesetzgebers entnehmen, eine zuvor vermeintlich auf den EBM-Ä beschränkte Abrechnungsmöglichkeit der Krankenhäuser zu beseitigen.
- 22 dd) Schließlich folgt ein Ausschluss der Anwendbarkeit der Onkologie-Vereinbarung nicht aus deren § 1 Abs 1 Satz 4. Nach dieser Vorschrift gilt die Onkologie-Vereinbarung "nicht für gemäß § 116b Abs 2 SGB V zur Diagnostik und Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen bestimmte Krankenhäuser". Die Vorschrift stellt lediglich klar, dass die Onkologie-Vereinbarung, und damit insbesondere auch die dort in den §§ 2 ff geregelten Anforderungen, für die vertragsärztliche Versorgung gilt, nicht hingegen für nach § 116b Abs 2 SGB V aF bestimmte Krankenhäuser. Ob ein Ausschluss der Berechtigung von Krankenhäusern zur Abrechnung von Vergütungsziffern der Onkologie-Vereinbarung gegen höherrangiges Recht verstieße, wie das LSG meint, kann danach offenbleiben.

- 23 ee) Der Vergütungsausschluss folgt daraus, dass die Leistungserbringung nach der Onkologie-Vereinbarung in der vertragsärztlichen Versorgung nicht mit der Leistungserbringung nach § 116b SGB V aF vergleichbar ist. Vergleichsmaßstab ist die Leistungserbringung in der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung von Onkologie-Patienten mit der Behandlung nach § 116b SGB V aF im Krankenhaus.
- 24 Die Vergütung nach der Onkologie-Vereinbarung honoriert neben den Leistungen im einzelnen Behandlungsfall auch die Bereitstellung einer besonders qualifizierten Struktur und dient gerade dazu, einen Behandlungsrahmen zu schaffen, der im Krankenhaus grundsätzlich bereits vorhanden ist und durch die Vergütungsstruktur nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) und dem Krankenhausentgeltgesetz bereits abgedeckt ist (*ähnlich LSG Hamburg vom 26.3.2015 - L 1 KR 11/13 - juris RdNr 26*). Würden Krankenhäuser auch Anspruch auf eine Vergütung nach den Vorgaben der Onkologie-Vereinbarung haben, würden sie gegenüber der allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung von Onkologie-Patienten bessergestellt. Dies entspricht nicht dem Regelungszweck des § 116b Abs 5 Satz 2 SGB V aF.
- 25 Die Onkologie-Vereinbarung zielt auf die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebskranker Patienten in der vertragsärztlichen Versorgung (*§ 1 Abs 1 Satz 1 Onkologie-Vereinbarung*). Bereits die Vorgänger-Vereinbarungen (*zB für den Ersatzkassenbereich Onkologie-Vereinbarung vom 7.7.1994 in der Neufassung, Deutsches Ärzteblatt 92, Heft 28/29, 17.7.1995 <67> A-2025*) formulierten als Ziel die Förderung einer qualifizierten onkologischen Versorgung als Alternative zur erheblich teureren stationären Versorgung (*vgl § 1 Abs 1 Satz 2 und dazu BSG vom 3.3.1999 - B 6 KA 18/98 R - juris RdNr 20*). Die Onkologie-Vereinbarung dient damit dem Zweck, "in der vertragsärztlichen Versorgung eine Alternative zur stationären Behandlung" sicherzustellen (*§ 1 Abs 1 Satz 2 Onkologie-Vereinbarung*). Dieser zulässig verfolgte Zweck würde verfehlt, wenn sie auf Krankenhäuser zur Anwendung käme, die Leistungen nach § 116b SGB V aF erbringen. Es soll ein bei den Vertragsärzten durch die Erfüllung der in der Onkologie-Vereinbarung geregelten Anforderungen entstehender besonderer Aufwand abgegolten werden und damit ein höheres Versorgungsniveau der Versicherten durch die Vertragsärzte honoriert werden.
- 26 Die Onkologie-Vereinbarung sieht für die Verwirklichung des in § 1 Abs 1 Satz 1 und 2 Onkologie-Vereinbarung genannten Zwecks ua Kostenpauschalen vor, die an die Erfüllung spezieller Anforderungen durch die teilnehmenden Vertragsärzte geknüpft sind. Dadurch sollen die in der vertragsärztlichen Versorgung durch das ambulante Behandlungssetting herrschenden Bedingungen in bestimmten Punkten an ein stationäres Behandlungssetting angenähert werden. Dem dienen bspw eine 24-stündige Rufbereitschaft (*§ 5 Abs 1 Spiegelstrich 2*), die Vorgabe von Kooperationen (*zB § 5 Abs 1 Spiegelstrich 1, § 6*), die Erfüllung bestimmter Fort- und Weiterbildungsanforderungen (*§ 3 Abs 2 und Abs 8*), die Erfüllung von Mindestmengen (*§ 3 Abs 4*) uä. Die Kostenpauschalen sollen den durch diese Anforderungen bei den an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzten entstehenden - und im EBM-Ä so nicht abgebildeten - höheren Kostenaufwand abdecken. Die Erfüllung der Anforderungen müssen vom Vertragsarzt vor Erteilung der Genehmigung (*§ 2 Abs 1*) und laufend nachgewiesen werden (*§ 2 Abs 3 und 4*). Die Onkologie-Vereinbarung deckt damit bei den teilnehmenden Vertragsärzten einen zusätzlichen Aufwand ab, der typisierend betrachtet bei den Krankenhäusern aufgrund ihres Versorgungsauftrags als Sowieso-Kosten anfällt und mit dem Vergütungssystem für stationäre Behandlungen einschließlich der finanziellen Förderung nach dem KHG abgedeckt ist. Bei der Leistungserbringung durch die Krankenhäuser nach § 116b SGB V aF wird er daher nicht in vergleichbarer Weise ausgelöst.
- 27 Im Hinblick auf diese Zwecksetzung sind die Anforderungen der Onkologie-Vereinbarung auf Vertragsärzte ausgerichtet. Weder sind für die Leistungserbringung der Krankenhäuser nach §

116b SGB V entsprechende Anforderungen geregelt worden, noch wird auf die Anforderungen nach der Onkologie-Vereinbarung verwiesen. Die mit den Kostenpauschalen intendierte Abdeckung eines erhöhten Kostenaufwands bei den Vertragsärzten kann folglich bei den Krankenhäusern nicht erreicht werden. Es handelt sich vielmehr um an den spezifischen Bedingungen der vertragsärztlichen Versorgung orientierte Kostenregelungen.

- 28 c) Der Senat muss hier nicht darüber entscheiden, ob die Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung für ermächtigte Krankenhausärzte grundsätzlich möglich ist. Soweit dies - wie die Klägerin vorträgt - in Fällen von bei ihr angestellten Krankenhausärzten tatsächlich erfolgt sein sollte, hätte dies jedenfalls keine Auswirkungen auf die Rechtslage in der vorliegend zu beurteilenden Konstellation.
- 29 3. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG iVm § 154 Abs 1 VwGO. Die Streitwertfestsetzung folgt aus § 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 1 SGG iVm § 63 Abs 2 Satz 1, § 52 Abs 1 und 3 Satz 1 sowie § 47 Abs 1 Satz 1 GKG.

© Ein Service des Bundesministeriums der Justiz und für Verbraucherschutz
sowie des Bundesamts für Justiz - <https://www.rechtsprechung-im-internet.de>