
Datum: 05.10.2016
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 11. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 11 KA 83/15
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2016:1005.L11KA83.15.00

Vorinstanz: Sozialgericht Düsseldorf, S 33 KA 254/11
Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 02.09.2015 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens auch in zweiter Instanz. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand: 1

Streitig ist die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen des Klägers in den Quartalen III/2010 und IV/2010. 2

Der Kläger ist als Facharzt für Urologie in E zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In den betreffenden Quartalen kürzte die Beklagte die Abrechnung des Klägers um die Gebührenordnungsposition (GOP) 26135 des Einheitlichen Berechnungsmaßstabs (EBM) und setzte stattdessen die Kostenpauschale Nr. 86512 nach Anhang 2 (Abrechnung und Vergütung zur Vereinbarung über die qualifizierte ambulante Versorgung krebserkrankter Patienten "Onkologie - Vereinbarung") Teil A (Kostenpauschalen) zum Bundesmantelvertrag an. Der Kläger nimmt an der Onkologie-Vereinbarung teil. Seine gegen die Abrechnungsbescheide vom 25.01.2011 und 25.04.2011 eingelegten Widersprüche wies die Widerspruchsstelle der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheid vom 03.08.2011). Zur Begründung führte sie aus, im Anhang 2 "Abrechnung und Vergütung" der zum 01.10.2009 in Kraft getretenen Onkologie-Vereinbarung seien die Kostenpauschalen gelistet, die dem onkologisch qualifizierten Arzt erstattet würden. Neben diesen vom Kläger abgerechneten 3

Kostenpauschalen sei im selben Behandlungsfall die Grundpauschale der GOP 26315 EBM ausdrücklich nicht berechnungsfähig. Die Streichung sei daher zu Recht erfolgt.

Hiergegen hat der Kläger Klage erhoben und vorgetragen: Die Beklagte habe zwar den Abrechnungsausschluss nach Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung nach seinem Wortlaut zutreffend angewandt, der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-Spitzenverband) und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) als Vertragspartner und Normgeber seien jedoch nicht berechtigt, durch die Onkologie-Vereinbarung Abrechnungsmöglichkeiten des EBM auszuschließen. Die Regelungskompetenz in Gebührenfragen sei grundsätzlich allein dem Bewertungsausschuss vorbehalten. Mit den strittigen Abrechnungsbestimmungen griffen der GKV-Spitzenverband und die KBV in die Zuständigkeit des Bewertungsausschusses zumindest mittelbar ein, indem sie die Bewertung der mit der GOP 26315 EBM abgebildeten ärztlichen Leistung veränderten. Zudem könne es nicht richtig sein, wenn der gesamte besondere Aufwand des an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Arztes allein mit der Differenz zwischen der Vergütung der GOP 26315 EBM in Höhe von 18,90 EUR und der Kostenpauschale nach Anhang 2 der Onkologie-Vereinbarung in Höhe von 28,88 EUR abgegolten werde. Der Betrag von 9,98 EUR genüge nicht, um die erforderlichen personellen und apparativen Anforderungen zu erfüllen und die notwendigen Fortbildungsmaßnahmen abzudecken, geschweige denn, den tatsächlichen Mehraufwand des onkologisch qualifizierten Arztes abzubilden. Mit den strittigen Abrechnungsbestimmungen hätten die Normgeber dem Willen des Gesetzgebers zuwider gehandelt. Dieser habe nach der teilweisen Kündigung der früheren regionalen Onkologie-Vereinbarungen durch Krankenkassen die bisherigen Vergütungsregelungen, die keinen Abrechnungsausschluss vorgesehen hätten, fortschreiben wollen. Der Abrechnungsausschluss der GOP 26315 EBM sei auch willkürlich, da für die Fachgruppe der Internisten - anders als für die Urologen - eine gesonderte Berechnung der Zusatzpauschale Onkologie nach der GOP 13500 EBM zugelassen sei. Weder nach der EBM-Regelung noch nach der Onkologie-Vereinbarung sei indes der Aufwand für die internistischen Onkologen höher. Die auf § 85 Abs. 2 Satz 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) basierende Onkologie-Vereinbarung dürfe allein zusätzliche Kostenerstattungen zu bestehenden EBM-Vergütungen regeln ("On-top-Vergütung") und nicht Kostenpauschalen, die an die Stelle von Pauschalen nach dem EBM treten. Im Termin hat der Kläger klargestellt, dass der Wert aller Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung gemäß den Nrn. 86510 und 86512 mit 37,85 EUR (und nicht mit 28,88 EUR) zu beziffern sei.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt,

die Abrechnungsbescheide für die Quartale III/2010 und IV/2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2011 hinsichtlich der Nichtberücksichtigung der Leistungen nach Nr. 26315 EBM abzuändern und die Beklagte zu verpflichten, den Kläger insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die angefochtenen Bescheide für rechtmäßig erachtet.

Die zu 1) beigelegte KBV ist dem Vorbringen des Klägers entgegengetreten. Die Onkologie-Vereinbarung sei rechtmäßig zustande gekommen und bewege sich im Rahmen des Gestaltungsspielraums der Ermächtigungsgrundlage.

Der zu 2) beigeladene GKV-Spitzenverband hat sich den Ausführungen der Beigeladenen zu 1) angeschlossen.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 02.09.2015) und u.a. ausgeführt: Der Kläger sei durch die angefochtenen Abrechnungsbescheide der Beklagten nicht beschwert, sie seien nicht rechtswidrig. Die Streichung der vom Kläger neben Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung abgerechneten GOP 26315 EBM im Rahmen der sogenannten Regelwerksanktionen sei nicht zu beanstanden, weil nach Anhang 2 Teil A der als Anlage 7 zum Bundesmantelvertrag vereinbarten Onkologie-Vereinbarung die Kostenpauschalen nach den Nrn. 86510, 86512 und die Zuschläge nach den Nrn. 86514 und 86516 im Behandlungsfall nicht neben der GOP 26315 EBM berechnungsfähig seien. Dieser Ausschluss sei nicht rechtswidrig. Die Regelung verstoße nicht gegen höherrangiges Recht, wie auch das SG Schwerin im Urteil vom 04.02.2015 - S 3 KA 106/11 - festgestellt habe. Die Abrechnungsausschlüsse in den Bundesmantelverträgen griffen nicht in rechtswidriger Weise in die Regelungskompetenz des Bewertungsausschusses ein. Sie seien von dem sich aus § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V ergebenden Regelungsauftrag an die Vertragspartner der Bundesmantelverträge gedeckt. Der Gesetzgeber habe für den Bereich der besonders qualifizierten onkologischen Versorgung den Vertragspartnern insoweit ausdrücklich eine Regelungskompetenz übertragen, ohne dass sich aus den gesetzlichen Regelungen einschränkende Vorgaben für deren Ausgestaltung entnehmen ließen. Der Auftrag, "das Nähere" einer angemessenen Vergütung für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung im Bundesmantelvertrag zu regeln, sei nach seinem Wortsinn nicht darauf beschränkt, eine zu der EBM-Vergütung hinzutretende Vergütung zu regeln. Sie erlaube vielmehr auch, umfassende "Kostenpauschalen" einzuführen, die nur von besonders qualifizierten, an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürften. Den Gesetzesmaterialien sei nicht zu entnehmen, dass die Parteien der Bundesmantelverträge nur auf die Vereinbarung einer sogenannten on-top-Vergütung festgelegt worden seien. Der Gesetzgeber habe auf die bisherige Vertragsstruktur bzw. ein bestimmtes Vergütungsniveau nicht konkret Bezug genommen, sondern die Bestimmung der angemessenen Vergütung in diesem Bereich den Vertragspartnern überlassen. Der Abrechnungsausschluss verletze auch kein Recht des Klägers auf höhere Vergütung seiner im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung erbrachten Leistungen. Nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei es nicht Aufgabe der Gerichte, ihre Vorstellungen von einer sachgerechten Leistungsbewertung an die Stelle der Beurteilung durch den Bewertungsausschuss zu setzen. Diesem stehe vielmehr ein weiterer Gestaltungs- und Beurteilungsspielraum zu. Ausnahmen wären nur dann zu machen, wenn sich zweifelsfrei feststellen ließe, dass die Leistungsdefinition oder -bewertung nicht sachbezogen erfolgt sei, der Regelungsspielraum überschritten oder die Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt werde. Davon könne vorliegend nicht ausgegangen werden. Die Vertragspartner hätten die besonderen Leistungen der Vertragsärzte im Rahmen der Onkologie-Vereinbarung durch differenzierte Pauschalen (Nrn. 86510 und 86512) und Zuschläge (Nrn. 86514, 86516 und 86518) abgebildet. Der regional zu ermittelnde Gebührenwert für die Nr. 86512 übersteige auch nach dem Vortrag des Klägers den Wert der GOP 26315 EMB. Der Abrechnungsausschluss folge daraus, dass die Leistungslegenden der Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung den obligaten Leistungsinhalt der GOP 26315 EBM mitumfassten. Soweit der Kläger behaupte, die Differenz zwischen der (ausgeschlossenen) Vergütung nach der GOP 26315 EBM und der Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung genüge nicht, um die erforderlichen personellen und apparativen Anforderungen zu erfüllen, die notwendigen Fortbildungsmaßnahmen abzudecken sowie den Mehraufwand des onkologisch qualifizierten Arztes abzubilden, liege hierzu kein belastbares Zahlenmaterial vor. Die Vertragspartner als Normgeber treffe insoweit keine

Ermittlungspflicht. Bei Vergütungsregelungen sei es nicht verboten, Entscheidungen unter Inkaufnahme von Ungewissheiten zu treffen. Der Kläger könne höheres Honorar auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung seiner vertragsärztlichen Leistungen beanspruchen. Nach der Rechtsprechung des BSG komme ein subjektives Recht auf höheres Honorar aus § 72 Abs. 2 SGB V in Verbindung mit Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG) erst dann in Betracht, wenn in einem fachlichen und/oder örtlichen Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu werden, und deshalb in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet sei. Es gebe keine Anhaltspunkte dafür, dass eine solche Situation im Bereich der Beklagten für die qualifizierte onkologische Versorgung in dem hier maßgeblichen Zeitraum eingetreten gewesen sein könnte. Schließlich sei auch keine rechtswidrige Ungleichbehandlung festzustellen. Es bestünden Abrechnungsausschlüsse für die urologische GOP 26315 EBM sowie in den Bereichen der Chirurgie/Kinderchirurgie/Plastischen Chirurgie für die GOP 07345 EBM, der Gynäkologie für die GOP 08345 EBM, der HNO-Heilkunde für die GOP 09345 EMB, der Dermatologie für die GOP 10345 EBM, der Gastroenterologie für die GOP 13435 EBM, der Pneumologie für die GOP 13675 EBM sowie der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie für die GOP 15345 EBM. Die Zusatzpauschalen Onkologie seien erst zum 01.01.2008 in den EBM aufgenommen worden, um den speziellen Leistungsbedarf und Aufwand bei der Betreuung von Tumorpatienten abzubilden. Ein Ausschluss auch der bereits zuvor eingeführten hämato-/onkologischen GOP 13500 EBM ("Zusatzpauschale Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung") habe nicht erfolgen müssen, weil diese GOP einen nicht vergleichbaren Leistungsinhalt abbilde. Die GOP 13500 EBM sei nur dann berechnungsfähig, wenn ein Therapiekonzept erstellt werde und eine indikationsgerechte Behandlung in demselben Behandlungsfall stattfinde. Somit sei die weitergehende Betreuung eines Patienten ohne laufende Therapie einer der genannten Systemerkrankungen nicht als GOP 13500 EBM berechnungsfähig. Eine der GOP 26315 EBM entsprechende GOP im Bereich der inneren Medizin sei mit der GOP 13435 EBM vom Abrechnungsausschluss erfasst. Generalisierende und pauschalierende Regelungen seien von den Vertragsärzten hinzunehmen.

Mit der dagegen gerichteten Berufung wiederholt und vertieft der Kläger sein Vorbringen. Der Wortlaut des § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V grenze die Regelungskompetenz der Vertragsparteien zwar nicht ein, dennoch ergäben sich Einschränkungen infolge historischer, systematischer und teleologischer Auslegung. So hätten bis zum Inkrafttreten der Onkologie-Vereinbarung vom 01.10.2009 sämtliche regionalen Onkologie-Vereinbarungen zur EBM-Vergütung zusätzliche Kostenerstattungen gewährt. Der Gesetzgeber habe hieran anknüpfen und eine "Anschlussregelung" schaffen wollen. Die Ermächtigung, eine angemessene Vergütung für besonders qualifizierte onkologische Leistungen vereinbaren zu können, beruhe auf § 85 SGB V und auf § 87 SGB V. Demzufolge dürfe durch sie nicht in die Vergütungsregelungen des EBM nach der letztgenannten Vorschrift eingegriffen werden. Selbst wenn man dies anders sehen würde, wäre der Ausschluss der Berechnung der GOP 26315 EBM neben den Pauschalen der Onkologie-Vereinbarung rechtswidrig, weil es an der gesetzlich geschuldeten "angemessenen Vergütung der besonders qualifizierten onkologischen Versorgung" fehle. Zu Unrecht stelle das SG darauf ab, dass trotz des Abrechnungsausschlusses genügend Ärzte an dieser Versorgung teilnähmen. Dieser Maßstab gelte nach der Rechtsprechung des BSG nur für die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen und nicht für den vorliegenden, besonders förderungswürdigen Versorgungsbereich. Anders als das SG meine, dürften die Bundesmantelvertragsparteien nicht ohne belastbares Zahlenmaterial und damit ohne jegliche sachliche Grundlage die Vergütungshöhe in der Onkologie-Vereinbarung festlegen. Vielmehr hätte man an die Höhe

13

der Vergütung der früher geltenden regionalen Vereinbarungen anknüpfen müssen. Schließlich sei der ihn als Urologe treffende Abrechnungsausschluss willkürlich im Verhältnis zu der für Internisten geltenden Regelung, deren Zusatzpauschale (GOP 13500 EBM) neben den Pauschalen der Onkologie-Vereinbarung abrechenbar bleibe. Die in dieser GOP geforderten Leistungen (Erstellung eines Therapiekonzepts und indikationsgerechte Behandlung in demselben Behandlungsfall) seien nach § 4 Onkologie-Vereinbarung auch Bestandteil der Vergütung nach diesem Regelungssystem.

Der Kläger beantragt, das Urteil des SG Düsseldorf vom 02.09.2015 abzuändern und die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide für die Quartale III und IV/2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2011 zu verpflichten, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. 14

Die Beklagte beantragt, 15

die Berufung zurückzuweisen. 16

Zur Begründung nimmt sie Bezug auf die angefochtenen Bescheide und das erstinstanzliche Urteil. 17

Die Beigeladenen stellen keine Anträge. 18

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 19

Entscheidungsgründe: 20

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. 21

I. Die Berufung ist zulässig, insbesondere ist sie frist- und formgerecht eingelegt worden (§ 151 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Auch der Beschwerdewert von 750,00 EUR ist überschritten (§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 und 2 SGG). Der Kläger wendet sich gegen die Kürzung der GOP 26315 EBM in 77 Fällen im Quartal III/2010 und in 81 Fällen im Quartal IV/2010 mit einem (damaligen Vergütungs-)Wert i.H.v. je 18,90 EUR. Er begehrt also eine um 1.455,30 EUR bzw. 1.530,90 EUR höhere Vergütung. 22

II. Die Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage mit Urteil vom 02.09.2015 zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 25.01. und 25.04.2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2011 sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht (§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG). Der Senat nimmt Bezug auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung des SG (§ 153 Abs. 2 SGG) und führt ergänzend aus: 23

1. Der Kläger macht die auf höhere Vergütung der Quartale III und IV/2010 gerichtete Klage zutreffend in Gestalt einer auf Bescheidung gerichteten kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklage geltend. 24

2. Die Klage ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung, insbesondere nicht auf Vergütung der GOP 26315 EBM neben Nrn. 86510 ff. von Anhang 2 Teil A der Onkologie-Vereinbarung. 25

Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Richtigstellung ist § 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V. Danach stellt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die sachliche und rechnerische 26

Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen des Vertragsarztes zielt auf die Feststellung ab, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots -, erbracht und abgerechnet worden sind (BSG, Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 27/14 R - m.w.N.; Senat, Urteil vom 28.10.2015 - L 11 KA 39/14 -).

a) Ein Anspruch des Klägers auf Abrechnung der GOP 26315 EBM neben den Kostenpauschalen und den Zuschlägen nach Anhang 2 Teil A zu Anlage 7 BMV Onkologie-Vereinbarung ergibt sich weder aus dieser noch aus den Abrechnungsvorschriften des EBM. 27

aa) Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des BSG und des Senats in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers ist, Unklarheiten zu beseitigen (BSG, Beschluss vom 17.02.2016 - B 6 KA 63/15 B -; Urteil vom 16.12.2015 - B 6 KA 10/15 R -; Senat, Urteil vom 10.02.2016 - L 11 KA 7/13 -). In den Abrechnungsvorschriften der Kostenpauschalen nach Anhang 2 Teil A der Onkologie-Vereinbarung, die der Kläger in den berichtigten Quartalsabrechnungen in Ansatz gebracht hat, heißt es: "Die Kostenpauschale 86510 ist im Behandlungsfall nicht neben den Gebührenpositionen , 26315 berechnungsfähig". Wortidentische Regelungen finden sich für die übrigen Pauschalen bzw. Zuschläge in den Nrn. 86512, 86514 und 86516. Dieser eine Abrechnung beider Kostenpauschalen im selben Behandlungsfall ausschließende Wortlaut ist eindeutig und damit nicht auslegungsfähig. Im Übrigen bestätigen auch die in diesem Verfahren beigeladenen Vertragspartner, die KBV und der GKV-Spitzenverband, dass eine Abrechnung der Pauschale nach der GOP 26315 EBM neben den Pauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung ausgeschlossen werden sollte. 28

bb) An der fehlenden Auslegungsfähigkeit ändert sich nichts dadurch, dass - wie der Kläger behauptet - vor Inkrafttreten der Onkologie-Vereinbarung zum 01.07.2009 in sämtlichen regionalen Vereinbarungen die Vergütungsregelungen so ausgestaltet gewesen seien, dass die fraglichen Pauschalen stets zusätzlich zur EBM-Vergütung hätten abgerechnet werden können. 29

Im Übrigen ergibt sich allein aus der vom Kläger favorisierten Regelungssystematik ("On-top-Vergütung") kein höherer Vergütungsanspruch. Die Kostenpauschale nach GOP 26315 EBM zusammen mit einer Pauschale nach einer Onkologie-Vereinbarung kann durchaus geringer ausfallen als die nun von den Vertragsparteien gewählte Vergütungssystematik der einander ausschließenden Kostenpauschalen. Problematisch für das Klagebegehren des Klägers ist somit nicht die Abrechnungssystematik, sondern die Abrechnungshöhe. 30

Anders als der Kläger meint, kann im Rahmen der (historischen) Auslegung des Abrechnungsausschlusses in Anhang 2 Teil A der Onkologie-Vereinbarung nicht auf die Motive des Gesetzgebers bei Ergänzung bzw. Änderung des § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V mit Wirkung zum 23.07.2009 abgestellt werden. Damals hat der Gesetzgeber die Vertragspartner verpflichtet, "eine angemessene Vergütung" "für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren". Die Überlegungen des Gesetzgebers hierzu lassen keine Rückschlüsse auf die Motive der dieses Regelungsgebot umsetzenden Vertragspartner zu. Außerdem ist den Gesetzesmotiven nicht zu entnehmen, dass durch die Übernahme von Regelungen aus den früheren regionalen Onkologie-Vereinbarungen Vorgaben hinsichtlich 31

der Regelungssystematik ("On-Top-Vergütung") und/oder der Vergütungshöhe (usw.) Vorgaben gemacht werden sollten. Im Gegenteil ist in den Gesetzesmaterialien davon die Rede, dass die früheren Regelungen nicht nur "fortzuschreiben", sondern auch und "weiterzuentwickeln" sind (Bundestagsdrucksache (BT-Drucks.) 16/13428, S. 90).

cc) Da das Abrechnungsverbot im Anhang 2 Teil A der Onkologie-Vereinbarung eindeutig ist, kommt es auf die systematischen Überlegungen des Klägers zu § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V und § 87 SGB V nicht an. 32

dd) Somit kann der Kläger die GOP 26315 EMB zwar abrechnen, er kann dann aber nicht mehr die Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung ansetzen. Allerdings wurde die GOP 26315 EBM in den fraglichen Quartalen deutlich schlechter vergütet als die Kostenpauschalen nach der Onkologie-Vereinbarung, neben denen noch z.T. Zuschläge nach den Nrn. 86514 - 86518 Onkologie-Vereinbarung abgerechnet werden konnten. Die Nichtabrechnung der Pauschalen und Zuschläge der Onkologie-Vereinbarung entspricht somit nicht dem auf eine höhere Gesamtvergütung gerichteten Begehren des Klägers. Das hat die Beklagte erkannt und neben der abgerechneten EBM-Kostenpauschale nicht etwa die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung gestrichen, sondern im (wirtschaftlichen) Interesse des Klägers den umgekehrten Weg gewählt. 33

b) Soweit der Kläger die Rechtswidrigkeit und Unwirksamkeit der eine gleichzeitige Abrechnung der Kostenpauschalen im selben Behandlungsfall ausschließenden Vergütungsregelung wegen fehlender Rechtsetzungskompetenz, unangemessener Vergütung und willkürlicher Ungleichbehandlung geltend macht, führt dies nicht weiter. 34

aa) Wäre die Onkologie-Vereinbarung unwirksam, so ergäbe sich daraus kein höherer Vergütungsanspruch, sondern ein geringerer, nämlich ausschließlich ein Anspruch auf Vergütung nach GOP 26315 EBM. 35

bb) Mangels Anspruchsgrundlage könnte der Kläger auch nicht verlangen, dass die Beklagte ihm abweichend von der zwischen den Beigeladenen - KBV und GKV-Spitzenverband - geschlossenen Onkologie-Vereinbarung eine (höhere) Vergütung gewährt. Die Beklagte ist an die Vereinbarung gebunden; sie führt die sie bindenden vertraglichen Bestimmungen lediglich aus (zur ähnlichen Problematik bei behaupteter Unwirksamkeit der Kataraktverträge: Senat, Urteil vom 09.05.2012 - L 11 KA 48/09 -; Beschluss vom 12.08.2013 - L 11 KA 92/12 B ER -). 36

cc) Etwas anderes ergäbe sich nur, wenn allein der Abrechnungsausschluss in Anhang 2 Teil A der Onkologie-Vereinbarung rechtswidrig und damit unwirksam wäre. Das ist nicht der Fall. Weder ist der Abrechnungsausschluss unwirksam (dazu (b)) noch kann - seine Unwirksamkeit unterstellt - von einer Teilnichtigkeit ausgegangen werden (dazu (a)). 37

(a) Teilnichtigkeit einer Vereinbarung kann nur angenommen werden, wenn die Vertragsparteien auch in Kenntnis der Teilnichtigkeit die übrigen Vereinbarungen getroffen hätten (§ 58 Abs. 3 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X); ausdrücklich zu Verträgen zwischen KVen und Krankenkassen: Hissnauer in Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB X, 1. Auflage, 2013, § 58 Rdn. 5.1). Das ist hier ausgeschlossen. Die beigeladene KBV und der GKV-Spitzenverband haben sowohl in der Onkologie-Vereinbarung als auch im vorliegenden Verfahren deutlich gemacht, die Höhe der Pauschalen und Zuschläge der Nrn. 86510 ff in Anhang 2 Teil A der Onkologie-Vereinbarung derart bemessen zu haben, dass sie sie nur bei Nichtberechnung der GOP 26315 EBM für "angemessen" i.S.v. § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V erachten. Dass nur ein begrenztes Budget zur Finanzierung der Leistungen nach der 38

Onkologie-Vereinbarung zur Verfügung stehen sollte, ergibt sich aus Nr. 8 Teil B der Onkologie-Vereinbarung und dem dort vorgesehen Korrekturverfahren, das für eine Kostenneutralität je Behandlungsfall gegenüber dem bisherigen Vergütungsvolumen sorgen soll.

(b) Im Übrigen ist der Abrechnungsausschluss der Onkologie-Vereinbarung nicht (teil-) 39
nichtig. Dabei muss der Senat nicht entscheiden, ob - wie vom Kläger angenommen - die Vertragspartner trotz der Regelung in § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V ("Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren.") in der Onkologie-Vereinbarung keine den EBM modifizierenden Regelungen treffen durften, denn sie haben dies nicht getan (dazu (aa)). Den Vertragspartnern war es auch nicht untersagt, Kostenpauschalen zu vereinbaren, die Leistungen mit umfassten, die nach Gebührennummern des EBM abrechnungsfähig sind (dazu (bb)). Die Onkologie-Vereinbarung Anhang 2 Teil A und B sind schließlich nicht etwa deswegen rechtswidrig, weil sie keine "angemessene Vergütung" für die geforderte und geförderte besonders qualifizierte ambulante onkologische Versorgung gewährleistet (dazu (cc)) oder willkürlich ist (dazu (dd)).

(aa) Anhang 2 Teil A der Onkologie-Vereinbarung schließt weder mittel- noch unmittelbar die 40
Berechnungsfähigkeit der GOP 26315 EBM aus. Sie verbietet vielmehr die Kostenpauschalen und Zuschläge der Onkologie-Vereinbarung (Nrn. 86510 ff.) zu berechnen, wenn im Behandlungsfall die GOP 26315 EBM angesetzt wird.

Der Umstand, dass bei gleichzeitigem Vorliegen der Voraussetzungen einer höher vergüteten 41
Kostenpauschale nach der Onkologie-Vereinbarung und derjenigen der niedriger vergüteten EBM-Pauschale die betroffenen Vertragsärzte im Zweifel die GOP 26315 EBM nicht abrechnen, ändert daran nichts. Dies ist vom Gesetzeszweck, das qualifizierte ambulante Behandeln krebskranker Patienten als Alternative zu stationären Behandlungen zu fördern, gedeckt.

(bb) Auch die Regelungssystematik der Onkologie-Vereinbarung, die Schaffung von 42
Kostenpauschalen, deren Leistungsbeschreibung diejenigen von onkologischen Pauschalen nach dem EBM umfasst und diese ergänzt, ist von der Ermächtigungsgrundlage gedeckt. Auf die Ausführungen des SG im angefochtenen Urteil wird zur Vermeidung von Wiederholungen insoweit Bezug genommen (§ 153 Abs. 2 SGG). Bereits der Wortlaut des § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V ("Die Vertragsparteien haben auch eine angemessene Vergütung für eine besonders qualifizierte onkologische Versorgung zu vereinbaren; das Nähere ist jeweils im Bundesmantelvertrag zu vereinbaren") lässt keine wie auch immer geartete Einschränkung in der Regelungssystematik erkennen. Unter II. 2. a) bb) ist bereits dargelegt worden, dass sich aus der historischen Auslegung nichts anderes ergibt. Auf das Verhältnis der Ermächtigungsgrundlagen für die Onkologie-Vereinbarung in § 85 Abs. 2 Satz 4 SGB V und jener für den EBM in § 87 SGB V kommt es nicht an, da durch die Onkologie-Vereinbarung nicht in das Regulationssystem des EBM eingegriffen wird (vgl. II. 2. b) cc) (b) (aa)).

(cc) Hinsichtlich der Angemessenheit der Vergütung nach der Onkologie-Vereinbarung wird 43
zunächst ebenfalls auf das Urteil des SG gemäß § 153 Abs. 2 SGG Bezug genommen. Dies gilt auch, soweit es darauf abstellt, dass trotz Abrechnungsausschlusses genügend Ärzte an der besonders qualifizierten onkologischen Versorgung teilnehmen. Dagegen spricht nicht, dass dies der Maßstab ist, den das BSG für die angemessene Vergütung in der "allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung geprägt" (BSG, Urteil vom 08.12.2010 - B 6 KA 42/09 R -) hat. Es gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass dieser Maßstab - angewandt auf die Vergütung nach der Onkologie-Vereinbarung - die Angemessenheit der Vergütung nicht belegt.

- Soweit der Kläger vorträgt, die Vertragsparteien könnten nach der Rechtsauffassung des SG 44
ohne jegliches belastbares Material die Höhe der Vergütung für die besonders qualifizierte
onkologische Behandlung festsetzen, übersieht er, dass dies nicht geschehen ist. So schreibt
Anhang 2 Teil B der Onkologie-Vereinbarung unter der Überschrift "Ermittlung regionaler
Gebührenwerte für die Kostenpauschalen der Onkologie-Vereinbarung" vor, dass das
jeweilige regionale Vergütungsvolumen je Behandlungsfall für die qualifizierte ambulante
Versorgung krebskranker Patienten gemäß den Kostenpauschalen nach Anhang 2 Teil A der
Onkologie-Vereinbarung dem bisher festgestellten Vergütungsvolumen je Behandlungsfall
entsprechen soll. Zur Sicherung der Kostenneutralität wurde ein Korrekturverfahren
festgelegt, welches regional und kassenübergreifend anzuwenden ist. Dass dies im Bezirk
der Beklagten nicht oder fehlerhaft geschehen sein könnte, ist nicht zu erkennen und
behauptet der Kläger auch nicht. Soweit der Kläger drei regionale Vorgängerregelungen der
Onkologie-Vereinbarung vom 01.07.2009 ausschnittsweise zitiert, führt dies (allein) nicht
weiter. Zum einen betrifft die im Schriftsatz vom 09.11.2015 zitierte Regelung den
Zuständigkeitsbereich der KV Berlin. Hieraus kann nichts für die richtige Ermittlung der
Vergütungshöhe im Zuständigkeitsbereich der Beklagten hergeleitet werden. Zudem
übersieht der Kläger, dass nach Anhang 2 Teil B der Onkologie-Vereinbarung die
Gebührenwerte "kassen(arten)übergreifend gemeinsam und einheitlich" zu ermitteln sind.
Aus dem Umstand, dass die eine oder andere frühere, regionale Onkologie-Vereinbarung
eine höhere Vergütung für die eine oder andere Pauschale bzw. den einen oder anderen
Zuschlag vorsah, kann also keinesfalls auf die unzutreffende Feststellung der im
Zuständigkeitsbereich der Beklagten für die strittigen Quartale er- und gemittelten Werte
geschlossen werden. Das gilt besonders auch deswegen, weil nicht alle früheren
Vereinbarungen die neue Differenzierung in die Pauschalen Nr. 86510 (Behandlung florider
Hämoblastosen) und Nr. 86512 (Behandlung solider Tumore) sowie die Zuschläge Nr. 86514
(Zuschlag für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie), Nr. 86516 (Zuschlag für die
intravasale zytostatische Tumorthherapie) und Nr. 86518 (Zuschlag für die Palliativversorgung)
vorsahen, was bei Überführung der Vergütung des Jahres 2008 in die Vergütungsregelungen
der Onkologie-Vereinbarung vom 01.07.2009/01.10.2009 zwangsläufig zu "Verwerfungen"
bzgl. der Vergütung einzelner Pauschalen und Zuschläge nach altem und nach neuem Recht
führen muss.
- Soweit der Kläger meint, die vorgesehene Vergütungen reichten nicht, um die nach der 45
Onkologie-Vereinbarung geforderten Leistungen zu erbringen, fehlt es an der notwendigen
Konkretisierung, dass und warum dies bei ihm der Fall ist. Es geht vorliegend - obwohl der
Kläger von einem "Musterverfahren" spricht - nicht um eine abstrakte Normenkontrolle,
sondern darum, dass er durch die Abrechnung der Beklagten in seinen Rechten verletzt ist.
- Da Anhaltspunkte für die Rechtswidrigkeit der Vergütungsregelung fehlen, kann dahinstehen, 46
ob eine solche zur Nichtigkeit der Regelung nach § 58 Abs. 1 SGB X geführt hätte.
- Abschließend sei darauf hingewiesen, dass der (Mehr-)Wert der Vergütung nach Pauschalen 47
und Zuschlägen in Anhang 2 Teil A der Onkologie-Vereinbarung gegenüber derjenigen nach
EBM auch darin liegt, dass diese nicht unter die Beschränkungen des
Regelleistungsvolumens fallen.
- dd) Die Vergütungsregelungen der Onkologie-Vereinbarung verstoßen auch nicht gegen den 48
Gleichheitssatz des Art. 3 Abs. 1 GG). Das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs. 1 GG
fordert, wesentlich Gleiches gleich zu behandeln, während wesentlich Ungleiches ungleich
behandelt werden kann. Eine Ungleichbehandlung ist mit Art 3 Abs. 1 GG vereinbar, wenn
Unterschiede solcher Art und solchen Gewichts bestehen, dass sie diese

Ungleichbehandlung rechtfertigen können (BVerfG, Beschluss vom 18.07.2005 - 2 BvF 2/01 - ; Beschluss vom 15.07.1998 - 1 BvR 1554/89, 1 BvR 963/94, 1 BvR 964/94 -; BSG, Urteil vom 04.05.2016 - B 6 KA 16/15 R -).

Der Kläger weist in diesem Zusammenhang darauf hin, dass Internisten die Kostenpauschale mit der GOP 13500 EBM ("Zusatzpauschale hämatologische, onkologische, immunologische Erkrankung") neben den Pauschalen und Zuschlägen der Onkologie-Vereinbarung abrechnen können, während dies bei der Kostenpauschale mit der GOP 26315 EBM (Zusatzpauschale Onkologie) für Urologen nicht möglich sei. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Fachgruppen der Internisten und der Urologen nicht vergleichbar sind. Schon die Voraussetzungen für eine Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung weichen voneinander ab. So lautet § 3 Abs. 4 Onkologie-Vereinbarung:

"Je nach Fachgruppe ist die Betreuung nachfolgender Patientenzahlen nachzuweisen: 50

- Fachärzte für Innere Medizin mit der Zusatzbezeichnung Hämatologie und internistische Onkologie: 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 Tumorthherapie behandelt werden, davon 30 mit intravenöser und/oder intrakavitärer und/oder intraläsionaler Behandlung 51

- Andere Fachgruppen Betreuung von durchschnittlich 80 Patienten / Quartal und Arzt (in den letzten 12 Monaten vor Antragsstellung) mit soliden Neoplasien, darunter 60 Patienten, die mit antineoplastischer Therapie behandelt werden, davon 20 mit intravenöser und/oder intrakavitärer antineoplastischer und/oder intraläsionaler Behandlung." 52

Auch Art und Zahl der von GOP 13500 und 26315 EBM erfassten (onkologischen) Erkrankungen sind unterschiedlich, wobei nahe liegt, dass diejenigen der GOP 13500 EBM vielfältiger sind. Dies hat unterschiedlich hohe Anforderungen zufolge, was die erforderlichen organisatorischen Maßnahmen (§ 5) und Fortbildungen (§ 7) nach der Onkologie-Vereinbarung betrifft. Warum der Gesetzgeber insoweit nicht differenzieren können soll, ist weder dargelegt noch im Übrigen erkennbar. 53

Ungeachtet dessen hat bereits das SG darauf hingewiesen, dass bei Fachärzten für Innere Medizin nicht die GOP 13500 EBM ("Zusatzpauschale Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung"), sondern die GOP 13435 EBM ("Zusatzpauschale Behandlung und/oder Betreuung eines Patienten mit einer gesicherten onkologischen Erkrankung bei laufender onkologischer Therapie oder Betreuung im Rahmen der Nachsorge") der urologischen Pauschale GOP 26315 EBM nachgebildet ist, mit der sie bis auf die Anmerkungen sogar wortgenau übereinstimmt. Die GOP 13435 EBM ist aber - ebenso wie die GOP 26315 EBM - von der Abrechnung neben Pauschalen und Zuschlägen nach der Onkologie-Vereinbarung ausgeschlossen. Es erfolgt also eine Gleichbehandlung. 54

Zudem werden durch die Regelungen in der Onkologie-Vereinbarung Grundrechte nicht tangiert, weil diese bereits dadurch hinreichend gewahrt sind, dass dem Vertragsarzt für seine Leistungen die regelhaft vorgesehene Vergütung weiter gewährleistet wird. Dementsprechend sind die von der Rechtsprechung aufgestellten Vorgaben für den aus § 85 SGB V i.V.m. Art. 12 und 3 Abs. 1 GG folgenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit hier nicht anwendbar (so für eine ähnlich gelagerte Problematik bei den sog. Kataraktverträgen: Senat, Urteil vom 09.05.2012 - L 11 KA 48/09 -). 55

III.	56
Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 2, 161 Abs. 1, 162 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).	57
Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).	58
