

S 14 KA 420/12

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
14
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KA 420/12
Datum
13.12.2017
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger trägt die Kosten des Verfahrens.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Anspruch des Klägers auf Genehmigung der Erbringung und Abrechnung von Leistungen des Abschnittes G II des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) a.F. (Leistungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie).

Der Kläger ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie und verfügt über die Approbation als psychologischer Psychotherapeut. Er ist in E zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen und hausärztlich tätig. Er ist Mitgesellschafter eines Medizinischen Versorgungszentrums.

Im Rahmen eines am 23.02.2000 in dem Verfahren L 11 KA 68/98 vor dem Landessozialgericht (LSG) Nordrhein-Westfalen geschlossenen Vergleichs erteilte die Beklagte dem Kläger die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts G II EBM ab dem laufenden Quartal. Die Beteiligten legten zugrunde, dass der hohe Anteil psychiatrischer Leistungen einen Praxisschwerpunkt darstelle und der Kläger Besonderheiten in der individuellen Ausbildung und Fortbildung belegt habe, die für die Annahme einer vergleichbaren fachlichen Befähigung sprächen.

Unter dem 21.06.2012 erklärte die Beklagte gegenüber dem Kläger die Kündigung des Vergleichs mit sofortiger Wirkung. Sie berief sich auf § 59 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz - (SGB X) und führte zur Begründung aus, nach der seinerzeit nicht absehbaren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), Urteil vom 28.10.2009, Az.: [B 6 KA 22/08 R](#), seien Kassenärztliche Vereinigungen nun grundsätzlich nicht mehr befugt, Allgemeinmedizinern gebietsfremde Leistungen des EBM zuzugestehen. Die ergänzende Vereinbarung zur Reform des EBM zum 01.04.2005 könne nicht als eigenständige Rechtsgrundlage angesehen werden.

Der Kläger bestritt ein Kündigungsrecht. Die Beklagte habe weder zum Tatbestandsmerkmal der fehlenden Zumutbarkeit noch zum Tatbestandsmerkmal der Anpassung des Vertragsinhalts vorgetragen. Die dem zitierten Urteil zugrunde liegende Fallgestaltung sei mit der vorliegenden nicht vergleichbar. Im Übrigen seien die maßgebenden Verhältnisse von den Umständen, die Vertragsinhalt geworden seien und Rechtsfolgen auslösten, zu unterscheiden. Seine Qualifikation habe sich nicht geändert. Darüber hinaus komme die Kündigung eines gerichtlichen Vergleichs, der eine Doppelnatur habe, nicht in Betracht. Am 28.08.2012 hat der Kläger Klage erhoben und parallel den Erlass einer einstweiligen Anordnung beantragt. Das Verfahren des einstweiligen gerichtlichen Rechtsschutzes ist unter dem Az.: S 14 KA 419/12 ER geführt worden.

Der Kläger hält an seiner Argumentation fest und ist im Übrigen der Ansicht, die Kündigung sei unwirksam. Die Beklagte sei zur Kündigung nicht berechtigt. Jedenfalls habe sie ein solches Recht im Hinblick auf den abgelaufenen Zeitraum und die Erklärung in dem Verfahren S 33 KA 70/09 des Sozialgerichts (SG) Düsseldorf, den Inhalt des Vergleichs weiterhin für verbindlich zu halten, verwirkt. Eine unabsehbare wesentliche Änderung der Verhältnisse könne nicht angenommen werden. Der Beklagten hätte vielmehr bewusst sein müssen, dass die Regularien für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen Änderungen unterworfen seien. Nunmehr könne er einen wesentlichen Teil seiner Leistungen nicht mehr abrechnen. Dieser habe in den vergangenen neun Quartalen 49,2 % betragen. Die Liquiditätseinbuße schließe die Aufrechterhaltung des Praxisbetriebes aus.

Der Kläger beantragt,

festzustellen, dass der Kläger weiterhin berechtigt ist, Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. im Rahmen seiner kassenärztlichen Tätigkeit zu erbringen, und die Beklagte zu verpflichten, die von ihm erbrachten Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. abzurechnen und die ihm hierfür zustehende Vergütung auszus zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte ist der Auffassung, die Kündigung des Vergleiches sei rechtmäßig. Dem Vergleich stehe die Rechtsprechung des BSG vom 28.10.2009, Az.: [B 6 KA 22/08](#), entgegen. Die rechtlichen Verhältnisse hätten sich maßgeblich geändert. Diese Auffassung werde durch das SG Düsseldorf in seinem inzwischen ergangenen Beschluss vom 24.09.2012, Az.: S 14 KA 419/12 ER, geteilt.

Der Kläger hat im weiteren Verlauf des Verfahrens auf den Abschluss eines Vergleiches vor dem LSG Nordrhein-Westfalen am 09.11.2016 hingewiesen. Danach seien die psychiatrischen Grundpauschalen nach den Nrn. 21211 und 21212 EBM in die Grundpauschalen für Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie nach den Nrn. 22211 und 22212 EBM umgewandelt worden.

Das Gericht hat die Akte des Verfahrens S 14 KA 419/12 ER beigezogen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage hat keinen Erfolg.

Die Klage ist zwar zulässig. Sie ist insbesondere als Feststellungsklage nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft. Danach kann mit der Klage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden. Der Kläger verfügt auch über das erforderliche Feststellungsinteresse. Die Zulässigkeit der Klage setzt nach [§ 55 Abs. 1 SGG](#) voraus, dass der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat. In Betracht kommt jedes rechtliche sowie jedes als schutzwürdig anzuerkennende Interesse wirtschaftlicher oder ideeller Art (Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, Kommentar, 12. Auflage, § 55, Rdn. 15a). Hier ist das Feststellungsinteresse rechtlicher Art. Der Kläger begehrt die Klärung der Frage, ob er zur Erbringung und Abrechnung bestimmter EBM-Leistungen berechtigt ist. Die Subsidiarität der Feststellungsklage ist gewahrt. Voraussetzung ist, dass der Kläger seine Rechte nicht mit der Gestaltungs- oder Leistungsklage verfolgen kann (Keller a.a.O., Rdn. 3, 19 ff.).

Die Klage ist aber unbegründet.

Der Kläger ist nicht zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. entsprechend dem vor dem LSG Nordrhein-Westfalen am 23.02.2000 geschlossenen Vergleich berechtigt.

Die Beklagte hat diesen Vergleich wirksam gekündigt.

Der gerichtliche Vergleich hat eine Doppelnatur und ist sowohl öffentlich-rechtlicher Vertrag, für den materielles Recht gilt, als auch Prozesshandlung der Beteiligten und die den Rechtsstreit unmittelbar beendet und deren Wirksamkeit sich nach den Grundsätzen des Prozessrechts richtet (Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, Kommentar, 12. Auflage, § 101, Rdn. 3).

Das materielle Recht kann zur Unwirksamkeit führen; bei Änderung der Verhältnisse kommt die Anwendung des [§ 59 SGB X](#) in Betracht (vgl. Schmidt a.a.O., Rdn. 13). Diese Norm ist im Fall der wesentlichen Änderung der einem gerichtlichen Vergleich zugrunde liegenden Verhältnisse anzuwenden (Schmidt a.a.O., Rdn. 15a).

Hier ergibt sich ein Kündigungsrecht aus [§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#).

Haben die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, sich seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert, dass einer Vertragspartei das Festhalten an der ursprünglichen vertraglichen Regelung nicht zuzumuten ist, bestimmt [§ 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#), dass diese Vertragspartei eine Anpassung des Vertragsinhalts an die geänderten Verhältnisse verlangen oder, sofern eine Anpassung nicht möglich oder einer Vertragspartei nicht zuzumuten ist, den Vertrag kündigen kann.

Eine wesentliche Veränderung der Verhältnisse ist bei Änderungen anzunehmen, mit denen die Vertragspartner nicht rechnen mussten und die objektiv zu einer so erheblichen Verschlechterung geführt haben, dass bei ihrer Kenntnis der Vertrag nicht geschlossen worden wäre (Engelmann in: von Wulffen, SGB X, Kommentar, 7. Auflage, § 59, Rdn. 6). Die Änderung der Verhältnisse nach Abschluss des Vertrages kann im tatsächlichen oder rechtlichen Bereich liegen; auch eine Änderung der Rechtsprechung kann sich als Rechtsänderung darstellen (Engelmann in: von Wulffen, SGB X, Kommentar, § 59, Rdn. 7).

Eine wesentliche Veränderung in diesem Sinne hat stattgefunden.

Zum Zeitpunkt des Vergleichsabschlusses bestand folgende Rechtslage: Mit der zum 01.01.1993 geschaffenen Regelung des [§ 73 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) gliedert sich die vertragsärztliche Versorgung in die haus- und die fachärztliche Versorgung. An ersterer nahmen unter anderen Allgemeinärzte teil ([§ 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V](#)). Die übrigen Fachärzte nahmen an der fachärztlichen Versorgung teil ([§ 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V](#)). Diese Zuordnung gilt auch für die Befugnis zur Erbringung und Abrechnung ärztlicher Leistungen. Sie ist sowohl durch das BSG als auch durch das Bundesverfassungsgericht als rechtmäßig beurteilt worden (vgl. die Nachweise in BSG, Urteil vom 31.05.2006, Az.: B 6 KA 74/04R). Eine abweichende befristete Regelung war - nur - für Kinderärzte und Internisten ohne Schwerpunktbezeichnung vorgesehen, wenn eine bedarfsgerechte Versorgung nicht gewährleistet war ([§](#)

[73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#)). Allgemeinärzten konnte der Zulassungsausschuss nach [§ 73 Abs. 1a Satz 5 SGB V](#) auf deren Antrag die Genehmigung zur ausschließlichen Teilnahme an der fachärztlichen Versorgung erteilen. Die Vereinbarung von Inhalt und Umfang der hausärztlichen Versorgung oblag gemäß [§ 73 Abs. 1c Satz 1 SGB V](#) den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung. Sie ist im Rahmen des Vertrages über die hausärztliche Versorgung erfolgt, der am 01.01.1994 in Kraft trat, bei dem es sich um einen auf gesetzlicher Grundlage geschaffenen Vertrag mit normativer Wirkung handelt (BSG, Urteil vom 31.05.2006, Az.: [B 6 KA 74/04 R](#)). Der Hausarztvertrag regelt, dass an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Ärzte bestimmte fachärztliche Leistungen (sog. K.O.-Katalog) für eine Übergangszeit weiterhin abrechnen durften. Die Übergangszeit endete am 31.12.2002. So bestimmte § 6 Abs. 1 Satz 1 des Hausarztvertrages, dass diejenigen ärztlichen Leistungen in der hausärztlichen Versorgung nicht vergütet werden konnten, welche nach dem maßgeblichen Weiterbildungsrecht eingehende Kenntnisse und Erfahrungen nicht in der Weiterbildung im Fachgebiet der Inneren Medizin oder Kinderheilkunde, sondern ausschließlich in der zusätzlichen Weiterbildung im Schwerpunkt oder einer fakultativen Weiterbildung in diesen Fachgebieten erworben werden konnten. Über die in der hausärztlichen Versorgung nicht vergüteten Leistungen erstellten die Vertragspartner gemäß § 6 Abs. 2 des Hausarztvertrages eine Liste. Nach der Übergangsregelung des § 9 des Hausarztvertrages durften Vertragsärzte, welche in der vertragsärztlichen Versorgung nachweislich vor dem 01.01.1994 regelmäßig ärztliche Leistungen der Liste nach § 6 abgerechnet haben, solche Leistungen im Falle der Teilnahme jedoch längstens bis zum 31.12.2002 erbringen und abrechnen. Zu den Ausschlussleistungen zählten allerdings nicht die Leistungen nach Abschnitt G. EBM.

Zu berücksichtigen ist damit allein Ziffer II. des Abschnitts G (Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) des am 01.07.1999 in Kraft getretenen EBM, nach dem die Leistungen des Abschnitts G II. nur für Ärzte mit den Gebietsbezeichnungen Nervenarzt, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater berechnungsfähig waren.

Der nachträglich eingefügte § 4a Abs. 7 der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vom 14.09.1995 sah dabei vor, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen im Einzelfall Ärzten eine Genehmigung zur Abrechnung der in diesem Abschnitt genannten Leistungen erteilen konnten, wenn diese eine gleichwertige fachliche Befähigung nachweisen, die Versorgung dieser Patienten im Rahmen ihres Fachgebietes einen Schwerpunkt ihrer Praxistätigkeit darstellte und die Erbringung dieser Leistungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig war (Deutsches Ärzteblatt 1995, A-3643 f.).

Auf dieser Regelung beruhte offensichtlich der Vergleich vom 23.02.2000, denn die protokollierten Vorüberlegungen des zuständigen 11. Senats des LSG Nordrhein-Westfalen lauteten entsprechend: "Der Senat erörtert mit den Beteiligten die Besonderheiten des vorliegenden Einzelfalles. Der Kläger hat in den maßgeblichen Quartalen einen so hohen Anteil an psychiatrischen Leistungen erbracht, dass unschwer von einem Praxisschwerpunkt auszugehen ist. Die aktuelle Bedarfssituation spricht für die Erteilung einer Genehmigung. Letztlich hat der Kläger Besonderheiten in der individuellen Ausbildung und Fortbildung belegt, die für die Annahme einer vergleichbaren fachlichen Befähigung sprechen."

Das BSG entschied jedoch mit Urteilen vom 31.05.2006 (Az.: [B 6 KA 74/04 R](#)) und vom 27.06.2007 (Az.: [B 6 KA 24/06 R](#)), dass einem hausärztlich tätigen Allgemeinarzt nicht gestattet werden konnte, auch fachärztliche Leistungen abzurechnen. Es verneinte die Möglichkeit einer analogen Anwendung des [§ 73 Abs. 1a Satz 3 SGB V](#) auf an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Allgemeinärzte.

Darüber hinaus entschied es mit Urteil vom 28.10.2009, Az.: [B 6 KA 22/08 R](#), dass Allgemeinärzte Rechte aus der Ergänzenden Vereinbarung nicht herleiten konnten.

Während die Änderungen der Rechtslage, die die Möglichkeiten nach dem Hausarztvertrag betrafen, von der Trennung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung abzuweichen, absehbar waren, da das Auslaufen der entsprechenden Übergangsregelung zum 31.12.2002 bereits bei Inkrafttreten am 01.10.1994 normiert war, gilt dies nicht für die Änderungen der Rechtslage, die die Anwendung der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vom 14.09.1995 betrafen. Diese ergeben sich erst aus dem zitierten Urteil des BSG.

Die Veränderung stellt sich als so wesentlich dar, dass der Beklagten ein Festhalten an dem Vergleich nicht zumutbar war. Denn ein erneuter Abschluss eines Vergleiches mit diesem Inhalt wäre rechtswidrig gewesen.

Auch ist weder der Zeitablauf seit dessen Veröffentlichung derart umfänglich, dass sich seitens des Klägers ein schutzwürdiges Vertrauen auf den Bestand der vergleichsweisen Regelung hätte herausbilden können, noch begründet dieses die fortwährende Anwendung des Vergleichs vom 23.03.2000 durch die Beklagte. Aus der [§ 45 Abs. 3 Satz 3 SGB X](#) zugrundeliegenden Wertung ergibt sich, dass sich schutzwürdiges Vertrauen nach einem Zeitraum von zehn Jahren gebildet hat. Wegen der Bindung der Verwaltung an Gesetz und Recht nach [Art. 20 Abs. 3](#) Grundgesetz kann sich ein schutzwürdiges Vertrauen nicht auf eine rechtswidrige Verwaltungspraxis gründen (BSG, Urteil vom 27.06.2007, Az.: [B 6 KA 24/06 R](#)).

Damit kann auch die auf eine entsprechende Anwendung des [§ 144 Abs. 1 BGB](#) gestützte Argumentation des Klägers Antragstellers nicht durchgreifen.

Der von dem Kläger schließlich angeführte Vorrang der Vertragsanpassung vor der Kündigung kann im Hinblick auf die nachträglich eingetretene Rechtswidrigkeit des Vergleichs nicht zum Tragen kommen.

Auch die weiteren Voraussetzungen einer wirksamen Kündigung sind erfüllt. Gemäß [§ 59 Abs. 2 SGB X](#) bedarf die Kündigung der Schriftform, soweit nicht durch Rechtsvorschrift eine andere Form vorgeschrieben ist. Sie soll begründet werden. Die Beklagte erklärte die Kündigung mit Schreiben an den Kläger vom 21.06.2012. Sie berief sich auf [§ 59 Abs. 1 SGB X](#) und führte zur Begründung aus, nach der seinerzeit nicht absehbaren Rechtsprechung des BSG seien Kassenärztliche Vereinigungen nun grundsätzlich nicht mehr befugt, Allgemeinmedizinern gebietsfremde Leistungen des EBM zuzugestehen. Die ergänzende Vereinbarung zur Reform des EBM zum 01.04.2005 könne nicht als eigenständige Rechtsgrundlage angesehen werden.

Sofern das LSG Nordrhein-Westfalen in dem Verfahren L 11 KA 115/12 B ER auf einschlägige Rechtsprechung verweist, insbesondere auf

sein Urteil vom 30.08.2000, Az.: [L 17 U 157/98](#), nach dem die Unwirksamkeit eines Vergleichs nur dann anzunehmen sei, wenn sein Inhalt gegen ein gesetzliches Verbot verstoße, dabei nur schwerwiegende Ver-stöße erfasst seien und es entscheidend auf die Konsequenzen ankomme, die die Wirk-samkeit oder Unwirksamkeit eines Vergleichs hätte, sieht die Kammer einen entsprechend schwerwiegenden Verstoß hier gegeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) in Verbindung mit § 154 Abs. 1 Verwaltungsge-richtsordnung (VwGO). Danach trägt der Unterliegende die Kosten des Verfahrens.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2019-07-17