

S 12 KA 883/06

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 883/06
Datum
24.01.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Sieht ein Poliklinikvertrag als Ausnahme von einem Überweisungsverbot für die Polikliniken vor, dass u. a. Überweisungen zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Ärzte und sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen des Klinikums erfolgen können, so ist der Zusatz zu einer Ermächtigung „Diese Ermächtigung berechtigt auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Klinikums“ zulässig.

Ein unbefristet abgeschlossener Poliklinikvertrag, der eine Kündigungsmöglichkeit vorsieht, wird nicht dadurch beendet oder gekündigt, dass einer der Vertragspartner mit den Krankenkassenverbänden eine Vergütungsvereinbarung nach [§ 120 SGB V](#) abschließt.

1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Beklagten und die Gerichtskosten zu tragen. Weitere Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Umfang der Ermächtigung der Beigeladenen zu 1) und hierbei um die Feststellung, dass die Ermächtigung auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Klinikums der KM.-Universität, A-Stadt berechtige.

Die Klägerin ist eine Kassenärztliche Vereinigung nach [§ 77 Abs. 1 SGB V](#). Die Beigeladene zu 1) ist Radiologin und Ärztin für Radiologische Diagnostik mit Teilgebietsbezeichnung Kinderradiologie. Sie ist Leiterin der selbständigen Funktionseinheit Pädiatrische Radiologie am Institut für Diagnostische und Interventionelle Radiologie am Zentrum für Radiologie des Klinikums der KM.-Universität, A-Stadt.

Die Beigeladene zu 1) war zuletzt mit Beschluss des Zulassungsausschusses vom 25.02.2003, befristet bis zum 31.03.2005, zur Durchführung besonderer Untersuchungsmethoden bei Kindern auf Überweisung durch Vertragsärzte, abzurechnen nach im Einzelnen aufgeführten Leistungsnummern, ferner zur Erbringung der Nr. 152 EBM auf Überweisung durch Pädiater und Orthopäden, die selbst sonographische Untersuchungen der Säuglingshüfte vornehmen, und zur Erbringung der Nr. 5023 EBM auf Überweisung durch Endokrinologen zur Bestimmung des Skelettalters ermächtigt worden. Mit Beschluss vom 03.08.2004 stellte der Zulassungsausschuss fest, dass die Ermächtigung auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Klinikums der KM.-Universität, A-Stadt berechtige.

Unter Datum vom 14.10.2004, eingegangen am 18.10., beantragte die Beigeladene zu 1) die Verlängerung ihrer Ermächtigung. Die Klägerin befürwortete den Antrag mit Ausnahme einiger Leistungen, für die die Beigeladene keine Abrechnungsgenehmigung besitze. Dem widersprach die Beigeladene zu 1).

Der Zulassungsausschuss für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen sprach mit Beschluss vom 15.03.2005 eine weitere Ermächtigung, befristet bis zum 31.03.2007, aus. Im Leistungskatalog unter Nr. 1 nahm er allerdings die Leistungen nach Nrn. 671, 672, 680, 686, 1745 und 1746 EBM aus, weil entsprechende Qualifikationsnachweise nicht vorlägen. Ferner enthielt der Beschluss nicht mehr die Feststellung, dass die Ermächtigung auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Klinikums der KM.-Universität, A-Stadt berechtige. Hiergegen legte die Beigeladene zu 1) am 31.05.2005 Widerspruch ein. Sie trug vor, es fehle die Möglichkeit zur Mitbehandlung von Fällen der Hochschulambulanzen des Klinikums. Für die aus dem Ermächtigungskatalog herausgenommenen Leistungen besitze sie einen Qualifikationsnachweis. Unter Datum vom 10.02.2006 teilte sie dem Beklagten mit, sie akzeptiere die Entscheidung hinsichtlich der Begrenzung des Leistungskatalogs.

Die Klägerin trug im Widerspruchsverfahren unter Datum 28.02.2006 vor, die Berechtigung im Rahmen der Ermächtigung Fälle der Hochschulambulanzen des Klinikums mitzubehandeln, ergebe sich aus § 117 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. § 4 des Poliklinikvertrages. Möglicherweise fehle die Klarstellung unbeabsichtigt. Das Fehlen ergebe sich jedenfalls nicht aufgrund ihrer Stellungnahme. Unter Datum vom 12.04.2006 teilte sie dann mit, sie gehe nicht mehr von einem unbeabsichtigten Fehlen der Klarstellung aus. Seit dem 01.01.2003 rechneten Polikliniken nicht mehr über sie ab. Ab diesem Zeitpunkt hätten die Kassen Direktverträge mit den Polikliniken abgeschlossen und würden die notwendigen Leistungen direkt über die Krankenkasse mit einer Pauschale abgegolten werden. Das Fehlen der Berechtigung zur Mitbehandlung sei somit korrekt.

Mit Beschluss vom 03.05.2006, ausgefertigt am 04.07. und der Beigeladenen zu 1) zugestellt am 05.07.2006, hat der Beklagte dem Widerspruch stattgegeben und den Beschluss des Zulassungsausschusses wie folgt ergänzt: "Diese Ermächtigung berechtigt auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Klinikums der KM.-Universität, A-Stadt". Zur Begründung führte er aus, § 1 Abs. 2 Grundlagenvorgabes sehe nämlich ausdrücklich vor, dass die Bestimmungen des bisherigen Poliklinikvertrages unverändert weitergelten würden. Vergleichbar sei die Situation mit einer "hausinternen Überweisung". Soweit die Rechtsprechung nunmehr klargestellt habe, dass hierfür allein aus Gründen der Erleichterung des Verfahrensablaufs eine Ermächtigung nicht ausgesprochen werden könne, handele es sich nicht um eine "neue gesetzliche Bestimmung" i. S. des § 1 Abs. 2 des Grundvertrages. Ob und inwieweit aus dieser Berechtigung zur Mitbehandlung auch ein gesonderter Vergütungsanspruch folge oder ob dieser in der pauschalen Vergütung der überweisenden Poliklinik und somit intern zu verrechnen sei, habe er nicht zu entscheiden.

Hiergegen hat die Klägerin am 27.07.2006 die Klage erhoben. Sie trägt unter Verweis im Übrigen auf ihr Vorbringen im Widerspruchsverfahren vor, die Klage betreffe allein den umstrittenen Zusatz. Die Ermächtigung nach § 31a Ärzte-ZV diene der Deckung von Bedarfslücken. Für eine Ermächtigung zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Polikliniken sei jedoch eine Rechtsgrundlage nicht gegeben. Die Ermächtigung der Poliklinik sei auf die Durchführung der Forschung und Lehre beschränkt. § 4 Abs. 2 Satz 1 Poliklinikvertrag sehe vor, dass grundsätzlich das Recht zur Überweisung an andere Ärzte und Institute nicht bestehe. Der strittige Zusatz habe aber nicht nur deklaratorische Bedeutung. Er gehe über den Poliklinikvertrag hinaus. Hierdurch sei sie beschwert.

Die Klägerin beantragt, den Beschluss des Beklagten vom 03.05.2006 insoweit aufzuheben, als darin der Beschluss des Zulassungsausschusses vom 15.03.2005 ergänzt wird und den Beklagten zu verpflichten, den Widerspruch der Klägerin zurückzuweisen.

Der Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Er trägt unter Verweis des angefochtenen Beschlusses im Übrigen vor, die Bestimmungen des Poliklinikvertrages würden weiterhin unverändert gelten. Danach sei eine Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages an Ärzte oder sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen des Klinikums möglich. Eine über [§ 117 SGB V](#) hinausgehende Ermächtigung sei nicht erteilt worden. Eine Präjudizierung der späteren Finanzierung der Leistungen bestehe nicht. Möglicherweise folge aus der Mitbehandlung kein weitergehender Vergütungsanspruch. Auch nach Inkrafttreten der neuen Finanzierungsregelungen habe die Klägerin gegen die inhaltsgleiche Ermächtigung keinen Widerspruch eingelegt.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt. Sie haben sich schriftlich inhaltlich zur Klage nicht geäußert.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 14.08.2006 die Beiladung ausgesprochen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten sowie der Krankenkassen verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Der Beschluss des Beklagten vom 03.05.2006 ist rechtmäßig und war daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat einen Anspruch darauf, dass der Beklagte den Widerspruch des Beigeladenen zu 1) zurückweist.

Der Beschluss des Beklagten vom 03.05.2006 ist rechtmäßig.

Nach [§ 116 SGB V](#), § 31a Abs. 1 Ärzte-ZV kann der Zulassungsausschuss mit Zustimmung des Krankenhausträgers einen Krankenhausarzt mit abgeschlossener Weiterbildung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten ermächtigen, soweit und solange deren ausreichende ärztliche Versorgung ohne die besonderen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden oder Kenntnisse von hierfür geeigneten Krankenhausärzten nicht sichergestellt wird. Der in dieser Formulierung zum Ausdruck kommende Vorrang der niedergelassenen Vertragsärzte gilt für den gesamten Bereich der ambulanten Krankenversorgung und mithin auch für diagnostische Leistungen auf Überweisungen von denjenigen Ärzten, die die Patienten unmittelbar behandeln. Nicht nur die eigenverantwortliche ambulante Behandlung, sondern auch die Beratung und Unterstützung eines anderen Vertragsarztes bei dessen Behandlung obliegen in erster Linie den entsprechend weitergebildeten und qualifizierten Vertragsärzten. Die Erteilung einer Ermächtigung setzt einen quantitativ-allgemeinen oder einen qualitativ-speziellen Versorgungsbedarf voraus, bei dessen Überprüfung die Zulassungsgremien über einen nur eingeschränkt zugänglichen Beurteilungsspielraum verfügen. Ein quantitativ-allgemeiner Bedarf liegt vor, wenn in einem Planungsbereich in einer Arztgruppe zu wenige niedergelassene Ärzte vorhanden sind, um den Bedarf zu decken. Das Vorliegen eines qualitativ-speziellen Bedarfs setzt voraus, dass ein Krankenhausarzt besondere, für eine ausreichende Versorgung notwendige Untersuchungs- und Behandlungsleistungen anbietet, die von den niedergelassenen Ärzten nicht bzw. nicht in erforderlichem Umfang erbracht werden (vgl. BSG, [Urt. v. 30.01.2002, Az: B 6 KA 12/01 R, SozR 3-2500 § 116 Nr. 24 = MedR 2002, 52 = KRS 02. = USK 2002-89](#), zitiert nach juris, Rdnr. 18 ff.

m. w. N.). Die besonderen Kenntnisse und Erfahrungen eines Krankenhausarztes reichen für sich allein nicht aus, um eine Ermächtigung zur vertragsärztlichen Versorgung zu rechtfertigen. Für die vertragsärztliche Versorgung können diese speziellen Kenntnisse und Erfahrungen erst von Bedeutung sein, wenn sie sich in einem besonderen Leistungsangebot niederschlagen. Es muss sich dabei um Leistungen handeln, die im Rahmen einer ausreichenden ambulanten ärztlichen Versorgung benötigt und von den niedergelassenen Ärzten nicht oder nicht ausreichend angeboten werden (vgl. BSG, Urteil vom 27. Juni 2001, Az: [B 6 KA 39/00 R](#), KRS 01.083 USK 2001-166, zitiert nach juris Rdnr. 18 m. w. N.). Maßstab für die Bedarfsprüfung ist grundsätzlich der Planungsbereich.

Die gerichtliche Kontrolle des Beurteilungsspielraums hinsichtlich der Bedarfsprüfung durch den Beklagten beschränkt sich auf die Prüfung, ob der Verwaltungsentscheidung ein richtig und vollständig ermittelter Sachverhalt zugrunde liegt, ob die Zulassungsgremien die durch Auslegung des unbestimmten Rechtsbegriffes ermittelten Grenzen eingehalten und ob sie ihre Subsumtionserwägungen so verdeutlicht und begründet haben, dass im Rahmen des Möglichen die zutreffende Anwendung der Beurteilungsmaßstäbe erkennbar und nachvollziehbar ist. Diese eingeschränkte Überprüfungsbefugnis der Gerichte beruht im wesentlichen darauf, dass die ortsnahen fachkundigen Zulassungsinstanzen nur ungefähr entscheiden können, ob und inwieweit die bereits niedergelassenen Ärzte eine qualitativ ausreichende Versorgung gewährleisten, da zur Beantwortung dieser Frage eine Vielzahl von Faktoren in die Entscheidung einzubeziehen ist. Entscheidungen der Zulassungsgremien sind daher hinzunehmen, wenn sie sich im Rahmen der Beurteilungsermächtigung halten (vgl. BSG, Urteil vom 12. September 2001, Az: [B 6 KA 86/00 R](#), aaO., juris Rdnr. 19 m. w. N.).

Ausgehend von diesen Grundsätzen hat der Beklagte zutreffend die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss bestätigt, was insoweit zwischen den Beteiligten unstrittig ist. Streitig ist allein der Zusatz, wonach diese Ermächtigung auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Klinikums der KM.-Universität, A-Stadt berechtigt.

Nach dem Poliklinikvertrag v. 20.08.1991 wird der Ermächtigungsanspruch der poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen bzw. jetzt der Hochschulambulanzen nach [§ 117 SGB V](#) bzw. nach der Änderung durch Gesetz vom 23.04.2002 nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) und insofern unverändert in der Fassung der letzten Änderung durch Gesetz v. 14.11.2003 näher ausgestaltet. Hierzu sind die Vertragsparteien verpflichtet ([§ 117 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Der Ermächtigungsanspruch ist im Umfang beschränkt auf die Durchführung der Forschung und Lehre. Für die in den Polikliniken tätigen Ärzte gelten die allgemeinen vertragsarztrechtlichen Regelungen, insbesondere die Bestimmungen der Bundesmantelverträge (§ 2 Abs. 2 Poliklinikvertrag). § 4 Poliklinikvertrag sieht in Abs. 2 Halbsatz 1 ein grundsätzliches Überweisungsverbot für die Polikliniken vor. Nach Halbsatz 2 sind hiervon ausgenommen Überweisungen zur Weiterbehandlung durch Vertragsärzte sowie zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Ärzte und sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen des Klinikums, die aufgrund einer besonderen Ermächtigung an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmen. Eine eigenständige Überweisungsmöglichkeit besteht insofern für Polikliniken nur zur Weiterbehandlung durch Vertragsärzte. Die weitere Ausnahme zur Mitbehandlung stellt im Ergebnis nur klar, dass Ärzte und sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen des Klinikums, die nach anderen Vorschriften als nach [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) ermächtigt wurden, Überweisungen vornehmen können. Eine Überweisung zur Mitbehandlung kann nur zur gebietsbezogenen Erbringung begleitender oder ergänzender diagnostischer oder therapeutischer Maßnahmen, über deren Art und Umfang der Vertragsarzt, an den überwiesen wurde, entscheidet, erfolgen (vgl. § 24 Abs. 7 Nr. 3 BMV-Ä/§ 27 Abs. 7 Nr. 3 EKV-Ä).

Der Verweis in dem angefochtenen Ermächtigungsbeschluss kann seinerseits nicht über den Inhalt des § 4 Poliklinikvertrag hinausgehen, da von den Polikliniken und ermächtigten Ärzten der Poliklinikvertrag zu beachten ist.

Insofern kommt dem strittigen Zusatz lediglich eine deklaratorische Bedeutung zu, die nicht zu zusätzlichen Behandlungen berechtigt. Im Übrigen weist der Beklagte bereits selbst in dem angefochtenen Beschluss darauf hin, dass die Vergütungsfrage nicht von ihm zu entscheiden gewesen sei.

Der Kammer ist nicht ersichtlich, dass der Poliklinikvertrag nicht mehr fortgilt, worauf sich die Klägerin erstmals in der mündlichen Verhandlung berufen hat. § 10 Poliklinikvertrag sieht lediglich eine Kündigungsmöglichkeit vor. Eine Kündigung ist der Kammer nicht bekannt und wurde von der Klägerin auch nicht vorgelegt. Eine ausdrückliche Kündigung wurde von der Klägerin auch nicht behauptet. Soweit die Klägerin nunmehr erstmals in der mündlichen Verhandlung vorgetragen hat, durch Abschluss eines Vertrages des Landes Hessen mit den Verbänden der Krankenkassen sei der Poliklinikvertrag gekündigt worden, ist dies für die Kammer nicht nachvollziehbar. Die Kündigung setzt eine wirksame empfangsbedürftige Willenserklärung voraus. Ein bloßer Vertragsschluss mit Dritten reicht hierfür nicht aus. Eine konkludente Kündigung kann darin ebenfalls nicht gesehen werden. Auch durch die Änderung der [§§ 117](#) und [120 SGB V](#) erfolgte keine Kündigung. [§ 117 Abs. 1 SGB V](#) sieht vielmehr weiterhin vor, dass das Nähere zur Durchführung der Ermächtigung der Hochschulambulanzen die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken regeln. Im Übrigen hätte es der Klägerin nach § 10 Poliklinikvertrag freigestanden, den Vertrag selbst zu kündigen.

Im Ergebnis war die Klage daher abzuweisen.

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

Die Beigeladenen zu 1) hat keinen Kostenerstattungsanspruch.

Die außergerichtlichen Kosten eines Beigeladenen sind nur erstattungsfähig, wenn sie das Gericht aus Billigkeit der unterliegenden Partei oder der Staatskasse auferlegt ([§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 162 Abs. 3 VwGO](#)). Von dieser Möglichkeit ist Gebrauch zu machen, wenn der Beigeladene erfolgreich Anträge gestellt hat, wenn er allein oder mit anderen Beteiligten gesiegt hat oder das Verfahren wesentlich gefördert hat (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 8. Aufl. 2004, § 197a, Rdnr. 29). Zu berücksichtigen ist, ob der Beigeladene sich während des Verfahrens geäußert und auch Anträge gestellt hat (vgl. BSG, Ur. v. 14.11.2002 - [B 13 RJ 19/01 R](#) - [SozR 3-5795 § 10d Nr. 1](#), zitiert nach juris Rdnr. 44).

Der Beigeladene zu 1) hat keinen Klageabweisungsantrag gestellt. Von daher besteht für sie kein Kostenerstattungsanspruch.
Rechtskraft
Aus

Login
HES
Saved
2007-10-12