

S 12 KA 718/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 718/05
Datum
07.03.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 21/07
Datum
13.05.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Ermächtigung „auf Überweisung durch Ärzte des Klinikums der Universität“ schließt nicht nur Überweisungen von Ärzten außerhalb des Universitätsklinikums aus, sondern greift auch die in §§ 95, 115 ff. SGB V vorgenommene Unterscheidung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen auf. Überweisungen von Polikliniken werden damit nicht erfasst.
2. 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.
3. Mit der Auskunft einer Sachbearbeiterin einer Kassenärztlichen Vereinigung, mit der Änderung einer Ermächtigung durch Aufnahme einer in bisherigen Ermächtigungen enthaltenen Klausel, nach der die Ermächtigung auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrags durch Polikliniken des Universitätsklinikums berechtigt, wird ein Vertrauenstatbestand auf Abrechenbarkeit der auf Veranlassung der Poliklinik erbrachten Leistungen gesetzt.

Bemerkung

verb. mit [S 12 KA 888/05](#)

1. Der Bescheid der Beklagten vom 16.03.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2005 und der Bescheid der Beklagten vom 23.05.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2005 werden insoweit aufgehoben, als die Beklagte Leistungen abgesetzt hat, die von Polikliniken des Klinikums der KQ.-Universität bzw. den der Verwaltung der Polikliniken unterstehenden Ärzten veranlasst worden sind und diese Leistungen nach dem 30.09.2004 erbracht wurden. Die Beklagte wird verpflichtet, dem Kläger diese Leistungen in gesetzlicher Höhe zu vergüten.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Verfahrenskosten haben Kläger und Beklagte jeweils zur Hälfte zu tragen.

4. Der Streitwert wird auf 535.440,00 Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den beiden Quartalen III und IV/04 und hierbei nur noch um die Berichtigung von Leistungen, soweit diese mit der Begründung abgesetzt wurden, sie seien von Polikliniken des Klinikums der KQ.-Universität bzw. den der Verwaltung der Polikliniken unterstehenden Ärzten veranlasst worden.

Der Kläger ist Facharzt für Medizinische Mikrobiologie und Labormedizin, Direktor des Institutes für Medizinische Virologie des Klinikums der KQ.-Universität A-Stadt und Professor für medizinische Virologie. Er wurde zuletzt mit Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 29.06.2004, ausgefertigt am 02.08.2004, befristet bis zum 30.06.2006 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt zur Durchführung besonderer Untersuchungsmethoden, eingeschränkt auf im Einzelnen aufgeführte Leistungen auf Überweisung durch Laborärzte (Teil a der Ermächtigung) und auf im Einzelnen aufgeführte Leistungen auf Überweisung durch Ärzte des Klinikums der KQ.-Universität, A-Stadt (Teil b der Ermächtigung). Auf Schreiben des Klägers mit Datum vom 04. und 18.08.2004 fasste der Zulassungsausschuss in seiner Sitzung am 14.09.2004 einen "Berichtigungsbeschluss", in dem er den Beschluss vom 29.06.2004, ausgefertigt am 28.09.2004, neu fasste. Er nahm in den Ermächtigungskatalog unter a) die Nr. 4828 EBM auf und fügte in der Begründung den bereits in der Ermächtigung für den vorherigen Zeitraum enthaltenen Absatz ein, wonach die Ermächtigung auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Polikliniken des Klinikums der KQ.-Universität, A-Stadt (§ 4 Poliklinikvertrag) berechtigt. Wegen der Erweiterung der Ermächtigung auf Nr. 4828 EBM legte die Beklagte Widerspruch ein, über den

der Berufungsausschuss wegen Erledigung durch Zeitablauf der Ermächtigung nicht mehr entschied.

Mit Bescheid vom 13.12.2004 erteilte die Beklagte dem Kläger die Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Laborleistung nach Nr. 4828 EBM ab 08.12.2004. Einen gegen den Beginn der Genehmigung eingelegten Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 27.05.2005 wegen Verfristung als unzulässig zurück.

Die Beklagte nahm für die streitbefangenen Quartale durch Bescheid vom 16.03.2005 und Bescheid vom 23.05.2005 jeweils eine sachlich-rechnerische Berichtigung vor. Sie setzte Laborleistungen nach Nr. 4828 EBM ab, weil diese nur bei Vorliegen einer Genehmigung abgerechnet werden könne. Sie berichtigte die Leistungen nach Nrn. 4586 und 4587 EBM, weil diese nicht neben der Nr. 4625 EBM laut Ermächtigung abgerechnet werden dürften. Die Nr. 4823 EBM dürfe nur einmal bzw. zu Beginn oder bei Umstellung der medikamentösen antiretroviralen Therapie bis zu dreimal im Behandlungsfall berechnet werden. Abzusetzen seien auch die Leistungen, für die eine Ermächtigung fehle. Leistungen, die von Ärzten der Polikliniken in fremden Instituten und Einrichtungen, die der Verwaltung der Polikliniken nicht unterständen sowie bei anderen Ärzten außerhalb der Polikliniken veranlasst würden, seien mit der Poliklinikpauschale abgegolten; demnach seien auch von Polikliniken veranlasste Laborleistungen bei einem ermächtigten Arzt mit der Poliklinikpauschale als abgegolten anzusehen.

Hiergegen legte der Kläger am 23.03. bzw. 27.05.2005 jeweils Widerspruch ein. Zur Begründung trug er vor, für die Abrechnung der Nr. 4828 EBM reiche seine Qualifikation als Laborarzt, die seit 1978 vorliege, aus; die Leistung sei auch eine Domäne der Virologie. Die unterstellte Trennung zwischen seinem Laboratorium und den Polikliniken sei unzutreffend. Der Zulassungsausschuss habe ihm ausdrücklich auch die Versorgung der Polikliniken zugestanden. Seine Einnahmen seien im Vergleich zum Jahr 2003 ohne Vorwarnung um 90 % reduziert worden. Im Übrigen verweise er auf ein Schreiben der Klinikverwaltung. Im Schreiben des Dezernenten YN. mit Datum vom 18.03.2005 wird ausgeführt, die Absetzungen unter Hinweis auf die Abgeltung durch die Poliklinikpauschale seien mit dem Wortlaut des Poliklinikvertrages vom 20.08.1991 und 16.02.1994 nicht vereinbar.

Mit Widerspruchsbescheid vom 03.08.2005, zugestellt am 06.08., wies die Beklagte den Widerspruch hinsichtlich des Quartals III/04 zurück. In der Begründung führte sie aus, die Absetzung der Nr. 4828 EBM sei rechtmäßig, da in diesem Quartal noch keine Genehmigung vorgelegen habe. Diese sei aber nach einer Vereinbarung der Bundesmantelvertragsparteien erforderlich. Entscheidend komme es auf den Zeitpunkt der Bekanntgabe des Genehmigungsbescheides an. Die Leistungen nach Nrn. 4586 und 4587 EBM könnten nicht neben der Nr. 4625 EBM abgerechnet werden. Dies sei im Ermächtigungskatalog ausgeschlossen worden. Die Absetzung der Leistungen unter Hinweis auf die Abgeltung durch die Poliklinikpauschale sei deshalb begründet, weil diese Leistungen nicht aufgrund der Ermächtigung, sondern im Rahmen der Untersuchungen der Poliklinik erfolgt seien. Für eine Leistung im Rahmen der Ermächtigung habe keine gültige Überweisung durch Ärzte des Klinikums der KQ.-Universität vorgelegen. Die Ermächtigung beziehe sich auf "Überweisung durch Ärzte" des Klinikums. Die Überweisungen stammten aber von Instituten der Universitätskliniken, nicht von einzelnen Ärzten des Klinikums. Nach dem Poliklinikvertrag dürften auch nur Überweisungen zur Weiterbehandlung an Vertragsärzte sowie zur Mitbehandlung durch ermächtigte Ärzte erfolgen. Die Überweisungen seien aber für Auftragsleistungen, nicht zur Mitbehandlung erfolgt. Aus diesen Gründen hätten auch die Leistungen nach Nr. 4823 EBM, unabhängig davon, ob die Leistungslegende eingehalten worden sei, abgesetzt werden müssen, da in allen Fällen eine Überweisung von Instituten der Universitäts-Polikliniken vorliege.

Hiergegen hat der Kläger am 06.09.2005 die Klage zum Aktenzeichen [S 12 KA 718/05](#) erhoben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 06.09.2005, zugestellt am 09.09., wies die Beklagte den Widerspruch hinsichtlich des Quartals IV/04 weitgehend und mit gleicher Begründung wie im Widerspruchsbescheid für das Vorquartal zurück; lediglich in zwei Behandlungsfällen setzte sie verschiedene Laborleistungen wieder zu, da diese entgegen der Annahme im Ausgangsbescheid im Ermächtigungskatalog enthalten seien.

Hiergegen hat der Kläger am 05.10.2005 die Klage zum Aktenzeichen [S 12 KA 888/05](#) erhoben.

Die Kammer hat mit Beschluss vom 13.02.2006 beide Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung miteinander verbunden.

Zur Begründung seiner Klagen trägt der Kläger vor, er wende sich nicht gegen alle vier Bereiche der Berichtigung, sondern ausschließlich gegen die unter Ziffer 999.1 erfolgten Absetzungen unter Hinweis auf die Abgeltung durch die Poliklinikpauschale. Bis zu den Berichtigungsbescheiden seien auch die von den Polikliniken veranlassten Leistungen vergütet worden. Diese Praxis sei ohne Vorwarnung und in rechtswidriger Weise verändert worden. Die Ermächtigung vom 30.06.2002 habe ihn ausdrücklich auch zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Polikliniken des Klinikums der KQ.-Universität nach § 4 Poliklinikvertrag berechtigt. In § 4 Poliklinikvertrag seien vom allgemeinen Überweisungsverbot Überweisungen zur Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Ärzte und sonstige ärztlich geleitete Einrichtungen des Klinikums ausgenommen worden. Die Ermächtigung vom 29.06.2004 habe in der Begründung zunächst keine Erstreckung auf die Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Polikliniken des Klinikums enthalten. Dieser Beschluss sei erst unter dem 28.09.2004 berichtigt worden. In der Begründung finde sich wieder der Absatz über die Mitbehandlung im Rahmen des Überweisungsauftrages durch Polikliniken des Klinikums. Ihm würden regelmäßig auch die Überweisungen zur Mitbehandlung erteilt werden. Insoweit komme es weniger auf den Wortlaut von Überweisungsscheinen an, als vielmehr auf die tatsächliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit zwischen den Polikliniken des Universitätsklinikums und ihm. Seine Tätigkeit gehe über eine reine Auftragsleistung weit hinaus und sei als Mitbehandlung anzusehen. Es finde eine intensive Zusammenarbeit insbesondere im Zusammenhang mit der Virushepatitis und der AIDS-Diagnostik statt. Patienten und Behandlungen würden in wöchentlichen Besprechungen erörtert werden. Er prüfe die Überweisung, z. T. würden sie nach seiner Rücksprache abgeändert werden. Er sei somit an den Wortlaut der Überweisungen nicht gebunden. Seine Befundmitteilungen entsprächen Minigutachten und gäben Empfehlungen zu Art und Turnus künftiger Untersuchungen. Er erbringe nicht Auftragsleistungen, sondern Leistungen zur Mitbehandlung. Die Auffassung der Beklagten gehe dahin, ihn zu einem "Messknecht" zu degradieren. Seine Arzthelferinnen D. und E. seien von der Mitarbeiterin der Beklagten Frau C. im August 2004 auf die fehlende Klausel in der Ermächtigung hingewiesen worden. Sie habe lediglich angeregt, beim Zulassungsausschuss Widerspruch einzulegen. Sie habe nicht geraten, die Fälle zur Dokumentation zur Abrechnung zu bringen. Nach Einsendung des Berichtigungsbeschlusses sei er von Frau C. nicht darauf hingewiesen worden, dass er gleichwohl die von ihm erbrachten Leistungen für die Poliklinik nicht abrechnen könne. Statt dessen sei er zur Ergänzung fehlender Angaben auf den Überweisungsscheinen aufgefordert worden.

Hierzu hat er Schreiben der Beklagten mit Datum vom 26.10.2005 bzgl. der Abrechnung für das Quartal III/05 und vom 23.01.2006 bzgl. der Abrechnung für das Quartal IV/05 vorgelegt. Weiter trägt er vor, er sei im Glauben gelassen worden, nach Berichtigung der Ermächtigung erhalte er die Leistungen weiterhin vergütet. Zwischen Frau C. und ihm habe nach Vorlage des Berichtigungsbeschlusses Einvernehmen geherrscht, dass er eine Vergütung weiterhin beanspruchen könne. Auf die Idee, später einmal Widerspruch gegen eine sachlich-rechnerische Berichtigung zu erheben, sei zu diesem Zeitpunkt (Ende September/Anfang Oktober 2004) weder Frau C. noch er gekommen. Erst durch Bescheid vom 16.03.2005 seien ihm die Gründe für die Nichtvergütung bekannt gegeben worden. Frau C. habe sich hierüber genauso überrascht gezeigt wie er. Erst jetzt habe sie betont, wegen der Dokumentation die Leistungen weiterhin abzurechnen. Die weiteren Telefonate hätten nicht die Zeuginnen Frau E. und Frau D. geführt sondern er selbst. Sie könnten lediglich bestätigen, dass in weiteren Telefonaten anlässlich der aktuellen Abrechnungen ihnen gegenüber nie geäußert worden sei, die Leistungen würden nicht vergütet werden. Frau C. habe in ihrer dienstlichen Stellungnahme ausdrücklich seiner Stellungnahme in der mündlichen Verhandlung am 19.07.2006 zugestimmt.

Der Kläger beantragt,
den Bescheid der Beklagten vom 16.03.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2005 und den Bescheid der Beklagten vom 23.05.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2005 insoweit aufzuheben, als diese mit der Begründung abgesetzt wurden, sie seien von Polikliniken des Klinikums der KQ.-Universität bzw. den der Verwaltung der Polikliniken unterstehenden Ärzten veranlasst worden, und die Beklagte zu verpflichten, ihm diese Leistungen in gesetzlicher Höhe zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,
die Klagen abzuweisen.

Sie verweist auf die angefochtenen Widerspruchsbescheide. Ergänzend führt sie aus, für die Ermächtigung komme es entscheidend auf den Tenor des Ermächtigungsbeschlusses an. Der Auslegung des § 4 Poliklinikvertrag durch den Kläger sei nicht zu folgen. Die Poliklinik habe danach keine Überweisungen an den Kläger ausstellen dürfen. Unter besonderer Ermächtigung sei nicht die Ermächtigung nach [§ 117 SGB V](#) zu verstehen. Nach § 8 Abs. 2 Poliklinikvertrag seien mit der Poliklinikpauschale die außerhalb der Poliklinik veranlassten und erbrachten Leistungen mit abgegolten. Im Umkehrschluss sei zu folgern, dass Leistungen von den Polikliniken ebenfalls mit der Poliklinikpauschale abgegolten seien. Dies werde durch § 2 Abs. 1 Poliklinikvertrag unterstützt. Gehe man von einem Überweisungsrecht aus, so fehle es an einer gültigen Überweisung. Die Überweisung zur Mitbehandlung sei im Sinne der Bundesmantelverträge zu verstehen, auf die § 2 Abs. 2 Poliklinikvertrag verweise. Der Kläger sei auf den Überweisungsauftrag gebunden, auf die tatsächliche Ausgestaltung komme es nicht an. Alle Überweisungen seien für Auftragsleistungen ausgestellt worden. Alle Überweisungen würden die Überschrift "Laborauftrag" tragen und im Feld "Auftrag" finde man Eintragungen und damit verbindliche Vorgaben, auf welche Substanzen getestet werden solle (Definitionsauftrag). Eine Entscheidungsfreiheit über Art und Umfang der Untersuchung werde nicht eingeräumt. Ihre Mitarbeiterin Frau C. habe im August 2004 dem Kläger die Auskunft erteilt, nur bei einer Abrechnung wie bisher könne er über eine sachlich-rechnerische Berichtigung Widerspruch erheben. Die Beklagte hat eine dienstliche Stellungnahme ihrer Mitarbeiterin Frau C. mit Datum vom 10.08.2006 zu dem Vortrag des Klägers, er habe mit ihr telefonischen Kontakt über die Abrechnung hinsichtlich seiner Leistungen für die Poliklinik gehabt, zur Gerichtsakte gereicht.

Die Kammer hat mit den Beteiligten am 19.07.2006 eine mündliche Verhandlung und am 21.02.2006 einen Erörterungstermin durchgeführt. Sie hat ferner die Zeugin C. im Erörterungstermin vernommen. Hierzu wird auf die Sitzungsniederschrift verwiesen.

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

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Sie konnte dies ohne weitere mündliche Verhandlung tun, weil sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Der angefochtene Bescheid vom 16.03.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.08.2005 und der Bescheid vom 23.05.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.09.2005 sind insoweit rechtswidrig, als die Beklagte Leistungen abgesetzt hat, die von Polikliniken des Klinikums der KQ.-Universität bzw. den der Verwaltung der Polikliniken unterstehenden Ärzten veranlasst worden sind und diese Leistungen nach dem 30.09.2004 erbracht wurden. Insoweit kann der Kläger sich auf Vertrauensschutz berufen. Die Beklagte war deshalb zu verpflichten, dem Kläger diese Leistungen in gesetzlicher Höhe zu vergüten. Einen weitergehenden Anspruch hat der Kläger aber nicht. Die Klage war daher im Übrigen abzuweisen.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragszahnärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragszahnärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Es obliegt deshalb nach § 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte (EKV-Ä) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen. Diese Befugnis steht ihr auch gegenüber ermächtigten Ärzten zu, da diese Bestimmungen auch für sie gelten.

Zutreffend geht die Beklagte davon aus, dass die noch strittigen Leistungen nicht vom Ermächtigungskatalog des Klägers umfasst waren.

Maßgeblich ist die Ermächtigung, die der Zulassungsausschuss in seiner Sitzung am 14.09.2004 gefasst hat. Soweit die Beklagte

Widerspruch eingelegt hat, ist dies hier unbeachtlich, da sie diesen lediglich auf die Erweiterung der Ermächtigung auf Nr. 4828 EBM begrenzt hat. Die Ermächtigung unter a) ist auf Überweisung durch Laborärzte beschränkt. Um solche Überweisungen handelte es sich aber nicht. Die Ermächtigung unter b) ist beschränkt "auf Überweisung durch Ärzte des Klinikums der KQ.-Universität, A-Stadt". Die Ermächtigung unter b) schließt damit nicht nur Überweisungen von Ärzten außerhalb des Universitätsklinikums aus, sondern greift auch die in §§ 95, 115 ff. SGB V vorgenommene Unterscheidung von ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen auf. Bei Überweisungen von Instituten der Universitätskliniken handelt es sich aber nicht um Überweisungen durch Ärzte, sondern eben durch Institute bzw. ärztlich geleitete Einrichtungen, auch wenn diese konkret von Ärzten vorgenommen werden. Der im "Berichtigungsbeschluss" wieder aufgenommene Zusatz dient der Klarstellung und will zunächst nicht den Ermächtigungsumfang erweitern.

Im Poliklinikvertrag vom 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 16.06.1999 nach § 117 Abs. 1 SGB V 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. Der Verweis in dem Ermächtigungsbeschluss für den Kläger kann seinerseits nicht über den Inhalt des § 4 Poliklinikvertrag hinausgehen. Er kann nur die Bedeutung haben, dass Überweisungen aus Behandlungen außerhalb des Poliklinikvertrages grundsätzlich möglich sind. Um solche Überweisungen handelt es sich aber nicht bei den abgesetzten Leistungen.

Soweit die Beklagte neuerdings der Auffassung ist, der Poliklinikvertrag gelte nicht fort, so gilt dies zumindest nicht für den hier strittigen Zeitraum.

Die Kammer hat bereits mit Urteil vom 24.01.2007, Az.: [S 12 KA 883/06](#) folgendes ausgeführt:

"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."

Nach nochmaliger Prüfung hält die Kammer an dieser Rechtsauffassung fest. Soweit die Beklagte im Nachhinein auf die Entscheidung der Kammer vom 24.01.2007 den Poliklinikvertrag gekündigt hat, hat dies keine Rechtswirkungen auf den hier strittigen Zeitraum.

Soweit der Kläger auf die ausdrückliche Aufnahme des Absatzes mit dem Hinweis auf § 4 Poliklinikvertrag in der Begründung des Ermächtigungsbeschlusses verweist, so setzt dies, unterstellt, hierunter fielen auch Überweisungen durch die Polikliniken, eine Überweisung zur Mitbehandlung voraus. "Überweisung zur Mitbehandlung" ist aber im Sinne der Bundesmantelverträge zu verstehen. Insofern wird den Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid vom 03.08.2005 (Az.: Wi-I-1201/05, S. 5 f. bzw. Bl. 116/115 der Verwaltungsakte) gefolgt und auf diese verwiesen (§ 136 Abs. 3 SGG). Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass der Kläger nach seinem Klagevorbringen nicht bestreitet, dass es sich förmlich um Auftragsüberweisungen gehandelt hat. Entgegen seiner Auffassung kommt es gerade auf die förmliche Art der Überweisung an. In den Bundesmantelverträgen ist ausdrücklich die Verwendung von Vordrucken vorgesehen. Der überweisende Arzt ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein zu kennzeichnen, welche Art der Überweisung vorliegt (§ 25 Abs. 5 Satz 2 BMV-Ä/§ 27 Abs. 7 Satz 2 EKV Ä). Entsprechend lagen allen hier streitbefangenen Behandlungsfällen Auftragsüberweisungen für genau definierte Laborleistungen vor. Auf die tatsächliche Ausgestaltung der Zusammenarbeit kommt es insofern nicht an. Es ist ggf. Sache des Arztes, auf eine entsprechende Änderung der Überweisung hinzuwirken. Die Änderung kann aber nur von der überweisenden Stelle vorgenommen werden und kann entsprechend der Verpflichtung zur Verwendung der Vordrucke nicht mündlich erfolgen. Die Auffassung des Klägers, er sei an den Wortlaut der Überweisungen nicht gebunden, ist mit den für ihn geltenden bundesmantelvertraglichen Bestimmungen nicht vereinbar.

Der Kläger kann sich auch nicht auf Vertrauensschutz berufen, weil entsprechende Leistungen in den Vorquartalen nicht berichtigt wurden.

Die Befugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung kann Einschränkungen durch den Grundsatz des Vertrauensschutzes unterliegen. Sachlich-rechnerische Richtigstellungen dürfen aus Vertrauensschutzgründen nicht erfolgen, wenn die Kassenärztliche Vereinigung über einen längeren Zeitraum eine systematisch fachfremde oder eine ohne ausreichende fachliche Qualifikation ausgeübte Tätigkeit wissentlich geduldet und der Vertragsarzt im Vertrauen auf die weitere Vergütung solcher Leistungen weiterhin entsprechende Leistungen erbracht hat. Hierfür ist eine längere Verwaltungspraxis erforderlich, die über eine Zeit von wenigen Monaten hinausgehen muss. Diesem wissentlichen Dulden systematisch-fachfremder oder ohne ausreichende fachliche Qualifikation ausgeübter Tätigkeiten muss es gleichstehen, wenn eine Kassenärztliche Vereinigung im Streit um die Abrechenbarkeit einer Leistung auf den Widerspruch des Vertragsarztes hin eine Abhilfeentscheidung zu seinen Gunsten trifft, ohne die Honorierung in ihrem Bescheid zeitlich klar zu begrenzen bzw. ohne sie als nur "vorläufig bis zur endgültigen Klärung" zu kennzeichnen. In einem solchen Fall begründet die Aufhebung einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung ein Vertrauen des Vertragsarztes, dass die von ihm erreichte günstige Honorierung

in Einklang mit der Rechtslage steht. Ein derart begründeter Vertrauensschutz unterliegt indessen auch Begrenzungen. Das Handeln im Vertrauen auf die Richtigkeit derartigen Verwaltungshandelns schützt den Vertragsarzt zum einen nur gegenüber demjenigen, der den Vertrauensstatbestand gesetzt hat. Ein einmal geschaffener Vertrauensstatbestand entfaltet zudem nicht für alle Zukunft Schutzwirkungen, da er wieder entfallen kann. Ein solcher Wegfall ist etwa denkbar, wenn sich die Sach- oder Rechtslage maßgeblich ändert oder wenn die Kassenärztliche Vereinigung den Betroffenen gegenüber deutlich macht, dass sich Zweifel an der Richtigkeit der Auslegung einer Leistungslegende ergeben oder verstärkt haben, und sie die betroffenen Vertragsärzte z. B. durch Rundschreiben o. ä. entsprechend informiert bzw. den Abrechnungsbescheiden deutliche Hinweise auf die Zweifel beifügt. Eine Änderung der Sach- und Rechtslage kann darin liegen, dass eine andere dazu autorisierte Stelle – z. B. der Bewertungsausschuss – eine von der Abrechnungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung abweichende Entscheidung trifft. Dem steht gleich, wenn eine zum gleichen Komplex ergangene gerichtliche Entscheidung anders als die bisherige Abrechnungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigung lautet (vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2001, Az: [B 6 KA 3/01 R](#), [SozR 3-2500 § 82 Nr. 3](#) = [BSGE 89, 90](#) = [SGB 2003, 165](#), juris Rdnr. 39-41).

Ausgehend von diesen Grundsätzen des BSG ist aber ein Vertrauensschutztatbestand für die Zeit nach dem 30.09.2004 gegeben. Für die Zeit davor fehlt es jedoch an einem solchen Vertrauensschutztatbestand.

Soweit die Beklagte in der Vergangenheit Leistungen, die auf Überweisung der Poliklinik erbracht worden waren, vergütet hat, ist dies zwischen den Beteiligten nicht streitig gewesen oder thematisiert worden. Es handelte sich um ein schlicht fehlerhaftes Handeln der Beklagten. Die Fehlerhaftigkeit wurde nach der Einlassung der Beklagten erst bemerkt, als die Abrechnung des Klägers im Rahmen der Umsetzung des Fallpauschalengesetzes einer genaueren Überprüfung unterzogen wurde. Den Kläger hat die Beklagte hierüber erst im Jahr 2005, also nach dem hier strittigen Zeitraum, unterrichtet. Jedenfalls ist für die Kammer nicht nachgewiesen, dass die Beklagte die bis zu den streitbefangenen Quartalen vorgenommene Vergütung im Wissen, dass ein Vergütungsanspruch nicht bestand, vorgenommen hat. Zwischen den Beteiligten ist die Frage der Vergütungsfähigkeit der Leistungen bis zu der Entscheidung des Zulassungsausschusses vom 29.06.2004 nicht erörtert worden. Insofern konnte der Kläger kein Vertrauen darauf gründen, dass die Beklagte in Kenntnis der fehlenden oder zweifelhaften Rechtsgrundlage dennoch eine Vergütung vornehmen werde. Allein aus dem Umstand einer auch über mehrere Quartale praktizierten Vergütung von Leistungen kann ein Vertrauensstatbestand nicht begründet werden.

Mit der Entscheidung des Zulassungsausschusses vom 29.06.2004 und dem Fehlen der Poliklinik Klausel wurde aber die Vergütungsfrage bedeutsam. Die Zeugin C. hat deshalb bei Überprüfung der Erneuerung der Ermächtigung im August 2004 zunächst bei ihrer Dienstvorgesetzten nachgefragt. Dabei war man bei der Beklagten offensichtlich der – nach Auffassung der Kammer fehlerhaften – Ansicht, dass die Poliklinik Klausel Grundlage für einen Vergütungsanspruch des Klägers wäre. Die Zeugin C. hat insofern überzeugend dargelegt, dass für sie klar gewesen wäre, wenn der entsprechende Passus in der Ermächtigung fehle, dann müssten die meisten Fälle gestrichen wären. Auf Geheiß ihrer Dienstvorgesetzten hat sie deshalb den Kläger angerufen und auf das Fehlen der Poliklinik Klausel hingewiesen. Wenn die Zeugin C. auch nicht mehr im Einzelnen darlegen konnte, in welchem Umfang oder gar mit welchen Worten sie mit dem Kläger über die Vergütungsfrage gesprochen hat, so hat sie aber eindeutig ausgesagt, sie habe dem Kläger sinngemäß gesagt, dass es klar sei, mit dem Passus könne er abrechnen, ohne Passus nicht. Dabei hat sie weiter erklärt, dass es aus ihrer Sicht auch vorkomme, dass in einer Ermächtigung auch etwas fehlen könne, also es sich bei dem Fehlen des Passus auch um ein Versehen handeln könne. An der Glaubwürdigkeit der Zeugin C. zu zweifeln besteht für die Kammer kein Anlass. Ein Eigeninteresse an ihrer Aussage ist nicht zu erkennen, allenfalls im Hinblick auf den Beklagten als Arbeitgeber dahingehend, eine Aussage zu machen, die einen Vertrauensschutz ausschließen würde. Von daher geht die Kammer davon aus, dass die Beteiligten nach Fehlen des Passus übereinstimmend davon ausgingen, die Ermächtigung umfasse nicht mehr aus der Poliklinik heraus veranlasste Leistungen, die Aufnahme der Poliklinik Klausel würde aber eine ausreichende Rechtsgrundlage für die Erbringung und Abrechnung der strittigen Leistungen schaffen.

Die Beklagte muss sich auch insoweit die Setzung eines Vertrauensstatbestandes durch die Zeugin C. entgegen der Auffassung ihres Vertreters im Erörterungstermin zurechnen lassen. Die Zeugin C. war befugt zur Auskunftserteilung, wie die Anweisung der Dienstvorgesetzten zeigt, selbst und unmittelbar Kontakt mit dem Kläger aufzunehmen. Im Übrigen entsprach deren Auskunft auch offensichtlich dem damaligen Stand der Rechtskenntnis innerhalb der Beklagten, jedenfalls der zuständigen Abteilung. Durch den Widerspruch der Beklagten gegen die berichtigte bzw. ergänzte Ermächtigung wurde das Vertrauen des Klägers nicht gestört, da der Widerspruch unabhängig von der Poliklinik Klausel war und sich nicht auf die von der Poliklinik veranlassten Leistungen bezog. Gerade im Hinblick auf die dargelegte Setzung eines Vertrauensstatbestandes konnte jedenfalls ein auf andere Punkte bezogener Widerspruch diesen Vertrauensstatbestand nicht zerstören.

Im Ergebnis waren der Klage daher im tenorierten Umfang stattzugeben, im Übrigen war sie aber abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#). Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens. Die Quotelung entspricht der Tenorierung, wonach dem Kläger für beide streitigen Quartale in etwa die Leistung für ein Quartal und damit die Hälfte zusteht.

Die Streitwertsetzung erfolgte auf den gesetzlichen Grundlagen.

In Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit ist, soweit nichts anderes bestimmt ist, der Streitwert nach den sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Bietet der Sach- und Streitwert für die Bestimmung des Streitwerts keine genügenden Anhaltspunkte, so ist ein Streitwert von 5.000,00 Euro anzunehmen ([§ 52 Abs. 1 und 2 GKG](#)).

Für das Quartal III/04 gibt die Beklagte einen Kürzungsbetrag von 297.466,88 Euro an. Im Hinblick auf die Begrenzung der Klage ist hiervon 90 % zu nehmen, dies sind 267.720 Euro. Für zwei Quartale ergab dies den festgesetzten Wert.

Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2008-10-09