L 11 KA 68/12

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
11
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 16 KA 44/07
Datum
28.02.2012
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 68/12
Datum
19.02.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.02.2012 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist eine sachlich-rechnerische Richtigstellung für die Quartale I - IV/2006 im Umfang vom 114.574,86 EUR.

Die Klägerin ist Trägerin der Medizinischen Klinik, Aids-Ambulanz im Klinikzentrum O in E, die durch Beschluss des Zulassungsausschusses vom 17.02.2005 für die Zeit vom 01.04.2005 bis 31.03.2007 nach § 31 Abs. 1, Alternative a Ärzte-ZV u.a. insoweit zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigt worden war, als sie - auf Überweisung niedergelassener Ärzte - besondere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Rahmen der Therapie bei HIV-Infizierten/AIDS-Erkrankten einschließlich der notwendigen begleitenden Diagnostik durchführte.

Mit Bescheid vom 24.07.2006 stellte die Beklagte die Abrechnung der Klägerin für das Quartal I/2006 zur SNR 91030 in folgendem Umfang sachlich-rechnerisch richtig: Primärkassen 258 x, Ersatzkassen 111 x, Sonstige Kostenträger 12 x. Zur Begründung führte sie aus, dass nur zugelassene (niedergelassene) Ärzte an der Vereinbarung nach § 73c Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Förderung einer qualitätsgesicherten Versorgung HIV-infizierter Patienten und Patientinnen in Westfalen-Lippe teilnehmen könnten. Mit Bescheiden vom 20.10.2006, 19.01.2007 und 23.04.2007 erfolgten entsprechende Richtigstellungen für die Folgequartale II/2006 - IV/2006.

Gegen den Bescheid vom 24.07.2006 legte die Klägerin am 25.08.2006 (Eingang bei der Beklagten) Widerspruch ein. Sie wies darauf hin, dass die niedergelassenen Ärzte und ermächtigten Institute mit ihrem im Frühjahr 2005 an das Ministerium für Gesundheit, Soziales, Frauen und Familie des Landes NRW gerichteten gemeinsamen Antrag zur Versorgungssituation von therapiebedürftigen HIV-/AIDS- Infizierten in Nordrhein-Westfalen eine einheitliche Regelung angestrebt hätten, die den zusätzlichen personellen und zeitlichen Behandlungsaufwand berücksichtige und langfristig die Versorgungsqualität sichere. Dass nach der Vereinbarung gemäß § 73c SGB V ausschließlich niedergelassene Ärzte zur Abrechnung der SNR 91030 berechtigt seien, stelle eine ungerechtfertigte Ungleichbehandlung dar.

Gegen den Bescheid vom 20.10.2006 wandte sie sich mit Widerspruch vom 20.11.2006 (Eingang bei der Beklagten).

Mit Widerspruchsbescheiden vom 14.02.2007 wies die Beklagte die Widersprüche gegen die Bescheide vom 24.07.2006 und 20.10.2006 zurück. Bei der Abrechnung sei sie satzungsgemäß an die geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen gebunden. Die Vereinbarung nach § 73c SGB V zur Förderung einer qualitätsgesicherten Versorgung HIV-infizierter Patientinnen und Patienten in Westfalen-Lippe (HIV-Vereinbarung) sehe eine Abrechnung der SNR 91030 durch ermächtigte Institute nicht vor. Es handele sich um eine freiwillige Vereinbarung, durch die die vom stationären Sektor abweichende besondere Kosten- und Honorarsituation von Vertragsarztpraxen, die sich auf diese Klientel spezialisiert hätten, verbessert werden solle. Im Krankenhaussektor sei es aufgrund einer Mischkalkulation auf viel breiterer Basis möglich, diesen Patientenkreis ohne Honorarerlöse aus der Vereinbarung kostendeckend zu behandeln. Deshalb sei die Vereinbarung nicht auf ermächtigte Ärzte erstreckt worden.

Daraufhin hat die Klägerin am 14.03.2007 die vorliegende Klage erhoben. Zur Begründung hat sie vorgetragen, dass die angefochtenen Bescheide rechtswidrig seien. Ein Anspruch auf Vergütung ihrer Leistungen nach SNR 91030 ergebe sich bereits aus der HIV-Vereinbarung nach § 73c SGB V. Diese Vereinbarung sei gemäß § 73c Abs. 1 Satz 1 SGB V Teil des Gesamtvertrages, der als Normvertrag gesetzesähnlichen Charakter habe und der Auslegung zugänglich sei. Im Rahmen dieser Auslegung seien auch die Grundrechte zu

beachten. Eine Ungleichbehandlung der niedergelassenen Vertragsärzte und der ermächtigten Einrichtungen sei mit Art. 3 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) unvereinbar. Die Behandlung von HIV-Patienten sei mit besonderen Kosten und einem hohen zeitlichen Aufwand verbunden, der bei dem niedergelassenen Arzt und der ermächtigten Einrichtung gleichermaßen anfalle. Weil dieser Aufwand über den EBM nicht ausreichend abgebildet werde, sei die zusätzliche Vergütung über die Abrechnung der SNR 91030 vereinbart worden. Eine Benachteiligung der ermächtigten Ärzte und Institutionen sei nicht gerechtfertigt. Die von der Beklagten angeführte Mischkalkulation tauge nicht als Begründung. Die Versorgung von HIV-Patienten sei keine geräteintensive, sondern eine arztintensive Leistung. Der entsprechende Mehraufwand falle bei ermächtigten Ärzten und Einrichtungen nicht in geringerem Umfang an als bei den niedergelassenen Vertragsärzten. Es sei auch nirgendwo vorgesehen, dass Einnahmen aus stationären Leistungen Verluste aus der Versorgung ambulanter Patienten subventionieren sollten, denn eine Mischkalkulation könne immer nur innerhalb eines Sektors erfolgen. Falls die Honorarsituation der Klägerin nicht verbessert werde, müsste diese die Versorgung der HIV-Patienten einschränken oder sogar einstellen. Selbst wenn man eine grundrechtskonforme Vertragsauslegung nicht vornehmen wollte, wäre der Bescheid aufzuheben, weil die Klägerin zumindest aus Art. 3 Abs. 1 GG ein Recht auf Teilhabe an der Vereinbarung beanspruchen könne, das sich im Übrigen auch aus § 73c Abs. 1 SGB V herleiten lasse. Denn wenn, wie vorliegend, erkennbar ein Bedarf bestehe, seien die Gesamtvertragspartner zur Vereinbarung entsprechender Versorgungsaufträge verpflichtet. Soweit die Beklagte sich auf eine fehlende Verpflichtung zum Abschluss der Vereinbarung berufe, übersehe sie, dass nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) die Ermessensfreiheit bei Abschluss des Vertrages den allgemeinen Grenzen der Sachwidrigkeit unterliege. Dass klägerseits kein förmlicher Antrag auf Teilnahme an der HIV-Vereinbarung gestellt worden sei, sei unerheblich und auch von der Beklagten zu keinem Zeitpunkt beanstandet worden.

Den Widerspruch vom 16.02.2007 gegen den Bescheid vom 19.01.2007 wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 29.03.2007 und den Widerspruch vom 24.05.2007 gegen den Bescheid vom 23.04.2007 mit Widerspruchsbescheid vom 27.06.2007 zurück. Auch gegen diese Widerspruchsbescheide hat die Klägerin rechtzeitig Klage erhoben, die vom SG dann zunächst zu einem Verfahren verbunden wurden.

Die Klägerin hat beantragt,

die Bescheide der Beklagten vom 24.07.2006 und 20.10.2006, jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 14.02.2007 sowie ihren Bescheid vom 19.01.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.03.2007 und ihren Bescheid vom 23.04.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.06.2007 aufzuheben und die entsprechenden Honorare nach der SNR 91030 auszukehren.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Der Klägerin stehe weder ein direkter Anspruch aus der Vereinbarung noch ein Teilnahmeanspruch zu. Inhalt der Vereinbarung seien gerade keine Leistungen der Regelversorgung, sondern allein Sonderleistungen. Es handele sich also nicht um einen nach dem SGB V verpflichtend zu schließenden Vertrag, sondern um eine freiwillige Vereinbarung. Deshalb habe es den Vertragspartnern freigestanden, den Krankenhaussektor auszuschließen. Wie das BSG in seiner Entscheidung vom 03.03.1999 - B 6 KA 18/98 R - festgestellt habe, könnten grundsätzlich Vereinbarungen geschlossen werden, die nur für Vertragsärzte und nicht auch für ermächtigte Ärzte gälten. Sicherzustellen sei dabei lediglich, dass der Ausschluss der ermächtigten Ärzte ausdrücklich niedergelegt sei. Diese Voraussetzung sei vorliegend erfüllt. Die Zulässigkeit der Beschränkung einer Vereinbarung auf einen bestimmten Adressatenkreis ergebe sich auch aus dem Beschluss des BSG vom 22.06.2005 - B 6 KA 20/05 B - in dem der Abschluss eines Strukturvertrags nach § 73a SGB V allein für die Gruppe der Internisten unter Ausschluss der Chirurgen als rechtmäßig angesehen worden sei.

Mit Urteil vom 28.02.2012 hat das Sozialgericht Dortmund (SG) die Klage abgewiesen. Im Rahmen der sachlichen und rechnerischen Richtigstellung nach § 106a SGB V habe die Beklagte die Leistungsabrechnung der Klägerin zu Recht als nicht ordnungsgemäß beanstandet. Die Klägerin sei nicht zur Abrechnung von Leistungen nach SNR 91030 berechtigt. Voraussetzung der Abrechenbarkeit dieser Ziffer sei die Teilnahme an der zum 01.07.2005 in Kraft getretenen HIV-Vereinbarung. Die Klägerin erfülle die Teilnahmevoraussetzungen an dieser Vereinbarung nicht. Zum einen handele es sich bei der ermächtigten Aids-Ambulanz der Klägerin nicht um einen "zugelassenen Vertragsarzt". Anders als von der Klägerin vertreten müsse die HIV-Vereinbarung auch nicht entgegen ihrem Wortlaut im Wege der Auslegung auf nicht ermächtigte Krankenhausambulanzen angewandt werden und es sei deren Teilnahmeberechtigung auch nicht aus grundrechtlichen Erwägungen geboten. Beim Abschluss eines öffentlich-rechtlichen Vertrages nach § 73c SGB V stehe den Vertragspartnern wie bei den Strukturverträgen nach § 73a SGB V ein Ermessens- und Gestaltungssielraum zu, der seine Grenze erst in der Sachwidrigkeit finde. Im vorliegenden Fall läge keine Sachwidrigkeit vor. Auch wenn die Behandlung von HIV-Patienten eine arztintensive Leistung sei und der entsprechende Mehraufwand bei niedergelassenen und ermächtigten Ärzten bzw. Einrichtungen gleichermaßen anfalle, so trage doch der zugelassene Vertragsarzt, der schwerpunktmäßig HIV-Patienten behandele, ein ungleich stärkeres wirtschaftliches Risiko. Denn zum einen müsse er nicht zuletzt wegen der im Vergleich zu einer Klinik deutlich geringeren räumlichen Kapazitäten seiner Praxis mit dem Abwandern eines Teils seiner sonstigen Patienten rechnen. Zum anderen sei die ermächtigte Ambulanz der Klägerin aber auch deshalb nicht teilnahmeberechtigt, weil es an einer gemäß § 2 Abs. 3 HIV-Vereinbarung erforderlichen positiven Entscheidung der Beklagten über die Teilnahmeberechtigung fehle. Das Ergebnis der Beurteilung, ob der betreffende Arzt die Teilnahmevoraussetzungen erfülle, habe entgegen der Ansicht der Klägerin sehr wohl den Regelungscharakter eines Verwaltungsaktes. Voraussetzung für eine rückwirkend mögliche Abrechnung der erbrachten Leistungen nach SNR 91030 sei in jedem Fall die positive Entscheidung der Beklagten über die Teilnahmeberechtigung. Solange eine solche Entscheidung nicht vorliege, dürfe auch ein zugelassener Vertragsarzt nicht nach SNR 91030 abrechnen. Die Durchführung eines Verfahrens auf Erteilung dieser Genehmigung komme vorliegend nicht mehr in Betracht, insoweit würde das Rechtsschutzbedürfnis der Klägerin fehlen. Ein für die streitigen Quartale zurückwirkender Teilnahmebeginn setze eine bereits seinerzeit erfolgte Teilnahmeerklärung voraus. Daran fehle es. Soweit die Klägerin die Ansicht vertrete, ihre Abrechnung der Leistungen nach SNR 91030 sei als konkludenter Teilnahmeantrag zu verstehen, verkenne sie, dass § 2 Abs. 1 HIV-Vereinbarung die Abgabe einer "Teilnahmeerklärung nach Anlage 1" vorschreibe und damit konkludente Anträge ausschließe.

Gegen das ihr am 30.03.2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 27.04.2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung wiederholt und vertieft sie ihr erstinstanzliches Vorbringen und führt ergänzend aus: Das SG habe verkannt, dass die Ungleichbehandlung von ermächtigten Ärzten und Ambulanzen einerseits und niedergelassenen Vertragsärzten andererseits, die jeweils schwerpunktmäßig HIV-Patienten betreuten und behandelten, sachlich nicht gerechtfertigt sei. Im Hinblick auf wirtschaftliche Kostenpositionen könne eine ermächtigte Ambulanz bei der

Versorgung von HIV-Patienten gegenüber einem niedergelassenen Arzt keine Vergünstigungen verzeichnen. In der streitigen Zeit habe die schwerpunktmäßige Behandlung der HIV-Patienten einen hohen zeitlichen und arztintensiven Aufwand erfordert, der sich nicht im EBM widergespiegelt habe. Hinsichtlich dieses Mehrbedarfs gebe es bei den niedergelassenen Ärzten und bei den ermächtigten Ambulanzen oder Ärzte keinen Unterscheid. Auch hinsichtlich der räumlichen Kapazitäten sei zu beachten, dass die Träger der Ambulanzen ebenso wie die niedergelassenen Ärzte Räume zur Verfügung stellen und unterhalten müssten. Ein Vorteil des Krankenhauses könne auch nicht in einer etwaigen Mitbenutzung von vorhandener Medizintechnik gesehen werden, da die Behandlung von HIV-Patienten nicht geräteintensiv sei, so dass es im Wesentlichen auf die Personalkosten ankomme. Dass die Klägerin ihre Kosten insgesamt nicht allein aus dem Betreiben der HIV-Institutsambulanz decken müsse, könne nicht zu einer anderen Betrachtung führen. Auch die niedergelassenen Ärzte müssten ihre Kosten nicht allein durch die Versorgung der HIV-Patienten erwirtschaften. Im Übrigen würden vom Gesetzgeber die Quersubventionierung zwischen dem ambulanten und stationären Betreib eines Krankenhauses abgelehnt. Einen hinreichenden Grund für eine Ungleichbehandlung stelle auch nicht die Befürchtung dar, dass der niedergelassene Arzt bei einer schwerpunktmäßigen Versorgung von HIV-Patienten in seiner Praxis mit einem Abwandern eines Teils seiner sonstigen, nicht infizierten Patienten rechnen müsse. Damit setze sich das SG evident über den Wortlaut der HIV-Vereinbarung und ihren Zweck hinweg. Die in § 5 Abs. 1 der Vereinbarung festgeschriebenen Vergütungsregelung normiere ausdrücklich, dass die Pauschale "für den besonderen Aufwand, der durch die Behandlung therapiebedürftiger HIV-infizierter/Aids-Erkrankter" gezahlt werde. Sinn und Zweck der Vereinbarung sei zudem eine gerechte Abbildung der arztintensiven und zeitaufwendigen Behandlung gewesen. Sie erfülle die in der HIV-Vereinbarung niedergelegten Teilnahmevoraussetzungen. Die Teilnahmeerklärung habe auch konkludent durch die Abrechnung erklärt werden können. Eine besondere Form sei gerade nicht vorgeschrieben. Die HIV-Vereinbarung verweise in § 2 Abs. 1 lediglich auf die Anlage 1. Die vorgefertigte Erklärung, die als Anlage der HIV-Vereinbarung beigefügt sei, enthalte lediglich einen Vordruck für die Mitteilung von Angaben, die der Beklagten auch im Rahmen der Abrechnung bekannt würden. Durch die Streichung der SNR 91030 habe die Beklagte das Teilnahmebegehren ablehnend beschieden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 28.02.2012 abzuändern und die Bescheide der Beklagten vom 24.07.2006 und 20.10.2006, jeweils in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 14.02.2007, sowie ihren Bescheid vom 19.01.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.03.2007 und ihren Bescheid vom 23.04.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.06.2007 aufzuheben und die entsprechenden Honorare nach SNR 91030 auszukehren.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Im Berufungsverfahren hat sie keine Stellungnahme abgegeben.

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.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere gemäß §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) frist- und formgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten vom 24.07.2006, 20.10.2006, 19.01.2007 und 23.04.2007 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 14.02.2007, 29.03.2007 und 27.06.2007 sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten (§ 54 Abs. 2 SGG). Die Beklagte hat mit den angefochtenen Bescheiden zu Recht die jeweiligen Abrechnungsbescheide nach ordnungsgemäßer Durchführung einer Plausibilitätsprüfung sachlich-rechnerisch richtig gestellt. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf eine Leistungsvergütung nach SNR 91030.

Die Beklagte ist grundsätzlich berechtigt, Abrechnungen sachlich-rechnerisch richtig zu stellen. Nach § 75 Abs. 1 SGB V haben die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach § 75 Abs. 2 Satz 2 1. Halbsatz SGB V haben die KVen 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. Die KV stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung fest; dazu gehört u.a. auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität (§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V, eingefügt durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 mit Wirkung zum 01.01.2004, BGBl. I 2003, 2190, 2217). Inhalt und Durchführung dieser Vereinbarung richten sich nach den dazu ergangenen Richtlinien, zu deren Vereinbarung die Kassenärztliche Bundesvereinigung und die Spitzenverbände der Krankenkassen in § 106a Abs. 6 SGB V ermächtigt sind, sowie nach den im Rahmen dieser Richtlinien von den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Landesverbänden der Krankenkassen und Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich zu treffenden Vereinbarungen nach § 106a Abs. 5 SGB V. Die zum 01.01.2005 in Kraft getretene Richtlinien stellen in § 6 klar, dass die Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit sich auf die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Leistungsabrechnung bezieht und dass ein Verstoß hiergegen z.B. im Fall fehlender Berechtigung zur Leistungsabrechnung liegt. Soweit die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid die Leistungsabrechnung der Klägerin als nicht ordnungsgemäß beanstandet hat und die Abrechnung von Leistungen nach SNR 91030 zurückgewiesen hat, ist dies nicht zu beanstanden.

Die Klägerin war nicht berechtigt, diese Leistungen abzurechnen. Die SNR 91030 ist in § 5 Abs. 1 der zum 01.07.2005 in Kraft getretenen HIV-Vereinbarung geregelt, die die Beklagte inhaltsidentisch zum einen mit den Primärkassen/-verbänden sowie der Bundesknappschaft und zum anderen mit den Ersatzkassenverbänden abgeschlossen hatte, geregelt. Sie ist eine Pauschale in Höhe von 76,69 EUR, die die an der HIV-Vereinbarung teilnehmenden Ärzte für den besonderen Aufwand erhalten, der durch die Behandlung therapiebedürftiger HIV-Infizierter/Aids-Erkrankter anfällt.

Offenbleiben kann zunächst, ob - wie vom SG angenommen - die Klägerin schon deswegen die SNR 91030 nicht abrechnen kann, weil sie eine entsprechende Teilnahmeerklärung nicht abgegeben hat. Der Klägerin ist zuzugeben, dass nach dem Wortlaut des § 2 HIV-Vereinbarung die Abrechnung nicht von einer vorherigen Genehmigung abhängig ist. Die Regelung des § 2 Abs. 1 fordert zunächst nur, dass eine Teilnahmeerklärung nach Anlage 1 abgegeben worden sein muss. In § 2 Abs. 3 HIV-Vereinbarung ist lediglich vorgesehen, dass die Beklagte die Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 1 und 2 prüft, dann im Einvernehmen mit den Krankenkassen entscheidet und anschließend den Vertragsarzt schriftlich über das Ergebnis informiert. Teilnahmebeginn ist dann grundsätzlich der 1. Tag des auf die Abgabe der Teilnahmeerklärung folgenden Quartals.

Jedenfalls erfüllt die Klägerin aber nicht die weiteren Teilnahmevoraussetzungen des § 2 Abs. 1 HIV-Vereinbarung. Sie ist kein zugelassener Vertragsarzt, sondern ermächtigt. Entgegen der Auffassung der Klägerin muss die HIV-Vereinbarung auch nicht auf Grund des Gleichbehandlungsgrundsatzes nach Art. 3 Abs. 1 GG zu ihren Gunsten so ausgelegt werden, dass auch ermächtigte Ärzte die SNR 91030 abrechnen können.

Die HIV-Vereinbarung hat ihre Rechtsgrundlage in § 73 SGB V in der vom 01.01.2004 bis 31.03.2007 geltenden Fassung des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz - GMG) vom 14.11.2003. Dieses Gesetz bestimmt unter der Überschrift "73c Förderung der Qualität in der vertragsärztlichen Versorgung":

"(1) In den Gesamtverträgen sollen Versorgungsaufträge vereinbart werden, deren Durchführung bestimmte qualitative oder organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellt. Dabei sind außerdem Regelungen zu treffen, wie die Erfüllung dieser besonderen Versorgungsaufträge zu vergüten ist sowie ob und wie diese Vergütung auf die in den Gesamtverträgen nach § 85 oder § 85a vereinbarten Vergütungen anzurechnen ist. Bundesmantelvertragliche Regelungen sind möglich.

(2) In den Verträgen nach Absatz 1 ist zu regeln, ob Vertragsärzte, die der Kassenärztlichen Vereinigung nachweisen, dass sie die vereinbarten Anforderungen erfüllen, einen Anspruch auf Durchführung der Versorgungsaufträge im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung haben. Wird keine Vereinbarung nach Satz 1 geschlossen, können Krankenkassen mit Vertragsärzten Verträge zur Durchführung der nach Absatz 1 gesamtvertraglich vereinbarten Versorgungsaufträge schließen. Die Aufforderung zur Abgabe eines Angebots ist unter Bekanntgabe objektiver Auswahlkriterien öffentlich auszuschreiben."

Bereits aus dem Wortlaut der Vorschrift ergibt sich, dass grundsätzlich kein Anspruch eines Teilnehmers an der vertragsärztlichen Versorgung auf Abschluss eines Vertrages mit bestimmtem Inhalt zwischen Beklagter und Krankenkasse besteht. Es gibt nämlich nicht einmal ein Anspruch eines an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes darauf, dass Beklagte und Krankenkassen überhaupt einen Vertrag nach § 73c SGB V schließen. Bereits nach dem Gesetzwortlaut "sollen" sind die zum Abschluss von Gesamtverträgen Berufenen zu einem solchen Vertragsschluss nicht verpflichtet. Der Abschluss solcher fakultativer Verträge steht im Belieben der Vertragspartner, die damit erst recht nicht zu einem Vertragsschluss bestimmten Inhalts verpflichtet werden können. Ein Schiedsverfahren (vgl. § 89 SGB V) kann dementsprechend auch nicht stattfinden. Wenn aber bereits den Partnern des Vertrages eine Klage zur Regelung von vertraglichen Einzelheiten versagt ist, weil diese nicht schiedsamtfähig sind, hat erst recht der einzelne Vertragsarzt kein subjektives Recht, entsprechende Bestimmungen durchzusetzen (Senat, Urteil vom 09.05.2012 - L 11 KA 48/09 -).

Etwas anderes könnte allenfalls dann gelten, wenn die von den Vertragspartnern geschlossenen Vereinbarungen an gravierenden Rechtsfehlern leiden würden (Senat, Urteil vom 09.05.2012 - L 11 KA 48/09 -).

Bereits die Gesamtverträge nach § 82 SGB V unterliegen nur einer eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle. Den Vertragspartnern kommt bei der Festsetzung des Inhalts eines Gesamtvertrages über die vertragsärztliche Vergütung nach der Rechtsprechung des BSG ein weiter Beurteilungsspielraum zu (z.B. BSG, Urteil vom 03.12.1980 - 6 RKa 1/78 - und Urteil vom 19.03.1997 - 6 RKa 36/96 -). Die dazu aufgestellten Überprüfungsgrundsätze für die schiedsamtfähigen Gesamtverträge, nämlich die Einschränkung der gerichtlichen Kontrolle auf die Überprüfung, ob zutreffend ermittelte Tatsachen zugrunde gelegt, ob die Grenzen des Beurteilungsspielraumes eingehalten und das Gestaltungsermessen, soweit es besteht, sachgerecht ausgeübt worden ist, sind auf die Überprüfung von Verträgen nach § 73c SGB V nicht zu übertragen. Da es sich bei den Verträgen nach § 73c SGB V um fakultative, nicht schiedsamtfähige Verträge handelt, ist die gerichtliche Kontrolle noch weiter eingeschränkt als bei der Überprüfung schiedsamtfähiger Gesamtverträge und muss sich damit auf die Prüfung gravierender Rechtsfehler und damit letztlich auf die Frage beschränken, ob die Vertragsparteien gegen das Willkürverbot verstoßen haben (Senat, Urteil vom 09.05.2012 - L 11 KA 48/09 -.). Auch wenn die Ermessensfreiheit bei Abschluss und Ausformung bei diesen Verträgen mithin weit ist, so unterliegt sie doch insofern einer Begrenzung, als öffentlich-rechtliche Institutionen bei ihrer Tätigkeit die Grenzen der Sachwidrigkeit beachten müssen (Art. 3 Abs. 1 GG) (vgl. BSG, Beschluss vom 22.06.2005 - B 6 KA 20/05 B - zu Strukturverträgen nach § 73a SGB V).

Ein Verstoß gegen das Willkürverbot liegt hier nicht vor. Die Vertragsparteien haben sich vielmehr von rechtlich nicht zu beanstandenden Kriterien leiten lassen. Hauptziel des Vertrages ist nach seiner Präambel die Qualitätssicherung und Strukturverbesserung der Versorgung HIV-Infizierter/AIDS-Erkrankter in einem fortgeschrittenen Stadium der Erkrankung. Diese Zielsetzung entspricht den gesetzlichen Vorgaben, Versorgungsaufträge zu vereinbaren, deren Durchführung bestimmte qualitative oder organisatorische Anforderungen an die Vertragsärzte stellt (§ 73c Abs. 1 SGB V).

Zudem hat das BSG in seinem Urteil vom 03.03.1999 - B 6 KA 18/98 R - grundsätzlich festgestellt, dass in von den Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen abgeschlossenen Vereinbarungen wie in der dort im Streit stehenden Onkologie-Vereinbarung ermächtigte Ärzte grundsätzlich wirksam ausgeschlossen werden können, wenn dies durch die vertragliche Bestimmung mit ausreichender Deutlichkeit geregelt ist.

Hinzu kommt, dass der den Krankenkassen obliegende Versorgungsauftrag und damit korrespondierend der der Klägerin grundsätzlich zustehende Vergütungsanspruch durch die HIV-Vereinbarung nicht berührt wird. Durch eine Honorierung ihrer Leistungen nach den Regelungen des Honorarverteilungsmaßstabes (HVV) i.V.m. dem EBM wird ihr Anspruch auf eine angemessene, den Regeln der Honorarverteilungsgerechtigkeit entsprechende Vergütung sichergestellt. Bei der durch die Parteien der Gesamtverträge auf einer zweiten Vertragsebene geschaffenen weiteren Leistungsanreize für Vertragsärzte, die besondere zusätzliche qualitative oder organisatorische

Voraussetzungen zu erfüllen, handelt es sich hingegen um eine zusätzliche Vergütung. Aus diesem Grund findet durch diese Vereinbarungen schon kein Eingriff in die Chancengleichheit im Wettbewerb (Art. 3 GG) statt, weil die Grundrechte des Vertragsarztes bereits dadurch hinreichend gewahrt sind, dass ihm für seine Leistung die regelhaft vorgesehen Vergütung weiter gewährleistet wird (Senat, Urteil vom 09.05.2012 - L 11 KA 48/09 -). Diese Überlegungen gelten umso mehr, als die HIV-Vereinbarung nicht einfach nur ein höheres Honorar der Vertragsärzte vorsieht, sondern im Gegenzug mit erheblichen Gegenleistungen des Teilnehmers verbunden ist (vgl. hierzu im Zusammenhang mit Kataraktverträgen Senat, Urteil vom 09.05.2012 - L 11 KA 48/09 -).

Zudem gibt es für die Differenzierung zwischen Vertragsärzten und ermächtigten Ärzten im vorliegenden Fall auch einen sachlichen Grund. Anders als ein niedergelassener Vertragsarzt kann eine ermächtige AIDS-Ambulanz ihre Ermächtigung zurückgeben, wenn sie zur der Überzeugung gelangt, dass sich diese betriebswirtschaftlich nicht als sinnvoll erweist, weil sie die Vergütung nach den Regelungen des HVV i.V.m. dem EBM als nicht ausreichend erachtet. Diese Möglichkeit besteht für einen niedergelassenen Arzt nicht. Ihn trifft die Pflicht, im Rahmen seiner Zulassung jeden Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und die sonstigen Anspruchsberechtigten nach Maßgabe der gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts und des Leistungsrechts zu behandeln. Diese Behandlungspflicht resultiert gemäß § 95 Abs. 3 Satz 1 SGB V aus der Zulassung des Vertragsarztes und den Bestimmungen der Bundesmantelverträge, die für den Vertragsarzt verbindlich sind, § 95 Abs. 3 Satz 3 SGB V (Wigge in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2. Auflage 2006, § 2, Rdn. 52).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem von der Klägerin zitierten Urteil des BSG vom 20.12.1995 - 6 RKa 25/95 -. In dem dieser Entscheidung zugrunde liegenden Sachverhalt ging es um Beratungsleistungen bei ambulanten Notfallbehandlungen in Krankenhäusern und damit um die Honorierung von Leistungen durch die Gesamtverträge und Leistungen nach dem Bewertungsmaßstab für kassenärztliche Leistungen (BMÄ), während im vorliegenden Fall die Vergütung von im Leistungen streitig ist, die im Rahmen eines besonderen Versorgungsvertrages erbracht werden.

Bei der Prüfung des Willkürvorwurfes muss auch berücksichtigt werden, dass den Krankenkassen insgesamt nur begrenzte Mittel zur Verfügung stehen und dass sie vorrangig den Grundsatz der Beitragsstabilität zu berücksichtigen haben (§ 71 Abs. 1 SGB V, vgl. Senat, Urteil vom 09.05.2012 - L 11 KA 48/09 -). Das BSG hat für Strukturverträge nach § 73a SGB V anerkannt, dass eine Begrenzung auf bestimmte Arztgruppen aus Gründen beschränkter Finanzmittel und mit Blick auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht sachwidrig ist (BSG, Beschluss vom 22.06.2005 - B 6 KA 20/05 B -).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2014-04-28