S 12 KA 638/05

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 638/05
Datum
29.03.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die §§ 37, 38 BSHG und § 4 AsylbLG regeln in allen seit 1992 geltenden Fassungen nicht das Verhältnis zwischen einem Landkreis und einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV), die durch Vertrag nach § 75 Abs. 6 SGB V den Sicherstellungsauftrag erweitert haben. Ein solcher Vertrag kann auch durch einen Sozialhilfeträger geschlossen werden (vgl. SG Frankfurt a. M., Urteil vom 15. August 2001, Az.: S 27 KA 3128/00, juris Rdnr. 29). In dem Vertrag kann die Vergütung des Arztes für die Behandlung des Hilfeberechtigten geregelt werden. § 37 BSHG und § 4 AsylbLG machen dabei keine Vorgaben über die Vergütungsmodalitäten zwischen Sozialhilfeträger und KV. Der Sozialhilfeträger hat einen Gestaltungsspielraum und ist nur im Rahmen einer wirtschaftlichen Haushaltsführung gezwungen, sich an der Vergütung für einen einzelnen Arzt nach § 37 BSHG und § 4 AsylbLG zu orientieren.
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Der Kläger hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten und die Gerichtskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um einen Erstattungsanspruch für aus Sicht der Klägerin überhöhte Zahlungen zur Krankenversorgung für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz seit dem 01.01.1993 und für Hilfeberechtigte nach dem Bundessozialhilfegesetz im Zeitraum 01.01.1993 bis 31.12.2003, für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz z. T auch darüber hinaus.

Der Kläger ist ein Landkreis und als solcher eine Gebietskörperschaft. Als Landkreis hat er Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und hierbei Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt zu gewähren (§ 4 AsylbLG) sowie bis Ende 2003 Leistungen der Krankenhilfe nach § 37 Bundessozialhilfegesetz (BSHG) und der Mutterschaftsvorsorge nach § 38 BSHG. Seit Januar 2005 können nach § 264 Abs. 1 SGB V i. d. F. des Gesundheitsmodernisierungsgesetzes vom 27.12.2003 die Krankenkassen für letzteren Personenkreis die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz ihrer Aufwendungen gewährleistet wird.

Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung Hessen schloss am 23.01.1988 mit dem Hessischen Städtetag und dem Hessischen Landkreistag einen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Hilfeberechtigten nach dem BSHG und den Anspruchsberechtigten nach § 276 des Lastenausgleichsgesetzes (LAG) (im Folgenden: RV-B), der die Rahmenvereinbarung aus den Jahren 1955/1956 ersetzte. Nach diesem Rahmenvertrag übernimmt die KV durch ihre vertragsärztlichen Mitglieder die ärztliche Versorgung der Hilfeempfänger nach dem BSHG und LAG, denen ärztliche Leistungen im gleichen Umfang wie AOK-Versicherten gewährt werden. Die Vergütung nach § 8 RV B richtet sich unter Anwendung des Bewertungsmaßstabes für kassenärztliche Leistungen (BMÄ) nach dem zwischen der Beklagten und dem AOK-Landesverband Hessen gem. § 368g RVO abgeschlossenen Gesamtvertrag in der jeweils gültigen Fassung. Nach Fertigstellung der Abrechnung hat die jeweilige Bezirksstelle dem Kostenträger eine Sammelrechnung über die anerkannten Forderungen der behandelnden Ärzte unter Angabe des Namens, der Fälle und der Rechnungssumme für jeden Arzt zu übersenden unter Beifügung der Abrechnungsunterlagen. Der Kostenträger leistet monatliche Vorauszahlungen in Höhe von 30 % der für das zuletzt abgerechnete Abrechnungsvierteljahr bezahlten Gesamtrechnung und zahlt die Restforderung spätestens 20 Tage nach Erhalt der Rechnung (§ 9 Abs. 1 und 2 RV-B).

Die Beklagte und der Hessische Städtetag sowie der Hessische Landkreistag schlossen am 14.01.1999 ferner mit Geltung ab 01.04.1998 einen Rahmenvertrag über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz (AsylbLG) (im Folgenden: RV-A). Nach diesem Rahmenvertrag übernimmt die KV durch ihre vertragsärztlichen Mitglieder, soweit es sich um

Ärzte im Vertrag genannter Fachrichtungen handelt, die ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG, denen ärztliche Leistungen im Umfang nach § 4 AsylbLG gewährt werden. Für die Vergütung wird in § 8 RV-A auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für vertragsärztliche Leistungen (EBM) unter Bezugnahme auf die zwischen der Beklagten und den Landesverbänden der gesetzlichen Krankenkassen gem. § 72 Abs. 2 SGB V geschlossenen Vereinbarungen ein Punktwert in Höhe von 0,085 DM (bzw. 0,075 DM für Laborleistungen) vereinbart. Im Übrigen wird, u. a. für die Abrechnung, auf einzelne Bestimmungen des RV-B verwiesen (§ 9 RV-A).

Beiden Verträgen trat der Kläger nach seinem unstreitigen Vorbringen bei. Auf der Grundlage dieser Verträge zahlte der Kläger für die Behandlung der nach dem AsylbLG und dem BSHG leistungsberechtigten Personenkreis an die Beklagte eine Vergütung. Die Vertragsärzte und Mitglieder der Beklagten rechneten auf der Grundlage des BMÄ bzw. EBM die erbrachten Leistungen ab, die ihnen die Beklagte mit einem festen Punktwert vergütete. Die Beklagte rechnete wiederum die Leistungen aller Vertragsärzte gegenüber der Klägerin ab. Für die nach dem AsylbLG Leistungsberechtigten galt hierbei der in § 8 RV-A festgelegte Punktwert von 8,5 Pf (4,35 Cent). Für die nach dem BSHG Leistungsberechtigten wurde die Vergütung bis 1992 nach den in den Gesamtverträgen mit dem Landesverband Hessen der AOK festgelegten Punktwerten berechnet. Der letzte frei vereinbarte Punktwert für die AOK Hessen betrug im Jahr 1992 10 Pf. Nach Einführung der Beschränkung der Gesamtvergütung durch das Gesundheitsstrukturgesetz wurde bei der Abrechnung mit den Sozialämtern der Punktwert von 10 Pf für die Abrechnung der Jahre 1992 bis 1995 beibehalten. Nach Einführung des neuen EBM im Jahre 1996 wurde, da dieser zur Stärkung der hausärztlichen Versorgung neue Leistungen einführte bzw. einzelne Leistungen höher bewertete und man bei Fortführung der bisherigen Abrechnungsweise mit einem Anstieg der Kosten der Sozialämter von 20 % rechnete, ein Punktwert von 8,5 Pf für angemessen erachtet, da diese Höhe auch für die Vergütung von psychotherapeutischen Leistungen nach Einzelleistungen als Bestandteil des Honorarvertrages mit dem Landesverband Hessen der AOK vereinbart wurde.

Erstmals unter Datum vom 28.03.2003 wandte sich der Kläger an die Beklagte mit der Auffassung, die praktizierte Abrechnungsweise verstoße gegen geltendes Recht und forderte eine Angleichung des Vergütungsniveaus. Anstelle der festen Punktwerte müsste der für die gesetzlich Krankenversicherten unter den Budgetbedingungen ermittelte Punktwert als Vergütungsmaßstab herangezogen werden. Die Beklagte lehnte dies ab und bot aber an, in Verhandlungen über sog. Kopfpauschalen einzutreten, die von den Krankenkassen für ihre Versicherten geleistet werden.

Hierüber entspann sich ein Schriftwechsel und fand am 15.07.2003 eine Verhandlung zwischen den Beteiligten statt. Der Kläger übersandte dann den Entwurf einer neuen Vergütungsvereinbarung, nach der die Vergütung sich nach dem Honorarverteilungsanspruch des behandelnden Arztes für Primärkassenpatienten im jeweiligen Abrechnungsvierteljahr richten sollte. Diese Regelung sollte erstmals ab dem damals noch nicht abgerechneten ersten Abrechnungsquartal 2003 gelten. Der Vorstand der Beklagten lehnte dieses Vertragsangebot ab, was die Beklagte unter Datum vom 05.09.2003 dem Kläger mitteilte. Sie wies darauf hin, dass im vorliegenden Entwurf für ein Gesundheitsmodernisierungsgesetz die Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die gesetzliche Krankenversicherung vorgesehen sei. Im Übrigen könne eine rückwirkende Änderung nicht mehr gegenüber den Vertragsärzten umgesetzt werden

Am 29.10.2003 hat der Kläger Klage bei dem VG Frankfurt a. M. erhoben, das mit Beschluss vom 15.08.2005, Az.: 7 E 6411/03(1) den Rechtsstreit an das SG Marburg verwiesen hat.

Der Kläger trägt vor, die Vergütungsregelung nach § 8 RV-A sei nichtig, soweit ein Punktwert von 0,085 DM vereinbart werde. Ein hierzu ergangenes Gutachten des Deutschen Vereins für öffentliche und private Fürsorge vom 30.10.2000 – dies hat der Kläger mit weiteren Unterlagen zur Gerichtsakte gereicht - komme zu dem Ergebnis, dass §§ 4 Abs. 3 AsylbLG und § 38 Abs. 4 Satz 2 BSHG zwingendes Gesetzesrecht seien und eine davon abweichende Regelung i. S. d. § 134 BGB verbiete. Zu zahlen sei nur der Honorarverteilungspunktwert gemäß § 85 Abs. 4 SGB V. § 8 RV-B sei ebf. gesetzeskonform dahin auszulegen, dass der aus dem Gesamtvertrag maßgebliche Honorarverteilungspunktwert maßgebend sei, also letztlich der Betrag, den der Arzt für die Behandlung von AOK-Versicherten erhalte und nicht der Betrag, den die AOK der Beklagten zahle. Eine zeitliche Begrenzung seit 1993 sei sachlich gerechtfertigt wegen der seinerzeit erfolgten Budgetierung durch das Gesundheitsstrukturgesetz mit der Folge sinkender Punktwerte. Der Punktwert für Kassenpatienten sei im Durchschnitt um 6,1 % niedriger als der für hessische Sozialhilfeträger. Im Jahr 2002 habe er 593.233,87 Euro für den Bereich Sozialhilfe und 677.089,69 Euro für den Bereich Asyl geleistet und damit jährlich etwa 75.000 Euro zuviel. Den Beitritt zu den Rahmenverträgen halte er für unstreitig. Eine Entreicherung gelte für einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch hier mangels gesetzlicher Regelung nicht. Verwirkung liege nicht vor, weil seit Jahren eine Auseinandersetzung über die Vergütung bestehe. Verjährung sei auch nach Maßgabe des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes nicht eingetreten.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger die Differenz zu erstatten die sich aus dem in § 8 des "Rahmenvertrages über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz" vom 14.01.1999 vorgesehenen Punktwert in Höhe von DM 0,085 (bzw. DM 0,075 für Laborleistungen) und dem an die Ärzte tatsächlich geleisteten Punktwert (sogenannter Honorarverteilungspunktwert) in der Zeit vom 01.01.1993 bis zum 31.12.2003 – soweit es die so genannte Grundleistungsempfänger betrifft, auch über den 31.12.2003 hinaus – ergibt,
ferner die Differenz zu erstatten, die sich aus den vom Kläger gezahlten Punktwert und dem von der Beklagte an die Ärzte tatsächlich geleisteten Punktwert (sogenannter Honorarverteilungspunktwert) im Hinblick auf die ärztliche Versorgung der Hilfeberechtigten nach dem BSHG und der Anspruchsberechtigten nach § 276 LAG (Rahmenvertrag zum 23.01.1988) ergibt, und zwar in der Zeit vom 01.01.1993 bis zum 31.12.2003,
hilfsweise
festzustellen, dass § 8 des " Rahmenvertrages über die ambulante ärztliche Versorgung der Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungs-Gesetz" insoweit unwirksam ist, als er einen Punktwert in Höhe von DM 0,085 (bzw. DM 0,075 für Laborleistungen) vorsieht.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, der Rahmenvertrag sei von den Vertragsparteien zutreffend angewandt und umgesetzt worden. Der von ihr nach § 8 RV-B in Ansatz gebrachte Vergütungspunktwert sei angelehnt an den AOK-Vergütungspunktwerten für Einzelleistungen, bspw.

Präventionsleistungen, Schwangerschaftsabbrüche, Methadonsubstitutionen etc. Die Vergütungsverpflichtung des Klägers sei an die Höhe des von der AOK an die Beklagte zu zahlenden Betrages gekoppelt und nicht an den Auszahlungspunktwert. Dieser unterliege der gedeckelten Gesamtvergütung und unterliege mengensteuernden Maßnahmen. Dem RV-B liege dabei die Einzelleistungsvergütung zugrunde, nicht die Kopfpauschalenvergütung. Die Sozialhilfe beruhe auf dem Grundsatz der individuellen Hilfe. Die Kopfpauschale würde eine fortlaufende Zahlung unabhängig von der jeweiligen Inanspruchnahme von Leistungen bedeuten. Ein vorprozessuales Angebot auf Umstellung auf die Kopfpauschale habe der Kläger abgelehnt. Jedenfalls bedeute die stetige Vertragspraxis eine entsprechende Vertragsänderung. Im BSHG würden die ausgabenbegrenzenden Regelungen ausdrücklich nicht gelten. Eine Änderung erfolge erst durch das Gesundheitsmodernisierungsgesetz mit der Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger in die gesetzliche Krankenversicherung. § 4 AsylbLG sei im Kern den sozialhilferechtlichen Regelunge der Krankenhilfe nachgebildet. Der Punktwert von 8,5 Pf liege nicht über der mit der AOK vereinbarten Vergütung. Rein vorsorglich werde die Einrede der Verjährung erhoben. Es gelte die vierjährige Verjährungsfrist nach § 45 SGB I. Es liege auch Entreicherung nach § 818 Abs. 3 BGB vor. Schließlich liege Verwirkung vor. Im Abschluss des RV-A liege auch eine Bestätigung des nach dem RV-B bezahlten Punktwertes. Eine Rückforderung sei auch über § 13 des zwischen der AOK Hessen und der Beklagten geschlossenen Gesamtvertrages vom 30.10.1979 ausgeschlossen. Seitens des Klägers sei in jedem Fall die Ausschlussfrist zur Geltendmachung einer fehlerhaften Abrechnung abgelaufen.

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 zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG -).

Die zulässige Klage ist unbegründet. Der Kläger hat keinen Erstattungsanspruch wegen überhöhter Zahlungen zur Krankenversorgung für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz seit dem 01.01.1993 und für Hilfeberechtigte nach dem Bundessozialhilfegesetz im Zeitraum 01.01.1993 bis 31.12.2003.

Als Rechtsgrundlage für den Anspruch des Klägers kommt ein von der Rechtsprechung entwickelter öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch in Betracht, der als allgemeiner Grundsatz des Verwaltungsrechts gilt. Dieser ist auf die Rückgewährung rechtsgrundlos erlangter Leistungen bzw. auf die Rückgängigmachung rechtsgrundloser Vermögensverschiebungen gerichtet (vgl. BVerwG, Urteil vom 16. Dezember 2004, Az: 5 C 71/03, DVBl 2005, 781 = NVwZ-RR 2005, 416 = FEVS 56, 337 = Buchholz 436.0 § 19 BSHG Nr. 11 = DÖV 2005, 650-651, zitiert nach juris, Rdnr. 12). Beim öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch handelt es sich um ein übergesetzliches, eigenständiges materiell-rechtliches Rechtsinstitut, das im Bereich des öffentlichen Rechts dazu dient, eine mit der Rechtslage nicht übereinstimmende Vermögenslage auszugleichen. Er ist als solcher im allgemeinen Verwaltungsrecht entwickelt worden und gilt gleichermaßen im Sozialrecht, wo er z. B. in §§ 50, 102 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X), 42 Abs. 2 Satz 2 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I), aber auch in § 118 Abs. 4 Satz 1 Sechstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) und § 96 Abs. 4 Satz 1 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch spezialgesetzliche Ausprägungen erfahren hat (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 23. September 2004, Az: L 2 KR 13/04, juris Rdnr. 21 m. w. N.).

Dieser allgemeine öffentlich-rechtliche Erstattungsanspruch ist gegeben, wenn im Rahmen eines öffentlich-rechtlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht worden oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (vgl. BSG, Urteil vom 1. August 1991, Az: 6 RKa 9/89, BSGE 69, 158 ff = SozR 3 -1300 § 113 Nr. 1 = MedR 1992, 236 = USK 91194, juris Rdnr. 17; BSG, Urteil vom 13. Januar 1993, Az: 14a/6 RKa 68/91, BSG SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 3 = NZS 1993, 326 = USK 93131, juris Rdnr. 11).

Zwischen den Beteiligten besteht ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis. Bei den Rahmenverträgen handelt es sich um Verträge nach § 75 Abs. 6 SGB V. Sie begründen ein öffentlich-rechtliches Rechtsverhältnis zwischen den Beteiligten.

Eine rechtsgrundlose Vermögensverschiebung liegt aber nicht vor. Die Zahlungen des Klägers erfolgten auf der Grundlage der Rahmenverträge, denen der Kläger beigetreten ist.

§ 8 RV-A sieht eine Abrechnung auf der Grundlage des EBM mit fest vereinbarten Punktwerten vor. Der Kläger behauptet nicht, dass diese Vereinbarung fehlerhaft angewandt wurde, sondern bestreitet lediglich die Zulässigkeit, feste Punktwerte zu vereinbaren.

§ 8 RV-B beruhte ursprünglich auf festen Punktwerten im Bereich der Verträge der Beklagten mit der AOK. Der im Jahr 1988 gültige Gesamtvertrag sah eine Einzelleistungsvergütung von 10 Pf vor, die auch nach 1992 zwischen den Beteiligten beibehalten wurde. Die auf 8,5 Pf abgesenkte Vereinbarung für bestimmte Leistungen im Gesamtvertrag mit der AOK Hessen wurde dann ab 1996 für den Kreis der BSHG-Berechtigten zwischen den Beteiligten übernommen und von vornherein für die nach dem AsylbLG-Berechtigten vereinbart. Mit der langjährig praktizierten Vergütungsweise für den Kreis der BSHG-Berechtigten legten die Vertragsparteien den Vertrag aus bzw. passten sie ihn den veränderten Bedingungen im Vergütungssystem der Beklagten an. Eine andere Übernahme des Honorarverteilungssystems als durch feste Punktwerte der Beklagten wäre im Übrigen nicht möglich gewesen. Der Kläger verkennt insoweit das auf Honorarkontingenten und vielfältigen anderen Honorarsteuerungs- und honorarbegrenzenden Elementen beruhende Honorarverteilungssystem der Beklagten. Ein einheitlicher AOK-Punktwert ist im Verhältnis der Beklagten zu den Vertragsärzten danach nicht berechenbar. Es wäre vielmehr für jeden Vertragsarzt ein – fiktiver - individueller Praxispunktwert zu berechnen, der sämtliche unterschiedliche Vergütungsbestandteile sowie die unterschiedlichen Regelungsmechanismen berücksichtigen müsste.

Die Rahmenverträge sind auch nicht nichtig oder teilnichtig.

Die §§ 37, 38 BSHG und § 4 AsylbLG regeln in allen seit 1992 geltenden Fassungen nicht das Verhältnis der Beteiligten. Sie regeln das Verhältnis des Hilfeberechtigten gegenüber dem Leistungsträger und begrenzen die Vergütung des einzelnen Arztes, ohne ihn zur

Behandlung gegenüber dem Hilfeberechtigten zu verpflichten. Demgegenüber erweitert § 75 Abs. 6 SGB V den Sicherstellungsauftrag. Die Kassenärztlichen Vereinigungen können danach weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung übernehmen. Dabei wird allgemein anerkannt, dass auch Sozialhilfeträger und damit der Kläger unter diese Bestimmung fallen (vgl. SG Frankfurt a. M., Urteil vom 15. August 2001, Az.: S 27 KA 3128/00, juris Rdnr. 29). Im Ergebnis werden hierdurch die Hilfeberechtigten in den Sicherstellungsauftrag einbezogen, werden feste Vergütungsbedingungen zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung und dem Sozialhilfeträger vereinbart und wird mittelbar die Vergütung des Arztes für die Behandlung des Hilfeberechtigten geregelt. Die Behandlung des Hilfeberechtigten und ihre Vergütung werden dabei allerdings nicht vollständig in das vertragsärztliche System einbezogen, so z. B. nicht in die Honorarverteilungsbestimmungen nach § 85 Abs. 4 SGB V oder in die Bestimmungen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V. § 37 BSHG und § 4 AsylbLG machen dabei keine Vorgaben über die Vergütungsmodalitäten zwischen Sozialhilfeträger und Kassenärztlicher Vereinigung. Von daher geht die Kammer grundsätzlich davon aus, dass der Sozialhilfeträger, der mit einem Sicherstellungsauftrag nach § 75 Abs. 6 SGB V eine bessere Versorgung der Hilfeberechtigten erreicht, einen Gestaltungsspielraum auch hinsichtlich der Vertragsgestaltung hat und nur im Rahmen einer wirtschaftlichen Haushaltsführung gezwungen ist, sich an der Vergütung für einen einzelnen Arzt nach § 37 BSHG und § 4 AsylbLG zu orientieren.

Ausgehend von dieser Rechtslage bestehen keine Bedenken gegen die §§ 8 RV-B und 8 RV-A. Auch sind nach Auffassung der Kammer, wie bereits ausgeführt, die Punktwerte geleistet worden, die im AOK-Bereich im hier strittigen Zeitraum geleistet worden sind.

Hinzu kommt, dass für alle bis Ende 1998 abgerechneten Quartale Verjährung eingetreten ist. Im Sozialrecht gilt als allgemeines Rechtsprinzip eine vierjährige Verjährungsfrist, soweit wie hier spezielle Regelungen nicht vorhanden sind (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 12. Mai 2005, Az: B 3 KR 32/04 R, SozR 4-2500 § 69 Nr. 1 = KH 2005, 770 = GesR 2005, 409 = SGb 2006, 56, juris Rdnr. 13 m. w. N.). Nach unbestrittener Verwaltungspraxis wurden die Leistungen jeweils im Folgequartal zwischen den Beteiligten abgerechnet.

Im Übrigen liegt Verwirkung vor. Bis einschließlich Ende 2002 wäre ein – von der Kammer verneinter – Erstattungsanspruch zudem verwirkt.

Das Rechtsinstitut der Verwirkung gilt als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben (§ 242 BGB) auch für das Sozialrecht. Die Verwirkung setzt als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraums unterlassen hat und weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebiets das verspätete Geltendmachen des Rechts nach Treu und Glauben dem Verpflichteten gegenüber als illoyal erscheinen lassen. Solche die Verwirkung auslösenden "besonderen Umstände" liegen vor, wenn der Verpflichtete infolge eines bestimmten Verhaltens des Berechtigten (Verwirkungsverhalten) darauf vertrauen durfte, dass dieser das Recht nicht mehr geltend machen werde (Vertrauensgrundlage) und der Verpflichtete tatsächlich darauf vertraut hat, dass das Recht nicht mehr ausgeübt wird (Vertrauenstatbestand) und sich infolgedessen in seinen Vorkehrungen und Maßnahmen so eingerichtet hat (Vertrauensverhalten), dass ihm durch die verspätete Durchsetzung des Rechts ein unzumutbarer Nachteil entstehen würde (vgl. BSG, Urteil vom. 10.08.1999, Az.: B 2 U 30/98 R - SozR 3-2400 § 4 Nr. 5, juris Rdnr. 31; BSG, Urteil vom v. 23.05.1989, Az.: 12 RK 23/88, USK 8964, juris Rdnr. 26, jeweils m. w. N.).

Die Beteiligten haben die genannte Vergütungspraxis über Jahre praktiziert, ohne dass seitens des Klägers ein Vorbehalt oder eine Rechtswidrigkeit geltend gemacht worden wäre. Im 1998 geschlossenen RV-A ist auf der Grundlage der Vergütungspraxis nach dem RV-B ausdrücklich ein Punktwert von 8,5 Pf vereinbart worden, wodurch die bisherige Praxis bestätigt wurde. Die vom Kläger aus dem Jahr 2000 vorgelegten Schreiben belegen nicht, dass der Kläger nunmehr nur unter Vorbehalt leisten wollte oder die vertragliche Nichtigkeit behauptet hätte. Sie belegen nur, dass der Kläger sich bereits seinerzeit um eine andere Vergütungsregelung bemüht hätte. Darin ist aber eher eine Bestärkung des Umstands zu sehen, dass rechtliche Gründe im Sinne eines rechtswidrigen Verhaltens zunächst nicht geltend gemacht wurden, sondern aus vergütungspolitischen Erwägungen eine Änderung herbeigeführt werden sollte. Erstmals unter Datum vom 28.03.2003 wandte sich der Kläger an die Beklagte mit der Auffassung, die praktizierte Abrechnungsweise verstoße gegen geltendes Recht und forderte eine Angleichung des Vergütungsniveaus.

Soweit der Kläger mit der Vergütungsvereinbarung auch zukünftig nicht einverstanden ist, so kann er die Verträge kündigen und/oder mit der Beklagten in Verhandlungen eintreten.

Nach allem war die Klage im Haupt- und Hilfsantrag und daher insgesamt abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 VwGO. Der unterliegende Teil trägt die Kosten des Verfahrens.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2006-12-28