S 12 KA 215/14

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Marburg (HES)
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 215/14
Datum
03.06.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 26/15
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Eine Kassenärztliche Vereinigung (KV) kann nicht zu einem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung verpflichtet werden. Beendet die KV ihre Teilnahme, so besteht ihr gegenüber weder ein Vergütungs- noch Abrechnungsanspruch eines Vertragsarztes.
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat die notwendigen Verfahrenskosten zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Absetzung der Leistungen nach Abrechnungsziff. 81110B (HZV-Pauschale) für Patienten der Bundesknappschaft in den Honorarbescheiden für die Quartale II bis IV/12 und hierbei um die Frage, ob der Vertrag zwischen der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) von der Beklagten weiterzuführen ist.

Die Klägerin ist eine Berufsausübungsgemeinschaft mit Praxissitz in A-Stadt. Frau Dr. C. ist seit 02.01.2002 als Fachärztin für Allgemeinmedizin, Herr D. seit 01.07.2009 als hausärztlich tätiger Internist und Herr Dr. E. seit 01.09.1997 als Facharzt für Allgemeinmedizin zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die Berufsausübungsgemeinschaft bestand seit 2002 zunächst zwischen Herrn F., der als hausärztlich tätiger Internist seit 07.08.1984 zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war, und Frau Dr. C. Herr D. trat der Berufsausübungsgemeinschaft im Jahr 2009 bei. Herr F. schied zum 01.01.2010 als Gesellschafter aus und arbeitete seitdem als angestellter Arzt bis zum 30.06.2012 in der Berufsausübungsgemeinschaft, seit 01.01.2012 halbtags; die halbe Angestelltenstelle und dann die ganze wurde von Frau G., Fachärztin für Allgemeinmedizin, übernommen. Zum 01. 01.01.2012 trat Herr Dr. E. der Berufsausübungsgemeinschaft bei. Ab dem 01.04.2012 wurde Herr H. als hausärztlich tätiger Internist ganztags angestellt.

Die Beklagte setzte mit Honorarbescheid das Honorar der Klägerin wie folgt fest:

Quartal II/12 III/12 IV/12
Honorarbescheid v. 28.09.2012 06.01.2013 08.04.2013
Gesamthonorar in EUR 286.981,69 269.846,48 288.427,17
Bruttohonorar Primär- und Ersatzkassen in EUR 290.016,89 271.280,50 291.192,15
Fallzahl Primär- und Ersatzkassen 4.517 4.503 4.752

Die Beklagte teilte allen Ärzten der klagenden Berufsausübungsgemeinschaft unter Datum vom 30.01.2012 mit, dass der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung zwischen der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der KVen und der KBV, an der sie teilnähmen, seit dem 01.01.2012 nicht mehr über sie weitergeführt werde. Die Grundpauschale (Abrechnungsziff. 81110) sei von 9,00 EUR auf 4,00 EUR pro Quartal gesenkt worden, weshalb ihr Beratender Fachausschuss Hausärzte die Weiterführung abgelehnt habe. Somit sei es seit dem 01.01.2012 nicht mehr möglich, die Abrechnungsziff. 81110 in Ansatz zu bringen sowie Patienten neu einzuschreiben.

Gegen die Honorarbescheide für die Quartale II bis IV/12 legte die Klägerin am 06.12.2012, 19.02. und 18.05.2013 u. a. wegen der Absetzung der Ziff. 81110B Widerspruch ein. Zur Begründung ihres Widerspruchs führte sie aus, die Ziff. 81110B sei für Patienten der

Bundesknappschaft nicht gewährt worden. Weder sie noch die Bundesknappschaft hätten den HZV-Vertrag gekündigt.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 16.04.2014 die Widersprüche als unbegründet zurück. In den Bescheidgründen führte sie aus, zur Absetzung der HZV-Pauschale nach Ziff. 81110B verweise sie auf ihr Schreiben vom 30.01.2012, dessen Inhalt sie nochmals wiederholte.

Hiergegen hat die Klägerin am 05.05.2014 die Klage erhoben. Ergänzend zu ihren Ausführungen im Verwaltungsverfahren trägt sie vor, mit dem Honorarbescheid IV/13 habe die Beklagte eine Teilzahlung für die Jahre 2012 und 2013 geleistet. Insofern sei ein Teilanerkenntnis erfolgt. Die KBV habe mit Schreiben vom 16.04.2014 die vollständige rückwirkende Vergütung zugesagt, was leider nicht erfolgt sei. Die Vergütung erfolge nach § 19 HzV-Vertrag. Nach der Anlage 9 erfolge die Abrechnung über die KV. Die Beklagte habe den HzV-Vertrag nicht kündigen können, da sie nicht selbst Vertragspartner geworden sei. Die Beklagte sei jedoch verpflichtet, die Abrechnung vorzunehmen. Die Nachvergütung sei fehlerhaft. Sie habe die Abrechnung entsprechend der von der Beklagten geforderten Weise vorgenommen. In 1.964, 1.917 bzw. 2.009 Fälle habe die Beklagte die Absetzung vorgenommen. Der Vertrag vom 26.08.2008 sei durch den Folgevertrag vom 01.01.2012 geändert worden und habe seitdem nach § 23 eine unbegrenzte Laufzeit. Es sei fraglich, ob die Beklagte vom Kündigungsrecht nach § 23 Gebrauch gemacht habe. Die Beklagte habe den Vertrag weiter geführt, als sie sich zur Nachzahlung bereit erklärt habe. Sie habe jedenfalls die Leistungen erbracht. Diese müssten jedenfalls von den Vertragspartnern bezahlt werden.

Die Klägerin beantragt,
die Honorarbescheide für die Quartale II bis IV/12, alle in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 16.04.2012 insoweit aufzuheben, als die Abrechnungsziff. 81110B (HZV-Pauschale) für Patienten der Bundesknappschaft nicht gewährt worden ist, und die Beklagte zu verpflichten, die abgesetzten Leistungen in gesetzlicher Höhe zu vergüten

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie trägt ergänzend zu ihren Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid vor, bei den Gutschriften im Kontoauszug IV/13 in Höhe von 6.092,00 EUR und 376,00 EUR handele es sich nicht um ein Teilanerkenntnis. Ihr gegenüber bestehe gerade kein Anspruch. Sie habe die Klägerin mit Schreiben vom 30.01.2012, im Widerspruchsbescheid vom 16.04.2014 und mit Schreiben vom 14.07.2014 hierüber informiert und erläutert, dass der Vertrag von ihr nicht weitergeführt werde. Die Nachvergütung sei auf Wunsch der HzV-Vertragspartner erfolgt. Sie habe nur die Umsetzung vorgenommen. Die HZV-Pauschale werde nur dann vergütet, wenn je Quartal durch den teilnehmenden Arzt eine Versichertenpauschale nach dem EBM für den eingeschriebenen Versicherten mit der lebenslangen Arzt-Nr. (LANR) abgerechnet worden sei. Daran habe sie sich gehalten. Darauf weise auch die KBV hin. Den von der Klägerin eingereichten Patientenlisten könne nicht entnommen werden, ob überhaupt ein Arzt-Patientenkontakt stattgefunden habe und somit die Versichertenpauschale angefallen und abgerechnet worden sei. Sie vermute, dass auf den Patientenlisten alle zur Teilnahme an dem HZV-Vertrag eingeschriebenen Patienten aufgeführt würden. Der Wert der abgesetzten Leistungen betrage insgesamt 46.542,00 EUR (17.676,00 EUR, 17.253,00 EUR und 18.081,00 EUR, abzüglich der Nachvergütung von 6.092,00 EUR und 376,00 EUR). Sie sei zur Kündigung des HzV-Vertrags berechtigt. § 6 Abs. 3 des Vertrags der KBV und der KVen über die Errichtung einer Arbeitsgemeinschaft Koordinierung und zum Abschluss von Verträgen nach § 73b und § 73c SGB V (Arbeitsgemeinschaft "Vertragskoordinierung") ermögliche es, in begründeten Fällen zu erklären, dass sie an einem Vertragsschluss nicht mitwirken wolle. Sie habe erklärt, den Vertrag nicht fortführen zu wollen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit einer ehrenamtlichen Richterin und einem ehrenamtlichen Richter 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).

Die Klage ist zulässig, denn sie ist insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist aber unbegründet. Die Honorarbescheide für die Quartale II bis IV/12, alle in der Gestalt des Widerspruchbescheids vom 16.04.2012, sind, soweit sie angefochten wurden, rechtmäßig. Sie waren daher nicht aufzuheben. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der abgesetzten Leistungen in gesetzlicher Höhe.

Für einen Vergütungsanspruch der Klägerin fehlt es an einer Anspruchsgrundlage.

Als Anspruchsgrundlage kommt lediglich der Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V zwischen der Knappschaft und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der KVen und der KBV in Betracht. Die Wirksamkeit des Vertrages unterstellt und weiter unterstellt, dass die Beklagte Vertragspartner des Vertrags war, so war sie dies jedenfalls in den streitbefangenen Quartalen nicht mehr.

Die von der Klägerin vorgelegte Vertragskopie mit Stand: 26.08.2008 dokumentiert lediglich einen Vertrag, der nach § 23 bis zum 30.09.2011 lief. Damit war dieser Vertrag befristet und bedurfte keiner Kündigung, sondern einer übereinstimmenden Vertragsverlängerung. Soweit die Klägerin im Schriftsatz ihrer Prozessbevollmächtigten vom 30.12.2014 auf die Laufzeit hinweist, aber weiter ausführt, der Vertrag habe nur aus wichtigem Grund gekündigt werden können, ist dies insofern nicht nachvollziehbar, als nach Auslaufen einer befristeten Laufzeit eine Kündigung nicht notwendig ist. Soweit in diesem Schriftsatz weiter ausgeführt wird, der Vertrag sei ab dem 01.01.2012 dann auf Dauer gültig gewesen, erst zum 01.07.2012 sei mittlerweile eine Kündigungsfrist von drei Monaten jeweils zum Quartalsende enthalten, begründet dies nicht, dass die Beklagte weiterhin am Vertrag teilgenommen hat.

Vertragspartner des von der Klägerin vorgelegten "Fortführungsvertrags" war die Beklagte nicht.

Ein Vergütungsanspruch kommt überhaupt nur nach § 19 Satz 2 in Verbindung mit Anlage 9 in Betracht. Danach werden die zusätzlichen

Leistungen des Hausarztes aufgrund dieses Vertrages entsprechend der Anlage 9 vergütet. Der Anspruch richtet sich aber offensichtlich gegen die Knappschaft. Ein Zahlungsanspruch gegen die KV könnte allenfalls nach § 20 Abs. 1 Satz 1 und Anlage 9 Absatz 1 Unterabsatz 1 bestehen. § 20 betrifft aber bereits nach der Vertragsüberschrift nur die Abrechnung. Die erbrachten Leistungen sind nach § 20 Abs. 1 Satz 1 von den teilnehmenden Ärzten für die teilnehmenden Versicherten über die jeweils zuständige KV abzurechnen. Aber auch unterstellt, hieraus folgt ein unmittelbarer Anspruch auf Abrechnung des Vertragsarztes gegenüber der KV, so war die Beklagte jedenfalls im strittigen Zeitraum am Vertrag nicht beteiligt.

Nach beiden vorgelegten Verträgen war die Vertragskonstruktion dergestalt, dass zunächst die KVen jeweils von einer Gemeinschaft von Hausärzten ermächtigt werden mussten, die wiederum als Mitglieder der Arbeitsgemeinschaft "Vertragskoordinierung" die KBV bevollmächtigt haben. Soweit der Vertrag selbst damit von einer originären Berechtigung von Gemeinschaften von Hausärzten ausgeht, werden diese im Vertrag nicht aufgeführt und werden damit offensichtlich nicht Vertragspartner. Dies dürfte aber die Beteiligung der jeweiligen KV am Vertrag voraussetzen.

Den Vertrag selbst hat die Beklagte nicht abgeschlossen. Sie konnte, wenn überhaupt, nur aufgrund einer Bevollmächtigung der KBV zum Vertragsschluss mit Wirkung ihr gegenüber zur Abrechnung nach § 20 Vertrag verpflichtet werden, da eine gesetzliche Kompetenz der KBV zur Verpflichtung einer KV nicht besteht (vgl. §§ 77 ff. SGB V).

Aus der Mitgliedschaft der Beklagten in der Arbeitsgemeinschaft "Vertragskoordinierung" folgt keine Bindung der Beklagten an den Vertrag, da sie den Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung zum Jahr 2012 gekündigt bzw. ihre Nichtteilnahme an einer Fortführung erklärt hatte.

Nach § 77 Abs. 6 SGB V i. V. m. § 94 Abs. 1a bis 4 SGB X und § 97 Abs. 1 Satz 1 bis 4 SGB X sind die Regelungen zur Bildung von Arbeitsgemeinschaften und zur Aufgabenwahrnehmung durch Dritte auch auf die KVen und die KBV anwendbar. Danach können auch die KVen und die KBV im Rahmen der ihnen gesetzlich zugewiesenen Aufgaben insb. zur gegenseitigen Unterrichtung, Abstimmung, Koordinierung und Förderung der engen Zusammenarbeit Arbeitsgemeinschaften bilden. Unter Arbeitsgemeinschaften versteht der Gesetzgeber organisatorisch selbständige Einheiten, bei denen es um eine tatsächlich, rechtlich oder finanziell verbindliche Zusammenarbeit geht. § 97 Abs. 1 SGB X enthält aber selbst keine Ermächtigung zur Aufgabenübertragung an den Dritten; diese muss in anderen gesetzlichen Vorschriften begründet sein. Die Regelungen über den Auftrag in § 89 Abs. 3 bis 6 SGB X, § 91 Abs. 1 bis 3 SGB X und § 92 SGB X gelten gemäß § 97 Abs. 2 SGB X entsprechend (vgl. Steinmann-Munzinger in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 2. Aufl. 2012, § 77 SGB V, Rdnr. 25 ff.). Nach § 92 Satz 1 SGB X kann ein Auftrag gekündigt werden.

Soweit der Vertrag der KBV und KVen über die Errichtung einer Arbeitsgemeinschaft zur Koordinierung und zum Abschluss von Verträgen nach § 73b und 73c SGB V (Arbeitsgemeinschaft "Vertragskoordinierung") offensichtlich von Mehrheitsbeschlüssen ausgeht (§ 6 Abs. 2), so besteht hierzu keine Vertragskompetenz der beteiligten Vertragspartner, da insofern das Kündigungsrecht suspendiert würde und Kompetenzen einer KV in unzulässiger Weise beschnitten werden würden. §§ 77 und 79 SGB V sehen eine Aufgaben- und Kompetenzzuweisung an die einzelnen KVen vor, die auch die Kompetenz zum Abschluss von Verträgen beinhaltet, die nicht an andere Entscheidungsgremien "delegiert" oder "abgetreten" werden können. Insofern dürfte jedenfalls § 8 Abs. 3, der in begründeten Fällen einer KV die Befugnis vorbehält, dass sie an einem Vertragsabschluss nicht mitwirken will, zulässig sein. Die Beklagte hat hierzu das Schreiben der KBV vom 05.02.2008 (Anlage 1 zum Schriftsatz vom 26.11.2014) vorgelegt, worin die Auslegungsvariante angeboten wird, dass eine Überprüfung der "Begründung" nicht erfolgt. Im Hinblick auf die Zweifelhaftigkeit einer Kompetenzübertragung dürfte eine solche Auslegung zulässig sein und entzieht sich damit auch einer Überprüfung durch ein Gericht. Durch diese Auslegungsvariante wird letztlich wieder der gesetzliche Zustand hergestellt bzw. nähert man sich diesem wieder an. Die Beklagte konnte daher mit Schreiben vom 19.12.2011 gegenüber der KBV wirksam erklären, dass sie sich einem Vertragsschluss nicht mehr anschließe.

Die KBV hat die Gesellschafter der Klägerin bereits unter Datum vom 16.04.2014 unterrichtet, dass die Beklagte entschieden hat, diesen Vertrag ab 2012 nicht mehr umzusetzen. Die Beklagte hatte somit einer Vertragsverlängerung nicht zugestimmt, weshalb der "Fortführungsvertrag" ihr gegenüber keine Bindung entfalten konnte. Ein wie auch immer gearteter Rechtsschein der Fortführung des Vertrages konnte nicht entstehen, auch nicht durch die weitere Verwendung des Logos der Beklagten. Die Beklagte hatte bereits die Gesellschafter der Klägerin mit Schreiben vom 30.01.2012, also vor Beginn des hier strittigen Zeitraums, darüber informiert, dass der Vertrag von ihr seit dem 01.01.2012 nicht mehr weitergeführt werde, weshalb es nicht mehr möglich sei, dass die Abrechnungsziffer 81110 in Ansatz gebracht werde, auch könnten Patienten nicht neu eingeschrieben werden.

Geht man mit der Klägerin davon aus, die Beklagte habe den HzV-Vertrag nicht kündigen können, da sie nicht selbst Vertragspartner geworden sei, dann fehlt es ebf. an einer Anspruchsgrundlage, da jedenfalls die übrigen Vertragspartner, wie bereits ausgeführt, keine Kompetenz hatten, die Beklagte vertraglich zu verpflichten. Insofern konnte auch die Beklagte durch das Schreiben der KBV vom 16.04.2014 nicht verpflichtet werden. Ein wie auch immer geartetes Teilanerkenntnis der Beklagten liegt damit nicht vor, jedenfalls nicht im Verhältnis zu der Klägerin oder ihren Gesellschaftern. Soweit darin eine Zusicherung der KBV zu sehen sein sollte, konnte die KBV die Beklagte nicht gegenüber der Klägerin zur Abrechnung verpflichten.

Aus der Nachvergütung im Quartal IV/13 für die Jahre 2012 und 2013 folgt ebf. kein weitergehender Anspruch, da hierdurch keine Anspruchsgrundlage geschaffen wird. Insofern hat sich die Beklagte lediglich zur Abrechnung bereit erklärt, ohne sich unmittelbar gegenüber der Klägerin hierzu zu verpflichten. Eine evtl. fehlerhafte Abrechnung ist deshalb ggf. gegenüber der Bundesknappschaft als dem evtl. zahlungsverpflichteten Leistungsträger zu richten.

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
2016-03-11