
Datum: 20.03.2019
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 11. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 11 KA 28/18
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2019:0320.L11KA28.18.00

Vorinstanz: Sozialgericht Düsseldorf, S 14 KA 420/12
Nachinstanz: Bundessozialgericht, B 6 KA 22/19 B
Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 13.12.2017 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand: 1

Die Beteiligten streiten um einen Anspruch des Klägers auf Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen der Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie (Abschnitt G II des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in der bis zum 31.03.2005 gültigen Fassung (a.F.)). 2

Der Kläger ist Facharzt für Allgemeinmedizin, Psychotherapeutische Medizin und Psychotherapie und verfügt über die Approbation als psychologischer Psychotherapeut. Er ist in E hausärztlich tätig und Mitgesellschafter eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ). 3

Auf Grund eines vor dem Senat im Rechtsstreit L 11 KA 68/98 am 23.02.2000 zwischen dem Kläger und der Beklagten geschlossenen Vergleichs verfügte er über die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. 4

5

In dem Sitzungsprotokoll heißt es u.a. wörtlich:

- "Der Vorsitzende eröffnet die mündliche Verhandlung. Der Sachverhalt wird vorgetragen. Sodann erhalten die Beteiligten das Wort. Das Sach- und Streitverhältnis wird mit ihnen erörtert. Der Bevollmächtigte der Beklagten erklärt: Die dem Senat vorliegende Bedarfsplanung ist heute noch aktuell. Der Senat erörtert mit den Beteiligten die Besonderheiten des vorliegenden Einzelfalls. Der Kläger hat in den maßgeblichen Quartalen einen so hohen Anteil an psychiatrischen Leistungen erbracht, dass unschwer von einem Praxisschwerpunkt auszugehen ist. Die aktuelle Bedarfssituation spricht für die Erteilung einer Genehmigung. Letztlich hat der Kläger Besonderheiten in der individuellen Ausbildung und Fortbildung belegt, die für die Annahme einer vergleichbaren fachlichen Befähigung sprechen. Daraufhin schließen die Beteiligten auf Anregung des Senates folgenden Vergleich: Die Beklagte erteilt dem Kläger die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts G II EBM für die ab dem laufenden Quartal erbrachten Leistungen. vorgelesen und genehmigt"
- Die Beklagte berichtete die Honoraranforderung des MVZ für das Quartal II/2008 mit Bescheid vom 15.10.2008 dahin, dass die Grundpauschale nach Nr. 21211 EBM gestrichen oder in die Versichertenpauschale nach Nr. 03111 EBM bzw. Nr. 03121 EBM umgewandelt und die Versichertenpauschale nach Nr. 21212 EBM gestrichen oder in die Nr. 03112 EBM bzw. die Nr. 03122 EBM umgewandelt wurden. Zur Begründung gab die Beklagte an, dass die Leistungen der Nrn. 21211 und 21212 EBM nach der Präambel 21.1 des Kapitels 21 ausschließlich nur von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, für Nervenheilkunde und für Neurologie und Psychiatrie berechnet werden könnten.
- Im nachfolgenden Rechtsstreit - L 11 KA 59/12 - einigten sich die dortigen Beteiligten "ohne Präjudiz" in der mündlichen Verhandlung vom 09.11.2016 vor dem Senat vergleichsweise darauf, dass die Beklagte unter Abänderung der streitbefangenen Bescheide "die psychiatrischen Grundpauschalen gemäß den Ziffern 21211 und 21212 EBM in die entsprechenden Grundpauschalen für Ärzte für psychosomatische Medizin und Psychotherapie gemäß den Ziffern 22211 und 22212 EBM umwandeln" wird.
- Am 21.06.2012 erklärte die Beklagte gegenüber dem Kläger die Kündigung des Vergleichs vom 23.02.2000 mit sofortiger Wirkung. Sie berief sich auf § 59 Abs. 1 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und führte zur Begründung aus, nach der seinerzeit nicht absehbaren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien Kassenärztliche Vereinigungen nun grundsätzlich nicht mehr befugt, Allgemeinmedizinern gebietsfremde Leistungen des EBM zuzugestehen (Urteil vom 28.10.2009 - B 6 KA 22/08 R -). Die ergänzende Vereinbarung zur Reform des EBM zum 01.04.2005 könne nicht als eigenständige Rechtsgrundlage angesehen werden.
- Der Kläger bestritt ein Kündigungsrecht. Die Beklagte habe weder zum Tatbestandsmerkmal der fehlenden Zumutbarkeit noch zu demjenigen der Anpassung des Vertragsinhalts vorgetragen. Die dem zitierten Urteil zugrunde liegende Fallgestaltung sei mit der vorliegenden nicht vergleichbar. Im Übrigen seien die maßgebenden Verhältnisse von den Umständen, die Vertragsinhalt geworden seien und Rechtsfolgen auslösten, zu unterscheiden. Seine Qualifikation habe sich nicht geändert. Darüber hinaus komme die Kündigung eines gerichtlichen Vergleichs, der eine Doppelnatur habe, nicht in Betracht.
- Am 28.08.2012 hat er Klage erhoben, auf seine vorgerichtliche Argumentation Bezug genommen und ergänzend vorgetragen, die Kündigung sei unwirksam. Die Beklagte sei zur Kündigung nicht berechtigt. Jedenfalls habe sie ein solches Recht im Hinblick auf den

abgelaufenen Zeitraum und die Erklärung in dem Verfahren S 33 KA 70/09 des Sozialgerichts (SG) Düsseldorf, den Inhalt des Vergleichs weiterhin für verbindlich zu halten, verwirkt. Eine unabsehbare wesentliche Änderung der Verhältnisse könne nicht angenommen werden. Der Beklagten hätte vielmehr bewusst sein müssen, dass die Regularien für die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen Änderungen unterworfen seien. Nunmehr könne er einen wesentlichen Teil seiner Leistungen nicht mehr abrechnen. Dieser habe in den vergangenen neun Quartalen 49,2 % betragen. Die Liquiditätseinbuße schließe die Aufrechterhaltung des Praxisbetriebes aus.

Der Kläger hat beantragt,

12

festzustellen, dass er weiterhin berechtigt ist, Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. im Rahmen seiner kassenärztlichen Tätigkeit zu erbringen, und die Beklagte zu verpflichten, die von ihm erbrachten Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. abzurechnen und die ihm hierfür zustehende Vergütung auszus zahlen.

13

Die Beklagte hat beantragt,

14

die Klage abzuweisen.

15

Sie hat die Auffassung vertreten, die Kündigung des Vergleiches sei rechtmäßig. Die rechtlichen Verhältnisse hätten sich maßgeblich geändert. Dem Vergleich stehe die Rechtsprechung des BSG vom 28.10.2009 - B 6 KA 22/08 R - entgegen.

16

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Klage durch Urteil vom 13.12.2017 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Beklagte habe den Vergleich vom 23.02.2000 wirksam nach § 59 Abs. 1 Satz 1 SGB X gekündigt. Aufgrund seiner Doppelnatur als Prozesshandlung und öffentlich-rechtlicher Vertrag komme auch beim gerichtlichen Vergleich bei Änderung der Verhältnisse die Anwendung des § 59 SGB X in Betracht. Der nachträglich eingefügte Abschnitt 4a Nr. 7 der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vom 14.09.1995 habe vorgesehen, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen im Einzelfall Ärzten eine Genehmigung zur Abrechnung der im Abschnitt G (Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie) genannten Leistungen erteilen konnten, wenn diese eine gleichwertige fachliche Befähigung nachwiesen, die Versorgung dieser Patienten im Rahmen ihres Fachgebietes einen Schwerpunkt ihrer Praxistätigkeit darstellte und die Erbringung dieser Leistungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig war (Deutsches Ärzteblatt 1995, A-3643 f.). Auf dieser Regelung habe der Vergleich vom 23.02.2000 beruht. Das BSG habe jedoch mit Urteilen vom 31.05.2006 - B 6 KA 74/04 R - und vom 27.06.2007 - B 6 KA 24/06 R - entschieden, dass einem hausärztlich tätigen Allgemeinarzt nicht gestattet werden könne, auch fachärztliche Leistungen abzurechnen. Darüber hinaus habe es mit Urteil vom 28.10.2009 - B 6 KA 22/08 R - entschieden, dass Allgemeinärzte Rechte aus der Ergänzenden Vereinbarung vom 14.09.1995 nicht herleiten könnten. Die Änderungen der Rechtslage, die die Anwendung der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes vom 14.09.1995 betrafen, hätten sich erst aus dem Urteil des BSG vom 28.10.2009 ergeben und seien nicht absehbar gewesen. Die Veränderung stelle sich als so wesentlich dar, dass der Beklagten ein Festhalten an dem Vergleich nicht zumutbar gewesen sei. Denn ein erneuter Abschluss eines Vergleiches mit diesem Inhalt wäre rechtswidrig gewesen.

17

18

Gegen das am 09.03.2018 zugestellte Urteil hat der Kläger am 05.04.2018 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt er ergänzend vor, die dem gerichtlichen Vergleich vom 23.02.2000 zugrunde liegenden Verhältnisse hätten sich nicht in einer Weise wesentlich geändert, die gemäß § 59 SGB X für die Beklagte die Befugnis begründe, den Vergleich zu "kündigen". Dies sei nur für Dauerschuldverhältnisse, nicht aber für Vereinbarungen zur Statuszubilligung möglich. Das SG übersehe auch, dass es gerade das Wesen eines jeden Vergleichs sei, die Unsicherheit der Parteien über ein Rechtsverhältnis im Wege gegenseitigen Nachgebens zu beseitigen. Dass die Rechtslage sich im Nachhinein nach der Interpretation durch das BSG geändert habe, besage nichts über die ursprünglich wirksame und bestandskräftige vergleichsweise Einigung der Streitparteien. Diese hätten auch keine Lösungsklausel in den Vergleich aufgenommen für den Fall, dass Normgeber und/oder höchstrichterliche Rechtsprechung künftig eine abweichende Auffassung verträten. Sein Bestreben sei dahin gegangen, von willkürlichen Tageslaunen des Systems an dieser Stelle befreit zu werden und Rechtssicherheit durch den Vergleichsschluss zu erzielen. Seine Leistungs- und Abrechnungsbefugnis habe apodiktisch hergestellt werden sollen. Der Vergleich nehme die Übergangs- und Härtefallregelung der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM nicht in Bezug. Sie sei daher nicht Inhalt und Gegenstand des Vergleichs geworden. Dass die permanente Änderung von Normen und Rahmenbedingungen dieser Rechtsmaterie immanent sei, gestehe die Beklagte zu. Dies mache es ihr unmöglich, sich auf einen Wegfall der Geschäftsgrundlage zu berufen.

Der Kläger beantragt, 19

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 13.12.2017 abzuändern und festzustellen, dass er weiterhin berechtigt ist, Leistungen des nunmehrigen Kapitel 21 EBM im bisherigen Umfang im Rahmen seiner vertragsärztlichen Tätigkeit zu erbringen und abzurechnen. 20

Die Beklagte beantragt, 21

die Berufung des Klägers zurückzuweisen. 22

Sie hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Es gehe nicht um die fachliche Befähigung zur Erbringung psychiatrischer Leistungen, sondern um die Frage, ob sie, die Beklagte, über den Weg der Kündigung für die Zukunft wieder einen rechtskonformen Zustand herstellen könne, der sich aus der gesetzlich vorgegebenen strikten Trennung der Versorgungsbereiche, den Vorgaben des EBM, der Rechtsprechung des BSG und dem Zulassungsstatus des Klägers ergebe. Dem Kläger sei aus dem Verfahren L 11 KA 59/12 bekannt, dass sie bis zur Kündigung nicht einfach habe Zeit verstreichen lassen, sondern die Abrechnung in der Annahme berichtet habe, dass eine vergleichsweise erteilte Genehmigung nach der EBM-Änderung 2005 ebenso ins Leere gehe wie eine durch Verwaltungsakt erteilte. 23

Der Kläger habe im damaligen, durch den Vergleich erledigten Rechtsstreit die Erteilung einer Genehmigung nach Abschnitt 4a Nr. 7 der Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM vom 14.09.1995 begehrt. Diese Regelung sei als Übergangs- und Härtefallregelung konzipiert gewesen. Die Genehmigung sei im Vergleich auf Basis der damals geltenden rechtlichen Grundlagen erteilt worden. Dies sei für den Kläger ohne weiteres erkennbar gewesen. Dass sich vertragsärztliche Normen und Rahmenbedingungen mit Wirkung für die Zukunft ändern könnten, sei dem System und erst recht Übergangs- und Härtefallregelungen immanent. Es sei nie Gegenstand der gerichtlichen Erörterung gewesen, für den Kläger über die geltende Rechtslage hinaus einen für alle Zeiten gültigen individuellen (besseren) Status zu schaffen und zu erhalten. Wenn der Kläger im Jahr 2000 für sich eine individuelle 24

"Dauergarantie" habe vereinbaren wollen, hätte er auf eine entsprechende besondere Formulierung hinwirken müssen. Ein solcher erweiterter Vergleich wäre aber nicht konsensfähig gewesen.

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. 25

Entscheidungsgründe: 26

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat Bezug auf die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils des SG Düsseldorf, denen er sich nach eigener Prüfung anschließt (§ 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Das Berufungsvorbringen des Klägers führt zu keinem anderen Ergebnis. 27

Dem Kläger steht das Recht, psychiatrische Leistungen nach dem nunmehrigen Kapitel 21 EBM zu erbringen und abzurechnen, nicht mehr zu. 28

1. Die ehemals im Abschnitt G II EBM a.F. geregelten Leistungen finden sich nunmehr in Kapitel 21 EBM. Auf Basis der gesetzlichen Vorgaben darf der Kläger die Ziffern dieses Kapitels nicht abrechnen. Nach der Präambel in Kapitel 21.1 EBM können die Gebührenpositionen dieses Kapitels ausschließlich von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzten für Nervenheilkunde und Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie berechnet werden, zu denen der Kläger nicht gehört. 29

Die Abrechnung der Leistungen darf die Beklagte ihm auch nicht genehmigen. Der begehrten Abrechnungsgenehmigung steht die gesetzlich vorgegebene (§ 73 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und verfassungsgemäße (st.Rspr. von BSG und Bundesverfassungsgericht (BVerfG), vgl. z.B. BVerfG, Beschluss vom 17.06.1999 - 1 BvR 2507/97 -; BSG, Urteil vom 28.10.2009 - B 6 KA 22/08 R - m.w.N.) Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung in eine hausärztliche und eine fachärztliche Versorgung entgegen. Danach nehmen die Allgemeinärzte zwingend an der hausärztlichen Versorgung teil (§ 73 Abs. 1a Satz 1 Nr. 1 SGB V); eine gleichzeitige Teilnahme an der hausärztlichen und an der fachärztlichen Versorgung ist grundsätzlich ausgeschlossen. Zur Umsetzung der durch § 73 Abs. 1 SGB V vorgegebenen Gliederung auf der Ebene des Bewertungsmaßstabs als Verzeichnis der abrechnungsfähigen Leistungen bestimmt § 87 Abs. 2a Satz 1 SGB V (der inhaltlich § 87 Abs. 2a Satz 5 in der bis zum 31.3.2007 geltenden Fassung entspricht), dass alle im einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen aufgeführten Leistungen in Leistungen der hausärztlichen und Leistungen der fachärztlichen Versorgung zu gliedern sind. Die Zuordnung der Leistungen hat entsprechend der in § 73 Abs. 1 SGB V festgelegten Gliederung der vertragsärztlichen Versorgung mit der Maßgabe zu erfolgen, dass unbeschadet gemeinsam abrechenbarer Leistungen solche der hausärztlichen Versorgung nur von den an der hausärztlichen Versorgung und solche der fachärztlichen Versorgung nur von den an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten abgerechnet werden dürfen. Inhalt der Regelung ist damit neben der Gliederung des EBM zugleich die Festlegung der von der jeweiligen Gruppe abrechenbaren Leistungen (BSG, Urteil vom 28.10.2009 - B 6 KA 22/08 R -). Auf dieser Rechtsgrundlage sind die Leistungen, deren Abrechenbarkeit der Kläger begehrt, ausschließlich dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet. Der Kläger nimmt aber an der hausärztlichen Versorgung teil mit der Folge, dass er in der vertragsärztlichen Versorgung nur Leistungen, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich zuzuordnen sind, abrechnen darf. Bei dieser Zuordnung ist kein Raum für eine Berücksichtigung seiner 30

persönlichen Befähigung zu psychiatrischen Leistungen.

2. Der Kläger kann sich auch nicht mehr auf den am 23.02.2000 vor dem LSG Nordrhein-Westfalen geschlossenen Vergleich berufen. 31

In diesem Vergleich hat die Beklagte dem Kläger das Recht zugestanden, ab dem laufenden Quartal die Leistungen des Abschnitts G II EBM, mithin sämtliche Leistungen der "Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie", zu erbringen und abzurechnen. Zum 01.04.2005 wurden zwar die Leistungen der Psychiatrie unter Kapitel 21 EBM nunmehr als "Psychiatrische und Psychotherapeutische Gebührenpositionen (Psychiater)" erfasst sowie der Ordinationskomplex (Nrn. 21210 ff) und der Konsultationskomplex (Nrn. 22215 ff) geschaffen, die später weitgehend in die sog. Versichertengrundpauschalen (Nrn. 21210 bis 21212 EBM) umgewandelt worden sind. Die uneingeschränkte, sämtliche psychiatrischen Leistungen umfassende Bewilligung vom 23.02.2000 bestand aber fort, zumal der ab 01.04.2005 geltende EBM keine substantielle Änderung der Fachgebietsgrenzen oder Abrechnungsvoraussetzungen enthält. Die psychiatrische Leistung an sich ist gleichgeblieben, sie wurde nur unter neuen Abrechnungsnummern erfasst. Entscheidend ist allein, dass der Kläger berechtigt war, alle psychiatrischen Leistungen zu erbringen und abzurechnen. 32

a) Der Vergleich war wirksam. Bei Abschluss des Vertrages gingen die Beteiligten davon aus, dass die Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. für den Kläger von der Genehmigung der Beklagten abhängig seien. Nur unter dieser Voraussetzung ist die dem Kläger erteilte Genehmigung verständlich und war die getroffene Regelung erforderlich. Dies folgt auch aus den im Sitzungsprotokoll vom 23.02.2000 aufgeführten Hinweisen des damaligen Vorsitzenden des 11. Senats, die der damaligen Rechtslage entsprachen: 33

In der Präambel zu Abschnitt G II EBM (Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie) war seit dem 01.01.1996 bestimmt, dass die Leistungen dieses Abschnitts nur von Ärzten mit den Gebietsbezeichnungen "Nervenarzt, Psychiater, Kinder- und Jugendpsychiater" abgerechnet werden können. Dem liegt die zwischen den Partnern der Bundesmantelverträge getroffene "Ergänzende Vereinbarung zur Reform des einheitlichen Bewertungsmaßstabs" vom 14.09.1995 (DÄ 1995, A-2585) zu Grunde, die durch die Vereinbarung vom 11.12.1995 (DÄ 1995, A-3643) um einen Abschnitt 4a (Abrechnungsregelungen) erweitert worden ist. Unter Nr. 7 Abs. 3 dieser Vereinbarung ist die Abrechenbarkeit der hier betroffenen Leistungen auf die o.g. Arztgruppen beschränkt worden. Zugleich ist aber auch bestimmt worden, dass die Kassenärztlichen Vereinigungen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen im Einzelfall anderen Ärzten die Genehmigung zur Abrechnung der in diesem Abschnitt genannten Leistungen erteilen können, wenn sie eine gleichwertige fachliche Befähigung nachgewiesen haben, die Versorgung der Patienten im Rahmen ihres Fachgebietes einen Schwerpunkt ihrer Praxistätigkeit darstellte und die Erbringung der Leistungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig war. 34

Die ergänzende Vereinbarung vom 14.09.1995 i.V.m. der Erweiterung vom 11.12.1995 stand auch mit höherrangigem Recht in Einklang, danach erteilte Genehmigungen durften nicht befristet werden (BSG, Urteil vom 15.05.2002 - B 6 KA 22/01 R -). 35

b) Die Abrechnungsgenehmigung ist jedoch erloschen. Eine Erledigung des Vergleichs durch Erlass eines Ausführungsbescheids (vgl. dazu Becker in Hauck/Noftz, SGB, 09/14, § 59 SGB X, Rn. 24) ist zwar nicht eingetreten. Der weiteren Anwendung der im Vergleich gewährten Abrechnungsgenehmigung steht jedoch die von der Beklagten erklärte Kündigung entgegen. 36

Die gesetzlichen Voraussetzungen ergeben sich aus § 59 SGB X.

aa) § 59 SGB X ist auf gerichtliche Vergleiche (s. § 101 SGG) anwendbar, d.h. wenn dessen Tatbestandsvoraussetzungen erfüllt sind, kann auch der vor Gericht geschlossene Vergleich gekündigt werden (Bundesverwaltungsgericht (BVerwG), Urteil vom 18.07.2012 - 8 C 4/11 - zum wortgleichen § 60 Verwaltungsverfahrensgesetz; B. Schmidt in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, Kommentar, 12. Auflage, 2017, § 101 Rn. 13, 15a).

Entgegen der Auffassung des Klägers steht dem auch nicht entgegen, dass es hier um eine "Statusentscheidung" geht. Die Situation ist einem Dauerschuldverhältnis vergleichbar, denn für den Kläger leiten sich aus der Genehmigung auf Dauer Rechte und Pflichten ab. Ebenso wie die Kündigung eines Ermächtigungsvertrags (BSG, Urteil vom 22.03.1984 - 6 RKa 23/83 -) ist auch die Kündigung des "Genehmigungsvertrags" nach § 59 SGB X möglich.

bb) Die Verhältnisse, die für die Festsetzung des Vertragsinhalts maßgebend gewesen sind, haben sich seit Abschluss des Vertrages so wesentlich geändert, dass der Beklagten das Festhalten an der vertraglichen Regelung nicht zuzumuten war.

Eine wesentliche Änderung der Verhältnisse im Sinne des § 59 Abs. 1 SGB X setzt voraus, dass nach Vertragsschluss tatsächliche Umstände oder rechtliche Bedingungen weggefallen sind, die die Vertragspartner zwar nicht zum Vertragsinhalt gemacht haben, deren Bestand sie jedoch als gemeinsame Grundlage des Vertrags angenommen haben. Vertragsgrundlage sind die bei Vertragsabschluss bestehenden gemeinsamen Vorstellungen der Vertragsparteien oder die für den Vertragspartner erkennbaren und von ihm nicht beanstandeten Vorstellungen der einen Vertragspartei von dem Vorhandensein oder dem künftigen Eintritt gewisser Umstände, sofern der Geschäftswille der Vertragsparteien auf dieser Vorstellung aufbaut (BVerwG, Urteil vom 18.07.2012 - 8 C 4/11 -; BGH, Urteil vom 24. März 2010 - VIII ZR 160/09 -; Hissnauer in: jurisPK-SGB X, 2. Auflage, 2017, § 59 Rn. 10). Wesentlich ist eine Änderung der Verhältnisse daher nur, wenn die Vertragsparteien bei Kenntnis dieser Änderung den Vertrag nicht oder jedenfalls nicht mit diesem Inhalt geschlossen hätten (BVerwG, Urteil vom 18.07.2012 - 8 C 4/11 -).

Bei Abschluss des Vertrages gingen die Beteiligten davon aus, dass die Erbringung und Abrechnung der Leistungen des Abschnitts G II EBM a.F. für den Kläger von der Genehmigung der Beklagten, zu deren Erteilung sie aufgrund der ergänzenden Vereinbarung vom 14.09.1995 i.V.m. der Erweiterung vom 11.12.1995 auch berechtigt war, abhängig sei. Diese Rechtsgrundlage - die ergänzende Vereinbarung vom 14.09.1995 i.V.m. der Erweiterung vom 11.12.1995 -, ist in der Folgezeit entfallen (s.o. unter 1.).

Der Vergleichsschluss beruht auf dem dem damaligen Klageverfahren zugrundeliegenden Antrag des Klägers auf eine Genehmigung nach der ergänzenden Vereinbarung. Es war damit Vorstellung beider Parteien, dass dem Kläger durch den Vergleich eine dem Antrag entsprechende Genehmigung (und keine darüber hinausgehende "Ewigkeitsgarantie") erteilt werden sollte. Das ergibt sich auch aus dem vorgehenden Hinweis im Protokoll, der die Voraussetzungen für eine Genehmigung nach der ergänzenden Vereinbarung aufgreift. Wenn der Kläger nunmehr vorträgt, eine Genehmigung unabhängig von eventuellen Rechtsänderungen im Blick gehabt zu haben, so war das für die Beklagte nicht erkennbar. Sie hätte eine solche von allen Rechtsgrundlagen unabhängige Genehmigung für den Kläger erkennbar auch nicht erteilt/erteilen dürfen. Zum Abschluss eines solchen Vergleichs wäre sie nicht berechtigt gewesen.

Der Wegfall der Rechtsgrundlage ist eine wesentliche Änderung der Verhältnisse. Dem kann der Kläger nicht entgegen halten, dass der Beklagten bekannt sei, dass sich das Vertragsarztrecht andauernd ändere. Auch wenn es sich um eine Übergangsregelung handelte, musste die Beklagte nicht voraussehen, dass sie dem Kläger auf keiner rechtlichen Grundlage mehr eine Ausnahmegenehmigung würde erteilen dürfen. Umgekehrt musste der Kläger hingegen davon ausgehen, dass er durch den Vergleich nicht mehr erhalten sollte als durch ein obsiegendes Urteil.

Der Beklagten war ein Festhalten an dem Vergleich vom 23.02.2000 nicht zumutbar (vgl. zur Unzumutbarkeit BVerwG, Urteil vom 18.07.2012 - 8 C 4/11 -). Die Kassenärztlichen Vereinigungen haben die vertragsärztliche Versorgung in dem in § 73 Abs. 2 bezeichneten Umfang sicherzustellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Es widerspräche diesem gesetzlichen Auftrag, einem Vertragsarzt die Erbringung und Abrechnung bestimmter ärztlicher Leistungen (weiter) zu genehmigen, obwohl er a priori diese Leistungen nicht erbringen und abrechnen darf. Die Beklagte kann nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen Vergütungen gewähren, die nicht mit der Rechtslage in Einklang zu bringen sind. Es besteht ein öffentliches Interesse daran, dass die Versichertengemeinschaft davor bewahrt wird (BSG, Urteil vom 22. 03.1984 - 6 RKa 23/83 -). Ein Festhalten an dem Genehmigungsvertrag würde zudem zu einer Benachteiligung der anderen an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und auf Seiten des Klägers zu einer ungerechtfertigten Besserstellung führen.

cc) Den geänderten Verhältnissen konnte auch nicht durch eine Anpassung des Vertragsinhalts Rechnung getragen werden; der Kläger ist entweder berechtigt oder nicht, die streitigen Gebührennummern abzurechnen. Eine vertragliche Regelung über den Ausschluss der Abrechenbarkeit der Nrn. 21211 und 21212 EBM lehnt der Kläger sinngemäß kategorisch ab. Eine vergleichende Regelung ist rechtlich ausgeschlossen. Mithin blieb der Beklagten nur die Möglichkeit, den Vertrag zu kündigen.

dd) Auf eine Verwirkung des Kündigungsrechts kann sich der Kläger nicht berufen. Die Verwirkung setzt als Ausprägung des Grundsatzes von Treu und Glauben als Unterfall der unzulässigen Rechtsausübung voraus, dass der Berechtigte die Ausübung seines Rechts während eines längeren Zeitraumes unterlassen hat und dass weitere besondere Umstände hinzutreten, die nach den Besonderheiten des Einzelfalls und des in Betracht kommenden Rechtsgebietes das verspätete Geltendmachen des Rechts dem Verpflichteten gegenüber nach Treu und Glauben illoyal erscheinen lassen. Maßgeblich ist die Zeit seit Änderung der Verhältnisse, hier der Rechtslage durch Einführung des EBM 2000Plus zum 01.04.2005. Denn zuvor bestand kein Kündigungsrecht, dessen Ausübung verwirkt sein könnte.

Die Beklagte hat die erstmalige Abrechnung der psychiatrischen Grundpauschalen durch das MVZ im Quartal II/2008 beanstandet. Zuvor hatte das MVZ eine solche Abrechnungsbefugnis nicht für sich in Anspruch genommen. Seither hat sich (ununterbrochen) der Streit zwischen den Beteiligten entwickelt, ob der Kläger noch Rechte aus dem Vergleich herleiten kann. Damit ist weder das Zeitmoment erfüllt noch bestand im Augenblick der Kündigung eine Vertrauensgrundlage.

ee) Die weiteren Voraussetzungen einer wirksamen Kündigung (§ 59 Abs. 2 SGB X) sind erfüllt. Die Beklagte hat die Kündigung schriftlich, nämlich mit an den Kläger gerichtetem Schreiben vom 21.06.2012 erklärt und begründet.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).

50