
S 26 KA 50/01

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Dortmund
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	26
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 26 KA 50/01
Datum	04.12.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	L 10 KA 1/02
Datum	-

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die außergerichtlichen Kosten des Beklagten und der Beigeladenen.

Tatbestand:

Die klagende Betriebskrankenkasse begehrt die gerichtliche Feststellung, dass der beklagte Vertragsarzt ärztliche Leistungen auch für ihre Mitglieder in vollem Umfang zu erbringen hat.

Der Beklagte ist als Frauenarzt in niedergelassen und nimmt an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Mit der am 12.04.2001 erhobenen Feststellungsklage macht die Klägerin geltend, der Beklagte habe gegen seine vertragsärztlichen Pflichten verstoßen, indem er BKK-Versicherte als Mitglieder einer "Billigkasse" bezeichnet und ihre Behandlung verweigert habe. So habe der Beklagte gegenüber einem Abteilungsleiter der Klägerin am 20.01.1999 geäußert, er lehne, Behandlungen von BKK-Patientinnen ab, weil der Honorarfaktor niedriger sei als bei Ersatzkassen. Er thematisiere dies mit Versicherten der Klägerin, denn er könne sich seine

Patientinnen selbst aussuchen. Diese Nadelstiche seien sein Weg, sich gegen die Honorarthematik zu wehren. Am 07.08.2000 habe die Versicherte W. den Beklagten erstmals aufgesucht. Der Arzt habe der Frau W. einen Vortrag über das seiner Ansicht nach missratene Sozialversicherungssystem gehalten und ihr deutlich gemacht, dass er an ihr weniger verdiene als an einer Ersatzkassenpatientin. Am 12.03.2001 habe sich die Versicherte M. mit akuten Beschwerden an den Beklagten gewandt. Dieser habe sie mit den Worten "Von einer Billigkrankenkasse in die nächste!" begrüßt. Der Beklagte habe sich sodann des längeren über das Gesundheitssystem ausgelassen, bevor er nach den gesundheitlichen Problemen der Patientin gefragt habe. Nachdem diese kurz erörtert worden seien, habe der Beklagte die rhetorische Frage gestellt: "Wo waren wir vorhin stehen geblieben? Ach ja, bei der Billigkrankenkasse!" Die Versicherte habe sich daraufhin einen Vortrag darüber anhören lassen, dass sie sich ihr eigenes Grab schaufele und es den deutschen Ärzten schlecht gehe. Der Beklagte habe sodann eine Untersuchung abgelehnt, der Versicherten die Tür aufgehalten und die Behandlungsdokumentation der Helferin mit dem Hinweis gereicht, dass diese vernichtet werden könne. Der Beklagte sei auch publizistisch gegen, die von ihm als Billigkrankenkassen diffamierten Betriebskrankenkassen tätig. So formuliere er in einem am 21.03.2001 in einer Tageszeitung veröffentlichten Leserbrief wie folgt:

"Unter diesen Bedingungen leben und wachsen Ärzte heran, die zunehmend demoralisiert und demotiviert ihre Arbeit verrichten, diffamiert und geprügelt, gepeinigt von einem Teil ihrer Klientel, die der Solidargemeinschaft einerseits durch den Wechsel in billige Betriebskrankenkassen jährliche Beiträge in Milliardenhöhe entzieht, andererseits die Vollkaskoversorgung im Rundum-Sorglospaket für sich fordert."

All dies zeige, dass der Beklagte nicht gewillt sei, ohne Ansehen der Kassenart gesetzlich versicherte Patientinnen entsprechend seiner öffentlich-rechtlichen Pflichten zu behandeln.

Die Klägerin habe ein berechtigtes wirtschaftliches und ideelles Interesse an der baldigen Feststellung, da ihre Interessen durch ein Disziplinarverfahren der Kassenärztlichen Vereinigung und ein mögliches Hinwirken auf eine Zulassungsentziehung nicht hinreichend gewahrt seien. Am Disziplinarverfahren sei die Klägerin nicht beteiligt und für eine Zulassungsentziehung werde eine grobliche Pflichtverletzung des Vertragsarztes verlangt. Angesichts der Ankündigung des Beklagten vom 20.01.1999 bestehe die Gefahr, dass der Beklagte weiterhin zum Schaden der Patientinnen und der Klägerin Behandlungen von BKK-Versicherten ablehne.

Die Klägerin beantragt,

festzustellen, dass der Beklagte verpflichtet ist, vertragsärztliche Leistungen gegenüber Mitgliedern und bei der Klägerin familienversicherten Patientinnen ungeachtet ihrer Zugehörigkeit zu einer Kassenart im Rahmen der gesetzlichen und vertraglichen Vorschriften zu erbringen.

Der Beklagte und die beigeladene Kassenärztliche Vereinigung beantragen, die Klage als unzulässig abzuweisen.

Der Beklagte vertritt die Auffassung, die Klägerin sei in dieser Sache nicht klagebefugt. Die Klage sei auch unbegründet. Ihm sei bekannt, dass er als zugelassener Vertragsarzt vertragsärztliche Leistungen ungeachtet der Zugehörigkeit der Patientinnen zu einer Kassenart zu erbringen habe. Gegen diese Pflicht habe er in keinem Fall verstoßen.

Die Beigeladene trägt vor: Der Vorstand der Beigeladenen habe am 27.06.2001 beschlossen, auf der Grundlage der Sachverhaltsschilderung der Klägerin wegen des Vorwurfs der Behandlungsablehnung bei dem Disziplinausschuss M die Einleitung eines Disziplinarverfahrens gegen den Beklagten zu beantragen. Der Ausschuss habe dem Beklagten eine Nachfrist zur Stellungnahme bis zum 05.12.2001 gewährt und werde nunmehr über die Einleitung des Disziplinarverfahrens entscheiden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Prozessakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Feststellungsklage ist unzulässig.

Die Klägerin hat kein berechtigtes Interesse an der baldigen gerichtlichen Feststellung des Umfangs der vertragsärztlichen Pflichten des Beklagten.

Nach [§ 55 Abs. 1 Nr. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) kann mit der Klage die Feststellung des Bestehens oder Nichtbestehens eines Rechtsverhältnisses begehrt werden, wenn der Kläger ein berechtigtes Interesse an der baldigen Feststellung hat.

Das Feststellungsinteresse liegt hier nicht vor, weil die Interessen der Klägerin hinreichend gewahrt werden durch das Disziplinarverfahren der Beigeladenen und die Möglichkeit der Klägerin, bei dem mit Kassenkassen- und Arztvertretern besetzten Zulassungsausschuss die Zulassungsentziehung wegen groblicher Verletzung vertragsärztlicher Pflichten gem. [§ 95 Abs. 6](#) des Sozialgesetzbuchs – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zu beantragen.

In der Sache fordert die Klägerin von dem Sozialgericht die Feststellung, dass auch für den Beklagten die mit der Zulassung zur vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 95 Abs. 3 SGB V](#) bewirkte und hinsichtlich der Kassenmitgliedschaft der Patienten unterschiedslose Teilnahmeverpflichtung gilt. So ist es zutreffend, dass Vertragsärzte einer umfassenden Pflicht zur Behandlung der GKV-Patienten unterliegen und die Behandlung nur in besonders begründeten Einzelfällen ablehnen dürfen. Finanzielle Aspekte wie die vermeintlich unzureichende Honorierung rechtfertigen eine Behandlungsablehnung nicht. So weist das

Bundessozialgericht darauf hin, dass ein Arzt, der die Vergütung im vertragsärztlichen Bereich teilweise oder generell für unzureichend halte, auf seine Zulassung verzichten und seine Dienstleistungen allein privatärztlich anbieten müsste. Solange er aber an seiner Zulassung als Vertragsarzt festhalte, könne es keinem Zweifel unterliegen, dass er auch die mit den Vorteilen der Einbindung in der Sondersystem korrespondierenden Verpflichtungen, vor allem die ihm obliegende Behandlungspflicht, in systemkonformer Weise zu erfüllen habe (BSG, Urteil vom 14.03.2001, Az. [B 6 KA 36/00 R](#)).

Mit diesen rechtlichen Vorgaben ist die von der Klägerin dargestellte "Politisierung" des Behandlungsverhältnisses zwischen Arzt und Patientinnen einschließlich Behandlungsablehnungen nicht zu vereinbaren. Von daher ist das Anliegen der Klägerin, dem entgegenzutreten, nachvollziehbar. Es erscheint als wünschenswert, dass Krankenkassen Berichte ihrer Versicherten über Mängel in der vertragsärztlichen Versorgung ernst nehmen und auf Abhilfe drängen.

Hierbei ist jedoch die gesetzlich vorgesehene Aufgabenverteilung zu beachten: Nach [§ 81 Abs. 5 SGB V](#) obliegt die disziplinarische Ahndung von Verstößen gegen vertragsärztliche Pflichten mit Verwarnungen, Verweisen, Geldbußen bis zu 20000,- DM und der Anordnung des Ruhens der Zulassung bis zu 2 Jahren der Kassenärztlichen Vereinigung. Von daher sind Krankenkassen in den Fällen, in denen nach ihrer Auffassung noch keine zur Zulassungsentziehung führende grobliche Pflichtverletzung vorliegt, gehalten, bei der Kassenärztlichen Vereinigung die Pflichtverletzung des Vertragsarztes anzuzeigen und ein Disziplinarverfahren anzuregen. Wird die Kassenärztliche Vereinigung daraufhin aktiv, besteht kein berechtigtes Interesse an parallelen gerichtlichen Feststellungen gegenüber dem Vertragsarzt.

Vorliegend hat es die Klägerin versäumt, zunächst der Beigeladenen den Sachverhalt zu unterbreiten. Das Sozialgericht ist schlicht der falsche Adressat der Klageschrift. So hat der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung unmittelbar nach der Beiladung durch das Gericht die Darstellung in der Klageschrift zum Anlass genommen, bei dem zuständigen Disziplinausschuss die Eröffnung des Verfahrens zu beantragen. Die Verzögerung der Verfahrenseröffnung dürfte der Klägerin zuzurechnen sein, weil offenbar der Ausgang des vorliegenden Streitverfahrens abgewartet werden sollte.

Ob das Feststellungsinteresse einer Krankenkasse zu bejahen wäre, sollte der Disziplinausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung in vergleichbaren Fällen trotz der Anzeige einer Krankenkasse untätig bleiben und damit seiner Aufgabenstellung nicht gerecht werden, kann hier mangels entsprechender Anhaltspunkte offen bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Erstellt am: 11.08.2003

Zuletzt verändert am: 23.12.2024