

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 3 RK 2/91

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Techniker Krankenkasse,
Hamburg 70, Schloßstraße 12,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 30. März 1993 durch den Vorsitzenden Richter F u n k, die Richter Prof. Dr. B a l t z e r und Dr. E n g e l m a n n sowie die ehrenamtlichen Richter B l e n k e r s und v a n S t a a für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 11. Dezember 1990 wird zurückgewiesen.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Streitig ist der Anspruch des Klägers auf höhere Vergütung für physikalisch-therapeutische Behandlungen.

Der Kläger, Inhaber eines medizinischen Badebetriebes in G. , erbrachte im Jahre 1988 gegenüber 66 Versicherten der beklagten Ersatzkasse jeweils unter Entgegennahme eines Berechtigungsscheines (Rezept oder Kurmittelscheck) physikalisch-therapeutische Leistungen. Von den Versicherten ließ er sich deren Ansprüche gegen die Beklagte abtreten.

Der Kläger stellte der Beklagten für die Behandlungen auf der Grundlage seiner eigenen Preisliste den Betrag von 34.688,65 DM in Rechnung. Die Beklagte erkannte unter Zugrundelegung einer Preisliste, die auf dem zwischen dem Verband Deutscher Badebetriebe eV (VDB), dessen Mitglied der Kläger ist, und den Verbänden der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen geschlossenen Rahmenvertrag beruht, die Forderung in Höhe von 20.120,35 DM an.

Der Kläger hat die Beklagte mit der im Juli 1989 vor dem Sozialgericht (SG) Lübeck erhobenen Klage zunächst auf Zahlung von 34.688,65 DM nebst Zinsen in Anspruch genommen. Hinsichtlich der Zahlung des Betrages in Höhe von 20.120,35 DM hat sich der Rechtsstreit erledigt.

Klage und die vom SG zugelassene Berufung sind ohne Erfolg geblieben (Urteil des SG Lübeck vom 3. Mai 1990; Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts <LSG> vom 11. Dezember 1990). Zur Begründung hat das LSG im wesentlichen ausgeführt:

Die Versicherten der Beklagten, für die der Kläger Leistungen erbracht habe, hätten nicht notwendig zum Verfahren beigelegt werden müssen. Der Rechtsweg zu den Sozialgerichten ergebe sich für den auf eigenes Recht gestützten Anspruch des Klägers auf höhere Vergütung aus § 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) und, soweit der Anspruch - hilfsweise - im Wege der Kostenerstattung geltend gemacht werde, aus § 51 Abs 1 SGG. Die hinsichtlich der eigenen Ansprüche erhobene reine Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) sei zulässig, aber nicht begründet. Der Kläger sei aufgrund des Rahmenvertrages zwischen dem VDB und dem VdAK zur Behandlung von Versicherten der Beklagten zugelassen und insoweit an die in dem Vertrag getroffenen Regelungen gebunden. Die von ihm erbrachten Leistungen würden von der danach maßgebenden Leistungsbeschreibung für physikalische Heilbehandlungen unabhängig



davon erfaßt, ob sie während einer Kur erbracht worden seien. Dies entspreche dem Sprachgebrauch in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die hier noch maßgebenden Vorschriften der Reichsversicherungsordnung (RVO) hätten nicht zwischen Heil- und Kurmitteln unterschieden, sondern nur den Begriff des Heilmittels verwendet. Dies gelte auch für die Regelungen des Sozialgesetzbuchs, Fünftes Buch, Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V). Unerheblich sei, ob die Partner des Rahmenvertrages etwas anderes gewollt hätten. Da der - privatrechtliche - Rahmenvertrag sich auch an Dritte, nämlich die Leistungserbringer und die Ersatzkassen, wende, sei er nach den Grundsätzen der normativen Auslegung (§ 157 Bürgerliches Gesetzbuch <BGB>) auszulegen. Das habe zur Folge, daß bei der Anwendung des Vertrages zwischen Heil- und Kurmitteln nicht unterschieden werden könne. Ein Anspruch des Klägers auf höhere Vergütung aus eigenem Recht bestehe nicht. Soweit er diesen Anspruch hilfsweise aus abgetretenen Rechten der Versicherten herleite, sei die insoweit einschlägige kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage unzulässig, weil die dafür notwendige Beschwerde fehle; denn abgetretene Ansprüche der Versicherten begründeten den erhobenen Anspruch nicht einmal möglicherweise. Die Ansprüche der Versicherten bezögen sich auf die Erbringung von Heilmitteln als Sachleistungen. Sie seien mithin nicht übertragbar und, nachdem der Kläger die Leistungen erbracht habe, zudem durch Erfüllung erloschen. Es bestehe auch kein Anspruch auf Zinsen für den Zahlungsanspruch über 20.120,35 DM. Für Verzugs- und Prozeßzinsen sei die Fälligkeit der Hauptforderung Voraussetzung. Da der Kläger nicht, wie es nach dem Rahmenvertrag erforderlich gewesen sei, seinen Rechnungen die Preise der Vergütungsliste des Rahmenvertrages zugrunde gelegt habe, sei die Forderung noch nicht fällig gewesen.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger eine Verletzung materiellen und formellen Rechts. Bezüglich seiner Ansprüche aus eigenem Recht habe das LSG zunächst § 103 SGG dadurch verletzt, daß es trotz des von ihm angebotenen Zeugenbeweises nicht Beweis darüber erhoben habe, ob die Vertragsparteien in dem Rahmenvertrag Preise und Umfang der in offenen Badekuren erbrachten Leistungen geregelt hätten. Die Vertragsparteien hätten dies nämlich verneint, so daß die Voraussetzungen für die vom Berufungsgericht angewandten Grundsätze der normativen Vertragsauslegung entfallen seien und das Gericht zu einer anderen Entscheidung in der Sache hätte kommen müssen. Das LSG habe weiter gegen allgemeine Grundsätze der Auslegung von Rechtsgeschäften (§§ 133, 157, 242 BGB) verstoßen. Bei der Auslegung des - nicht revisiblen - Rahmenvertrages hätte es nicht die sog normative Auslegung, sondern vielmehr die sog natürliche Auslegung anwenden müssen, bei der auf den wahren Willen des Erklärenden abgestellt werde. Die normative Auslegung sei nämlich dann nicht heranzuziehen, wenn der Erklärungsempfänger in seinem Vertrauen auf das Erklärte nicht schutzwürdig sei. Das sei hier der Fall, weil beide Vertragsparteien übereinstimmend die Kurmittel nicht zu den Heilmitteln gezählt hätten. Ein Verstoß gegen § 2 Abs 1 Satz 1, §§ 23, 27 Satz 2 Nr 2, § 32 Abs 1 und § 40 SGB V sowie gegen Art 3



Abs 1 des Grundgesetzes (GG) sei darin zu sehen, daß das LSG entgegen der gesetzlichen Systematik nicht zwischen den unterschiedlichen Leistungen "Kurmittel" einerseits und "Heilmittel" andererseits differenziert habe. Zudem seien die §§ 124, 125 SGB V verletzt, weil das LSG unzulässigerweise einen Zusammenhang zwischen seiner, des Klägers, umfassenden Zulassung zur Leistungserbringung und der gegenständlichen Beschränkung des Rahmenvertrages hergestellt habe. Schließlich habe das LSG rechtsfehlerhaft seine Klage aus abgetretenen Ansprüchen als unzulässig angesehen. Die Frage, ob die Ansprüche der Versicherten gegen die Beklagte abtretbar gewesen seien, berühre nicht die Zulässigkeit der erhobenen sog echten Leistungsklage, sondern sei der Begründetheitsprüfung seines Anspruchs zuzuordnen.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 11. Dezember 1990 und des Sozialgerichts Lübeck vom 3. Mai 1990 aufzuheben und die Beklagte entsprechend dem erstinstanzlichen Antrag zu verurteilen;

hilfsweise,

das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 11. Dezember 1990 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückzuverweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie legt im einzelnen dar, daß die vom Kläger geltend gemachten Revisionsrügen nicht durchgreifen.

II

Die zulässige Revision des Klägers ist nicht begründet.

Zutreffend hat das LSG für den aus eigenem Recht erhobenen Anspruch des Klägers auf höhere Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen den Rechtsweg zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit bejaht.

Zur Prüfung der Zulässigkeit des Rechtsweges ist der Senat trotz der Änderung der einschlägigen Vorschriften (Neufassung des § 17a Gerichtsverfassungsgesetz <GVG> bei gleichzeitiger Streichung des § 52 SGG) durch das Gesetz zur Neuregelung des verwaltungsgerichtlichen Verfahrens (4. VwGOÄndG) vom 17. Dezember 1990 (BGBl I S 2809) befugt. Der nunmehr über § 202 SGG auch im sozialgerichtlichen Verfahren geltende § 17a VwGO sieht vor, daß die Rechtswegfrage bereits im Verfahren des ersten Rechtszuges, erforderlichenfalls durch eine in den Abs 2 bis 4 aaO näher geregelte,



beschwerdefähige Vorabentscheidung, abschließend und für alle Instanzen und Gerichtszweige verbindlich geklärt wird. Dementsprechend bestimmt § 17a Abs 5 GVG nF, daß das Gericht, das über ein Rechtsmittel gegen die Entscheidung in der Hauptsache zu befinden hat, nicht mehr prüft, ob der beschrittene Rechtsweg zulässig ist. Diese Bestimmung findet indessen auf Prozesse, in denen der erste Rechtszug bei Inkrafttreten der Neuregelung am 1. Januar 1991 bereits abgeschlossen war, keine Anwendung. Zwar sieht das Gesetz eine dahingehende Einschränkung nicht ausdrücklich vor; sie ergibt sich aber aus dem Zweck und der Systematik der geänderten Vorschriften. Die Begrenzung der Prüfungsbefugnis der Rechtsmittelgerichte steht in untrennbarem Zusammenhang mit der Regelung in § 17a Abs 2 bis 4 GVG nF. Der Gesetzgeber rechtfertigt sie damit, daß die Beteiligten die Rechtswegzuständigkeit vorab in einem gesonderten Verfahren durch alle Instanzen klären lassen können und deshalb auf eine nochmalige Prüfung dieser Frage im Berufungs- und Revisionsverfahren nicht angewiesen sind (Begründung zum Regierungsentwurf des 4. VwGOÄndG, BT-Drucks 11/7030, S 36 f). Das bedeutet aber, daß die Neuregelung ungeachtet des Fehlens einer entsprechenden Übergangsvorschrift nur auf solche Verfahren erstreckt werden kann, in denen die Entscheidung im ersten Rechtszug schon unter der Geltung des § 17a GVG nF erlassen worden ist, weil nur dann die Möglichkeit einer Überprüfung der Rechtswegentscheidung im Beschwerdeverfahren bestanden hat. Der Senat schließt sich in dieser Frage den anderen obersten Gerichtshöfen des Bundes und deren Bewertung an, daß mit der Gesetzesnovelle ersichtlich nicht beabsichtigt gewesen ist, den Beteiligten bezüglich der Überprüfung der Rechtswegzuständigkeit ein Rechtsmittel abzuschneiden, das bei Erlaß der angefochtenen Entscheidung noch gegeben war (BGHZ 114, 1, 3 ff; NVwZ 1991, 606 f; NJW 1991, 2964; BVerwG Buchholz 301 § 17a GVG Nr 2; BAG AP Nr 21 zu § 2 ArbGG 1979). Hiernach ist für das vorliegende Verfahren, in dem das erstinstanzliche Urteil im Mai 1990 ergangen ist, weiterhin der frühere Rechtszustand maßgebend, die Zulässigkeit des Rechtsweges mithin als Sachurteilsvoraussetzung in jeder Lage des Verfahrens, auch in den Rechtsmittelinstanzen, von Amts wegen zu prüfen.

Die Zuständigkeit der Sozialgerichte für die Entscheidung über den erhobenen Anspruch ergibt sich aus der ausdrücklichen Zuweisung in § 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGG. Nach dieser durch Art 32 Nr 3 des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S 2477) mit Wirkung vom 1. Januar 1989 in das SGG eingefügten Vorschrift entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit auch über Streitigkeiten, die in Angelegenheiten nach dem SGB V aufgrund von Entscheidungen oder Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände entstehen. Damit ist einerseits klargestellt worden, daß die im SGB V geregelten Rechtsbeziehungen der Krankenkassen zu den nichtärztlichen Leistungserbringern, soweit sie öffentlich-rechtlicher Natur sind, zu den "Angelegenheiten der Sozialversicherung" iS des § 51 Abs 1 SGG gehören, für die seit jeher der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gegeben ist. Andererseits sollten durch die Neuregelung auch solche Rechtsstreitigkeiten der Krankenkassen und ihrer Verbände mit



privaten nichtärztlichen Leistungserbringern den Sozialgerichten zugewiesen werden, für die nach den Entscheidungen des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes (GmSOGB) vom 10. April 1986 (BGHZ 97, 312 ff = SozR 1500 § 51 Nr 39) und vom 29. Oktober 1987 (SozR 1500 § 51 Nrn 47 und 48) wegen des als privatrechtlich eingestuften Charakters der zugrunde liegenden Leistungsbeschaffungsverträge zuvor der Zivilrechtsweg gegeben war (so ausdrücklich Bericht des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung vom 24. November 1988, BT-Drucks 11/3480 S 77, zu Art 29 des GRG-Entwurfs; vgl auch BSGE 66, 159, 160 f = SozR 3-2200 § 376d Nr 1; BSG SozR 3-2500 § 88 Nr 1 = NZS 1993, 35 ff).

Die anhängige Streitsache wird vom § 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGG erfaßt; denn der vom Kläger, einem privaten nichtärztlichen Leistungserbringer, erhobene Anspruch auf höhere Vergütung der von ihm für Versicherte der Beklagten erbrachten Leistungen ist gegen einen Träger der gesetzlichen Krankenversicherung gerichtet, wobei es maßgeblich darauf ankommt, ob die Höhe der Vergütung durch einen zwischen einem Verband der Leistungserbringer und einem Krankenkassenverband geschlossenen Rahmenvertrag bestimmt wird. Streitigkeiten dieser Art, die aus Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände mit privaten Leistungserbringern oder deren Verbänden herrühren, fallen unter die Rechtswegzuweisung des § 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGG (ebenso für vergleichbare Fälle: BSGE 66, 159 = SozR 3-2200 § 376d Nr 1 und BSG SozR 3-2500 § 125 Nr 1). Die Norm stellt zwar auf Streitigkeiten ab, die "in Angelegenheiten nach dem Fünften Buch Sozialgesetzbuch entstehen". Sie erfaßt aber auch Verfahren über Ansprüche, die sich auf Sachverhalte gründen, die vor dem Inkrafttreten des SGB V zum 1. Januar 1989 abgeschlossen waren. Wie der Senat bereits entschieden hat (SozR 3-2500 § 125 Nr 1 S 3), ist § 51 SGG idF durch das GRG auf Rechtsstreitigkeiten aus dem nunmehr im SGB V geregelten Bereich anzuwenden, auch wenn sich der geltend gemachte Anspruch materiell-rechtlich nach altem Recht, also dem Recht vor Inkrafttreten des SGB V, richtet; denn die Prozeßvoraussetzungen für den erhobenen Leistungsanspruch bestimmen sich nach dem zur Zeit der letzten mündlichen Verhandlung geltenden Recht, mithin auch nach § 51 SGG idF durch das GRG.

Dieser Einordnung stehen die Entscheidungen des Bundesgerichtshofs (BGH) vom 12. März 1991 (BGHZ 114, 218) und vom 25. Juni 1991 (NJW 1992, 1561 ff), nicht entgegen, in denen auch nach Änderung des § 51 SGG für Rechtsstreitigkeiten von Leistungserbringern mit Krankenkassen bzw ihren Verbänden der Rechtsweg zu den Zivilgerichten bejaht wird. In beiden Entscheidungen wird maßgeblich darauf abgestellt, daß es sich in den dortigen Fällen um bürgerliche Rechtsstreitigkeiten mit kartellrechtlichem Streitgegenstand handele, die § 87 Abs 1 des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) der ausschließlichen Zuständigkeit der Zivilgerichte unterstelle. Ob der Auffassung des BGH gefolgt werden kann, derartige Streitigkeiten seien ungeachtet des Wortlauts und der Entstehungsgeschichte des § 51 Abs 2 Satz 1



Nr 3 SGG von der Zuweisung an die Sozialgerichte ausgenommen, bedarf hier nicht der Erörterung; denn im vorliegenden Verfahren ist nicht das Wettbewerbsverhältnis des Klägers zu anderen Mitbewerbern streitig, was nach Ansicht des BGH allein eine Zuweisung des Rechtsstreits an die Zivilgerichte begründen würde. Im übrigen sind die Streitigkeiten über die Beziehungen von Krankenkassen zu den Leistungserbringern von Heil- und Hilfsmitteln nunmehr durch die rechtliche Ausgestaltung der §§ 124 bis 128 SGB V dem öffentlichen Recht zugewiesen worden (vgl BGH NJW 1992, S 1561, 1562).

Soweit der Kläger Zahlungsansprüche aus abgeleitetem Recht, nämlich aus abgetretenen Ansprüchen der Versicherten gegen die Beklagte, geltend macht, ergibt sich die Zuständigkeit der Sozialgerichte aus § 51 Abs 1 SGG (so schon BSG SozR 3-2500 § 125 Nr 1 S 2), da durch die Abtretung des Anspruchs dessen Eigenschaft als eines dem öffentlichem Recht zugehörigen Anspruchs nicht verändert wird (s allgemein zuletzt BSGE 70, 37, 39 = SozR 3-1200 § 53 Nr 2; SozR aaO Nr 4, jeweils mwN).

Zu dem Rechtsstreit waren die Versicherten, für die der Kläger die Leistungen, deren höhere Vergütung er beansprucht, erbracht hat, nicht gem § 75 Abs 2 SGG beizuladen; denn die Entscheidung über den erhobenen Zahlungsanspruch greift nicht in die Rechtssphäre der Versicherten ein (BSGE 66, 159, 161 = SozR aaO). Eine Zahlungspflicht für in Anspruch genommene Dienstleistungen trifft die Versicherten hier nicht.

Die vom Kläger hinsichtlich eigener Ansprüche erhobene allgemeine Leistungsklage gem § 54 Abs 5 SGG ist zulässig. Jedenfalls nach der Rechtslage vor dem Inkrafttreten des SGB V war das von der Gleichordnung geprägte Rechtsverhältnis zwischen privaten Erbringern von Heil- und Hilfsmitteln und den Krankenkassen nicht derartig ausgestaltet, daß die Krankenkassen generell zum Erlaß von Verwaltungsakten gegenüber nichtärztlichen Leistungserbringern befugt gewesen wären, was die Zulässigkeit der Leistungsklage ausgeschlossen hätte (BSGE 66, 159, 169 = SozR aaO). Die Beklagte hat den Zahlungsanspruch auch nicht in der Form eines Verwaltungsaktes abgelehnt.

In der Sache selbst erweist sich die Revision zunächst hinsichtlich des aus eigenem Recht geltend gemachten Zahlungsanspruchs als unbegründet.

Das Berufungsgericht hat aus der Auslegung des zwischen dem VDB und den Verbänden der Angestellten-Krankenkassen und der Arbeiterersatzkassen geschlossenen Rahmenvertrages sowie seiner als Anlage 5 vereinbarten Preisliste vom 21. Dezember 1979 in der ab 1. Januar 1988 gültigen Fassung geschlossen, daß dieser Vertrag mit seinen Bestimmungen über die Höhe der Vergütung alle dort genannten Leistungen unabhängig davon erfaßt, ob sie während offener Badekuren erbracht worden sind oder nicht, mithin auch die vom Kläger als Kurmittel bezeichneten Leistungen dem Vertrag



unterfallen. Es hat demgemäß einen Anspruch des Klägers, der aufgrund seiner Zulassung zur Leistungserbringung für Versicherte der Beklagten die Bestimmungen des Rahmenvertrages mit den dazugehörigen Anlagen anerkannt hat, auf höhere Vergütung verneint. Bei dieser Interpretation handelt es sich um eine in Auslegung eines - nicht revisiblen - privatrechtlichen Vertrages getroffene Annahme, die nicht in Widerspruch zu revisiblem Bundesrecht steht.

Die vom Kläger erhobene Rüge eines Verstoßes gegen die Sachaufklärungspflicht gem § 103 SGG greift nicht durch. Maßgebend für ihren Umfang ist der materiell-rechtliche Ausgangspunkt des Gerichts. Nur soweit hiervon ausgehend Tatsachen klärungsbedürftig sind, muß das Gericht die ihm erkennbaren Beweismittel ausschöpfen. Das LSG hat die vom Kläger angebotenen Zeugenbeweise über den Inhalt der Rahmenvereinbarung schon deshalb verfahrensfehlerfrei nicht erhoben, weil es das behauptete Ergebnis der beantragten Beweisaufnahme als wahr unterstellt hat, so daß es einer Beweisaufnahme nicht mehr bedurfte. Es hat zudem das unterstellte Beweisergebnis als rechtlich unbeachtlich angesehen. Für die Auslegung der Vereinbarung könne nämlich nicht der subjektive Wille der vertragsschließenden Parteien maßgeblich sein, weil durch den Vertrag auch Dritte berechtigt und verpflichtet würden.

Ebenfalls nicht durchgreifen kann die sachlich-rechtliche Rüge des Klägers, das LSG habe dadurch gegen allgemeine Auslegungsgrundsätze verstoßen, daß es eine normative Auslegung des Vertrags vorgenommen und dabei den Grundsatz "Falsa demonstratio non nocet" übergangen habe. Dabei kann dahinstehen, inwieweit es sich bei der von einem Tatsachengericht vorgenommenen Auslegung von rechtsgeschäftlichen Willenserklärungen, also auch von Verträgen, um Tatsachenfeststellungen (§ 162 SGG) handelt (so etwa Bundesverwaltungsgericht <BVerwG> NVwZ 1982, 197, 198), an die das Revisionsgericht gem § 163 SGG grundsätzlich gebunden ist, so daß die Auslegung nur daraufhin überprüft werden kann, ob allgemeine Erfahrungssätze, Denkgesetze oder Auslegungsregeln verletzt sind (s BVerwG aaO), oder ob das Revisionsgericht die Auslegung von Willenserklärungen frei nachprüfen kann (so BSG SozR 2200 § 368a Nr 5 S 10; offengelassen etwa in BSG SozR 3-1200 § 53 Nr 4 S 21; SozR 3-1300 § 50 Nr 10 S 24); denn die gegen die Auslegung erhobene Revisionsrüge führt auch dann nicht zum Erfolg, wenn man die Überprüfung der Auslegung nicht auf die Verletzung allgemeiner Erfahrungssätze, von Denkgesetzen oder von Auslegungsregeln beschränkt.

Zutreffend hat das LSG den Rahmenvertrag unter Berücksichtigung seines Wortlautes und der im Recht der sozialen Krankenversicherung maßgeblichen Terminologie dahin ausgelegt, daß bezüglich der von ihm erfaßten Leistungen der nichtärztlichen Leistungserbringer nicht danach unterschieden wird, ob die Leistungen während oder außerhalb einer offenen Badekur erbracht worden sind. Danach unterfallen die vom Kläger als "Kurmittel" bezeichneten Leistungen dem Rahmenvertrag. Dem entspricht es,



daß auch das - hier maßgebliche - Recht des Arzt-/Ersatzkassenvertrages (EKV-Ärzte) den Begriff des Kurmittels als leistungsrechtlichen Terminus nicht kennt. Entgegen der Auffassung der Revision ist nicht zu beanstanden, daß das LSG zu diesem Ergebnis auf der Grundlage der sog normativen Auslegung gekommen ist. Ohne Rechtsverstoß hat es dabei auf die Auslegungsgrundsätze der §§ 133, 157 BGB abgehoben und im Hinblick auf die Wirkungen des Rahmenvertrages gegenüber Dritten der normativen Auslegung, nach der die objektive Erklärungsbedeutung von Willenserklärungen zu ermitteln ist, gegenüber der natürlichen Auslegung, bei der auf den wahren Willen der Erklärenden abzustellen ist, den Vorzug gegeben; denn auch bei dem Rechtszustand vor dem Inkrafttreten des SGB V entfalteten die von den Verbänden der Ersatzkassen, deren Zuständigkeit sich aus § 525c Abs 4 Satz 2 iVm § 376d RVO ergab, und den Verbänden bzw sonstigen Zusammenschlüssen von Leistungserbringern geschlossenen Verträge rechtliche Wirkung gegenüber einer Vielzahl von Dritten. So war der Rahmenvertrag für die einzelne Ersatzkasse jedenfalls dann verbindlich, wenn diese - wovon hier auszugehen ist - ihm beigetreten war (s § 1 Abs 2 des Rahmenvertrages). Darüber hinaus werden in dem Rahmenvertrag die Voraussetzungen festgelegt, unter denen der einzelne Leistungserbringer in Rechtsbeziehungen zu der einzelnen Ersatzkasse treten kann. Der Vertrag regelt somit die Voraussetzungen für die "Zulassung" zur Leistungsverschaffung (§§ 2 ff) an Versicherte der Ersatzkassen, wirkt also für und gegen den jeweiligen Leistungserbringer. Bei dieser Rechtslage, nämlich der Wirkung der Verträge für eine Vielzahl von Personen bzw von Körperschaften des öffentlichen Rechts, ist es nicht zu beanstanden, daß das LSG den Rahmenvertrag in Anwendung der normativen Auslegung nach seinem objektiven Erklärungsinhalt ausgelegt hat.

Soweit der Kläger schließlich hinsichtlich seiner Ansprüche aus eigenem Recht rügt, das LSG habe gegen Vorschriften des SGB V verstoßen und dadurch auch den Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG verletzt, kann seiner Revision schon deshalb kein Erfolg beschieden sein, weil die Vorschriften des SGB V im vorliegenden Rechtsstreit, der um die Vergütung von im Jahre 1988 erbrachten Leistungen geführt wird, nicht einschlägig sind.

Die auf abgetretene Sozialleistungsansprüche von Versicherten der Beklagten gestützte Klage auf höhere Vergütung ist entgegen der Ansicht des LSG, das die Anfechtungs- und Leistungsklage (§ 54 Abs 4 SGG) als die zulässige Klageart angesehen hat, als - vom Kläger auch erhobene - allgemeine Leistungsklage (§ 54 Abs 5 SGG) zulässig. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl zuletzt BSGE 70, 37, 40 = SozR 3-1200 § 53 Nr 2; BSG SozR 3-1200 § 53 Nr 4, jeweils mwN) liegt in der - vom Kläger erstrebten - Auszahlung von abgetretenen Geldleistungsansprüchen in der Regel keine eigenständige Regelung iS des § 31 des Sozialgesetzbuchs, Zehntes Buch, Verwaltungsverfahren (SGB X), mithin also kein Verwaltungsakt. Aber auch die Leistungsklage

aus abgetretenen Ansprüchen führt nicht zum Erfolg, weil keine abtretungsfähigen Ansprüche der Versicherten bestanden.

Nach dem hier noch maßgeblichen EKV-Ärzte in der bis zum 30. September 1990 geltenden Fassung (aF) waren den Versicherten der Ersatzkassen Heilmittel ausschließlich als Sachleistungen zu gewähren (vgl § 1 Ziff 4 Buchst c EKV-Ärzte aF). Das gilt auch für die vom Kläger gegenüber den Versicherten der Beklagten erbrachten physikalisch-therapeutischen Behandlungen. Nach den - nicht angegriffenen und daher den Senat bindenden (§ 163 SGG) - Feststellungen des LSG übergaben alle Versicherten, deren Ansprüche der Kläger geltend machen will, ihm einen Berechtigungsschein (Rezeptverordnung eines Vertragsarztes oder Kurmittelscheck), der sie als Versicherte der Beklagten auswies. Durch die Entgegennahme dieses Berechtigungsscheines und dem Erbringen der Leistung wird unmittelbar eine Zahlungsverpflichtung der Krankenkasse des Versicherten gegenüber dem leistungserbringenden Kläger begründet. Soweit der Versicherte mithin lediglich die Sachleistung der Ersatzkasse in Anspruch nimmt und nehmen will, entsteht ihm keine Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer. Er erwirbt ebenfalls keinen Kostenerstattungsanspruch gegen seine Kasse (s bereits BSGE 70, 20, 22 f = SozR 3-2500 § 39 Nr 1). Mit dem Erbringen der Sachleistung durch den Kläger hat dieser den Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse erfüllt. Ein abtretungsfähiger Anspruch entsteht nicht. Die Abtretungen, auf die sich der Kläger beruft, gingen ins Leere, so daß er aus ihnen auch keinen Anspruch auf höhere Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen herleiten kann.

Nach alledem war die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Eine Auferlegung der Aufwendungen der Beklagten auf den im Rechtsstreit unterlegenen Kläger kam nicht in Betracht. Der durch Art 15 Nr 2 des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266) neu geschaffene § 193 Abs 4 Satz 2 SGG hat zwar den im vorausgehenden Satz 1 aaO aufgestellten Grundsatz, daß die Aufwendungen der Körperschaften des öffentlichen Rechts nicht erstattungsfähig sind, ua für die in Verfahren nach § 51 Abs 2 Satz 1 SGG als Kläger oder Beklagte beteiligten Körperschaften durchbrochen, so daß insoweit nunmehr § 193 Abs 1 SGG uneingeschränkt anzuwenden ist. Die Neuregelung gilt jedoch, obwohl eine entsprechende Übergangsvorschrift fehlt, nur für Rechtsstreitigkeiten, die nach dem Inkrafttreten der Gesetzesergänzung am 1. Januar 1993 (Art 35 Abs 1 GSG) anhängig geworden sind, bzw für Rechtsmittelverfahren, in denen das Rechtsmittel nach diesem Zeitpunkt eingelegt worden ist.



Allerdings ergreifen Änderungen des Prozeßrechts in zeitlicher Hinsicht grundsätzlich auch schwebende Verfahren, soweit nicht Übergangsbestimmungen etwas anderes vorschreiben oder sich Abweichendes aus Sinn und Zweck der Vorschrift oder aus dem Zusammenhang mit anderen Grundsätzen ergibt (BVerfGE 39, 156, 167; 65, 76, 98; BSGE 70, 133 f = SozR 3-1300 § 24 Nr 6 S 15 mwN). Die Regel, daß neues Prozeßrecht auch für anhängige Verfahren gilt, steht jedoch unter dem Vorbehalt der Vereinbarkeit mit den rechtsstaatlichen Grundsätzen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes. Diese können die Möglichkeit des Gesetzgebers begrenzen, auf eine bislang gegebene verfahrensrechtliche Lage, in der ein Prozeßbeteiligter sich befindet, einzuwirken und eine unter der Geltung des alten Rechts entstandene prozessuale Rechtsposition nachträglich zu verändern oder zu beseitigen (BVerfGE 63, 343, 359; BVerfG, Beschluß vom 7. Juli 1992

- 2 BvR 1631/90 - in NJW 1993, 1123 = DVBI 1992, 1531 = NVwZ 1992, 1182). Zwar ist das Vertrauen in den Fortbestand verfahrensrechtlicher Regelungen im allgemeinen weniger geschützt als das Vertrauen in die Aufrechterhaltung materieller Rechtspositionen; im Einzelfall aber können verfahrensrechtliche Regelungen ihrer Bedeutung und ihres Gewichts wegen in gleichem Maße schutzwürdig sein wie Besitzstände des materiellen Rechts. Von der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung wird das dann angenommen, wenn das in Rede stehende Verfahrensrecht nicht bloß ordnungsrechtliche, technische Prozeßführungsregeln zum Inhalt hat, sondern Rechtspositionen gewährt, die in ihrer Schutzwürdigkeit materiellrechtlichen Gewährleistungen vergleichbar sind (BVerfG aaO).

Eine Regelung, die einen Verfahrensbeteiligten nachträglich einem Kostenrisiko aussetzte, das bei Beginn des Prozesses oder bei Einlegung eines Rechtsmittels noch nicht gegeben war, würde in eine derart geschützte verfahrensrechtliche Position eingreifen. Sie könnte im Falle des § 193 Abs 4 Satz 2 SGG nF unvorhersehbar zu einer so hohen finanziellen Belastung führen, daß den wirtschaftlichen Dispositionen des Betroffenen im nachhinein die Grundlage entzogen und die Prozeßführung für ihn untragbar würde. Dem steht kein erkennbares öffentliches Interesse gegenüber, das es gebieten würde, die geänderte Kostenregelung auf bereits laufende Verfahren zu erstrecken. Diese Überlegungen finden ihren Niederschlag in zahlreichen anderen Gesetzen, in denen die Änderung kostenrechtlicher Bestimmungen regelmäßig mit der Maßgabe erfolgt, daß die Kosten nach dem alten Recht zu erheben sind, wenn der kostenauslösende Tatbestand (Anhängigkeit eines Verfahrens, Einlegung eines Rechtsmittels, Fälligkeit einer Gebühr, Beauftragung mit der Vertretung, Begutachtung oder Übersetzung) vor dem Inkrafttreten der Gesetzesänderung liegt (vgl etwa Art XI § 3 des Gesetzes zur Änderung und Ergänzung kostenrechtlicher Vorschriften vom 26. Juli 1957 <BGBl I S 861, 935>; Art 5 § 2 des Gesetzes zur Änderung des Gerichtskostengesetzes, des Gesetzes über Kosten der Gerichtsvollzieher, der Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte und anderer Vorschriften vom 20. August 1975 <BGBl I S 2189, 2243>; Art 1 Nr 30 des Fünften Gesetzes zur Änderung der Bundesge-



bührenordnung für Rechtsanwälte vom 18. August 1980 <BGBl I S 1503, 1506>). In neueren Kostengesetzen findet sich der angesprochene Grundsatz vielfach in der Form einer "permanenten", alle künftigen Änderungen erfassenden Übergangsvorschrift (so etwa in § 73 Gerichtskostengesetz, § 161 Kostenordnung, § 18 des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen, § 16 Justizverwaltungs-Kostenordnung, § 134 Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte). Die Gesetzgebungspraxis selbst geht mithin davon aus, daß dem Vertrauensschutz des Bürgers in der Regel Vorrang vor dem Interesse der Justizverwaltung oder des Prozeßgegners an einer sofortigen Geltung neuer Kostenvorschriften gebührt.

Das Fehlen einer entsprechenden ausdrücklichen Übergangsvorschrift im GSG bedeutet eine Regelungslücke, die durch die Rechtsprechung verfassungskonform ausgefüllt werden kann. Daß der Gesetzgeber des GSG die Geltung des neuen Rechts auf anhängige Verfahren erstrecken wollte und deshalb bewußt keine Übergangsregelung getroffen hat, ist nicht ersichtlich. Die Gesetzesmaterialien ergeben keinen Anhalt, daß die Frage des zeitlichen Geltungsumfangs der neuen Vorschrift überhaupt bedacht worden wäre. Die konkret auf die Ergänzung des § 193 Abs 4 SGG bezogenen Äußerungen (BT-Drucks 12/3209 S 33, 83; 12/3608 S 58, 153; 12/3930 S 137; BR-Drucks 560/92 S 73, 201; 856/92 S 79, 80) gehen hierauf auch nicht andeutungsweise ein, sondern beschränken sich auf die Darlegung, daß es nach der Erweiterung des Katalogs der Streitigkeiten in der Sozialgerichtsbarkeit, bei denen die Rechtsanwaltsgebühren nach dem Streitwert abgerechnet werden, "in bestimmten Fällen nicht mehr angemessen (sei), staatliche Einrichtungen - soweit sie Kläger oder Beklagter sind - mit den außergerichtlichen Kosten für eigene Prozeßbevollmächtigte auch dann zu belasten, wenn sie obsiegen". Bei dieser Sachlage kann nicht angenommen werden, daß von dem auf rechtsstaatlichen Erwägungen beruhenden Grundsatz der Nichtanwendbarkeit neuer kostenrechtlicher Vorschriften auf vorher begonnene Verfahren abgewichen werden sollte; eine verfassungskonforme Lückenfüllung bleibt damit zulässig.

Nachdem im vorliegenden Fall die Revision vor dem Inkrafttreten des Art 15 Nr 2 GSG eingelegt worden ist, war die Kostenentscheidung nach bisherigem Recht zu treffen.

