

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 3 RK 2/95

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:,

g e g e n

Barmer Ersatzkasse,
Wuppertal, Untere Lichtenplatzer Straße 100 - 102,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 17. Januar 1996 durch den Vorsitzenden Richter S c h n e i d e r - D a n w i t z, die Richter Dr. U d s c h i n g und Dr. N a u j o k s sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. H o l z l ö h n e r und L e i t e für Recht erkannt:

Auf die Revision des Klägers werden die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 27. Oktober 1994 und des Sozialgerichts Mainz vom 25. Februar 1993 aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 236,52 DM nebst 4% Zinsen seit dem 12. November 1991 und 2.108,97 DM nebst 4% Zinsen seit dem 29. Januar 1992 zu zahlen.

Es wird festgestellt, daß der Kläger auch über den 1. Oktober 1991 hinaus bis zum 31. Mai 1994 berechtigt war, krankengymnastische Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

Die Beklagte und der Beigeladene haben die außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten.



Gründe:

I

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Kläger berechtigt ist, für die beklagte Ersatzkasse (ErsK) krankengymnastische Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

Der Kläger ist staatlich geprüfter Masseur und medizinischer Bademeister. Seit 1978 ist er zur Erbringung entsprechender physiotherapeutischer Leistungen zugelassen. Mit Schreiben vom 17. September 1990 beantragte er bei dem beigeladenen Verband der Angestellten-Krankenkassen eV (VdAK), zu dessen Mitgliedskassen die beklagte ErsK gehört, die Erweiterung seiner Zulassung um den Bereich Krankengymnastik. Für die Erbringung krankengymnastischer Leistungen hatte er in seiner Praxis eine Krankengymnastin angestellt. Der Beigeladene, vertreten durch den Ortsausschuß N , übersandte dem Kläger daraufhin folgendes Schreiben vom 18. September 1990: "... mit Schreiben vom 17. September 1990 beantragten Sie die Erweiterung der bisherigen Zulassung um den Bereich Krankengymnastik. Der Verband Deutscher Badebetriebe bestätigte uns zwischenzeitlich, daß die fachlichen und räumlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Hiermit bestätigen wir Ihnen, daß Sie berechtigt sind, krankengymnastische Leistungen ab dem 1. Oktober 1990 abzugeben". Mit Schreiben vom 28. Januar 1991 teilte der Beigeladene dem Kläger mit, Voraussetzung für die erweiterte Zulassung sei, daß er für krankengymnastische Leistungen nur 90 % der Vergütungssätze der jeweils gültigen Vergütungsliste des Zentralverbandes der Krankengymnasten/Physiotherapeuten (ZVK) abrechne. Im Schreiben vom 18. September 1990 fehlte ein Hinweis auf eine derartige Begrenzung der Vergütung. Mit Schreiben vom 8. Februar 1991 teilte der Beigeladene dem Kläger mit, daß er die mit ihm ab 1. Oktober 1990 getroffene Regelung, krankengymnastische Leistungen abzurechnen, mit dem 28. Februar 1991 aufhebe. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Klägers beschied der Beigeladene nicht. Er sah keine Verpflichtung zur Erteilung eines Widerspruchsbescheides, weil es sich nur um eine Erweiterung der Zulassung außerhalb eines bestehenden Rahmenvertrages handele. Mit Schreiben vom 1. Juli 1991 und 12. Juli 1991 erklärte sich der Beigeladene ohne Anerkennung einer Rechtspflicht bereit, krankengymnastische Leistungen zu 100 % bis zum 30. September 1991 zu vergüten. Er bot gleichzeitig an, eine Vereinbarung über die Abrechnung krankengymnastischer Leistungen zu 90 % der ZVK-Vergütungssätze ab dem 1. Oktober 1991 zu treffen. Dieses Angebot nahm der Kläger nicht an. Unter Hinweis auf das Schreiben vom 18. September 1990 bestand er auch nach dem 30. September 1991 auf einer 100 %igen Vergütung. Da die nach dem 30. September 1991 eingereichten Abrechnungen von der Beklagten nicht mehr vergütet wurden, erhob er Zahlungsklage und beantragte die Feststellung, daß er auch über den 1. Oktober 1991 hinaus berechtigt sei, krankengymnastische Leistungen zu erbringen und abzurechnen.



Die Klage blieb in den Vorinstanzen erfolglos (Urteil des Sozialgerichts <SG> vom 25. Februar 1993, Urteil des Landessozialgerichts <LSG> vom 27. Oktober 1994). Nach Auffassung des LSG steht dem Kläger der geltend gemachte Vergütungsanspruch nicht zu, weil er nur im Besitz einer Zulassung als Masseur und medizinischer Bademeister sei. Er erfülle die persönlichen Voraussetzungen für die Zulassung als Krankengymnast nicht. Vor der ab dem 1. Juni 1994 in Kraft getretenen Neuregelung des § 124 Abs 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sei für ihn eine Erweiterung seiner Praxis um den Bereich Krankengymnastik nur durch einen Vertrag nach § 125 Satz 1 SGB V in Betracht gekommen. Eine entsprechende vertragliche Vereinbarung über Art und Umfang der Heilmittelversorgung sei mit dem Schreiben vom 18. September 1990 zustande gekommen. Der Beigeladene habe diese Vereinbarung jedoch berechtigterweise wieder gekündigt, da eine Preisvereinbarung im Vertrag nicht festgelegt worden sei.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger eine Verletzung von § 103 Sozialgerichtsgesetz (SGG) sowie der §§ 31, 39 Abs 2, 40 des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X) und der §§ 124 Abs 2 Nr 4, 125 SGB V. Der Beigeladene habe mit Schreiben vom 18. September 1990 eine Zulassung in Gestalt eines Verwaltungsaktes erteilt. Diese Zulassung sei bislang weder widerrufen noch zurückgenommen worden. Deute man die Kündigung des Beigeladenen in einen Widerruf der Zulassung um, so sei dieser mangels Widerrufsgrund rechtswidrig. Für die darauf beruhende Abrechnung sei der dem öffentlichen Recht zuzuordnende Vertrag über die Versorgung sowie über Preise und Abrechnung krankengymnastischer Leistungen des Beigeladenen mit dem ZVK anzuwenden, da der Kläger diesen Leistungsvertrag anerkannt habe. Mit Wirkung ab dem 1. Juni 1994 ist dem Kläger erneut eine Zulassung zur Abgabe krankengymnastischer Leistungen erteilt worden.

Der Kläger beantragt,

1. die Urteile des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 27. Oktober 1994 und des Sozialgerichts Mainz vom 25. Februar 1993 aufzuheben,
2. die Beklagte zu verurteilen, an ihn 236,52 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 12. November 1991 und 2.108,97 DM nebst 4 % Zinsen seit dem 29. Januar 1992 zu zahlen,
3. festzustellen, daß er auch über den 1. Oktober 1991 hinaus bis zum 31. Mai 1994 berechtigt ist, krankengymnastische Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

Die Beklagte und der Beigeladene beantragen,
die Revision des Klägers zurückzuweisen.



Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

Die Revision des Klägers ist begründet.

1. Dem Kläger steht der mit der Leistungsklage geltend gemachte Zahlungsanspruch auf Vergütung der nach dem 30. September 1991 erbrachten krankengymnastischen Leistungen in Höhe von 236,52 DM und 2.108,97 DM zuzüglich Zinsen zu. Der Kläger, der ursprünglich nur zur Erbringung von Leistungen als Masseur und medizinischer Bademeister zugelassen war, ist von dem Beigeladenen mit Schreiben vom 18. September 1990 auch für den hier streitigen Bereich der krankengymnastischen Leistungen zugelassen worden. Diese Zulassung ist in der Folgezeit nicht wieder aufgehoben worden.

Gemäß § 124 Abs 1 SGB V dürfen Heilmittel, die als Dienstleistungen erbracht werden, an Versicherte nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden. Nach § 124 Abs 5 Satz 2 SGB V berechtigt die Zulassung zur Versorgung der Versicherten. Mit Einführung des § 124 SGB V durch Art 1 Gesundheitsreformgesetz (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477) mit Wirkung zum 1. Januar 1989 hat der Gesetzgeber die Zulassung als öffentlich-rechtlichen Akt und als notwendige formale Voraussetzung für die Vergütung und Abrechnung mit den gesetzlichen Krankenkassen ausgestaltet (Kranig, in Hauck-Haines, SGB V, § 124 RdNr 1f; Schmitt, Leistungserbringung durch Private, S 204 ff; Krauskopf, Komm zur Sozialen Krankenversicherung/Pflegeversicherung, 3. Aufl, § 124 RdNr 1; von Maydell in GK-SGB V, § 124 RdNr 3; Heinze in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1, Krankenversicherungsrecht, 1994, § 40 RdNr 22). Eine Zulassung von Leistungserbringern war dem bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Rechtszustand jedoch nicht unbekannt. Zulassungsbedingungen und -modalitäten waren in den auf § 376d RVO aF basierenden Rahmenvereinbarungen über die Erbringung von Heilmitteln geregelt. Mit § 124 SGB V wurde die frühere allein auf Vertragsrecht beruhende Verwaltungspraxis auf eine verfassungsrechtlichen Vorgaben (insbesondere Art 12 Abs 1 Satz 2 GG) entsprechende Grundlage gestellt (vgl Kranig, aaO RdNr 2).

Entgegen der Auffassung des LSG läßt § 124 SGB V eine Erweiterung einer bestehenden Zulassung zum medizinischen Bademeister und Masseur um den Bereich Krankengymnastik bei Anstellung einer Krankengymnastin bzw eines Krankengymnasten durch Abschluß eines Vertrags nach § 125 SGB V ohne vorherige auf den jeweiligen Heilmittelbereich bezogene Zulassung nicht zu. § 124



SGB V setzt vielmehr für jeden Heilmittelbereich entsprechend den jeweiligen berufsrechtlichen Anforderungen (§ 124 Abs 2 Nr 1 SGB V), den berufspraktischen Erfahrungen (§ 124 Abs 2 Nr 2 SGB V) und der jeweils erforderlichen sachlichen Ausstattung (§ 124 Abs 2 Nr 3 SGB V) eine eigenständige Zulassung voraus. In Verträgen nach § 125 Satz 1 SGB V können die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit Leistungserbringern oder deren Verbänden allein Vereinbarungen über die Einzelheiten der Versorgung mit Heilmitteln sowie über die Preise und deren Abrechnung treffen. Die Festlegung des berufsfachlichen Leistungsrahmens, innerhalb dessen der Leistungserbringer gemäß § 124 Abs 5 Satz 2 SGB V Heilmittel abgeben darf, ist dagegen dem Zulassungsverfahren vorbehalten. Das Erfordernis einer formalen Zulassung kann von den Verbänden der Krankenkassen und der Leistungserbringer auch nicht durch die Vereinbarung fachübergreifender Abrechnungsmöglichkeiten innerhalb eines Vertrages nach § 125 SGB V umgangen werden. Die förmliche Zulassung ist für die Versorgung der Versicherten unabdingbar und unterliegt weder der Disposition der Krankenkassen noch der Leistungserbringer; denn die Regelung dient vordringlich dem Interesse der Versicherten an einer ordnungsgemäßen Erfüllung des gesetzlichen Anspruchs auf Heilmittelversorgung durch qualifizierte Personen (vgl Krauskopf, aaO, § 124 RdNr 16).

An dem Erfordernis eines Zulassungsverfahrens ändert auch die Tatsache nichts, daß das Gesetz erst seit 1994 ausdrücklich vorsieht, daß ein zugelassener Leistungserbringer von Heilmitteln in einem weiteren Heilmittelbereich unter gewissen Voraussetzungen zuzulassen ist (§ 124 Abs 2 Satz 2 SGB V, eingefügt durch § 16 Abs 6 des Gesetzes über die Berufe in der Physiotherapie <MPHG> vom 26. Mai 1994, BGBl I 1084). Aus der nachträglichen Einfügung des Satzes 2 in § 124 Abs 2 SGB V kann nicht geschlossen werden, daß vor Inkrafttreten des MPHG eine Zulassung für einen weiteren Bereich entbehrlich war und insoweit vertragliche Vereinbarungen nach § 125 SGB V zulässig waren. Mit dem MPHG sollte die Möglichkeit der Zulassung bereichsübergreifender physiotherapeutischer Praxen nicht neu eingeführt werden. Es handelte sich vielmehr, entgegen der Auffassung des LSG, nur um eine Klarstellung der bis dahin geltenden Rechtslage. Bereits vor dem Inkrafttreten des SGB V entsprach die Zulassung von Heilmittelpraxen, die von Masseuren bzw medizinischen Bademeistern geführt und in denen krankengymnastische Leistungen von angestellten Fachkräften erbracht wurden, aufgrund des seinerzeitigen auf § 376 d RVO aF beruhenden Vertragsrechts allgemeiner Praxis. § 124 SGB V ließ dagegen in seiner ursprünglichen Fassung nicht ohne weiteres erkennen, ob die Abgabe von Leistungen nur durch den zugelassenen Leistungserbringer selbst erfolgen durfte oder ob dieser hiermit auch andere in seiner Praxis tätige Personen betrauen konnte, soweit diese die jeweils erforderlichen persönlichen Voraussetzungen für



die Leistungserbringung besaßen. Unklar blieb auch die damit zusammenhängende Frage, ob die Zulassung auch einer Einrichtung zu erteilen war, bei der nur ein Mitarbeiter über die entsprechende Ausbildung und die berufspraktischen Voraussetzungen verfügte. Hierzu hat der Senat mit Urteilen vom 29. November 1995 (3 RK 33 und 36/94, zur Veröffentlichung vorgesehen) entschieden, daß es für die Zulassung eines Heilmittelerbringers ausreicht, wenn in seiner Praxis eine Person beschäftigt ist, die die für das betroffene Fachgebiet erforderlichen fachlichen Qualifikationen erfüllt. Die Rechtmäßigkeit dieser Praxis, die der Gesetzgeber bei Erlaß des GRG vorgefunden hat, sollte durch die Präzisierung der bestehenden Vorschrift klargestellt werden (vgl. BT-Drucks 12/6998 S 20).

Der Beigeladene hat dem Kläger durch den Bescheid vom 18. September 1990 eine für die Erbringung krankengymnastischer Leistungen durch eine angestellte Krankengymnastin erforderliche förmliche Zulassung erteilt. Das Schreiben vom 18. September 1990 haben das LSG, die Beklagte und der Beigeladene zu Unrecht als (einfache) Willenserklärung iS der Annahme eines Vertragsangebotes angesehen. Der Annahme eines Verwaltungsakts steht nicht entgegen, daß der Beigeladene einen solchen nicht erlassen, sondern eine vertragliche Vereinbarung treffen wollte. Die Qualifizierung von Verwaltungshandeln als Verwaltungsakt richtet sich nicht danach, von welcher Vorstellung die Behörde ausgegangen ist. Entscheidend ist vielmehr der objektive Sinngehalt der von ihr abgegebenen Erklärung; dh wie der Bürger diese unter Berücksichtigung aller Umstände nach Treu und Glauben bei objektiver Auslegung verstehen mußte (vgl. BSG NJW 1986, 2134; Kopp, Komm zum VwVfG, 5. Aufl., § 35 RdNr 6;

Schroeder-Printzen, Komm zum SGB X, 2. Aufl., § 31 Anm 2.4.1). Danach konnte der Kläger davon ausgehen, daß der Beigeladene sich der Rechtsform bedient, die das Gesetz vorsieht. Dies ist, wie dargelegt, der Verwaltungsakt. Der Kläger hatte zudem zuvor bei dem Beigeladenen einen Antrag gestellt und nicht etwa über den Abschluß eines Vertrages und dessen Inhalt verhandelt. Auch der Inhalt des Schreibens vom 18. September 1990 spricht nicht gegen die Einordnung als Verwaltungsakt. Unerheblich ist schließlich, daß dieses Schreiben nicht die für Verwaltungsakte übliche Form aufweist, insbesondere keine Rechtsbehelfsbelehrung enthält. Letzteres wirkt sich nur auf die Dauer der Anfechtungsfrist (§ 66 Abs 2 SGG) aus.

Ogleich das LSG hierzu keine Feststellungen getroffen hat, ist der Senat berechtigt, den Inhalt der von dem Beigeladenen abgegebenen Erklärung zu würdigen. Anders als bei tatsächlichen Feststellungen des Berufungsgerichts, an die das Revisionsgericht grundsätzlich gemäß § 163 SGG gebunden ist, kann es ua die Auslegung von Verwaltungsakten frei nachprüfen, weil es sich insoweit um die



rechtliche Würdigung der Erklärung und die richtige Anwendung von Auslegungsgrundsätzen handelt (BSGE 48, 56, 58 = SozR 2200 § 368a Nr 5). Das gilt jedenfalls dann, wenn der Verwaltungsakt aufgrund einer Rechtsnorm ergangen ist, deren Geltungsbereich sich, wie hier, über den Bereich des Berufungsgerichts hinaus erstreckt (§ 162 SGG).

Die durch den Verwaltungsakt vom 18. September 1990 erteilte Zulassung für die Abgabe krankengymnastischer Leistungen ist in der Folgezeit nicht aufgehoben worden. Zwar hat der Beigeladene dem Kläger mit Schreiben vom 8. Februar 1991 mitgeteilt, daß er die mit dem Kläger ab dem 1. Oktober 1990 getroffene Regelung, krankengymnastische Leistungen abzurechnen, mit dem 28. Februar aufhebe. Hierin könnte bei isolierter Betrachtung ein Aufhebungs- bzw Zulassungsentziehungsbescheid gesehen werden. Dem steht jedoch das spätere Verhalten des Beigeladenen entgegen. Der Kläger durfte dieses dahin verstehen, daß der Beigeladene sich allein damit verteidigte, daß die Zulassung kein Verwaltungsakt sei, aber davon absah, vorsorglich den Verwaltungsakt der Zulassung durch rechtsmittelfähigen Bescheid zu widerrufen. Der Beigeladene hat dem Kläger auf dessen Widerspruch hin mitgeteilt, eines Widerspruchsbescheides bedürfe es nicht, weil keine Regelung durch Verwaltungsakt ergangen sei. Der vom Kläger erwogenen Beantragung von einstweiligem Rechtsschutz hat der Beigeladene entgegengehalten, hierfür bestehe kein Bedarf, weil eine Zulassungsentziehung nicht beabsichtigt gewesen sei. Der Beigelade hat damit deutlich gemacht, daß ein vorsorglicher Widerruf des Zulassungsbescheides nicht gewollt war.

Aufgrund der wirksamen Zulassung steht dem Kläger grundsätzlich ein Anspruch auf Vergütung der Leistungen zu, die von der bei ihm angestellten Krankengymnastin erbracht wurden. Der Kläger hat mit dem Zulassungsantrag konkludent die Vergütungssätze im Vertrag des Beigeladenen mit dem ZVK anerkannt. Die Zulassung setzt nach § 124 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V generell voraus, daß der Leistungserbringer "die für die Versorgung für die Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt". Ob dies bedeutet, daß eine Zulassung nur in Betracht kommt, wenn sich der Leistungserbringer einer bestehenden Preisvereinbarung unterwirft (dagegen: Heinze in Schuln, aaO, § 40 RdNr 37), war hier nicht zu entscheiden. § 125 Satz 1 SGB V ist jedenfalls zu entnehmen, daß bestehende Preisvereinbarungen zumindest dann verbindlich sind, wenn der die Zulassung beantragende Leistungserbringer dem nicht widerspricht. § 125 Satz 1 SGB V sieht zwar auch die Möglichkeit vor, daß der einzelne Leistungserbringer mit Landesverbänden der Krankenkassen Vereinbarungen abschließt. Soweit dies, wie hier, nicht geschieht, werden mit der Zulassung die in diesem Zeitpunkt bestehenden Vereinbarungen maßgebend. Existiert für einen Heilmittelbereich nur



eine Vereinbarung, so ist im Zulassungsantrag des Heilmittelerbringers konkludent auch die Erklärung zu sehen, diese Vereinbarung anzuerkennen. Die Zustimmungserklärung ist nicht formbedürftig. Zwar schreibt § 57 Abs 1 SGB X für die Wirksamkeit eines öffentlich-rechtlichen Vertrages, der in Rechte Dritter eingreift, die Schriftform der Zustimmungserklärung des Dritten vor. Dies gilt jedoch nur, wenn der Dritte unmittelbar durch den öffentlich-rechtlichen Vertrag in seinen Rechten berührt wird (Engelmann in Schroeder-Printzen, SGB X, § 57 Anm 2). Dies ist hier nicht der Fall. Die Zustimmungserklärung ist vielmehr Bestandteil eines mitwirkungsbedürftigen Verwaltungsaktes.

Die von der Beklagten und dem Beigeladenen angestrebten abgesenkten Vergütungssätze sind für den Kläger auch nicht aufgrund einer individuellen Vereinbarung maßgebend geworden. Eine derartige Vereinbarung über die Höhe der Vergütung haben die Beteiligten nicht getroffen. Im Zeitpunkt der Zulassung des Klägers existierten nach den Feststellungen des LSG auch keine Rahmenvereinbarungen iSv § 125 Satz 1 SGB V, nach denen krankengymnastische Leistungen, die in Praxen von Masseuren bzw medizinischen Bademeistern erbracht werden, mit einem gegenüber der ZVK-Preisliste um 10% abgesenkten Preisniveau vergütet werden. Selbst wenn man entgegen dem Vorbringen der Beteiligten in den Vorinstanzen den vom Beigeladenen in der mündlichen Verhandlung vorgetragenen Einwand als zutreffend zugrunde legt, im Zeitpunkt der Zulassung des Klägers habe neben dem Vertrag mit dem ZVK auch ein Vertrag mit einem Verband der Masseure bzw medizinischen Bademeister mit einer abgesenkten Vergütung für krankengymnastische Leistungen gegolten, ändert dies nichts am Anspruch des Klägers auf den vollen Vergütungssatz. Dies ergibt sich aus § 612 BGB, der die Vergütung der hier betroffenen Dienstleistungen regelt. Nach Abs 2 der Vorschrift ist die übliche Vergütung als vereinbart anzusehen, wenn die Höhe der Vergütung nicht bestimmt ist und eine taxmäßige Vergütung nicht besteht. Als taxmäßige Vergütung kommen nur nach Bundes- oder Landesrecht zugelassene und festgelegte Vergütungssätze (zB Gebühren) in Betracht (vgl Palandt-Putzo, BGB, 54. Auflage 1995, § 612 RdNr 7). Hierunter fallen die von den Verbänden der Leistungserbringer und den Landesverbänden der KKn vereinbarten Vergütungssätze nicht. Die von dem Beigeladenen mit dem ZVK vereinbarten Vergütungssätze sind jedoch als übliche Vergütung iS des § 612 Abs 2 BGB anzusehen. Nach den vorliegenden Feststellungen entsprechen die in der Praxis des Klägers von einer angestellten Krankengymnastin abgegebenen Leistungen dem allgemeinen Standard entsprechender Einrichtungen, die unter der Leitung eines zugelassenen Krankengymnasten stehen. Die von dem Beigeladenen angeführten Gesichtspunkte, die eine abgesenkte Vergütung für in Massagepraxen abgegebene krankengymnastische Leistungen begründen sollen, könnten dagegen in einer Leistungsbeschreibung keine Berücksichtigung finden. Die Tatsache, daß



ein Masseur bzw. medizinischer Bademeister, der von einer Angestellten krankengymnastische Leistungen erbringen läßt, bereits über eine eingeführte Praxis verfügt, ist nicht kostenrelevant. Maßgebend ist, daß für jede angestellte Kraft, gleichgültig, ob sie unter der Leitung eines zugelassenen Krankengymnasten oder der eines Masseurs tätig ist, bestimmte räumliche und ausstattungsmäßige Voraussetzungen erfüllt sein müssen (vgl. Anlage 2, Abschnitt II 1b, der Gemeinsamen Empfehlung der Spitzenverbände der KKn gemäß § 124 Abs 4 SGB V, abgedruckt bei von Maydell, in GK-

SGB V, Anhang 1 zu § 124 SGB V). Nach alledem beseitigte die von dem Beigeladenen behauptete Vergütungsvereinbarung die Üblichkeit der im ZVK-Vertrag festgelegten Vergütungssätze für krankengymnastische Leistungen nicht.

Die §§ 124, 125 SGB V lassen einseitige Preisfestsetzungen durch die Krankenkassen bzw. ihre Verbände, wie sie von dem Beigeladenen bzw. der Beklagten angestrebt werden, nicht zu. § 124 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V macht vielmehr deutlich, daß die für einen bestimmten Heilmittelbereich mit einem Verband der Leistungserbringer abgeschlossenen Vereinbarungen auch für nicht in diesem Verband organisierte Leistungserbringer verbindlich sein sollen. Abweichende Bedingungen für Mitglieder anderer Leistungserbringerverbände oder Nichtorganisierte können die Krankenkassenverbände nur erreichen, indem sie neue Vereinbarungen treffen, die sie bei der Zulassung weiterer Leistungserbringer zugrunde legen oder durch Einzelvereinbarungen. Hiervon hat der Beigeladene bei der Zulassung des Klägers jedoch keinen Gebrauch gemacht.

Die Beklagte hat gegen die rechnerische Richtigkeit der Forderung des Klägers keine Einwände erhoben. Dies gilt auch für den Zinsanspruch. Der Zinsanspruch kann zwar nicht auf § 44 SGB I gestützt werden. Diese Vorschrift regelt nur die Verzinsung von Sozialleistungsansprüchen iS des § 11 SGB I, zu denen die Honoraransprüche der Leistungserbringer nicht zählen. Der Zinsanspruch ergibt sich jedoch unmittelbar aus den §§ 286, 284 BGB. Das SGB regelt zwar die Verzinsung in den §§ 42, 44 SGB I, 27, 28k, 28n und 28r SGB IV, 262, 266 und 273 SGB V, 214 SGB VI, 89f und 97 SGB VIII, 68 SGB XI, abschließend. Das gilt auch für die Verzinsung von Ansprüchen aus öffentlich-rechtlichen Verträgen. Die in § 61 Satz 2 SGB X vorgesehene entsprechende Anwendung der Vorschriften des BGB findet ihre Grenze an dem objektivierten Willen des SGB, die Verzinsung abschließend zu regeln. Sie ermöglicht deshalb nicht den Rückgriff auf die §§ 286, 288 und 291 BGB (BSG SozR 1300 § 61 Nr 1). Soweit jedoch nach § 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGG privatrechtliche Ansprüche in den Sozialrechtsweg verwiesen werden, auf die die §§ 286, 288 und 291 BGB nicht nur entsprechend, sondern unmittelbar anzuwenden sind, enthält das SGB keine die Anwendung dieser



Vorschriften ausschließende Regelung. Mit der Rechtswegzuweisung in § 51 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGG idF durch das GRG, die den Vergütungsanspruch der Heil- und Hilfsmittelerbringer, soweit er aus Verträgen der Krankenkassen oder ihrer Verbände abgeleitet wird, in den Sozialrechtsweg verweist, sollte sich nach dem Willen des historischen Gesetzgebers an dem privatrechtlichen Charakter dieser Ansprüche (vgl hierzu GmSOGB SozR 1500 § 51 Nr 47 und 48) nichts ändern (BT-Drucks 11/3480 S 77). Ein Wille, für diese privatrechtlichen Verträge die Verzinsung abweichend vom BGB zu regeln, ist auch im Zusammenhang mit der Rechtswegzuweisung nicht erkennbar geworden.

Anders als die Honoraransprüche der Kassenärzte (jetzt Vertragsärzte) werden die Honoraransprüche der Heilmittelerbringer unmittelbar nach Abgabe der Leistung an den Versicherten fällig. Für eine abweichende Regelung der Fälligkeit nach dem hier maßgebenden ZVK-Vertrag liegen keine Anhaltspunkte vor. Die Fälligkeit wird auch nicht, wie im Kassenarztrecht, durch eine dem System immanente Wirtschaftlichkeitsprüfung hinausgezögert (BSG SozR 1200 § 44 Nr 10).

2. Die Revision ist auch hinsichtlich des Feststellungsantrags begründet. Der Zulässigkeit der Feststellungsklage steht nicht entgegen, daß die vom Kläger begehrte Feststellung die Rechtsbeziehungen zum Beigeladenen betreffen. Es ist nicht erforderlich, daß das festzustellende Rechtsverhältnis unmittelbar zwischen den Parteien des Feststellungsprozesses besteht (vgl Kopp, VwGO, 10. Aufl, § 43 RdNr 16 mwN; BSG, Urteil vom 26. September 1984, 6 RKa 46/82 = USK 84262). Mit der Feststellungsklage kann auch das Bestehen oder Nichtbestehen eines Rechtsverhältnisses zwischen dem Kläger und einem Dritten - hier dem Beigeladenen - geltend gemacht werden, wenn davon eigene Rechte des Klägers betroffen sind, wie dies hier der Fall ist. Der Kläger hat auch ein Interesse an der von ihm beantragten Feststellung geltend gemacht. Nach seinen Angaben hat er auch nach dem 1. Oktober 1991 in medizinisch besonders wichtigen Fällen an Mitglieder der Beklagten krankengymnastische Leistungen abgegeben, hierfür bislang jedoch keine Entgelte in Rechnung gestellt.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG.

