

Bundessozialgericht

Az.: 6. RKa 13/67

Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

.....

Klägerin und Revisionsklägerin,

-Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

1.

-Prozeßbevollmächtigter:

2.

-Prozeßbevollmächtigter:

3.

4.

5.

-Prozeßbevollmächtigter zu 3 bis 5:

Beklagte und Revisionsbeklagte, ...

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 30. Mai 1969 durch

Senatspräsident	Dr. L a n g k e i t	
	- Vorsitzender -,	
Bundesrichter	Dr. K r e b s	und
Bundesrichter	S p i e l m e y e r ,	
Bundessozialrichter	S c h m e u s e r	und
Bundessozialrichter	Dr. S i n g e r	

für Recht erkannt:

- 2 -

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.



- 2 -

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen vom 17. Mai 1967 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten über die Wirksamkeit des Bundesmantelvertrages für Zahnärzte (BMV-Z), den die beklagte Kassenzahnärztliche Bundesvereinigung (KZBV) am 2. Mai 1962 mit den ebenfalls beklagten Bundesverbänden der Orts-, Land-, Innungs- und Betriebskrankenkassen geschlossen hat.

Nach Ansicht der klagenden Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZÄV) Niedersachsen verstößt eine Reihe von Bestimmungen des Vertrages, seiner Anlagen und der Ergänzungsvereinbarungen vom 2. Mai 1962 und 1. Dezember 1965 gegen geltendes Recht und ist deshalb nichtig: Nach § 368 g der Reichsversicherungsordnung (RVO) müsse sich ein Bundesmantelvertrag im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften halten und auf allgemeine, d.h. grundsätzliche Fragen der kassenärztlichen Versorgung beschränken; er dürfe daher keine Einzelheiten regeln, wie in §§ 4 Abs. 6 Satz 2, 17 Abs. 3, 18 Abs. 1 Satz 2 und 22 Abs. 5 Satz 2 BMV-Z geschehen sei (Verpflichtung des Zahnarztes zur Unterrichtung der Krankenkasse über die Ablehnung einer Weiterbehandlung "unter Mitteilung der Gründe"; "sorgfältige und leserliche" Ausschreibung der Vordrucke und Bescheinigungen; näherer Inhalt des Verzeichnisses der Kassenzahnärzte; vorläufige Zahl der Prüfungsausschüsse). Auch habe der BMV-Z in den §§ 2 Abs. 1, 16 Abs. 1 und 17 Abs. 1 den gesetzlichen Begriff der kassenzahnärztlichen Versorgung (368 Abs. 2 RVO) durch Einbeziehung des Zahnersatzes und Festlegung von Auskunftspflichten der Zahnärzte gegenüber den Krankenkassen unzulässig erweitert. Der Vertrag beschränke sich ferner nicht auf eine Regelung der Beziehungen zwischen den KZÄVen und den Krankenkassen, sondern greife auch

Hinweis: Auch Teile der Urteilsammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

- 3 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

in das Verhältnis der Versicherten zu den Krankenkassen (§ 1 Abs. 1: Anspruchsberechtigung nach "Gesetz, Satzung und versicherungsrechtlichen Abkommen") und zu den Kassenzahnärzten (§ 4 Abs. 7: Anwendung des bürgerlichen Vertragsrechts) ein. Die Berufsfreiheit des Kassenzahnarztes würde unzumutbar eingeengt, wenn er seine Sprechstunden auch nach den "Gegebenheiten seines Praxisbereichs" festsetzen müßte (§ 6 Abs. 2); die Sprechstunden könnten im übrigen nur durch die einzelne KZÄV geregelt werden. Richtlinien über die Anwendung neuer Untersuchungs- und Heilmethoden hätten nach § 368 p RVO allein die Bundesausschüsse zu erlassen; Stellungnahmen eines von den Vertragspartnern gebildeten "Ausschusses für Untersuchungs- und Heilmethoden" (§ 13) seien daher ebensowenig zulässig wie die Bestimmung, daß die Richtlinien der Bundesausschüsse nicht nur beachtet werden sollen (§ 368 p Abs. 3 RVO), sondern "zu beachten sind" (§ 14 Abs. 1). Die Kassenzahnärzte seien auch nicht gehalten, den Krankenkassen "ohne besonderes Honorar" Auskünfte und Bescheinigungen zu erteilen (§ 16 Abs. 1). Eine Vorlage von Röntgenaufnahmen an den Vertrauenszahnarzt (§ 16 Abs. 2) widerspreche der ärztlichen Schweigepflicht. Die Mitwirkung eines von den Krankenkassen beauftragten Zahnarztes im Prüfverfahren dürfe sich nicht auf die "Beschlußfassung" (§ 21 Abs. 2) erstrecken. Für die Regelung des Prüfverfahrens bei Einzelleistungshonorierung (§ 22) seien nach § 368 n Abs. 5 RVO allein die Partner des Gesamtvertrages, nicht die des BMV-Z zuständig; gesetzwidrig sei auch die Vorschrift über eine paritätische Besetzung des Beschwerdeausschusses (§ 22 Abs. 3). Die Prüfungsinstanzen hätten nur die Wirtschaftlichkeit der kassenärztlichen Versorgung zu überwachen; die Feststellung sonstiger Regreßansprüche (§ 23 Abs. 1 Satz 2) dürfe ihnen nicht übertragen und der KZÄV insoweit keine Regreßpflicht auferlegt werden (§ 24). Die Regelung der Vergütung einschließlich der Wertrelationen zwischen den einzelnen Leistungen gehöre in den Gesamtvertrag; ein Bundesmantelvertrag dürfe nur einen Leistungskatalog, aber keinen Bewertungsmaßstab



(§ 26 Abs. 3, 5 und 6) enthalten und diesen erst recht nicht zur Grundlage der Honorarverteilung machen (§ 26 Abs. 3 Satz 2). Unzulässig sei ferner die in § 26 Abs. 7 vorgesehene Vereinbarung eines Bewertungsmaßstabes für Zahnersatz, die damit beabsichtigte Drosselung der Prothetikgebühren beeinträchtige die freie Berufsausübung der Zahnärzte. Die Berücksichtigung von Honorarvereinbarungen mit Universitätspolikliniken im Gesamtvertrag (§ 26 Abs. 10) sei dem Gesetz unbekannt. Die Bestimmungen über die gegenseitigen Auskunftspflichten der KZÄVen und der Krankenkassen (§ 28) gingen zu weit und seien deshalb unzulässige Eingriffe in deren Hoheitsrechte. Ob eine Krankenkasse über das Ergebnis eines von ihr angeregten Disziplinarverfahrens zu unterrichten sei (§ 29), habe allein die KZÄV zu regeln (§ 368 m Abs. 4 RVO).

In der Verfahrensordnung für die Prüfungsinstanzen (Anlage 4 des BMV-Z) sei entgegen den vom Bundessozialgericht (BSG) entwickelten Grundsätzen über die Einzelfallprüfung die Ermittlung von statistischen Durchschnittswerten vorgesehen (§ 2), auch werde die Prüfung auf zu lange Zeiträume (mehr als 2 Jahre zurück) ausgedehnt (§ 3 Abs. 2). Die Bestimmung über die Vorlage der Karteikarten des Zahnarztes (§ 7 Abs. 3) sei mit der ärztlichen Schweigepflicht nicht vereinbar. Die nach § 11 Abs. 6 zulässige Mitwirkung eines nicht stimmberechtigten Mitgliedes des Prüfungsausschusses (Kassenvertreter) bei der Entscheidung des Beschwerdeausschusses widerspreche rechtsstaatlichen Grundsätzen. Außerdem enthalte die Prüfordnung zahlreiche Einzelregelungen, die den Gesamtverträgen nach den jeweiligen örtlichen Bedürfnissen vorbehalten bleiben müßten.

Die Ergänzungsvereinbarung vom 2. Mai 1962, die für konservierende und chirurgische Leistungen den Wert eines Punktes nach dem Bewertungsmaßstab festlege (Ziff. 1 bis 3), ferner eine Empfehlung der für Zahnersatz zu vereinbarenden Gebühren enthalte und von ihrer Höhe den Punktwert für konservierende und chirurgische Leistungen abhängig mache (Ziff. 4),



sei zwar für die KZAVen und die Krankenkassen nicht unmittelbar verbindlich gewesen (Ziff. 6: erst nach deren Beitritt zu der Vereinbarung); sie habe jedoch, wie beabsichtigt, deren Vertragsautonomie mittelbar erheblich eingeschränkt. Das gleiche gelte für die Ergänzungsvereinbarung vom 1. Dezember 1965, die die frühere ersetzt habe.

Aus der Nichtigkeit der genannten Bestimmungen des BMV-Z, der ihm beigefügten Prüfordnung und der genannten Ergänzungsvereinbarungen folge nach § 139 BGB die Nichtigkeit des ganzen Vertragswerkes. Entgegen der Ansicht der Beklagten könne der Klägerin auch nicht zugemutet werden, mit der Klage zu warten, bis sich im Einzelfall eine der von ihr angegriffenen Vertragsbestimmungen konkret auswirke. Ihr Feststellungsinteresse sei schon deswegen gegeben, weil ihr eine Vielzahl von Prozessen der Krankenkassen und ihrer Verbände drohe, wenn sie sich einfach über die fraglichen Bestimmungen hinwegsetzte; unter Umständen würde ihr dann sogar die Vergütung erbrachter Leistungen vorenthalten werden. Um dem vorzubeugen, sei der gewählte Klageweg zulässig. Im übrigen könne sie ihre gesetzlichen Selbstverwaltungsaufgaben künftig nur erfüllen, wenn sie Klarheit über die bindende Wirkung der beanstandeten Regelungen habe.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage als unzulässig abgewiesen: Soweit sich die Klägerin gegen normative Bestimmungen des BMV-Z und seiner Anlagen wende, liege eine - im sozialgerichtlichen Verfahren nicht vorgesehene - abstrakte Normenkontrollklage vor; normativen Charakter hätten (mit Ausnahme der Ergänzungsvereinbarung vom 2. Mai 1962 und des § 26 Abs. 7 BMV-Z, der einen erst noch zu vereinbarenden Bewertungsmaßstab für Zahnersatz vorsehe) alle von der Klägerin angegriffenen Vertragsbestimmungen, da sie sowohl für die Klägerin selbst als auch für ihre Mitglieder unmittelbar und ohne Erfüllung weiterer Voraussetzungen verbindlich seien. Soweit das Feststellungsbegehren der

Klägerin sich gegen Vereinbarungen ohne normative Wirkung richte, seien weder ihre eigenen Rechte betroffen, noch habe sie ein Feststellungsinteresse; ihre Einwände gegen die Ergänzungsvereinbarung könne sie im Schiedsverfahren geltend machen und habe dies auch schon getan (Urteil vom 28. Juli 1965).

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Klägerin mit im wesentlichen gleicher Begründung zurückgewiesen. Es hat die Feststellungsklage hinsichtlich der nichtnormativen Bestimmungen schon deswegen für unzulässig gehalten, weil sie kein zwischen der Klägerin und den Beklagten bestehendes Rechtsverhältnis betreffe (Urteil vom 17. Mai 1967).

Die Klägerin rügt mit der zugelassenen Revision, die Vorinstanzen hätten die von ihr beanstandeten Bestimmungen zu Unrecht als normativ angesehen, namentlich bestehe keine normative Bindung der KZÄVen an den BMV-Z. Unverbindlich seien für sie jedenfalls diejenigen Bestimmungen, zu deren Erlaß die Parteien des Bundesmantelvertrags nicht zuständig gewesen seien, weil sie nicht zum "allgemeinen Inhalt" der Gesamtverträge gehörten (§ 368 g Abs. 2 RVO). Zulässig sei auch die Klage gegen die nichtnormativen Teile des Vertragswerkes, insofern sei sie mittelbar in ihren Rechten, insbesondere in ihrer Vertragsautonomie, betroffen.

Die Klägerin beantragt,

die Urteile des LSG und des SG aufzuheben und festzustellen,

- a) daß der zwischen der Beklagten zu 1 und den Beklagten zu 2 bis 5 geschlossene Bundesmantelvertrag-Zahnärzte vom 2. Mai 1962 nebst Anlagen nichtig und für die Klägerin unverbindlich ist, und zwar seinem ganzen Umfange nach,

h i l f s w e i s e

jedenfalls hinsichtlich folgender Bestimmungen:



§ 1 Abs. 1; § 2 Abs. 1; § 4 Abs. 6 u. 7;
§ 6 Abs. 2; § 13; § 14 Abs. 1; § 16 Abs. 1 u. 2;
§ 17 Abs. 1 u. 3; § 18 Abs. 1; § 21 Abs. 2; § 22;
§ 23; § 24; § 26 Abs. 3, 5, 7, 9 u. 10; § 28; § 29
sowie der Bestimmungen der Anlage 4 des Vertrages,

- b) daß die zu diesem Vertrag zwischen den Parteien
getroffenen Ergänzungsvereinbarungen vom 2. Mai 1962
und 1. Dezember 1965 unwirksam waren.

Die Beklagten beantragen unter Hinweis auf die ihrer
Ansicht nach zutreffende Entscheidung des LSG,

die Revision zurückzuweisen.

II

Der Senat hat unter Mitwirkung je eines Bundessozialrichters aus den Kreisen der Krankenkassen und der Kassenzahnärzte entschieden, da Gegenstand des Rechtsstreits eine Vereinbarung der beiderseitigen Spitzenverbände und damit ein Akt der gemeinsamen Selbstverwaltung ist (vgl. Urteil des Senats vom 24. September 1968, 6 RKa 31/66, insoweit in BSG 28, 224 nicht mitabgedruckt).

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet. Die Vorinstanzen haben ihre Feststellungsklage im Ergebnis zutreffend, wenn auch teilweise aus anderen Erwägungen als der Senat, für unzulässig gehalten.

Unter welchen Voraussetzungen im sozialgerichtlichen Verfahren Rechtsschutz begehrt werden kann, ist in den §§ 54 und 55 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) geregelt. Danach muß entweder ein den Kläger beschwerender Verwaltungsakt ergangen, der Erlaß eines von ihm beantragten begünstigenden Verwaltungsakts unterblieben, ihm eine beanspruchte Leistung vorenthalten oder zwischen den Beteiligten eine bestimmte Rechtsbeziehung streitig geworden sein. Allen diesen Fällen ist gemeinsam, daß die



Beteiligten aus gegebenem Anlaß - weil ein bestimmter, rechtlich relevanter Sachverhalt eingetreten ist - über die Anwendung oder Nichtanwendung einer Rechtsnorm streiten. Ohne einen solchen aktuellen Anlaß kann im sozialgerichtlichen Verfahren grundsätzlich kein Rechtsschutz gewährt werden. Das trifft auch für die in § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG vorgesehene Feststellungsklage zu. Auch sie setzt voraus, daß der Streit das Bestehen oder Nichtbestehen eines Rechtsverhältnisses, d.h. einer aus einem bestimmten Lebenssachverhalt abgeleiteten Rechtsbeziehung betrifft (zum Begriff des Rechtsverhältnisses vgl. Rosenberg, Lehrbuch des deutschen Zivilprozeßrechts, 8. Aufl., § 86 II 1a, S. 404; Baumbach/Lauterbach, Zivilprozeßordnung - ZPO -, 27. Auflage, § 256 Anm. 2 A). Für eine von einem konkreten Sachverhalt losgelöste - abstrakte - Normenkontrolle ist in der SGB kein Raum (vgl. BSG 28, 224, 225 mit weiteren Nachweisen aus der Rechtsprechung des Senats). Insofern unterscheidet sich das sozialgerichtliche Verfahren von dem der allgemeinen Verwaltungsgerichtsbarkeit (vgl. § 47 VwGO) und dem der Arbeitsgerichte, die nach § 2 Abs. 1 Nr. 1 des Arbeitsgerichtsgesetzes (ArbGG) u.a. für Streitigkeiten "aus Tarifverträgen oder über das Bestehen oder Nichtbestehen von Tarifverträgen" zuständig sind (dazu werden allgemein auch Streitigkeiten über normative Tarifbestimmungen, insbesondere ihre Gültigkeit und Auslegung, gerechnet, vgl. BAG 5, 107; Stein-Jonas, Komm. zur ZPO, 19. Aufl., § 256 Erl. VI 1 mit Nachweisen; Auffarth/Schönherr, ArbGG 2. Aufl., B § 46-45/1 u. 3).

Der vorliegende Rechtsstreit betrifft zunächst insoweit die Gültigkeit von Normen, als die Feststellungsklage sich gegen eine Reihe von Bestimmungen des BMV-Z und seiner Anlage 4 (Prüfordnung) richtet.

Nach § 368g Abs. 1 und Abs. 2 Satz 1 RVO ist die kassenärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und ^{der} Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche



Verträge (Gesamtverträge) der KÄVen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden so zu regeln, daß eine gleichmäßige, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Kranken gewährleistet ist und daß die ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen angemessen vergütet werden. Den allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge vereinbaren nach § 368 Abs. 2 Satz 2 RVO die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Bundesverbänden der Krankenkassen in Mantelverträgen (Bundesmantelverträge).

Wie schon dem Wortlaut dieser Vorschriften zu entnehmen ist, hat der Gesetzgeber den darin genannten Körperschaften die "Regelung", d.h. die Normierung des - durch Gesetz und Richtlinien der Bundesausschüsse nur dem Rahmen nach abgesteckten - Bereichs der kassenärztlichen Versorgung aufgetragen und überlassen. Da dieser Bereich die Interessen der Kassenärzte und der Krankenkassen gleichermaßen berührt, ist der Auftrag und die Ermächtigung zur Rechtsetzung den beiderseitigen Organisationen gemeinsam erteilt und demgemäß als Instrument der Regelung der Abschluß eines "Vertrages" (einer "vertraglichen Vereinbarung", § 368 h Abs. 1 Satz 3 RVO) vorgesehen worden. Mit der Wahl der Vertragsform hat der Gesetzgeber - ähnlich wie im Tarifvertragsrecht - lediglich die gleichberechtigte Beteiligung beider Seiten an der Normsetzung sicherstellen wollen (zu den verschiedenen möglichen Beteiligungs- und Mitwirkungsformen bei der Rechtsetzung vgl. Urteil des Senats vom 21. Januar 1969, 6 RKa 27/67, dort besonders für das in § 368 f Abs. 1 RVO vorgesehene "Benehmen" der KÄVen mit den Krankenkassen bei der Festsetzung des Honorarverteilungsmaßstabes). Daß im übrigen im Vertrags- bzw. Vereinbarungswege Recht gesetzt werden kann, ist auch sonst nicht ungewöhnlich (vgl. § 1 des Tarifvertragsgesetzes, der den Tarifvertragsparteien die Ermächtigung zur normativen Regelung der Arbeitsverhältnisse in der Form des Vertrages gibt, BAG 4, 240, 250 ff, und allgemein zur



Rechtsvereinbarung als Rechtsquelle Wolff, Verwaltungsrecht I, 7. Aufl., § 25 X, S. 124).

Soweit hiernach die Vertragspartner auf Grund von § 368 g RVO von der "ihnen gemeinsam erteilten Rechtsetzungsermächtigung" (BSG 28, 75 Mitte) Gebrauch machen, sie also nicht nur schuldrechtliche Verpflichtungen im Verhältnis zueinander begründen (zum obligatorischen Teil des Tarifvertrages vgl. Hueck/Nipperdey, Lehrbuch des Arbeitsrechts, 7. Aufl., II. Band, § 16, S. 301 ff; Hueck/Nipperdey/Stahlhacke, Tarifvertragsgesetz, 4. Aufl., § 1 Anm. 81 ff), schaffen sie für die ihrer Rechtsetzungsmacht Unterworfenen objektives Recht. Das ist für die Mitglieder der KÄVen auch ausdrücklich im Gesetz festgelegt (§§ 368 a Abs. 4, 368 m Abs. 2 RVO; dazu BSG 27, 146, 150; 28, 73, 75) und nahezu allgemein anerkannt.

Die insoweit von der Klägerin im Anschluß an Sieg (SGb 1965, 289 f) vorgetragenen Bedenken sind nicht begründet. Daß, wie Sieg meint, die KÄV bei Abschluß der Gesamtverträge nicht kraft einer ihr verliehenen Rechtsetzungsmacht, sondern als gesetzliche Vertreterin der Kassenärzte handelt, ist schon mit dem Wortlaut des Gesetzes kaum vereinbar und wäre auch von der Sache her, insbesondere wegen der dabei vorausgesetzten "partiellen sozialen Entmündigung" der Vertretenen (so in der Tat Ramm für das Tarifvertragsrecht, dessen Gedankengänge dort indessen allgemein abgelehnt werden, vgl. Hueck/Nipperdey/Stahlhacke, aaO § 1 Anm. 17, und Hueck/Nipperdey, Lehrbuch aaO, § 18 Anm. 23 a, S. 350), keine angemessene Erklärung für die Verbindlichkeit der Verträge. Es kommt hinzu, daß die KÄV, wenn sie gesetzliche Vertreterin der Kassenärzte wäre, Rechte und Pflichten für diese nur im Verhältnis zu ihrem Vertragspartner, der Krankenkasse, begründen könnte, was dem geltenden Recht widerspräche, das unmittelbare Rechtsbeziehungen des Kassenarztes lediglich mit seiner KÄV und nicht mehr gegenüber der Krankenkasse kennt (vgl. Jantz/Prange, Das gesamte Kassenarztrecht, C.-II. -§ 368 a, Erl. IV 1; Hess/Venter, Das Gesetz über Kassenarztrecht, § 368 a,



Erl. I 3, S. 115; für den Vergütungsanspruch vgl. auch SozR Nr. 31 zu § 75 SGG, wo gesagt ist, daß die KÄV als Trägerin des Vergütungsanspruchs diesen selbst im Falle der Einzelleistungshonorierung nicht "in Vertretung" ihrer Mitglieder, sondern im eigenen Namen geltend macht). Der - im bürgerlichen Recht-geprägte - Begriff der gesetzlichen Vertretung würde auch nicht erklären, warum die KÄV nicht nur mit Wirkung für die ihr bei Vertragsabschluß angehörenden, sondern ihre jeweiligen (derzeitigen und zukünftigen) Mitglieder handeln darf, während es andererseits eine häufige Erscheinung unseres Rechtslebens ist, daß sich das Satzungsrecht einer Körperschaft ohne weiteres auf neu eingetretene Mitglieder erstreckt, wie umgekehrt seine Verbindlichkeit von selbst wieder mit dem Ausscheiden aus der Mitgliedschaft endet. Schließlich spricht auch § 368 m Abs. 2 RVO, wonach die von den Bundesvereinigungen abgeschlossenen Verträge auf dem Wege über die "Satzungen" der KÄVen für deren Mitglieder verbindlich werden, für die Annahme, daß es sich insoweit um eine normative und nicht um eine aus dem Gedanken der "Repräsentanz" (Sieg) abgeleitete Verbindlichkeit handelt (für die normative Wirkung von Gesamtverträgen auch Hess/Venter aaO, § 368 g, Erl. I 4, S. 226 f; Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, 4. Aufl., § 368 g, Anm. 5 und die dort Genannten; ferner Weidner, DOK 1967, 253, Küchenhoff, SGB 1969, 81, 85; Jantz/Prange aaO, C.-II. -§ 368 g, Erl. III 2 b, sprechen von "einer Art normativer Wirkung"; Peters, Handbuch der Krankenversicherung, 17. Aufl., § 368 g, Anm. 3, verneint eine Bindungswirkung gegenüber den Mitgliedern der Krankenkassen; unentschieden Hueck/Nipperdey, Lehrbuch aaO, § 18 Anm. 10 a, S. 345).

Wie die eben erwähnte Vorschrift des § 368 m Abs. 2 RVO zeigt, haben normative Wirkung nicht nur die zwischen den KÄVen und Krankenkassen geschlossenen Gesamtverträge (§ 368 g Abs. 2 Satz 1 RVO), sondern auch die auf



"Bundesebene" – zwischen den Bundesvereinigungen der Kassenärzte und Kassenzahnärzte einerseits und den Bundesverbänden der Krankenkassen andererseits – vereinbarten Bundesmantelverträge (§ 368 g Abs. 2 Satz 2 RVO). Für die Mitglieder der KÄVen, die Kassenärzte, ist dies in § 368 m Abs. 2 RVO ausdrücklich bestimmt (vgl. dazu BSG 27, 146, 150; 28, 73, 75), trifft aber auch für die KÄVen zu, soweit sie selbst und nicht die einzelnen Kassenärzte die Normadressaten sind, was namentlich für die Regelung der Vergütungsbeziehungen zu den Krankenkassen gilt. Ob sich dabei die Bindung der KÄVen an bundesmantelvertragliche Regelungen schon aus ihrer mitgliedschaftlichen Stellung innerhalb der Bundesvereinigung ergibt, wie das SG gemeint hat, kann dahinstehen. Sie ist jedenfalls dem § 368 g Abs. 2 Satz 2 RVO zu entnehmen, der die Vereinbarung des "allgemeinen Inhalts der Gesamtverträge" den beiderseitigen Spitzenverbänden überläßt. Demnach werden auch Bestimmungen in den Bundesmantelverträgen, die die KÄV selbst betreffen, "kraft der ihnen vom Gesetz (§ 368 g Abs. 2 Satz 2 RVO) beilegenden normativen Wirkung allgemeiner Inhalt der Gesamtverträge, ohne daß es hierüber einer Vereinbarung der am Gesamtvertrag Beteiligten ... bedarf" (BSG 20, 73, 81; ähnlich Hess/Venter aaO, § 368 g, Erl. I 4a, S. 227, und Küchenhoff aaO S. 85 li.Sp. unten); nach geltendem Recht brauchen auch die Parteien des Bundesmantelvertrages ihre Vereinbarungen, um ihnen Verbindlichkeit zu verleihen, nicht mehr für allgemein gültig zu erklären (anders früher § 368 Abs. 2 Satz 2 RVO aF). Die normative Bindung der KÄV an diejenigen Regelungen des Bundesmantelvertrags, die sich an sie wenden, hat dabei ihr Gegenstück in einer entsprechenden Bindung der Krankenkassen (vgl. § 414 b Abs. 2 RVO).

Die hier von der Klägerin beanstandeten Bestimmungen des BMV-Z und seiner Anlage 4 (Prüfordnung) richten sich zu einem Teil an die einzelnen Kassenzahnärzte (§§ 4 Abs. 6 und Abs. 7, 6 Abs. 2, 13 Abs. 2 Satz 2, 14 Abs. 1,



16 Abs. 1 und Abs. 2, 17 Abs. 1 und Abs. 3; § 7 Abs. 3 der Prüfordnung) zum anderen Teil – jedenfalls in erster Linie – an die KZÄVen (§§ 18 Abs. 1, 21 Abs. 2, 22, 23, 24, 26 Abs. 3, Abs. 5 und Abs. 10, 28, 29 sowie die Bestimmungen der Prüfordnung). Soweit die Klägerin Regelungen über den Kreis der leistungsberechtigten Personen und den sachlichen Umfang der kassenärztlichen Versorgung angreift (§§ 1 Abs. 1 Satz 1, 2 Abs. 2), sind sowohl die Kassenzahnärzte als auch deren Vereinigungen (als Träger der Vergütungsansprüche gegenüber den Krankenkassen) angesprochen. Von diesen Unterschieden abgesehen, ist allen genannten Bestimmungen gemeinsam, daß die Parteien des BMV-Z mit ihnen nicht ihre eigenen Rechtsbeziehungen, sondern die Rechtstellung Dritter – der Kassenzahnärzte und der KZÄVen – haben regeln, also auf Grund der Rechtsetzungsermächtigung in § 368 g Abs. 2 RVO Normen haben schaffen wollen (zu der für Normen kennzeichnenden "Drittwirkung" vgl. SozR Nr. 1 zur Vertragsordnung für Kassenzahnärzte vom 27. August 1935). Darüber hinaus entspricht auch die inhaltliche Struktur der angeführten Bestimmungen der von Normen: Sie begründen nicht für einen Einzelfall konkrete Rechte und Pflichten, sondern legen für eine unbestimmte Vielzahl von Fällen eine abstrakt formulierte Rechtsfolge fest.

Die von der Klägerin erhobene Klage auf Feststellung der Nichtigkeit der genannten Bestimmungen ist somit als eine – im sozialgerichtlichen Verfahren nicht zugelassene – Normenkontrollklage anzusehen und als solche unstatthaft. Ob sie im übrigen selbst bei einer anderen Verfahrensgestaltung gegen solche Bestimmungen hätte erhoben werden können, die nicht die Klägerin, sondern ihre Mitglieder betreffen, bleibt dahingestellt.

Die Klägerin kann ihre Klage auch nicht damit zulässig machen, daß sie den Parteien des BMV-Z die Zuständigkeit

zum Erlaß gewisser Vertragsbestimmungen bestreitet, weil mit ihnen nicht mehr der "allgemeine" Inhalt der Gesamtverträge, sondern Einzelheiten geregelt würden. Der Senat braucht nicht zu entscheiden, ob zum allgemeinen Inhalt der Gesamtverträge, wie die Klägerin meint, nur Regelungen grundsätzlicher Art gehören. Selbst wenn dies zuträfe und gewisse Bestimmungen des BMV-Z den solcherart abgesteckten Ermächtigungsrahmen überschritten, so würde das zwar die fraglichen Regelungen unwirksam machen, an ihrer Normqualität jedoch nichts ändern. Auch ungültige Normen sind Normen und werden, wenn der Weg zu ihrer unmittelbaren Überprüfung prozessual verschlossen ist, nicht auf dem Umweg über eine Zuständigkeitsrüge überprüfbar.

Unzulässig ist ferner die Klage, soweit sie sich gegen § 26 Abs. 7 BMV-Z (noch zu vereinbarenden Bewertungsmaßstab für Zahnersatz) und gegen § 26 Abs. 9 BMV-Z mit den darin vorgesehenen Ergänzungsvereinbarungen über den Punktwert der Bewertungsmaßstäbe richtet.

Wie schon ausgeführt, enthält der bei Abschluß des BMV-Z mitvereinbarte Bewertungsmaßstab für konservierende und chirurgische Verrichtungen (§ 26 Abs. 3 und 5 sowie Anlage A) eine normative Regelung der von den Kassenzahnärzten abzurechnenden und von den Krankenkassen zu vergütenden Leistungen (vgl. auch BSG 20, 73, 81, wonach die Festsetzung des Bewertungsmaßstabes zum bindenden Teil des Mantelvertrages gehört). Demgegenüber hat die Abrede über einen erst noch zu vereinbarenden Bewertungsmaßstab für Zahnersatz (§ 26 Abs. 7 BMV-Z) als solche keine Normwirkung; sie begründet vielmehr - in Verbindung mit Ziffer 4 der Ergänzungsvereinbarung vom 2. Mai 1962 (Inkrafttreten des Bewertungsmaßstabes bis spätestens 1. Januar 1965) - nur eine gegenseitige Verpflichtung der Vertragspartner. Das Besondere dieser Abrede liegt indessen gerade darin, daß sie nicht, wie etwa ein schuldrechtlicher Vertrag des bürgerlichen Rechts, auf den Austausch von Leistungen zielt, sondern die gemeinsame Hervorbringung von Normen bezweckt,



insofern den Normierungsakt vorbereitet und damit der Sache nach zu ihm gehört. Schon aus diesem Grund kann eine Klage, die gegen die "fertige" Norm nicht zulässig wäre, auch gegen eine ihrer Vorbereitung dienende Maßnahme nicht zulässig sein. Im übrigen ist selbst dort, wo das Verfahrensrecht die Möglichkeit einer unmittelbaren Normenkontrolle gibt, die Klage grundsätzlich nur gegen die bereits erlassene, nicht gegen die noch in der Entstehung begriffene Norm zulässig (vgl. für Verfassungsbeschwerden Leibholz/Rupprecht, Bundesverfassungsgerichtsgesetz, § 90 Anm. 31). Dem künftigen Erlaß einer Norm kann mithin der Kläger in der Regel nicht im Vorbereitungs- oder Entstehungsstadium mit der Klage zuvorkommen. Eben das versucht hier aber in Wirklichkeit die Klägerin. Ob ihrer Feststellungsklage darüber hinaus die Zulässigkeitsvoraussetzungen des § 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG (Rechtsverhältnis und Feststellungsinteresse) fehlen, wie die Vorinstanzen mit jeweils verschiedener Begründung gemeint haben, kann der Senat offenlassen.

Schließlich hat das LSG auch die Klage gegen die Ergänzungsvereinbarungen vom 2. Mai 1962 und 1. Dezember 1965 im Ergebnis zutreffend für unzulässig gehalten. Bei diesen – inzwischen zeitlich überholten – Vereinbarungen handelte es sich zwar nicht um zwingende (unabdingbare) Regelungen wie bei den von der Klägerin angegriffenen Bestimmungen des BMV-Z. Den Parteien des Gesamtvertrages d.h. den KZÄVen und den Krankenkassen, war vielmehr die Entscheidung überlassen worden, ob sie den von den Spitzenverbänden getroffenen Vereinbarungen "beitreten" bzw. ihren "Empfehlungen" folgen wollten. Gleichwohl enthielten auch diese Vereinbarungen Normativbestimmungen. Besonders deutlich war dies bei der ersten Ergänzungsvereinbarung, die (in Verbindung mit dem Bewertungsmaßstab der Anlage A des BMV-Z) für die Zeit ab 1. Juli 1962 praktisch eine fertige Gebührenordnung für die konservierenden und chirurgischen Leistungen der Kassenzahn-



ärzte bereitstellte und zugleich gewisse Anpassungsregelungen traf (Ziff. 1 bis 4). Daß diese Gebührenordnung – ähnlich wie die spätere amtliche Gebührenordnung vom 18. März 1965 (vgl. deren § 1 Satz 2) – durch andere (eigene) Vereinbarungen der Normadressaten ersetzt werden konnte, also abdingbar war, änderte nichts an ihrer Normativität. Auch dispositive Normen können als solche im sozialgerichtlichen Verfahren nicht unmittelbar mit der Klage angegriffen werden.

Allerdings mag es auch hier nicht gänzlich ausgeschlossen sein, einem Kläger, dem durch eine erst bevorstehende Anwendung einer Rechtsnorm Nachteile drohen, vorbeugenden Rechtsschutz zu gewähren (vgl. BSG 28, 224, 226). Eine solche – vom Senat erwogene – Möglichkeit scheidet jedoch aus, wenn es, wie hier, noch nicht zu einer greifbaren Gefährdung berechtigter Interessen gekommen ist, oder wenn die Gefährdung auf einem anderen zumutbaren Wege abgewendet werden kann. Im vorliegenden Fall drohen der Klägerin, auch wenn sie die von ihr beanstandeten Vertragsbestimmungen nicht anwenden würde (von einer entsprechenden Absicht hat sie bisher nichts verlauten lassen), weder von Seiten derjenigen Körperschaften, die den BMV-Z geschlossen haben, noch von Seiten ihrer eigenen Vertragspartner (Krankenkassen) unmittelbare Zwangsmaßnahmen. Soweit sich die Anwendung oder Nichtanwendung einzelner Vertragsbestimmungen auf die Honorierung der von den Mitgliedern der Klägerin ausgeführten Leistungen auswirken sollte, könnten die streitigen Rechtsfragen im Rahmen eines mit einer Krankenkasse zu führenden Honorarprozesses ausgetragen werden. Soweit sich schließlich die Klägerin durch die Ergänzungsvereinbarungen über den Punktwert der kassenzahnärztlichen Leistungen in ihrer Vertragsfreiheit gegenüber den Krankenkassen beeinträchtigt glaubt, muß sie sich auf den Weg eines Schiedsverfahrens verweisen lassen, in dem auch die Zulässigkeit der Vereinbarungen überprüft werden könnte.

Die Vorinstanzen haben somit die von der Klägerin erhobene



- 17 -

Feststellungsklage im Ergebnis zutreffend als unzulässig
abgewiesen. Ihre Revision ist unbegründet.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)