

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: 6 RKa 36/93

.....,

Klägerin und Revisionsklägerin,

g e g e n

1. Allgemeine Ortskrankenkasse Berlin,
Berlin, Mehringplatz 15,
2. Betriebskrankenkassen-Landesverbände Berlin-Brandenburg,
Berlin, Nonnendammallee 104-107,
3. IKK-Landesverband Brandenburg und Berlin,
Berlin, Ordensmeisterstraße 15,
4. Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,
5. Verband der Arbeiter-Ersatzkassen e.V.,
Siegburg, Frankfurter Straße 84,

Prozeßbevollmächtigter zu 1 bis 5:



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



6. Kassenärztliche Vereinigung Berlin,
Berlin, Bismarckstraße 95/96,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 15. März 1995 durch den Richter Dr. E n g e l m a n n als Vorsitzenden,
die Richter S t e e g e und Dr. U d s c h i n g sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. S e b a l d und Dr. O l d i g e s für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 4. August 1993 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat den Beklagten deren Aufwendungen für das Revisionsverfahren zu erstatten.



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Gründe:

I

Die Polikliniken der klagenden F. U. B. sind zur ambulanten Behandlung von Versicherten ermächtigt. Nachdem eine zwischen der Klägerin und der zu 6) beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) getroffene Vereinbarung über die Durchführung und Vergütung der in den Polikliniken der Klägerin erbrachten ärztlichen Leistungen zum 30. Juni 1989 ausgelaufen war, konnte sich die Klägerin nicht mit den beklagten Krankenkassen bzw Krankenkassenverbänden (Beklagte zu 1) bis 5)) und der KÄV über den Abschluß einer neuen Vergütungsregelung einigen. Die Beklagten zu 1) bis 5) und die KÄV schlossen daraufhin die Vereinbarung vom 1. August 1990 über die Vergütung der in den Polikliniken der Klägerin erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. In § 2 der Vereinbarung, die den Zeitraum vom 1. Januar 1989 bis 31. Dezember 1991 erfaßt, ist bestimmt, daß die Vergütung durch einen Pauschalbetrag für jeden einzelnen Behandlungsfall erfolgt. Als Pauschbeträge wurden 60,00 DM für das zweite Halbjahr 1989, 62,50 DM für das Jahr 1990 und 64,00 DM für das Jahr 1991 vereinbart.

Das von der Klägerin angerufene Sozialgericht (SG) Berlin hat festgestellt, daß die Regelungen in § 1 und § 2 der Vereinbarung vom 1. August 1990 rechtswidrig sind (Urteil vom 27. November 1991). Auf die Berufungen der Beklagten zu 1) bis 6) hat das Landessozialgericht (LSG) Berlin das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen (Urteil vom 4. August 1993). Zur Begründung hat es im wesentlichen ausgeführt, die auf die Feststellung gerichtete Klage, daß die Klägerin an der Vereinbarung vom 1. August 1990 hätte mitwirken müssen, sei zulässig, jedoch nicht begründet. Die Beklagten seien berechtigt gewesen, die Vereinbarung ohne Mitwirkung oder Zustimmung der Klägerin zu treffen. Die Vereinbarung regle einen der Gesamtvergütung zuzurechnenden Teilbereich. Sie beruhe auf der Ermächtigungsgrundlage des § 85 iVm § 82 Abs 2, § 83 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V). Nach § 85 Abs 2 SGB V könne die Gesamtvergütung nach einer Fallpauschale berechnet werden, was hier geschehen sei. Aus § 120 SGB V ergebe sich nichts Abweichendes. Abs 1 der Vorschrift regle den Vergütungsanspruch für die in Polikliniken erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen. Nach § 120 Abs 3 SGB V könne die Vergütung dieser Leistungen pauschaliert werden. Da der Kreis der Berechtigten in Abs 3 der Vorschrift nicht erweitert worden sei, richte sich die Durchführung der Pauschalierung nach den allgemeinen Regelungen der §§ 82 ff SGB V. Danach wirkten die Leistungserbringer bei der Festlegung der Vergütung nicht mit. Etwas anderes gelte nur in den Fällen, in denen dies - wie etwa bei der Regelung des § 120 Abs 2 SGB V - ausdrücklich bestimmt sei. Die Klägerin sei auch nicht durch die Festlegung der Vergütung im einzelnen in ihren Rechten verletzt. Das zeige ein Vergleich mit den durchschnittlichen Fallkosten der niedergelassenen Vertragsärzte aller



Fachgruppen sowie mit den im Bereich anderer KÄVen geltenden pauschalen Vergütungen.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt die Klägerin die Verletzung formellen und materiellen Rechts. Bedenken bestünden gegen die ordnungsgemäße Besetzung des Berufungsgerichts, das mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Kassenärzte entschieden habe, obwohl sie, die Klägerin, weder der KÄV angehöre noch in den Zulassungsgremien vertreten sei. In der Sache verletze die Entscheidung § 120 iVm § 117 SGB V. Die Beteiligten seien verpflichtet gewesen, im Wege eines dreiseitigen Vertrages eine pauschalierte Gesamtvergütung zu vereinbaren. Demgegenüber hätte eine zweiseitige Vereinbarung nicht abgeschlossen werden dürfen. Sei sie - wie hier - trotzdem getroffen worden, könne sie jedenfalls nicht als gesamtvertragliche Regelung qualifiziert werden. Zwar gestatte § 120 Abs 3 SGB V bei ambulanten poliklinischen Leistungen eine Pauschalierung der Vergütung. Jedoch bedürfe es dazu der Zustimmung des Poliklinikträgers. Komme eine Einigung nicht zustande, verbleibe es bei der Einzelleistungsvergütung gemäß § 120 Abs 1 SGB V. Das ergebe sich aus einer historischen Betrachtung der Vorschriften. Ausgangspunkt der heutigen Regelung sei § 368n der Reichsversicherungsordnung (RVO), nach dem zwischen der KÄV und den Polikliniken eine Vereinbarung über die Vergütung zu treffen war. Der Begründung des Gesetzesentwurfs zum SGB V sei nicht zu entnehmen, daß mit den jetzigen Regelungen eine Statusverschlechterung zu Lasten der Hochschulklinikträger beabsichtigt gewesen sei. In diesem Sinne sei § 117 Satz 3 SGB V dahin zu verstehen, daß mit der näheren Durchführung der Ermächtigung zur Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen auch die Frage ihrer pauschalierten Vergütung erfaßt sei. Aus allem folge, daß eine vertragliche Vereinbarung zur Pauschalierung der Vergütungen der poliklinischen Leistungen nur mit ihrer, der Klägerin, Mitwirkung habe geschlossen werden können.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Landessozialgerichts Berlin vom 4. August 1993 aufzuheben und die Berufungen der Beklagten zu 1) bis 6) gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. November 1991 zurückzuweisen,
hilfsweise,
das Urteil des Landessozialgerichts Berlin aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückzuverweisen.

Die Beklagten zu 1) bis 6) beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das angefochtene Urteil für zutreffend und verweisen ergänzend darauf, daß die poliklinischen Institutsambulanzen rechtlich gesehen "ärztlich geleitete Einrichtungen"



darstellten, die an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung teilnahmen und zu ermächtigen seien. Die Ermächtigung bewirke gemäß § 95 Abs 1 SGB V, daß die vertraglichen Bestimmungen über die vertragsärztliche Versorgung für die ärztlich geleiteten Einrichtungen verbindlich seien. Nach § 82 Abs 2 SGB V werde die Vergütung der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden ärztlich geleiteten Einrichtungen von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den KÄVen durch Gesamtverträge geregelt. Damit habe der Gesetzgeber des SGB V die Polikliniken in das Rechtssystem der vertragsärztlichen Versorgung integriert und zwar im Gegensatz zu der vorher geltenden Rechtslage nach § 368n Abs 3 RVO. Daraus folge, daß auch die Vergütung der in ermächtigten Polikliniken zur ambulanten Behandlung der Versicherten erbrachten Leistungen der kollektiven verbindlichen Vertragsgestaltung durch die Landesverbände der Krankenkassen und die KÄVen unterliege. Diese Bindung stelle zwar eine Drittwirkung kraft gesetzlicher Ermächtigung, nicht aber einen Eingriff in geschützte subjektive Rechte Dritter dar. Demzufolge sei auch den Vertragsärzten, ermächtigten Ärzten und ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtungen verwehrt, Gesamtverträge über die Vergütung anzufechten (Hinweis auf Urteil des Bundessozialgerichts <BSG> vom 14. Juli 1965 - 6 RKa 27/61 -).

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>) einverstanden erklärt.

II

Die Revision der Klägerin ist nicht begründet.

Der Senat hat, ebenso wie das LSG, in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Krankenkassen und der Kassenärzte entschieden (zur Besetzung s zB BSGE 70, 246, 249 = SozR 3-2500 § 106 Nr 10). Bei Streitigkeiten zwischen den durch die §§ 115 ff SGB V in die kassenärztliche Versorgung einbezogenen Krankenhäusern bzw Krankenhausträgern einerseits und den Landesverbänden der Krankenkassen und den KÄVen andererseits über die Frage, welche Stellen bei Vereinbarungen über die Vergütung von kassenärztlichen Leistungen mitzuwirken haben, handelt es sich um eine die gemeinsame Selbstverwaltung der Ärzte und Krankenkassen betreffende Frage, die den Angelegenheiten des Kassenarztrechts gemäß § 12 Abs 3 Satz 1 SGG zuzuordnen ist. Die Besetzungsrüge der Klägerin geht mithin fehl.

Die auf die Feststellung ihrer Mitwirkungsberechtigung an der Vergütungsvereinbarung gerichtete Klage der Klägerin ist gemäß § 55 Abs 1 Nr 1 SGG statthaft. Zwar wollte die Klägerin zunächst die Rechtswidrigkeit von Teilen der Vergütungsvereinbarung vom 1. August 1990 festgestellt haben. Mit diesem Begehren wäre die Feststellungsklage



indessen unzulässig gewesen. Bei der Vereinbarung handelt es sich nämlich, wie noch auszuführen ist, um eine vertragliche Regelung in der Form des Normsetzungsvertrages und damit um eine Rechtsnorm. Diese kann von den Leistungserbringern nicht unmittelbar mit der Anfechtungsklage oder mit der Klage auf Feststellung der Nichtigkeit des Vertrages angegriffen werden (so ausdrücklich für den Gesamtvertrag: BSG SozR Nr 2 zu § 368h RVO; für weitere Normsetzungsverträge: BSGE 71, 42 = SozR 3-2500 § 87 Nr 4, mwN; s auch BSGE 70, 240, 242 = SozR 3-5533 Allg Nr 1; Funk in SchulIn, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1 - Krankenversicherungsrecht -, 1994, § 32 RdNr 97). Das Berufungsgericht hat die Klage aber zutreffend in eine Klage auf Feststellung von Rechten und Pflichten, die sich aus Rechtsnormen ergeben, umgedeutet (zur Umdeutung in diesen Fällen s Kopp, VwGO, 10. Aufl 1994, § 43 RdNr 8, 14). Mit diesem Begehren ist die Feststellungsklage statthaft.

Obwohl sich die von der Klägerin geltend gemachten Mitwirkungsrechte auf ein in der Vergangenheit liegendes, nämlich zum 31. Dezember 1991 ausgelaufenes Rechtsverhältnis beziehen, ist ein berechtigtes Interesse an der alsbaldigen Feststellung ihrer Mitwirkungsberechtigung anzuerkennen (vgl Kopp, aaO, § 43 RdNr 25; Meyer-Ladewig, SGG, 5. Aufl 1993, § 55 RdNr 8). Die Beklagten nehmen für sich in Anspruch, entsprechende Vergütungsvereinbarungen auch in Zukunft ohne Mitwirkung der Klägerin zu schließen. Damit ist eine Wiederholungsgefahr zu bejahen, die für die Annahme eines berechtigten Interesses im aufgezeigten Sinne ausreichend ist. Der Zulässigkeit der Feststellungsklage steht auch ihre grundsätzliche Subsidiarität nicht entgegen. Zwar hatte die Klägerin die Möglichkeit, die Honorarabrechnungsbescheide der Beklagten anzufechten und damit inzidenter die Rechtmäßigkeit der ohne ihre Mitwirkung getroffenen Vereinbarung vom 1. August 1990 überprüfen zu lassen. Es ist aber davon auszugehen, daß sich die Beklagten, sofern das von der Klägerin erstrebte Begehren zum Erfolg führt, an die Feststellung ihrer Mitwirkungsberechtigung halten werden.

In der Sache hat die Feststellungsklage jedoch keinen Erfolg, denn die Klägerin hat keinen Anspruch, an dem Abschluß von Vereinbarungen über pauschalisierte Poliklinikvergütungen beteiligt zu werden.

Rechtsgrundlage für die Ermächtigung zum Abschluß von Vergütungsvereinbarungen über die Pauschalierung von Poliklinikvergütungen ist - entgegen der Auffassung der Revision - nicht § 117 Satz 3 iVm § 120 Abs 3 Satz 1 SGB V, sondern vielmehr allein § 120 Abs 3 Satz 1 SGB V. § 117 Satz 3 SGB V betrifft Verträge, in denen die Partner der kassenärztlichen Versorgung mit den Trägern der Hochschulkliniken das "Nähere zur Durchführung der Ermächtigung" regeln sollen. Die Vorschrift bezieht die Vergütung poliklinischer Leistungen nicht mit ein; denn hierfür enthält § 120 SGB V eine spezielle Regelung. Die letztgenannte Norm erfaßt in Abs 1 Satz 1 ausdrücklich auch die Vergütung von ambulanten ärztlichen Leistungen, die in Polikliniken erbracht worden sind



und nimmt auf diese Weise die Vergütung dieser Leistungen aus der in § 117 Satz 3 SGB V eingeräumten Vertragskompetenz aus. Das entspricht auch dem Willen des Gesetzgebers. Die Begründung des Gesetzentwurfs zum Gesundheitsreformgesetz (GRG) weist darauf hin, daß die Vorschrift des § 120 SGB V (= § 129 des Entwurfs) die zuvor über die RVO verstreuten Regelungen über die Vergütung der in Krankenhäusern erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen zusammenfassen soll (BT-Drucks 11/2237, S 203, zu § 129). § 120 Abs 3 Satz 1 SGB V, der die Pauschalierung der Vergütung poliklinischer Leistungen zuläßt, ist insoweit an die Stelle des früheren § 368n Abs 3 Satz 3 iVm Satz 6 RVO getreten. Anders als nach § 120 Abs 3 SGB V, der weder eine vertragliche Regelung für die Pauschalierung vorschreibt (- weshalb die Festsetzung der Pauschale durch Verwaltungsakt als zulässig angesehen wird: Jung in Gemeinschaftskomm, SGB V, § 120 RdNr 16 -) noch eine Beteiligung der Träger der Hochschulkliniken vorsieht, hatte nach den Bestimmungen der RVO auch die Pauschalierung der Vergütung poliklinischer Leistungen durch Vertrag zwischen den KÄVen (im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen) und den Hochschulen zu erfolgen. Die unterschiedliche Formulierung in § 368n Abs 3 Satz 3 iVm Satz 6 RVO einerseits und § 120 Abs 3 Satz 1 SGB V andererseits läßt darauf schließen, daß unter der Geltung des § 120 SGB V eine Beteiligung der Hochschulen bzw ihrer Träger bei Pauschalierungsvereinbarungen nicht vorgesehen ist.

Dieser Auffassung entspricht auch die Einordnung der Vorschrift in das normative Gesamtgefüge des kassenärztlichen Vergütungssystems. Nach § 120 Abs 1 Satz 1 SGB V (idF des GRG) sind ua die in den Polikliniken erbrachten Leistungen aus der kassenärztlichen Gesamtvergütung zu vergüten. Die Vergütung der Leistungen ist mithin Bestandteil der Gesamtvergütung. Als solche unterliegt sie der Regelungskompetenz der Partner der Gesamtverträge; denn die Vergütung der an der kassenärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen wird gemäß § 82 Abs 2 SGB V (idF des GRG) von den Landesverbänden der Krankenkassen mit den KÄVen durch Gesamtvertrag geregelt. Daß die Polikliniken zu den ärztlich geleiteten Einrichtungen in diesem Sinne zählen, belegt wiederum § 120 Abs 1 Satz 1 SGB V, der an die Benennung der Polikliniken mit der Formulierung "und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen" anschließt. Die Gesamtvergütung, deren Höhe gemäß § 85 Abs 2 Satz 1 SGB V im Gesamtvertrag zu vereinbaren ist, kann ua auch nach einer Kopfpauschale oder einer Fallpauschale berechnet werden (Satz 2 aa0). Hieran schließt § 120 Abs 3 Satz 1 SGB V an, indem er die Möglichkeit der pauschalierten Vergütung für den speziellen Bereich der Vergütung poliklinischer Leistungen aufgreift.

Vereinbarungen über die Gesamtvergütung und deren Höhe und damit auch über die Vergütung poliklinischer Leistungen stellen sich nach allem als Gesamtverträge dar (§ 82 Abs 2, § 85 Abs 1 SGB V). Partner des Gesamtvertrages sind kraft ausdrücklicher gesetzlicher Regelung - nach der damals maßgeblichen Rechtslage unter der Geltung



des GRG - ausschließlich die Landesverbände der Krankenkassen und die KÄVen. Die durch die Regelung der Gesamtvergütung mittelbar betroffenen Leistungserbringer und die Krankenkassen sind an ihnen nicht beteiligt; denn bei den Gesamtverträgen handelt es sich um Kollektivverträge mit Normsetzungscharakter, also um Normsetzungsverträge (zum Begriff s Ebsen in: Schulin, aaO, § 7 RdNr 110 ff), die mit ihren abstrakt-generellen Regelungen unmittelbar - mithin ohne, daß für ihre Verbindlichkeit eine Umsetzung in weiteren Rechtsnormen erforderlich wäre - gegenüber den betroffenen Dritten, hier dem an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Krankenhaus, Rechtswirkung entfalten. Die ausschließliche Zuständigkeit der Partner der Gesamtverträge für die Regelung der Vergütung wird zusätzlich belegt durch den durch Gesetz vom 13. Juni 1994 (BGBl I 1229) mit Wirkung vom 1. Juli 1994 an § 120 Abs 3 SGB V angefügten Satz 4. Er sieht vor, daß weitere im Zusammenhang mit der Abrechnung der Vergütung stehende Fragen, nämlich das "Nähere über Form und Inhalt der Abrechnungsunterlagen und der erforderlichen Vordrucke" für die Polikliniken und sonstige ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen von den Vertragsparteien nach § 83 Abs 1 Satz 1 SGB V, also den Gesamtvertragsparteien, und daher ebenfalls ohne Mitwirkung der Träger der Hochschulkliniken zu vereinbaren sind.

Auch der Vergleich der Vorschriften über die Vergütung der in psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren erbrachten Leistungen auf der einen Seite und der poliklinischen Leistungen auf der anderen Seite bestätigt das aufgezeigte Ergebnis. Da die Vergütung der Leistungen der erstgenannten Einrichtungen nicht aus der Gesamtvergütung, sondern unmittelbar von den Krankenkassen zu zahlen ist (§ 120 Abs 2 Satz 1 SGB V), ist die Vergütung von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen zu vereinbaren. Außerhalb der durch Gesamtvertrag zu regelnden Vergütung ist mithin eine Beteiligung der Krankenhäuser an diesbezüglichen Vereinbarungen vorgesehen. Soweit die Vergütung - wie bei den poliklinischen Leistungen - allerdings durch Gesamtverträge zu regeln ist bzw geregelt werden kann, findet sich folgerichtig eine entsprechende Bestimmung nicht.

Der hier vertretenen Auffassung steht die Entstehungsgeschichte des § 120 SGB V nicht entgegen. Zwar hatte, worauf die Revision hinweist, der Bundesrat in seiner Stellungnahme zum GRG eine Fassung des jetzigen § 120 Abs 3 Satz 1 SGB V vorgeschlagen, nach der die pauschale Vergütung zwischen den KÄVen im Einvernehmen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den ärztlich geleiteten Einrichtungen zu vereinbaren war (BT-Drucks 11/2493, S 34, Nr 112 Buchst c). Die Bundesregierung hatte insoweit die Prüfung des Änderungsvorschlages zugesagt. Die vom Bundesrat vorgetragene Anregung ist indessen nicht Gesetz geworden. Aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift läßt sich somit gerade nicht begründen, daß die



Vereinbarung von pauschalierten Poliklinikvergütungen unter Einbeziehung der Hochschulen bzw der Hochschulträger zu erfolgen hätte.

Schließlich führt auch die Vorschrift des § 57 Abs 1 des Zehnten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB X) zu keinem anderen Ergebnis. Nach der genannten Regelung wird ein öffentlich-rechtlicher Vertrag, der in die Rechte eines Dritten eingreift, erst wirksam, wenn der Dritte schriftlich zustimmt. Die Vorschrift ist jedoch auf die Vergütungsvereinbarung vom 1. August 1990 schon deshalb nicht anzuwenden, weil es sich bei ihr um einen Normsetzungsvertrag, mithin im Verhältnis zur Klägerin um eine Rechtsnorm handelt, deren Rechtswirksamkeit nicht von der Beteiligung oder Zustimmung der Klägerin am oder zum Vertragsschluß abhängt (im Ergebnis ebenso Krause, Gemeinschaftskomm, SGB X 1, 1991, § 57 RdNr 8).

Nach allem war die Revision zurückzuweisen.

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](#)