

Bundessozialgericht

- 6 RKa 6/77 -

I m N a m e n d e s V o l k e s

U r t e i l

in dem Rechtsstreit

Verkündet
am 15. Sept. 1977

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozeßbevollmächtigter:

g e g e n

Beklagte und Revisionsbeklagte,

Prozeßbevollmächtigter:

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die
mündliche Verhandlung vom 15. September 1977

für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landes-
sozialgerichts Baden-Württemberg vom 15. Dezember 1976
wird zurückgewiesen.

Kosten des Revisionsverfahrens sind nicht zu erstatten.

- 2 -



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

- 2 -

G r ü n d e :

I.

Die Beteiligten streiten darüber, ob ein Kassenarzt, der eine Versicherte am selben Tage sowohl im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge als auch wegen einer Krankheit behandelt, neben einer Gebühr für eine Beratung oder eine eingehende Untersuchung auf Mutterschaftsvorsorgeschein die gleiche Gebühr auch auf Krankenschein abrechnen kann. Diese Frage war unter den Beteiligten schon im Jahre 1967 streitig geworden. Das Sozialgericht (SG) und das Landes-sozialgericht (LSG) hatten sie bejaht, ua wegen einer Bestimmung in einer Rahmenvereinbarung der Beklagten mit dem Landesverband der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden vom 19. September 1967, in der eine "gesonderte" Abrechnung der fraglichen Leistungen vorgesehen war (§ 5). Die Revision der Klägerin hatte der Senat als unbegründet zurückgewiesen, weil die Auslegung der genannten Bestimmung nicht revisibel sei (Urteil vom 16. März 1973).

Nach dem Außerkrafttreten der genannten Rahmenvereinbarung ist die Frage erneut unter den Beteiligten streitig geworden. Im Oktober 1973 beanstandete die Klägerin gegenüber der Beklagten die Abrechnung zweier Ärzte für das 1. Quartal 1973, soweit diese für 5 Patientinnen die genannten Leistungen sowohl auf Mutterschaftsvorsorgeschein als auch auf Krankenschein abrechnet hatten. Die Prüfabteilung der Beklagten wies die Beanstandung, der Vorstand der Beklagten den Widerspruch der Klägerin als unbegründet zurück (Bescheide vom 25. Juni 1974 und vom 29. Januar 1975).

Auch die Klage und die Berufung der Klägerin hatten keinen Erfolg (Urteil des SG vom 4. Februar 1976 und des LSG vom 15. Dezember 1976). Das LSG hat eine noch-

- 3 -

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

- 3 -

malige Entscheidung der strittigen Frage durch die Gerichte zwar für zulässig gehalten, weil sich das maßgebende Recht geändert habe. In der Sache hat es jedoch an seiner früheren Entscheidung festgehalten: Die präventiven Zwecken dienende Mutterschaftsvorsorge sei gegenüber der kurativen Krankenhilfe nach den gesetzlichen und vertraglichen Regelungen eine selbständige, ihrem Ziel und ihrer Art nach verschiedene Leistung und deshalb auch gegenüber Krankenhilfeleistungen gesondert zu vergüten, sofern sich die Notwendigkeit einer kurativen Beratung oder eingehenden Untersuchung aus einem zusätzlichen Krankheitsbild mit einer entsprechenden Diagnose ergebe.

Die Klägerin hat die zugelassene Revision eingelegt. Sie meint, die untersuchende Tätigkeit eines Arztes könne nicht nach dem Ziel oder nach dem Gegenstand der Untersuchung aufgespalten werden; es handele sich vielmehr um einen einheitlichen, unteilbaren Vorgang, der mangels einer Sonderregelung auch gebührenrechtlich einheitlich zu bewerten sei.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das angefochtene Urteil aufzuheben und festzustellen, daß neben einer Beratungsgebühr oder der Gebühr für eine eingehende Untersuchung auf Mutterschaftsvorsorgeschein eine Beratungsgebühr oder eine Gebühr für eine eingehende Untersuchung auf Krankenschein bei derselben zeitlichen Inanspruchnahme nicht abgerechnet werden kann.

Die Beklagte beantragt,

die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil im Ergebnis für zutreffend.

- 4 -



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

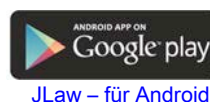
- 4 -

II.

Der Senat hat über die Revision der Klägerin – wie schon das LSG über die Berufung – mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Kassenärzte und der Krankenkassen entschieden. Wenn, wie hier, zwischen einer Krankenkasse und einer Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) über die Abrechnungsfähigkeit bestimmter ärztlicher Leistungen gestritten wird und davon die Höhe der von der Krankenkasse an die KÄV zu entrichtenden, nach Einzelleistungen berechneten Gesamtvergütung abhängt (§ 368 f Absätze 1 und 3 der Reichsversicherungsordnung –RVO–), handelt es sich um eine Angelegenheit der gemeinsamen Selbstverwaltung und damit des Kassenarztrechts im Sinne des § 12 Abs. 3 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG), nicht um eine Angelegenheit der Kassenärzte allein (§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG). Offen kann bleiben, ob das gleiche auch dann gilt, wenn über die Abrechnungsfähigkeit der Leistungen in einem Anfechtungsprozeß entschieden werden muß und Gegenstand der von der Krankenkasse erhobenen Anfechtungsklage ein Verwaltungsakt ist, den eine nur mit Ärzten besetzte Stelle erlassen hat (vgl. BSGE 38, 35, 36 und § 10 Abs. 3 des Rahmen-Gesamtvertrages zwischen der Beklagten und dem Landesverband der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden vom 5. April 1973, abgedruckt bei Heinemann/Liebold, Kassenarztrecht, 4. Aufl., Band II S. IV 112 m); hier hat die Klägerin die Anfechtungsklage, die sie ursprünglich mit der jetzt allein noch erhobenen Feststellungsklage verbunden hatte, im zweiten Rechtszug fallengelassen. Daß für die Feststellungsklage ein Rechtsschutzbedürfnis besteht, hat das LSG zutreffend angenommen. Um die Abrechnungsfähigkeit der streitigen Leistungen unter den Beteiligten allgemein zu klären – Abrechnungsfälle wie derjenige, der den vorliegenden Rechtsstreit veranlaßt hat, können auch in Zukunft auftreten –, ist die Fest-



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



- 5 -

stellungsklage das geeignete prozessuale Instrument (§ 55 Abs. 1 Nr. 1 SGG; vgl. Urteil des Senats vom 16. März 1973, 6 RKa 25/71, SozR Nr. 52 zu § 55 SGG).

Einer sachlichen Prüfung der Feststellungsklage steht die Rechtskraft der im Vorprozeß - unter denselben Beteiligten - ergangenen Entscheidung nicht entgegen; denn der Streitgegenstand des Vorprozesses ist nicht derselbe wie der des vorliegenden Rechtsstreits. Allerdings ist schon im früheren Urteil des LSG festgestellt worden, "daß neben der Berechnung einer Beratung (Nr. 1 GO-Ä) oder einer eingehenden Untersuchung (Nr. 25 GO-Ä) auf Mutterschaftsvorsorgeschein die Berechnung einer Beratung oder einer eingehenden Untersuchung auf Krankenschein dann erfolgen kann, wenn neben der Mutterschaftsvorsorgeleistung (präventive Leistung) eine Leistung der Krankenhilfe (kurative Leistung) erbracht wird und diese Leistung 'über die Vorsorgemaßnahmen hinaus zum Zwecke der Erkennung oder Behandlung von Krankheiten' (§ 5 der Rahmenvereinbarung zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Nord-Württemberg und dem Landesverband der Ortskrankenkassen Württemberg-Baden vom 19. September 1967) notwendig ist". Wie jedoch schon diese Urteilsformel zeigt und die Begründung, mit der der Senat die Revision gegen das Urteil des LSG zurückgewiesen hat, bestätigt, ist damals nur entschieden worden, daß die fraglichen Leistungen aufgrund des § 5 der erwähnten Rahmenvereinbarung (wie ihn das LSG irrevisibel ausgelegt hatte) nebeneinander abrechnungsfähig sind. Nachdem diese Rahmenvereinbarung zum 1. Januar 1973 außer Kraft gesetzt worden ist (§ 14 Abs. 3 Buchst. e des Rahmen-Gesamtvertrages vom 5. April 1973), hat sich die Rechtslage, die für die Anerkennung der Abrechnungsfähigkeit seinerzeit maßgebend gewesen war, in dem entscheidenden Punkt geändert. Damit hat auch die Rechtskraft des früheren Urteils ihre Wirkung verloren; denn rechtskräftige Urteile binden die Beteiligten nur insoweit, als über den Streitgegenstand entschieden worden ist (§ 141 SGG; vgl. ferner Peters/Sautter/Wolff, Kommentar zur Sozialgerichtsbarkeit, § 141 SGG Anm. 3 b,

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



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



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

S. II/252; Eyermann/Fröhler, Verwaltungsgerichtsordnung, 7. Aufl., § 121 Rdnr. 30).

Auch die neue Feststellungsklage der Klägerin ist nicht begründet, wie das LSG im Ergebnis richtig entschieden hat. Es hat dabei - nach dem Außerkrafttreten der Sonderbestimmung in § 5 der genannten Rahmenvereinbarung vom 19. September 1967 - das Feststellungsbegehren nach der "allgemeinen Rechtslage" geprüft, nämlich nach den gesetzlichen Vorschriften über die Mutterschaftsvorsorge in § 196 RVO einerseits und über die Krankenhilfe nach § 182 RVO andererseits, ferner nach den zu § 196 RVO ergangenen Mutterschafts-Richtlinien (idF vom 7. Oktober 1971, BAnz Nr. 238 vom 22. Dezember 1971 = DOK 1972, 86, und idF vom 16. Dezember 1974, Beilage Nr. 12 zum BAnz Nr. 59 vom 26. März 1975 = DOK 1975, 303), schließlich nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrages für Ärzte (BMV-Ä) und den gemäß § 26 Abs. 3 BMV-Ä und den Grundsätzen für die Berechnung der kassenärztlichen Gesamtvergütung vom 25. Februar 1971 vereinbarten und zum 1. Januar 1971 in Kraft getretenen Bestimmungen des Bewertungsmaßstabs (BMÄ) für kassenärztliche Leistungen (vgl. dazu Brück, Kommentar zum BMÄ, 2. Aufl., Stand: 1. April 1977, dort in Bd. 2 S. 1307 auch die genannten "Grundsätze" = DÄ 1971, 1056 = DOK 1971, 201).

Das LSG hat dabei indessen eine Bestimmung übersehen, die die Abrechnungsfähigkeit der fraglichen Leistungen auch für die streitige Zeit besonders regelt. Nach § 3 der genannten "Grundsätze" werden nämlich in den BMÄ "einbezogen ... die in den nachstehenden Vereinbarungen empfohlenen Bewertungen: ... 2. Empfehlungsvereinbarung über die Abrechnung von Leistungen im Rahmen der ärztlichen Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung vom 8. März 1966 ...". Diese Empfehlungsvereinbarung (abgedruckt bei Brück aaO S.1411 = DOK 1966, 228) sieht in Abschnitt I Nr. 4 folgendes vor:



- 7 -

Werden während der ärztlichen Betreuung nach § 195 c RVO (jetzt: § 196 RVO) über die Vorsorgemaßnahmen hinaus zum Zwecke der Erkennung oder Behandlung von Krankheiten weitere ärztliche Maßnahmen notwendig, erfolgt die Abrechnung dieser Leistungen **g e s o n d e r t** nach den für die sonstige kassenärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen.

Diese Regelung hatten die Vertragspartner (Kassenärztliche Bundesvereinigung und Bundesverbände der Krankenkassen) zunächst nur als eine - rechtlich unverbindliche - Empfehlung für ihre Mitglieder (KÄVen und Krankenkassen) vereinbart (vgl. das genannte Urteil des Senats vom 16. März 1973, S. 7). Nachdem die Regelung jedoch in den BMÄ "einbezogen" und damit seit dem 1. Januar 1971 "unmittelbar Bestandteil sämtlicher Gesamtverträge" geworden war (§§ 3, 7 der "Grundsätze"), war sie auch für die Klägerin und die Beklagte verbindlich (§ 368 g Abs. 2 Satz 2 RVO; Brück aaO S. 1303). Das gilt jedenfalls für die hier streitige Zeit nach der ausdrücklichen Aufhebung der - nahezu wortgleichen - Regelung in § 5 der Rahmenvereinbarung vom 19. September 1967.

Im Gegensatz zu der zuletzt genannten, auf den Bezirk des LSG beschränkt gewesen und deshalb irrevisiblen Regelung ist die Bestimmung in Abschnitt I Nr. 4 der Empfehlungsvereinbarung vom 8. März 1966 iVm § 3 der "Grundsätze" eine im ganzen Bundesgebiet geltende und daher reversible Norm (§ 162 SGG). Entsprechend ihrem Wortlaut (vgl. Urteile des Senats vom 7. Oktober 1976, SozR 2200 § 368 n RVO Nr. 9, S. 25, und vom 30. März 1977, 6 RKa 9/76, S. 4) legt der Senat sie in demselben Sinne aus, wie das LSG im Vorprozeß die entsprechende Bestimmung in § 5 der Rahmenvereinbarung vom 19. September 1967 - damals irrevisibel für den Senat - ausgelegt hatte. Werden also während der ärztlichen Betreuung einer Versicherten nach § 196 RVO über die in den Mutter-^{a/z}~~schutz~~-Richtlinien vorgesehenen Vorsorgemaßnahmen hinaus "zum



Zwecke der Erkennung oder Behandlung von Krankheiten weitere ärztliche Maßnahmen notwendig", so sind diese "gesondert" nach den für die sonstige kassenärztliche Versorgung geltenden Bestimmungen, d.h. nicht auf Mutterschaftsvorsorge-schein, sondern auf Krankenschein, abzurechnen. Das bedeutet, daß - entgegen der Ansicht der Klägerin über die "Unteilbarkeit" der untersuchenden Tätigkeit des Kassenarztes - für die Anwendung des Gebührenrechts zwischen präventiven und kurativen Maßnahmen zu unterscheiden ist; einen anderen Sinn kann deren "gesonderte" Abrechnung nicht haben (aA Liebold, DOK 1967, 173 unter 2).

Um gesondert abrechnungsfähig zu sein, müssen die kurativen Leistungen allerdings über den Umfang der Vorsorgemaßnahmen hinausgehen, wie er in den gesetzlichen Vorschriften (§ 196 RVO) und den sie ergänzenden und verdeutlichenden Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nach § 368 p RVO festgelegt worden ist. Welche Leistungen danach zur Mutterschaftsvorsorge gehören, ergibt sich für die streitige Zeit im einzelnen aus den Mutterschafts-Richtlinien idF vom 7. Oktober 1971 und 16. Dezember 1974, namentlich aus deren Abschnitt A (Feststellung der Schwangerschaft, Untersuchungen und Beratungen sowie sonstige Maßnahmen während der Schwangerschaft). Nicht gesondert abrechnungsfähig ist hiernach neben der Abrechnung einer Erstuntersuchung der Schwangeren (Abschnitt A Nr. 2 der Mutterschafts-Richtlinien) eine der Erkennung oder Behandlung einer Krankheit dienende Beratung oder eingehende Untersuchung; denn die (gebührenmäßig relativ hoch bewertete) Erstuntersuchung umfaßt - anders als die ihr folgenden Kontrolluntersuchungen - außer einer gynäkologischen Untersuchung auch eine Allgemeinuntersuchung, die sich auf den ganzen Körper erstreckt und auch der Feststellung krankhafter Befunde dient. Von dieser Ausnahme abgesehen, sind ärztliche Leistungen, die durch Beschwerden mit "Krankheitswert" veranlaßt werden und aus diesem Grunde

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

- 9 -

über bloße Vorsorgemaßnahmen hinausgehen, als kurative Leistungen abzurechnen (vgl. die genannten Mutterschafts-Richtlinien, Abschnitt Allgemeines Nr. 6, Abschnitt A Nr. 3 und Abschnitt G; dazu Müller, DOK 1972, 61, 63, 65).

Das gilt auch für Beratungen nach Nr. 1 BMÄ und eingehende Untersuchungen nach Nr. 25 BMÄ. In der Regel wird es sich dabei um Fälle handeln, in denen die Beratungs- oder Untersuchungsursache in anderen Organen liegt als denjenigen, auf die sich die Vorsorgemaßnahmen beziehen. Notwendig ist dies jedoch nicht; auch bei schwangerschaftsbedingten Beschwerden sind die ärztlichen Leistungen (Beratung oder eingehende Untersuchung), sofern die Beschwerden "Krankheitswert" haben, d.h. über das normale, mit *einer Schwangerschaft* gewöhnlich verbundene Maß hinausgehen (vgl. Töns, Mutterschaftshilfe und Mutterschutz, Stand Juni 1974, § 197 RVO Anm. 3 a und § 3 MuSchG Anm. I 7 a), nicht auf Mutterschaftsvorsorgeschein, sondern auf Krankenschein abzurechnen. Solche Leistungen sind auch dann "gesondert" neben den Vorsorgemaßnahmen abzurechnen, wenn sie mit diesen zeitlich zusammenreffen, insbesondere von dem Kassearzt am selben Tag erbracht werden, da Ausnahmerebestimmungen für diesen Fall fehlen. Wenn eine kurative Leistung allein wegen ihres zeitlichen Zusammenhangs mit einer entsprechenden präventiven Leistung nicht hätte abrechenbar sein sollen - und das auch nur, soweit es sich um eine Beratung oder eine eingehende Untersuchung handelt -, so hätte dies angesichts des Wortlauts der fraglichen Regelung (Abschnitt I Nr. 4 der Vereinbarung vom 8. März 1966) ausdrücklich bestimmt werden müssen, was nicht geschehen ist. Im Sinne dieser Regelung ist mithin eine kurative Beratung oder eingehende Untersuchung auch dann, wenn sie während der Betreuung einer Schwangeren nach § 196 RVO in zeitlichem Zusammenhang mit einer präventiven Beratung oder Untersuchung erfolgt, eine über die Vorsorgemaßnahmen hinausgehende, der Erkennung oder Behandlung einer Krankheit

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

JLaw – für Android



JLaw – für iOS

- 10 -

dienende und deshalb gesondert abrechenbare Leistung. Ob diese Regelung zweckmäßig ist, hat der Senat nicht zu entscheiden. Solange sie von den Vertragspartnern nicht geändert ist – die Möglichkeit dazu bietet der in § 5 der genannten "Grundsätze" vorgezeichnete Weg –, muß sie von allen Beteiligten und im Streitfall auch von den Gerichten angewendet werden.

Der Senat hat hiernach die Revision der klagenden Krankenkasse gegen das angefochtene Urteil als unbegründet zurückgewiesen und über die Kosten nach § 193 SGG entschieden.



[JLaw – Gesetze und Urteile](#)

Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile

[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)