Matthias Prinz
Rechtsanwalt www.prinz.law

BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
28. September 2005

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 71/04 R

Kassenärztliche Vereinigung Westfalen-Lippe,
Robert-Schimrigk-Straße 4-6, 44141 Dortmund,

Klägerin, Revisionsbeklagte
und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: .....,

g e g e n

BKK Aktiv-West,
Ehrtalstraße 1, 55118 Mainz,

Beklagte, Revisionsklägerin
und Revisionsbeklagte,

Prozessbevollmächtigter: .....,

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 28. September 2005 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und G a s s e r sowie die ehrenamtlichen Richter S t a d i é und Dr. H u e m e r für Recht erkannt:

Die Revisionen der Klägerin und der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 30. März 2004 werden zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die Kosten des Revisionsverfahrens zu tragen.

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

G r ü n d e :

I

Die Beteiligten streiten über die Zahlung von Gesamtvergütungsbeträgen auf der Grundlage von Kopfpauschalen.

Die klagende Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) und der für den Bezirk der Klägerin zuständige Landesverband der Betriebskrankenkassen (BKK) vereinbarten in Gesamtverträgen für 2000 und 2001 die von den Mitgliedskassen des Landesverbandes an die Klägerin zu zahlenden Gesamtvergütungen. Die beklagte BKK entrichtete nicht die für diese Jahre für sie vereinbarten Gesamtvergütungen, sondern behielt für beide Jahre insgesamt 11,3 Millionen Euro ein. Zur Begründung machte sie geltend, der tatsächliche Leistungsbedarf ihrer überdurchschnittlich jungen und gesunden Versicherten werde durch die vereinbarten Kopfpauschalen nicht angemessen abgebildet, sodass sie insbesondere im Vergleich zu anderen BKKen deutlich zu hohe Kopfpauschalen zu zahlen habe.

Die Klägerin hat den von der Beklagten einbehaltenen Betrag nebst Zinsen eingeklagt. Sie ist der Ansicht, die Beklagte sei an die vom BKK-Landesverband geschlossenen Gesamtverträge gebunden und müsse die - von ihr auch nach Ansicht der Beklagten der Höhe nach zutreffend berechnete - Vergütung auf der Grundlage der gesamtvertraglich vereinbarten Kopfpauschalen entrichten. Mit ihrer Widerklage hat die Beklagte die Beträge zurückgefordert, die sie bereits als Gesamtvergütung für die Jahre 2000 und 2001 geleistet hatte (ca 27 Millionen Euro).

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage hinsichtlich der Hauptforderung stattgegeben und sie wegen der Zinsen abgewiesen. Die Widerklage hat es insgesamt abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Beklagte sei an die vom BKK-Landesverband mit der Klägerin geschlossene Vereinbarung über die Höhe der Kopfpauschalen gebunden, und im Übrigen sei deren Höhe nicht gesetzwidrig. Ein Zinsanspruch stehe der Klägerin nicht zu, weil nach der gefestigten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) die bürgerlich-rechtlichen Vorschriften über Verzugs- und Prozesszinsen im Sozialrecht nicht herangezogen werden könnten. Die Vertragspartner hätten zwar Verzugszinsen im Gesamtvertrag vereinbaren können, hätten das aber unterlassen. Aus der zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Neufassung des § 69 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) könne nicht abgeleitet werden, dass der Gesetzgeber nunmehr durch die subsidiäre Verweisung auf die Vorschriften des bürgerlichen Rechts auch die Geltung der bürgerlich-rechtlichen Verzinsungsvorschriften im Verzugsfall habe anordnen wollen. Die Widerklage sei unbegründet, weil der Beklagten kein subjektiv-öffentliches Recht zur Abwehr oder Rückabwicklung der aus den Gesamtverträgen erwachsenen Verpflichtung zur Zahlung der Gesamtvergütungen zustehe *(Urteil vom 30. März 2004 = MedR 2005, 181)*.

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Mit ihren Sprungrevisionen wenden sich Klägerin und Beklagte gegen dieses Urteil.

Die Beklagte vertritt die Auffassung, das Urteil des SG verstoße gegen Bundesrecht, weil es zu Unrecht davon ausgehe, dass die Gesamtverträge zwischen dem BKK-Landesverband und der Klägerin für die Jahre 2000 und 2001 ihr - der Beklagten - gegenüber wirksam seien. Die darin vereinbarten Kopfpauschalen würden vielmehr der besonderen Struktur ihrer Versicherten nicht gerecht. § 85 Abs 2 Satz 2 SGB V gestatte die Vereinbarung einer Kopfpauschale nur, wenn diese in einem nachvollziehbaren Zusammenhang zu den gegenüber den Versicherten einer Krankenkasse zu erbringenden Leistungen stehe. Die Bemessung der Kopfpauschale erfolge nicht nach Maßgabe tatsächlich durchgeführter Behandlungen, sondern richte sich nach der Zahl der Versicherten und dem durchschnittlichen Jahresausgabenvolumen für einen Versicherten. Das Volumen der zu erbringenden Leistungen präge den Begriff der Kopfpauschale jedoch mindestens insoweit, als auf Grund der tatsächlich durchgeführten ärztlichen Behandlungen im Vorjahreszeitraum auch der durchschnittliche Jahresbedarf eines Versicherten einer bestimmten Krankenkasse für die Höhe der Kopfpauschale maßgeblich sein müsse. Der Behandlungsbedarf müsse für jede Krankenkasse gesondert festgestellt werden und die tatsächliche Leistungsinanspruchnahme durch die Versicherten dieser Krankenkasse widerspiegeln. Die zwischen den Gesamtvertragspartnern zu ihren - der Beklagten - Lasten vereinbarten Kopfpauschalen setzten den Behandlungsaufwand der Vertragsärzte für ihre Versicherten zu hoch an, wie sich aus den vorprozessual und im ersten Rechtszug vorgelegten Aufstellungen ergebe. Der Gesetzgeber habe in den §§ 266, 267 SGB V mit dem Risikostrukturausgleich ein Instrument zum Ausgleich der unterschiedlichen Leistungskraft der einzelnen Krankenkassen geschaffen. Weitere Elemente eines Strukturausgleichs zwischen Krankenkassen mit unterschiedlicher wirtschaftlicher Leistungskraft und unterschiedlich starker Leistungsinanspruchnahme durch die Versicherten dürften nicht vereinbart werden. Durch die Vereinbarung einer für alle Gesamtvertragskassen gleichen Kopfpauschale werde aber ein solcher Ausgleich faktisch herbeigeführt, weil sich die Kopfpauschale nicht mehr an dem tatsächlichen Leistungsbedarf des Versichertenkollektivs der einzelnen Krankenkasse orientiere. Zumindest seien die Partner des für sie - die Beklagte - geltenden Gesamtvertrages ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht hinsichtlich der unterschiedlichen Mitgliederentwicklung und Risikoverteilung bei den einzelnen BKKen nicht nachgekommen. Im Hinblick auf die Kopfpauschalenregelung hätten sich erhebliche und dauerhafte Veränderungen ergeben, die die Berechtigung des bisherigen Bewertungssystems in Frage stellten. Darauf hätten die Gesamtvertragspartner mindestens in den streitbefangenen Jahren reagieren müssen, und es sei ihnen verwehrt, das Kopfpauschalensystem der frühen 90-er Jahre für den hier streitigen Zeitraum weitgehend unverändert zu übernehmen. Das habe zur Folge, dass die Gesamtverträge rechtswidrig und nichtig seien, soweit die darin enthaltene Kopfpauschalenregelung betroffen sei. Zu beanstanden sei auch die Berücksichtigung von Kassenfusionen (§ 144 SGB V) bei der Festlegung der Kopfpauschalen. Dem Zweck dieser Regelung werde nur dann angemessen Rechnung getragen, wenn für eine neu fusionierte BKK auch neue Quartalskopfpauschalen vereinbart würden, wie das in anderen Bundesländern ge-

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

schehen sei. Unzutreffend sei die Rechtsauffassung des SG auch insoweit, als es die Widerklage als unzulässig abgewiesen habe. Einer Krankenkasse müsse ungeachtet ihrer fehlenden Grundrechtsfähigkeit die Möglichkeit offen stehen, Rechtsansprüche gegenüber derjenigen KÄV, an die sie ihre Gesamtvergütung zu entrichten habe, geltend zu machen. Wenn eine Krankenkasse zu viel Gesamtvergütung entrichtet habe, müsse sie diese von der KÄV zurückfordern können, ohne darauf angewiesen zu sein, den jeweiligen Landesverband einzuschalten.

Die Beklagte beantragt,

> das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 30. März 2004 aufzuheben, soweit es der Klage stattgegeben und die Widerklage als unzulässig abgewiesen hat, und die Klage in vollem Umfang abzuweisen, und auf die Widerklage die Klägerin zu verurteilen, die von ihr - der Beklagten - geleisteten Gesamtvergütungszahlungen der Jahre 2000 und 2001 in Höhe von 15.029.090,91 € und 12.012.791,52 € zu erstatten sowie die Revision der Klägerin zurückzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

> das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 30. März 2004 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, zuzüglich zu der bereits ausgeurteilten Gesamtvergütung in Höhe von 11.314.328,27 € Verzugszinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem jeweiligen Fälligkeitszeitpunkt nach den Gesamtverträgen zu zahlen sowie die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Die Klägerin macht zunächst geltend, für den Fall, dass das sozialgerichtliche Urteil unzutreffend sein sollte, habe der Landesverband der BKKen als Gesamtvertragspartner beigeladen werden müssen, weil dieser gemäß § 75 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) von der potenziellen Rechtsunwirksamkeit des von ihm abgeschlossenen Gesamtvertrages betroffen sei. Die Entscheidung des SG sei indessen in der Hauptsache richtig. Die Gesamtverträge für die Jahre 2000 und 2001 seien mit § 85 Abs 2 Satz 2 SGB V vereinbar, sodass es auf die weitere Frage, ob ein etwaiger Rechtsverstoß zur Nichtigkeit der vertraglichen Vereinbarung führe, nicht ankomme. Die Gesamtvergütung werde durch den Landesverband mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart. Der Gesetzgeber habe durch die Streichung des Zustimmungserfordernisses jeder einzelnen beteiligten Krankenkasse deutlich gemacht, dass ausschließlich der Landesverband verpflichtet und berechtigt sei, Gesamtverträge abzuschließen. Der Landesverband müsse die Interessen aller in ihm zusammengeschlossenen Mitgliedskassen wahrnehmen und bündeln. Wenn es dadurch zu einem Finanzausgleich zwischen den Krankenkassen komme, sei das gesetzlich gewollt und nicht zu beanstanden. Die Zahlungsverpflichtungen der Beklagten im Risikostrukturausgleich hätten keinerlei Auswirkungen auf die Höhe der zu vereinbarenden Kopfpauschalen, wie das BSG bereits in seinem Urteil vom 16. Juli 2003 festgestellt habe. Zutreffend habe das SG die

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Widerklage abgewiesen; die Beklagte könne eine Rückabwicklung des Gesamtvertrages nicht verlangen, weil sie nicht Partner dieses Vertrages sei.

Nicht gefolgt werden könne dem sozialgerichtlichen Urteil allerdings insoweit, als es ihren - der Klägerin - Anspruch auf Verzinsung der rückständigen Gesamtvergütungszahlungen verneint habe. Dieser Anspruch ergebe sich aus § 61 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) iVm §§ 288, 291 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB). Der Gesamtvertrag sei ein öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinne der Vorschriften des SGB X. Die auch vom 6. Senat des BSG bisher vertretene Auffassung, im Vertragsarztrecht käme eine Verzinsung generell nicht in Betracht, bedürfe einer Überprüfung insbesondere im Hinblick auf einige Entscheidungen des 3. Senats des BSG zur Verzinsung von rückständigen Krankenhausvergütungen. Es widerspreche dem Grundkonzept des Vertragsarztrechts, den Krankenkassen sanktionslos zu gestatten, vereinbarte Vergütungen zurückzuhalten. Sie - die Klägerin - müsse die Honoraransprüche ihrer Mitglieder auch dann erfüllen, wenn Krankenkassen Gesamtvergütungsanteile einbehielten. Die dadurch von ihr vorzunehmende Vorfinanzierung sei mit Kosten verbunden, die nach allgemeinen Rechtsgrundsätzen derjenige zu tragen habe, der rechtswidrig Vergütungsanteile nicht fristgemäß entrichte.

Demgegenüber ist die Beklagte der Ansicht, in Ermangelung einer gesamtvertraglichen Verzinsungsregelung könne die Klägerin Zinsen nicht beanspruchen. Nach herrschender Auffassung bestehe im Sozialverwaltungsrecht kein Anspruch auf Verzugs- oder Prozesszinsen, soweit Verzinsungspflichten nicht ausdrücklich gesetzlich oder auf gesetzlicher Grundlage geregelt seien. Die Verzinsungsbestimmungen des BGB fänden insbesondere auf Forderungen aus öffentlich-rechtlichen Verträgen keine Anwendung. Daran habe sich durch die Neufassung des § 69 SGB V nichts geändert, weil diese Gesetzesänderung eine ganz andere Funktion gehabt habe.

II

Die Revisionen beider Beteiligten haben keinen Erfolg.

Das SG hat verfahrensrechtliche Bestimmungen nicht dadurch verletzt, dass es den BKK-Landesverband Nordrhein-Westfalen (NRW) nicht zum Verfahren beigeladen hat. Die Unterlassung einer gemäß § 75 Abs 2 SGG notwendigen Beiladung ist ein auch von Amts wegen zu beachtender Verfahrensfehler, der, wenn er nicht nach § 168 Satz 2 SGG im Revisionsverfahren behoben werden kann, zur Zurückverweisung des Rechtsstreits führt *(BSG SozR 3-1500 § 75 Nr 3 S 7 unter Hinweis auf SozR 1500 § 75 Nr 1, 20, 60; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 8. Aufl 2005, § 75 RdNr 13a)*. Die Beiladung des BKK-Landesverbandes ist hier indessen nicht notwendig iS des § 75 Abs 2 SGG, denn die Entscheidung über die Bindung der Beklagten an den zwischen der Klägerin und dem BKK-Landesverband abgeschlossenen Gesamtvertrag

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

betrifft ein Rechtsverhältnis, an dem der Landesverband nicht derart beteiligt ist, dass die Entscheidung auch ihm gegenüber nur einheitlich ergehen kann.

Zwar wäre hier eine einfache Beiladung gemäß § 75 Abs 1 Satz 1 SGG in Betracht gekommen. Dessen Voraussetzungen sind erfüllt, weil berechtigte Interessen des BKK-Landesverbandes durch die Entscheidung berührt sind. Der Senat hält es in ständiger Rechtsprechung für sachgerecht, die Partner der Bundesmantelverträge zu solchen Streitverfahren einfach beizuladen, in denen inzident über die Gültigkeit einer Bestimmung in diesen Verträgen gestritten wird *(zuletzt BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 RdNr 6)*. Die dafür maßgeblichen Erwägungen gelten auch für die Partner der Gesamtverträge in Rechtsstreiten, in denen inzident über die Gültigkeit einer gesamtvertraglichen Vereinbarung zu befinden ist. Zumindest die Rechtsbehauptung der Beklagten, nicht an die zwischen dem BKK-Landesverband und der Klägerin geschlossenen Gesamtverträge für die Jahre 2000 und 2001 gebunden zu sein, setzt nach dem Vorbringen der Beklagten zwingend voraus, dass der maßgebliche Gesamtvertrag jedenfalls teilweise unwirksam ist. Damit sind rechtliche Interessen des BKK-Landesverbandes als Partner der Gesamtverträge berührt. Das Unterlassen einer einfachen Beiladung stellt jedoch keinen Verfahrensfehler dar *(BSG SozR 3-5520 § 32b Nr 3 S 10; Krasney/Udsching, Handbuch des sozialgerichtlichen Verfahrens, 4. Aufl 2005, Kap VI RdNr 8; Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, aaO, § 75 RdNr 8b)*. Eine einfache Beiladung kann der Senat im Revisionsverfahren auch nicht nachholen.

Die Revision der beklagten Krankenkasse ist nicht begründet. Das SG hat der Klage auf Zahlung ausstehender - der Höhe nach nicht umstrittener - Gesamtvergütungsanteile für die Jahre 2000 und 2001 zu Recht stattgegeben. Im Ergebnis zutreffend ist auch die sozialgerichtliche Entscheidung zur Widerklage. Diese ist zwar nicht unzulässig, aber unbegründet.

Die Beklagte ist verpflichtet, die von ihr einbehaltenen Anteile der Gesamtvergütungen in Höhe von 11.314.328,27 € an die Klägerin zu zahlen. Das ergibt sich aus § 85 Abs 1 iVm § 83 Abs 1 Satz 1 SGB V in der hier maßgeblichen Fassung des Art 1 Nr 41 Buchst a Gesundheitsstrukturgesetz (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Die Neufassung dieser Vorschrift durch Art 1 Nr 2 Buchst a und b des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11. Dezember 2001 (BGBl I 3526), die zum 1. Januar 2002 in Kraft getreten ist *(Art 5 des genannten Gesetzes)*, ist hier noch nicht anzuwenden.

Nach § 83 Abs 1 Satz 1 SGB V schließen die KÄVen mit den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen über die vertragsärztliche Versorgung. Mit der Übertragung der Abschlusskompetenz ist dem zuständigen Landesverband der Krankenkassen die Rechtsmacht zugewiesen worden, die beteiligten Krankenkassen zur Zahlung der auf sie entfallenden Gesamtvergütung an die KÄV zu verpflichten. Solche gesamtvertraglichen Vereinbarungen hat der BKK-Landesverband NRW mit der Klägerin für die Jahre 2000 und 2001 getroffen, wie das SG für

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

den Senat gemäß § 163 SGG bindend festgestellt hat. Nach dem vom SG festgestellten Inhalt dieser Verträge ist die beklagte Krankenkasse, die dem BKK-Landesverband NRW angehört, verpflichtet, für ihre Mitglieder den mit der Klage geltend gemachten Gesamtvergütungsbetrag zu zahlen. An diese Verträge ist die Beklagte gebunden. Sie kann im Rechtsstreit mit der Klägerin keine gerichtliche Überprüfung der Wirksamkeit der gesamtvertraglichen Vereinbarungen über die Veränderungen der Gesamtvergütungen iS des § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V für die Jahre 2000 und 2001 erreichen.

Ein Gesamtvertrag, der auf der Grundlage des § 83 Abs 1 SGB V nach Maßgabe des § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V über die Anpassung der Gesamtvergütungen geschlossen wird, enthält zunächst obligatorische Bestandteile, solche also, die allein zwischen den KÄVen und den vertragsschließenden Landesverbänden der Krankenkassen wirken *(zum <auch> obligatorischen Charakter von Gesamtverträgen siehe bereits Senatsurteil vom 14. Juni 1965 - SozR Nr 2 zu § 368h RVO; zuletzt Urteil vom 31. August 2005 - B 6 KA 6/04 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen; Orlowski in: Maaßen ua <Hrsg>, SGB V - Gesetzliche Krankenversicherung, Stand März 2001, § 83 RdNr 9; Hencke in: Peters <Hrsg>, Handbuch der Krankenversicherung, 19. Aufl, Stand Januar 2004, § 82 RdNr 5)*. Zugleich enthalten sie aber auch normative Bestandteile, die kraft spezieller gesetzlicher Anordnung auch Personen (Vertragsärzte) und Institutionen (Krankenkassen) binden, die nicht am Vertragsschluss beteiligt sind *(zur Normsetzung durch Vertrag im Vertragsarztrecht zuletzt BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, jeweils RdNr 65-69)*. § 83 Abs 1 Satz 1 SGB V bestimmt ausdrücklich, dass die Vertragspartner die Gesamtvergütungen "mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen" vereinbaren, und ordnet damit deren unmittelbare Geltung für die betroffenen Krankenkassen an. Diese erfasst nach dem bis Ende 2001 geltenden Rechtszustand die Krankenkassen, die Mitglieder des vertragsschließenden Landesverbandes sind. Nach der Änderung des § 83 durch das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11. Dezember 2001 schließen die KÄVen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge "mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart über die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten mit Wohnort in ihrem Bezirk". Das hat zur Folge, dass eine Krankenkasse sogar einen Gesamtvertrag gegen sich gelten lassen muss, den ein Landesverband abgeschlossen hat, dem sie selbst nicht angehört *(Begründung zum Gesetzentwurf der Bundesregierung vom 11. Mai 2001; BR-Drucks 336/01, S 6 zu § 83 Abs 1; Limpinsel in Jahn, Gesetzliche Krankenversicherung, Stand 2004, § 83 RdNr 6)*. An den von ihrem Landesverband bzw von dem wegen des Wohnsitzes ihres Mitglieds zuständigen Krankenkassen-Landesverband geschlossenen Gesamtvertrag über die Veränderung der Gesamtvergütung ist die einzelne Kasse gebunden. Diese Bindung schließt es aus, dass die Krankenkasse im Streit mit der KÄV die Vereinbarkeit einer Gesamtvergütungsvereinbarung mit den gesetzlichen Vorgaben des § 85 Abs 3 SGB V überprüfen lassen kann. Das ergibt sich nicht nur aus dem Wortlaut der maßgeblichen Vorschrift ("mit Wirkung für"), sondern auch aus dem systematischen Zusammenhang des Gesetzes.

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Bis zum Inkrafttreten des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) vom 27. Juni 1977 (BGBl I 1069) zum 1. Juli 1977 wurden die Veränderungen der Gesamtvergütungen generell zwischen den KÄVen und den einzelnen Krankenkassen vereinbart. § 368g Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) idF des Gesetzes über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl I 513*)* ließ zur Regelung der kassenärztlichen Versorgung "schriftliche Verträge der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen und ihren Verbänden" zu. Partner der Gesamtverträge nach § 368g Abs 2 Satz 1 RVO waren aber allein die KÄVen und die Krankenkassen. In dem Gesamtvertrag war nach § 368f Abs 2 Satz 4 RVO *(idF des GKAR)* die Kopfpauschale "für jede Krankenkasse" zu berechnen *(zum Gesamtvertrag zwischen KÄV und Krankenkasse vgl auch BSGE 29, 254, 257 = SozR Nr 6 zu § 368g RVO)*. Die Dreistufigkeit von Gesamtverträgen auf Kassen-, Landesmantelverträgen auf Landes- und Bundesmantelverträgen auf Bundesebene ist durch die Änderung des § 368g Abs 2 Satz 1 RVO durch das KVKG mit Wirkung vom 1. Juli 1977 beseitigt worden. Die Gesamtverträge wurden nunmehr allein der Landesebene zugewiesen *(BR-Drucks 76/77, S 30, zu § 368g RVO)*. Damit sind seit Juli 1977 auch die Veränderungen der Gesamtvergütungen von den Vertragspartnern des Gesamtvertrages mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen zu vereinbaren, wobei auf Kassenseite allein die Verbände abschlussbefugt sind *(Hencke, aaO, § 83 RdNr 5)*. Verträge über Gesamtvergütungen können nicht mehr mit einzelnen Krankenkassen geschlossen werden *(Hess in: Kasseler Kommentar, § 83 SGB V RdNr 5a)*.

Solange die einzelne Krankenkasse Vertragspartner der KÄV war, ergab sich ihre Bindung an einen von ihr selbst geschlossenen Vertrag aus dem selbstverständlichen Grundsatz der obligatorischen Verpflichtung von Vertragsschlüssen, der uneingeschränkt auch für öffentlich-rechtliche Verträge gilt. Die Übertragung der Vertragsabschlusskompetenz auf die Landesverbände der Krankenkassen hat an der Bindung der einzelnen Krankenkasse jedoch nichts geändert. Deren Interessen ist zunächst dadurch Rechnung getragen worden, dass sie "vor Abschluss der Verträge anzuhören" war *(§ 83 Abs 1 Satz 4 SGB V in der Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes <GRG> vom 20. Dezember 1988, BGBl I 2477).* Mit dieser Regelung des SGB V wurde im Wesentlichen der nach dem bisherigen Recht der RVO geltende Rechtszustand wiedergegeben.

Die Bestimmung über das Anhörungsrecht der Krankenkassen ist jedoch durch Art 1 Nr 41 Buchst a des GSG mit Wirkung vom 1. Januar 1993 gestrichen worden. In der Begründung der Fraktionen von CDU/CSU, SPD und FDP zum Entwurf eines GSG vom 5. November 1992 ist dazu ausgeführt, die Verpflichtung, dem verhandlungsführenden Landesverband Abschlusskompetenz zu erteilen, mache es unmöglich, die beteiligten Krankenkassen vor Abschluss eines Vertrages zu hören. Im Übrigen habe sich die seit Jahren bestehende Regelung in der Praxis nicht bewährt, da die Anhörung erst nach Abschluss der Verhandlungen habe erfolgen können. Einwendungen seien nur selten erhoben worden und hätten im Regelfall auch nicht berücksichtigt werden können. Eine erneute Aufschnürung des Verhandlungspaketes wäre von

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

den KÄVen im Regelfall nicht akzeptiert worden. Im Ersatzkassenbereich fehlten entsprechende Regelungen ohnehin. Die Mitwirkungsrechte der Krankenkassen blieben im Rahmen der bestehenden gesetzlichen Regelungen und Bestimmungen in der Satzung unverändert bestehen. Damit werde in ausreichendem Umfang verhindert, dass Verträge gegen die Interessen der Krankenkassen abgeschlossen würden *(BT-Drucks 12/3608, S 85, zu Nr 39 <§ 83>)*. Die so zusammengefasste Intention der gesetzlichen Regelung macht zunächst deutlich, dass das Problem gesehen worden ist, dass der den Gesamtvertrag abschließende Landesverband möglicherweise etwas vereinbart, das nicht allen Kassen, für die er handelt, sachgerecht oder angemessen erscheint. Das Gesetz hat diesen Konflikt nicht durch die Einräumung von Anhörungsrechten oder Zustimmungserfordernissen zu Gunsten der einzelnen Kasse entschärft, sondern die einzelne Krankenkasse im Interesse der Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung auf die Mitwirkungsrechte in ihrem Landesverband bzw in ihrem Kassenartensystem verwiesen.

Die Konzentration der Abschlusskompetenz bei den Landesverbänden der Krankenkassen ist für die Funktionsfähigkeit des Gesamtvergütungssystems inzwischen unverzichtbar. Nach der Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen und der Einführung des freien Kassenwahlrechts der Versicherten zum 1. Januar 1996 *(vgl Art 1 Nr 116 iVm Art 35 Abs 6 GSG)* müsste jede der im Jahr 2005 noch bestehenden ca 270 Krankenkassen bei Rückkehr zu der bis Juni 1977 noch unter ganz anderen Mitgliederstrukturen der Krankenkassen praktizierten Verfahrensweise mit allen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verträge schließen. Der damit verbundene Verwaltungsaufwand stünde in keinem Verhältnis zum Ergebnis einer konsequenten Durchführung des Wohnortprinzips nach dem seit 2002 geltenden Recht *(Limpinsel, aaO, § 83 RdNr 6)*. Die systematisch zwingende und praktisch notwendige ausschließliche Vertragsabschlusskompetenz des nach der jeweiligen Gesetzesfassung zuständigen Landesverbandes würde unterlaufen, wenn die einzelne Krankenkasse zwar die Gesamtvergütung nicht selbst vereinbaren, den Vertragsschluss des Landesverbandes aber nachträglich zur Überprüfung stellen könnte. Eine solche Überprüfungsberechtigung im Rechtsstreit zwischen der einzelnen Kasse und der KÄV hätte nämlich einen weitgehenden Funktionsverlust der "befreienden Wirkung" der Gesamtvergütungszahlung zur Folge.

Die KÄV hat gegenüber jeder Krankenkasse, für die der zuständige Landesverband nach dem bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Rechtszustand einen für sie wirkenden Vertrag geschlossen hat, Anspruch auf die "nach Maßgabe des Gesamtvertrages" bestimmte Gesamtvergütung, die die Krankenkasse mit befreiender Wirkung leistet *(§ 85 Abs 1 SGB V)*. Diese Befreiungswirkung schützt zunächst die Krankenkasse davor, dass im Streitverfahren zwischen dem Vertragsarzt und seiner KÄV festgestellt werden kann, die vereinbarte Gesamtvergütung sei zu Lasten der KÄV bzw zu Lasten der Vertragsärzte zu niedrig *(Urteil des Senats vom 31. August 2005 - B 6 KA 6/04 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen)*. Die KÄVen können wegen der befreienden Wirkung der Gesamtvergütung keine Nachforderungen

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

an die Krankenkassen richten *(BSGE 80, 49, 53 = SozR 3-2500 § 85 Nr 19 S 123; SozR 3-2500 § 85 Nr 30 S 228/229).* Umgekehrt ist aber auch die KÄV davor geschützt, dass in einem Rechtsstreit zwischen einer einzelnen Krankenkasse und ihr festgestellt werden kann, die Gesamtvergütung für eine einzelne Krankenkasse sei zu hoch vereinbart worden. Ebenso wie sich die Krankenkasse auf die befreiende Wirkung der Zahlung der Gesamtvergütung einstellen darf und nicht mit Nachforderungen rechnen muss, darf die KÄV ihrerseits eine vereinbarte oder bestandskräftig festgesetzte Gesamtvergütung der Verteilung an die Vertragsärzte zu Grunde legen *(vgl BSGE 89, 62, 69 = SozR 3-2500 § 85 Nr 42 S 348)*. Wären beide Rechtsbeziehungen anders zu beurteilen, würde sowohl die befreiende Wirkung des § 85 Abs 1 SGB V leer laufen, wie umgekehrt die KÄV gehindert wäre, vor Abschluss einer von ihr nicht zu übersehenden Zahl von gerichtlichen Verfahren eine abschließende Honorarverteilung vorzunehmen; sie könnte lediglich unbestimmte Vorschüsse auf zu erwartende Honorare auskehren. Das wäre, wie der Senat in anderem Zusammenhang entschieden hat, mit den Interessen der Vertragsärzte an einer Kalkulierbarkeit ihrer Einnahmen und der Planbarkeit ihrer Praxis nicht mehr vereinbar *(vgl nur BSGE 89, 62, 69 = SozR 3-2500 § 85 Nr 42 S 348).*

Es bedarf hier keiner näheren Prüfung, ob auch eine Krankenkasse gehindert ist, gegenüber einer KÄV, an die sie gemäß § 85 Abs 1 SGB V eine Gesamtvergütung zu entrichten hat, die Nichtigkeit des maßgeblichen Gesamtvertrages geltend zu machen. Diese könnte sich nur aus § 58 SGB X ergeben, weil der Gesamtvertrag - ungeachtet seiner (auch) normativen Wirkung gegenüber am Vertragsschluss nicht beteiligten Dritten - ein öffentlich-rechtlicher Vertrag iS der §§ 53 ff SGB X ist. Koordinationsrechtliche öffentlich-rechtliche Verträge iS von § 53 Abs 1 Satz 1 SGB X *(vgl näher Engelmann in: von Wulffen <Hrsg>, SGB X, 5. Aufl 2005, § 53 RdNr 4 a ff),* zu denen auch Gesamtverträge gehören, können nach § 58 Abs 1 SGB X nichtig sein, wenn sich die Nichtigkeit aus der entsprechenden Anwendung von Vorschriften des BGB ergibt. Um den besonderen Bestandsschutz öffentlich-rechtlicher Verträge auch in ihren obligatorischen und nicht nur in ihren normativ Dritte bindenden Teilen zu gewährleisten, kann die Nichtigkeit nicht durch jeden Verstoß gegen Rechtsvorschriften ausgelöst werden *(Engelmann, aaO, § 58 RdNr 6).* Lediglich qualifizierte Rechtsverstöße in vertragsärztlichen Normverträgen können die Nichtigkeit des entsprechenden Vertrages zur Folge haben, etwa, wenn zwingende Rechtsnormen bestehen, die einer vertraglichen Gestaltung nicht zugänglich sind, oder wenn ein bestimmtes Ziel nicht durch einen Vertragsschluss erreicht werden darf. Dabei kommt in erster Linie der Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot iS des § 134 BGB in Frage.

Die Beklagte macht in diesem Zusammenhang geltend, die Vereinbarung von Kopfpauschalen ohne Berücksichtigung des tatsächlichen Versorgungsbedarfs der einzelnen Krankenkasse sei mit § 85 Abs 2 Satz 2 SGB V unvereinbar. Unabhängig davon, ob das zutrifft, wird damit keine gesetzliche Verbotsnorm bezeichnet, die gemäß § 58 Abs 1 SGB X iVm § 134 BGB zur Nichtigkeit des Gesamtvertrages führen könnte. Ebenso wie § 85 Abs 4 SGB V kein Verbotsgesetz iS des § 134 BGB ist *(BSG SozR 3-2500 § 115 Nr 1 S 6),* gilt dies für § 85 Abs 2 Satz 2 SGB V. Die Vorschrift eröffnet den Gesamtvertragspartnern erheblichen Gestaltungsspielraum bei Ein-

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

haltung bestimmter gesetzlicher Vorgaben. Entsprechend enthalten in der Praxis Gesamtverträge regelmäßig nicht nur die Anpassungen der Kopfpauschalen, sondern zahlreiche vergütungsrelevante Einzelregelungen, bei denen - wie für Vertragsschlüsse typisch - die widerstreitenden Interessen der Vertragspartner zu einem sachgerechten Ausgleich gebracht werden können und müssen. Auch dieser Umstand steht regelmäßig einer isolierten Prüfung einzelner Bestimmungen einer Gesamtvergütungsvereinbarung entgegen. Ob die (Teil-)Nichtigkeit eines Gesamtvertrages anzunehmen wäre, der sich völlig von den Typenvorgaben und Anforderungen des § 85 Abs 2 SGB V löst und etwa entgegen § 85 Abs 2 Satz 3 SGB V unterschiedliche Vergütungen für die Versorgung verschiedener Versichertengruppen vorschreibt, kann auf sich beruhen. Derartige eindeutige Gesetzesverstöße stehen hier nicht im Raum. In welchem Umfang der tatsächlichen Bedarfssituation einer einzelnen Krankenkasse durch den vertragsschließenden Landesverband Rechnung zu tragen ist, ist in § 85 Abs 2 SGB V nicht unmittelbar vorgegeben, sondern unterliegt in weitem Umfang der Disposition der Vertragspartner. Eine ausfüllungsbedürftige Norm, die gerade die Grundlage für Verhandlungen der Vertragspartner darstellt, kann nicht ihrerseits Verbotsgesetz iS des § 134 BGB sein.

Die strikte Bindung der einzelnen Krankenkasse an den vom gemäß § 83 SGB V zuständigen und abschlussbefugten Landesverband geschlossenen Gesamtvergütungsvertrag verletzt keine rechtlich geschützten Positionen dieser Kasse.

Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat in den Entscheidungen zum Risikostrukturausgleich in der gesetzlichen Krankenversicherung *(Beschluss <Kammer> vom 9. Juni 2004 - 2 BvR 1248/03 und 2 BvR 1249/03 = SozR 4-2500 § 266 Nr 7, und vom 18. Juli 2005 - 2 BvF 2/01 - GesR 2005, 501)* eingehend dargelegt, dass die Krankenkassen keine Grundrechtsträger iS des Art 19 Abs 3 Grundgesetz (GG) sind, sondern ihre Hauptaufgabe im Vollzug einer zwecks Erfüllung der staatlichen Grundaufgabe "Krankenversicherungsschutz" geschaffenen detaillierten Sozialgesetzgebung besteht. Die Krankenkasse hat als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung den öffentlich-rechtlich geregelten Krankenversicherungsschutz für ihre Versicherten zu gewähren. Allein der Erfüllung dieser sozialstaatlichen Aufgabe dient der "Kassenwettbewerb". Dieser "Kassenwettbewerb" und der den Solidargedanken repräsentierende Risikostrukturausgleich stehen nicht isoliert nebeneinander. Vielmehr hat der Gesetzgeber Kassenwettbewerb nur im Rahmen und unter den Voraussetzungen des Risikostrukturausgleichs zugelassen *(BVerfG SozR 4 aaO RdNr 17, 20 sowie Beschluss vom 18. Juli 2005 - GesR 2005, 501, 511, 512)*. Das lässt deutlich erkennen, dass die Vorstellung der Beklagten, sie werde durch eine - gemessen an dem Gesundheitszustand und dem Behandlungsbedarf ihrer Versicherten nach ihrer eigenen Einschätzung zu hohen - Kopfpauschale in ihrer Wettbewerbsposition gegenüber anderen Krankenkassen benachteiligt, von vornherein kein relevanter Gesichtspunkt ist. Wenn der Gesetzgeber im Interesse der Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung und der Sicherung einer angemessen ausgehandelten und zeitnah feststehenden Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen vorgibt, die Vertragsabschlusskompetenz für die Gesamtverträge nicht der einzelnen

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Krankenkasse, sondern ihrem Landesverband zu übertragen, kann der vom Landesverband geschlossene Vertrag nicht mit tatsächlichen oder vermeintlichen wettbewerbsrechtlichen Vor- und Nachteilen der jeweiligen Krankenkassen in Frage gestellt werden.

Auch die von der Beklagten angeführte Erwägung, sie dürfe nicht ohne gerichtliche Rechtsschutzmöglichkeit gezwungen werden, Gesamtvergütungen in einer potenziell gesetzwidrigen Höhe zu entrichten, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Die Beklagte kann sich als Körperschaft des öffentlichen Rechts *(§ 4 Abs 1 SGB V)* nicht auf die Rechtsschutzgarantie des Art 19 Abs 4 Satz 1 GG berufen *(vgl Schulze-Fielitz in: Dreier <Hrsg>, Grundgesetz Kommentar, Bd I, 2. Aufl 2004, Art 19 IV RdNr 83)*. Die Krankenkassen sind ungeachtet ihres Selbstverwaltungsrechts nicht grundrechtsfähig iS des Art 19 Abs 3 GG *(BVerfG SozR 4-2500 § 266 Nr 7 RdNr 10 ff)*, sondern üben bei der hier betroffenen Gewährleistung der vertragsärztlichen Versorgung eine öffentliche, vom Staat durch Gesetz übertragene Aufgabe aus. Deshalb bestimmt allein das Gesetz, in welchem Umfang eine Krankenkasse bei der Erfüllung ihrer Aufgaben gegenüber anderen Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung gerichtlichen Rechtsschutz in Anspruch nehmen kann. Aus § 83 Abs 1 SGB V ergibt sich, dass das gegenüber dem Abschluss von Gesamtverträgen nicht der Fall ist.

Im Übrigen hat der Gesetzgeber mit der Einführung des sog Wohnortprinzips durch das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11. Dezember 2001 (aaO) einer Differenzierung im ärztlichen Vergütungsbereich nach der Leistungsfähigkeit einzelner Krankenkassen entgegen der Einschätzung der Beklagten gerade nicht Rechnung getragen. In Folge der Einführung des Wohnortprinzips muss im Rahmen der Vergütungsverträge für jede Krankenkasse, deren Versicherte im Bezirk der jeweiligen KÄV wohnen, eine Gesamtvergütung vereinbart werden. Um auszuschließen, dass sich die Behandlung nur weniger Versicherten einer bestimmten Krankenkasse durch einen Arzt unangemessen auf die ärztliche Vergütung auswirkt, bestimmt § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V in der ab 1. Januar 2002 geltenden Fassung für die Honorarverteilung, dass jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge ein Punktwert in gleicher Höhe zu Grunde zu legen ist. Die KÄVen dürfen danach zwar für jede Kassenart einen Verteilungspunktwert zu Grunde legen, nicht aber für jede Krankenkasse einen spezifischen Punktwert *(vgl Begründung der BReg zum Entwurf eines Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips, BR-Drucks 336/01 S 7/8).* Das bedeutet, dass es aus der Sicht des Vertragsarztes je nach Ausgestaltung der Honorarverteilung zwar von Bedeutung sein kann, welcher Kassenart sein Patient angehört, jedoch ohne Belang ist, welcher einzelnen Krankenkasse innerhalb dieser Kassenart sich der Versicherte im Rahmen seines Wahlrechts nach § 173 SGB V angeschlossen hat. Diese Regelung kann ebenfalls nicht mit dem Hinweis darauf in Frage gestellt werden, sie sei mit dem Wettbewerbsgedanken unvereinbar, der sich auf einzelne Krankenkassen und nicht auf Kassenarten beziehe, weil ein Versicherter sich für eine Krankenkasse und nicht primär für eine Kassenart entscheidet. Es gibt kein dem Gesetz vorgeordnetes, gleichsam überpositives Wettbewerbsprinzip, an dem oder an dessen

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Ausprägungen einzelne gesetzliche Regelungen gemessen werden könnten. Das vertragsärztliche Vergütungsrecht folgt aus den einzelnen gesetzlichen und untergesetzlichen Bestimmungen, und Wettbewerb findet im Rahmen und nach Anwendung dieser Bestimmungen statt *(s auch BVerfG - Beschluss vom 18. Juli 2005 - GesR 2005, 501, 511 f)*.

Im Ergebnis zu Recht hat danach das SG auch die Widerklage abgewiesen, mit der die Beklagte die Verurteilung der Klägerin zur (Rück-)Zahlung der bereits geleisteten und nicht einbehaltenen Gesamtvergütungen für die Jahre 2000 und 2001 begehrt. Da die Beklagte - wie ausgeführt - an den vom BKK-Landesverband NRW geschlossenen Gesamtvertrag gebunden ist und die Klägerin von ihr Gesamtvergütungen für ihre Mitglieder in gesamtvertragskonformer Höhe beansprucht, steht der Beklagten kein Rückzahlungsanspruch bzw öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zu. Die Rechtsauffassung des SG, eine Krankenkasse könne von vornherein keinen Erstattungsanspruch gegen eine KÄV wegen zu Unrecht gezahlter Gesamtvergütung geltend machen, trifft allerdings nicht zu. Im Gegenteil ist in der Rechtsprechung des Senats anerkannt, dass ein solcher Anspruch besteht, wenn eine KÄV vertragsärztliche Leistungen vergütet hat, die tatsächlich nicht oder nicht ordnungsgemäß erbracht worden sind *(vgl BSGE 80, 1 = SozR 3-5545 § 19 Nr 2 für den zahnärztlichen Bereich)*. Eine solche Konstellation liegt hier zwar nicht vor. Aber auch unabhängig davon bewirkt § 85 Abs 1 SGB V unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen der einzelnen Krankenkasse und der KÄV, weil nicht der Landesverband, der den Gesamtvertrag geschlossen hat, sondern die einzelne Krankenkasse zur Entrichtung der vereinbarten Gesamtvergütung für ihre Mitglieder verpflichtet ist. Wenn damit das Gesetz selbst direkte Beziehungen zwischen den einzelnen Krankenkassen und der KÄV konstituiert, sind Konstellationen denkbar, in denen Zahlungen zwischen den beiden Institutionen Krankenkasse und KÄV auch dann rückabgewickelt werden müssen, wenn beide nicht unmittelbar durch Vertragsbeziehungen miteinander verbunden sind, sondern das Vertragsverhältnis zwischen dem Landesverband und der KÄV gestaltet wird *(vgl Engelhard in: Hauck/Noftz <Hrsg>, SGB V, Stand: August 2005, § 85 RdNr 44)*.

Die Revision der Klägerin, mit der sie die Zahlung von Zinsen auf die von der Beklagten zu Unrecht einbehaltenen Gesamtvergütungsbestandteile begehrt, ist ebenfalls nicht begründet. Sie stützt ihren Verzinsungsanspruch einerseits auf Verzug, andererseits macht sie Prozesszinsen geltend. Ein Anspruch auf Verzugszinsen steht ihr generell nicht zu; Prozesszinsen kann sie lediglich aus Gründen prozessualen Vertrauensschutzes nicht beanspruchen. Der Senat hält an seiner bisherigen Rechtsprechung, wonach bei rechtswidriger Nichtzahlung von Gesamtvergütungen auch nach Rechtshängigkeit keine Zinsen zu zahlen sind, in Zukunft nicht mehr fest.

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Verzugszinsen. Eine gesetzliche oder untergesetzliche Regelung, aus der sich ausdrücklich die Verpflichtung der Beklagten ergibt, rückständige Gesamtvergütungsanteile ab Eintritt der Fälligkeit bzw gegebenenfalls ab Eintritt des Verzuges zu verzinsen, besteht nicht. Nach den von den Beteiligten nicht in Frage gestellten Feststellungen des SG ist in dem für die Beklagte maßgeblichen Gesamtvertrag eine Pflicht zur Verzinsung

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

rückständiger Gesamtvergütung nicht bestimmt. Der Senat hat bereits mit Urteil vom 20. Februar 1968 - 6 RKa 19/67 - *(SozR Nr 3 zu § 288 BGB)* entschieden, dass eine KÄV von Gesetzes wegen keinen Anspruch auf Verzugszinsen hat, wenn eine Krankenkasse die Gesamtvergütung für die kassenärztliche Versorgung nicht rechtzeitig entrichtet. Daran hat der Senat in seiner letzten einschlägigen Entscheidung vom 17. November 1999 - B 6 KA 14/99 R - *(SozR 3-2500 § 75 Nr 11 S 54/55)* festgehalten. In der Rechtsprechung des BSG ist darüber hinaus geklärt, dass die Verzinsungsvorschriften des BGB auf öffentlich-rechtliche Verträge des Sozialrechts nicht entsprechend anwendbar sind *(zB BSG SozR 1300 § 61 Nr 1; näher Engelmann in: von Wulffen <Hrsg>, aaO, § 61 RdNr 4 b).*

Die Verpflichtung der Beklagten zur Zahlung von Verzugszinsen kann auch nicht aus § 288 BGB *(in der bis zum 31. Dezember 2001 geltenden Fassung)* iVm § 69 Satz 3 SGB V *(in der durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 - BGBl I 2626 - eingeführten, ab 1. Januar 2000 geltenden Fassung)* abgeleitet werden. Nach der letztgenannten Vorschrift gelten für die Rechtsbeziehung zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden zu Ärzten, Zahnärzten, Psychotherapeuten und sonstigen Leistungserbringern im Übrigen die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem 4. Kapitel des SGB V vereinbar sind. Der Senat lässt offen, ob und inwieweit die Rechtsbeziehungen der Partner der Gesamtverträge nach § 83 Satz 1 SGB V von der Verweisung des § 69 Satz 3 SGB V auf die Vorschriften des BGB überhaupt erfasst werden. Jedenfalls ist die Annahme einer generellen Verpflichtung der Gesamtvertragspartner zur Zahlung von Verzugszinsen nicht mit den Vorgaben des § 70 SGB V und mit den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel des SGB V vereinbar.

Bei Inkrafttreten der Neufassung des § 69 SGB V am 1. Januar 2000 war die Rechtsprechung des BSG, wonach rückständige Gesamtvergütungsbeträge und generell Leistungen auf der Grundlage von öffentlich-rechtlichen Verträgen im Sozialversicherungsrecht nicht zu verzinsen sind, bekannt. Es fehlt an jedem Hinweis im Gesetzestext und in der Entstehungsgeschichte der Vorschrift, dass die subsidiäre Verweisung in § 69 Satz 3 SGB V auf die bürgerlich-rechtlichen Vorschriften daran etwas geändert hat bzw hat ändern wollen. Für das vergleichbare Problem der Diskrepanz der Verjährungsfristen im Sozialrecht (grundsätzlich 4 Jahre) und im bürgerlichen Recht (3 Jahre) hat der 3. Senat des BSG *(Urteil vom 12. Mai 2005 - B 3 KR 32/04 R - zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen)* entschieden, dass auch nach der Neuregelung der Rechtsbeziehungen zwischen Krankenkassen und Leistungserbringern zum 1. Januar 2000 durch § 69 SGB V die Vergütungsansprüche der Krankenhäuser gegen die Krankenkasse für die Behandlung von Versicherten einer vierjährigen Verjährungsfrist unterliegen. Der 3. Senat des BSG hat ausdrücklich eingeräumt, dass allein vom Wortlaut des § 69 Satz 3 SGB V ausgehend ein Rückgriff auf die Verjährungsvorschriften des BGB seit dem 1. Januar 2000 nicht ausgeschlossen erscheine. Er hat aber verdeutlicht, dass der Wortlaut des § 69 Satz 3 SGB V insoweit nicht eindeutig ist, weil

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

der Rückgriff auf die BGB-Vorschriften nur erlaubt sei, soweit dies mit den Vorgaben des § 70 SGB V und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach dem maßgeblichen Kapitel des SGB V vereinbar sei.

Die Neufassung des § 69 SGB V hat der Beseitigung einer unklaren Rechtslage gedient, und zwar gleichermaßen in prozessualer und materieller Hinsicht. Seit Jahren war umstritten, ob die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern bzw zu davon betroffenen Dritten dem öffentlichen oder dem privaten Recht zuzuordnen sind und dementsprechend die Zuständigkeit der Zivilgerichte oder Sozialgerichte gegeben ist. Nachdem der Gesetzgeber schon im GRG vom 20. Dezember 1988 durch die Neufassung des § 51 Abs 2 SGG den Rechtsweg regeln und alle Streitigkeiten aus dem Leistungserbringerrecht den Sozialgerichten zuweisen wollte *(vgl dazu Engelmann, NZS 2000, 213 ff),* ist nunmehr durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 auch die bis dahin umstritten gebliebene Zuständigkeit für alle kartellrechtlichen Streitigkeiten aus dem Leistungserbringerrecht ausdrücklich der Sozialgerichtsbarkeit zugewiesen worden. Weiterhin hat die Neufassung des § 69 SGB V den Zweck gehabt klarzustellen, dass die Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen und ihren Verbänden zu den Leistungserbringern in den öffentlich-rechtlichen Versorgungsauftrag eingebunden und deshalb allein sozialversicherungsrechtlicher und nicht privatrechtlicher Natur sind, sodass ua die Krankenkassen auch in wettbewerbs- und kartellrechtlicher Hinsicht nicht als Unternehmen iS des Privatrechts handeln. Diese Zielsetzung der Neufassung des § 69 SGB V schließt es entgegen einer in der instanzgerichtlichen Rechtsprechung und im Schrifttum vertretenen Auffassung *(SG Hannover, Urteil vom 10. März 2004 - S 10 KA 1571/00 = MedR 2004, 579/580; Wehebrink, NZS 2002, 529 ff)* aus, aus der Neufassung des § 69 SGB V Rückschlüsse auf eine Absicht des Gesetzgebers zur Änderung der bisherigen Rechtspraxis hinsichtlich der Zahlung von Verzugszinsen innerhalb der Leistungsbeziehungen nach dem 4. Kapitel des SGB V zu ziehen.

Auch die jüngere Rechtsprechung des 3. Senats des BSG zur Verzinsung von bereicherungsrechtlichen Forderungen eines Krankenhauses gegen eine Krankenkasse rechtfertigt für den Anspruch auf Verzugszinsen keine andere Beurteilung. Der 3. Senat hat mit Urteil vom 4. März 2004 *(BSGE 92, 223 = SozR 4-2500 § 39 Nr 1)* entschieden, dass ein an die Stelle eines vertraglichen Anspruchs tretender bereicherungsrechtlicher Anspruch eines Krankenhausträgers gegen eine Krankenkasse zwar nicht schon im Verzugsfall, aber gemäß § 291 BGB nach Rechtshängigkeit zu verzinsen ist. Er hat das - und darauf kommt es in diesem Zusammenhang an - daraus abgeleitet, dass ein gleichgerichteter vertraglicher Vergütungsanspruch zu verzinsen sei. Diese Rechtsfolge ergab sich im vom 3. Senat des BSG entschiedenen Fall aus den entsprechenden vertraglichen Vereinbarungen und ergibt sich mittelbar aus § 17 Abs 1 Satz 3 der Bundespflegesatzverordnung. Danach müssen in den Pflegesatzvereinbarungen Regelungen über die Verpflichtung zur Zahlung von Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung getroffen werden (*BSG aaO, jeweils RdNr 31 bzw 30).* Eine entsprechende Regelung enthält auch § 11 Abs 1 Satz 3 Krankenhausentgeltgesetz. Dort ist bestimmt, dass die Vertragsparteien nach § 18 Abs 2 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, also der jeweilige

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Krankenhausträger und die beteiligten Sozialversicherungsträger, in die auf das einzelne Krankenhaus bezogene Vereinbarung Bestimmungen ua über "Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung" aufnehmen müssen. Eine ähnliche Rechtslage hat in dem Fall eines bereicherungsrechtlichen Wertersatzanspruchs bei rechtsgrundlos erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege bestanden, der dem Urteil des 3. Senats des BSG vom 13. Mai 2004 (*SozR 4-2500 § 132a Nr 1*) zu Grunde lag. Demgegenüber besteht eine vergleichbare gesetzliche Anordnung, nach der die Gesamtvertragspartner nach § 83 SGB V Vereinbarungen über die Zahlung von Verzugszinsen bei verspäteter Zahlung treffen müssten, nicht. Deshalb kann aus der Erwägung des 3. Senats, für Bereicherungsansprüche bei rechtsgrundlos gewährten Leistungen, die an Stelle von vertraglichen Vergütungsansprüchen treten, müsse unter Verzinsungsgesichtspunkten dasselbe gelten, hier kein für die Klägerin positives Ergebnis abgeleitet werden.

Sofern der Gesetzgeber nur in einem Teilbereich des Leistungserbringerrechts die Vertragspartner verpflichtet, Regelungen über Verzugszinsen zu treffen, kann daraus geschlossen werden, dass dafür in anderen Sachbereichen kein Raum oder die Frage der vertraglichen Gestaltung überantwortet ist. Hier trifft Letzteres zu; die Gerichte sind dann gehindert, das, was ein Partner nicht hat durchsetzen können, nachträglich zum Vertragsinhalt zu machen. Darin läge ein systemwidriger Eingriff in eine gesetzliche Konzeption, die von der Einschätzung getragen wird, die Vertragspartner seien im Stande, ausgewogene interessengerechte Lösungen zu vereinbaren.

Hinsichtlich des Anspruchs auf Prozesszinsen hält der Senat dagegen an seiner bisherigen Rechtsprechung nicht fest. Ansprüche von KÄVen auf Zahlung fälliger Gesamtvergütungen, die nach dem Tag der Verkündung dieses Urteils (28. September 2005) im ersten Rechtszug klageweise geltend gemacht werden, können in entsprechender Anwendung des § 291 BGB einen Anspruch auf Prozesszinsen auslösen.

Nach § 291 Satz 1 BGB in der hier wegen der Klageerhebung am 17. März 2003 anzuwendenden Fassung des Schuldrechtsmodernisierungsgesetzes *(Bekanntmachung der Neufassung des BGB vom 2. Januar 2002, BGBl I 42)* hat der Schuldner eine fällige Geldschuld vom Eintritt der Rechtshängigkeit an zu verzinsen, auch wenn er nicht im Verzug ist. Die Zinshöhe entspricht derjenigen von Verzugszinsen, wie sich aus der Verweisung des § 291 Satz 2 BGB auf § 288 Abs 1 Satz 2 sowie Abs 2 und 3 BGB ergibt. Der Anspruch auf Prozesszinsen hat neben dem Anspruch auf Verzugszinsen eigenständige Bedeutung im unmittelbaren Anwendungsbereich der §§ 286 ff BGB nur in dem Ausnahmefall, dass der Schuldner trotz Klageerhebung nicht in Verzug gekommen ist *(vgl § 291 Satz 1 erster Halbsatz BGB)*; regelmäßig tritt nämlich spätestens mit Klageerhebung Verzug ein *(§ 286 Abs 1 Satz 2 BGB)*. § 291 Satz 1 BGB ist jedoch auch dann erfüllt, wenn trotz möglicherweise eingetretenen Verzuges der Anspruch auf Verzugszinsen generell ausgeschlossen ist. Das ist hier - wie soeben ausgeführt - der Fall.

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Der Anspruch auf Prozesszinsen setzt nach § 291 BGB nicht voraus, dass Gläubiger und Schuldner im Sinne dieser Norm durch einen zwischen ihnen geschlossenen Vertrag verbunden sind. Allein entscheidend ist, dass der Schuldner die Rechtspflicht hat, gegenüber dem Gläubiger eine Geldschuld zu erfüllen. Deshalb steht der entsprechenden Anwendung des § 291 BGB auf die Rechtsbeziehungen zwischen der Klägerin und der Beklagten nicht entgegen, dass diese nicht Partner des Gesamtvertrages sind. Nach § 83 Abs 1 Satz 1 SGB V hat der zuständige Landesverband kraft der ihm übertragenen Abschlusskompetenz die Rechtsmacht, die einzelne Krankenkasse zur Zahlung der auf sie entfallenden Gesamtvergütung an die KÄV zu verpflichten. Der Gesamtvertrag macht allein die Krankenkasse zum Schuldner der Gesamtvergütung und überträgt ihr alle Pflichten, die nach vertragsrechtlichen Grundsätzen den Schuldner einer Geldschuld treffen. Deshalb können über § 61 Satz 2 SGB X auf die allein öffentlich-rechtlich geprägten Rechtsbeziehungen zwischen der Krankenkasse als Schuldnerin der Gesamtvergütung und der KÄV als deren Gläubigerin die Vorschriften des BGB über Prozesszinsen entsprechend angewandt werden, obwohl zwischen beiden unmittelbar kein öffentlich-rechtlicher Vertrag abgeschlossen worden ist.

Allerdings hat der Senat bisher die Auffassung vertreten, die pauschale Verweisung des § 61 Satz 2 SGB X auf die Vorschriften des BGB führe nicht zur Anwendbarkeit des § 291 BGB. Vielmehr seien Prozesszinsen wie Verzugszinsen nur soweit zu zahlen, wie dies ausdrücklich bestimmt sei *(zuletzt BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 11 S 54 f)*. Daran hält der Senat hinsichtlich der Verpflichtung zur Zahlung der Gesamtvergütung durch die Krankenkasse auf der Grundlage von § 85 Abs 1 iVm § 83 Abs 1 Satz 1 SGB V und dem maßgeblichen Gesamtvertrag nicht mehr fest. Die Gründe, die die bisherige Beurteilung des Senats getragen haben, der allgemeine Grundsatz einer Verzinsungspflicht des Schuldners für fällige Geldschulden nach Rechtshängigkeit gelte für Ansprüche aus Gesamtvergütungsverträgen nicht, sind entfallen.

In der Rechtsprechung aller bislang mit dem Anspruch auf Prozesszinsen befassten Senate des BSG ist bislang die Anwendung des § 291 Satz 1 BGB auf im Sozialversicherungsrecht begründete Zahlungsansprüche ausgeschlossen worden, soweit in sozialversicherungsrechtlichen Vorschriften keine ausdrückliche gesetzliche Regelung über eine Verzinsung enthalten ist. Wesentlicher Grund dafür waren die einseitig zu Lasten der Leistungsträger getroffenen Regelungen hinsichtlich der Gerichtsgebühren *(§§ 183, 184 SGG jeweils aF)* sowie der Ausschluss der Erstattung außergerichtlicher Kosten an den Leistungsträger selbst im Falle seines Obsiegens *(§ 193 Abs 4 SGG aF; BSGE 71, 72, 74 = SozR 3-7610 § 291 Nr 1 S 3)*. Diese Gründe sind teilweise schon mit dem Inkrafttreten des GSG zum 1. Januar 1993 entfallen, weil dort für die Streitsachen, auf die § 116 Abs 2 der Bundesgebührenordnung für Rechtsanwälte *(in der bis zum 30. Juni 2004 geltenden Fassung)* Anwendung fand, eine Kostenerstattungspflicht auch zu Gunsten einer obsiegenden Körperschaft angeordnet worden ist. Spätestens mit der Neufassung des Kostenrechts im so-

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

zialgerichtlichen Verfahren zum 2. Januar 2002 durch das 6. SGGÄndG vom 17. August 2001 (BGBl I 2144) können aus der Kostenregelung im SGG jedenfalls in den von § 197a Abs 1 Satz 1 SGG erfassten Streitigkeiten keine Schlüsse mehr auf den Ausschluss von Prozesszinsen gezogen werden.

In diesen Streitigkeiten, zu denen auch die hier allein zu beurteilenden Auseinandersetzungen zwischen Krankenkassen und KÄVen zählen, werden Gerichtskosten erhoben und gelten im Übrigen die Kostenvorschriften der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Das hat zur Folge, dass der unterlegene Beteiligte neben den Gerichtskosten die Anwaltskosten des obsiegenden Beteiligten nach dem maßgeblichen Streitwert zu tragen bzw zu erstatten hat. Die Annäherung des sozialgerichtlichen Kostenrechts an dasjenige der VwGO legt nahe, auch hinsichtlich der Prozesszinsen auf die Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts (BVerwG) Bezug zu nehmen. Das BVerwG ist schon immer davon ausgegangen, dass im Wege der Zahlungs- oder Verpflichtungsklage geltend gemachte Geldforderungen in entsprechender Anwendung des § 291 BGB zu verzinsen sind, sofern das einschlägige Fachgesetz keine gegenteilige Regelung enthält *(Urteile vom 18. Mai 1994 - 11 A 1.92 - Buchholz 11 Art 104a GG Nr 11 und vom 28. Mai 1998 - 2 C 28.97 - Buchholz 239.1 § 49 BeamtVG Nr 5).* Das BVerwG differenziert ausdrücklich zwischen Verzugszinsen, die im öffentlichen Recht nur geltend gemacht werden könnten, wenn das gesetzlich oder vertraglich explizit geregelt sei, und Prozesszinsen ab Eintritt der Rechtshängigkeit einer Geldforderung *(dazu näher BVerwG, Beschluss vom 9. Februar 2005 - 6 B 80/04 - juris)*, die gezahlt werden müssten, soweit der darauf gerichtete Anspruch nicht ausgeschlossen sei *(vgl auch Redeker/von Oertzen, VwGO, 14. Aufl 2004, § 42 RdNr 157; Palandt/Heinrichs, BGB, 64. Aufl 2005, § 291 RdNr 2).*

Die hier in Frage stehende Änderung der Rechtsprechung hinsichtlich des Ausschlusses von Prozesszinsen beim Streit um Zahlungsansprüche der Gesamtvertragspartner ist indessen nicht nur eine Folge des veränderten Gerichtskostenrechts in sozialgerichtlichen Streitverfahren, sondern ist auch von der Sache her geboten. Jenseits der gesetzestechnischen Ausgestaltung im Einzelnen ist der Ausschluss der Verzinsungspflicht in Rechtsstreitigkeiten zwischen den Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung, also insbesondere den KÄVen und den Krankenkassen, auch von der Erwägung getragen gewesen, dass wegen der gemeinsamen Verantwortung, die das Gesetz diesen Institutionen in § 72 Abs 1 SGB V überträgt, auf die sanktionierende Wirkung von Prozesszinsen verzichtet werden kann. Dem liegt nicht die Vorstellung zu Grunde, dass zwischen den Trägern der vertragsärztlichen Versorgung nicht auch schwerwiegende Meinungsverschiedenheiten hinsichtlich der Ausgestaltung insbesondere der Vergütungsbeziehungen bestehen können. Das Gesetz ist jedoch von der Erwartung geprägt, dass diese Auseinandersetzungen nicht dazu genutzt werden, dass sich die eine Institution auf Kosten der anderen ua während eines zwangsläufig längere Zeit in Anspruch nehmenden Rechtsstreits durch Nichtzahlung fälliger Beträge wirtschaftlich Vorteile verschafft.

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Wenn zwischen den Institutionen der vertragsärztlichen Versorgung Streitigkeiten über Zeitpunkt und Umfang von Zahlungspflichten bestehen, die nur gerichtlich geklärt werden können, bieten sich zahlreiche Gestaltungsmöglichkeiten an, um die wirtschaftlichen Folgen einer solchen Auseinandersetzung für die jeweils andere Seite zu begrenzen. Kleinere Beträge können etwa im Wege der Aufrechnung mit laufender Gesamtvergütung streitig gestellt und Vereinbarungen getroffen werden, dass bei einem bestimmten Ausgang des über diese Teilsumme anhängig gemachten gerichtlichen Verfahrens die Auseinandersetzung insgesamt in der vom Gericht vorgesehenen Weise bereinigt wird. Daneben kann zum Mittel der Feststellungsklage gegriffen werden, die die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit zwischen den Trägern der vertragsärztlichen Versorgung in Anwendung des § 55 SGG regelmäßig zulassen, weil und wenn die Erwartung besteht, dass ein Feststellungsurteil von den Trägern vergleichbar einem Leistungsurteil ausgeführt werde. Derartige Beschränkungen des Streitgegenstandes können durch Vereinbarungen zwischen den Trägern über die Nichtberufung auf den Ablauf von Verfall- oder Verjährungsfristen abgesichert werden. Wenn das hier nur beispielhaft dargestellte Instrumentarium genutzt wird, wird zum einen der wirtschaftliche Schaden durch vorenthaltene Liquidität beim Streit etwa um Gesamtvergütungsanteile begrenzt und es besteht auf der anderen Seite kein Bedürfnis mehr, die dann typischerweise relativ geringen Beträge ab dem Zeitpunkt der Klageerhebung zu verzinsen. Das beruht auch darauf, dass vielfach die Rollenverteilung im Prozess bei Auseinandersetzungen zwischen den Partnern der Gesamtverträge zufällig ist, wie auch die hier zu beurteilende Konstellation zeigt. Ob die Krankenkasse Klage auf Rückzahlung einer bereits entrichteten Gesamtvergütung erhebt oder durch Zahlungsverweigerung die KÄV in die prozessuale Rolle der Klägerin bringt, hängt vielfach von Verabredungen der Beteiligten ab.

Die Auseinandersetzungen der letzten Jahre und insbesondere der hier zu beurteilende Rechtsstreit zeigen indessen, dass die Grundlage für diese auf einen begrenzten Konsens der Gesamtvertragspartner trotz bestehender Meinungsverschiedenheiten gerichtete Erwartung des Gesetzgebers jedenfalls teilweise entfallen ist. Wenn eine Krankenkasse aus Anlass eines Streits um die Höhe der Kopfpauschalen Beträge im zweistelligen Millionenbereich einbehält, obwohl ihre Versicherten von den Mitgliedern der KÄV weiter behandelt werden sollen und behandelt werden müssen, bringt sie die KÄV in die Zwangslage, entsprechende Beträge zur zeitnahen Honorierung der Vertragsärzte vorzufinanzieren. Diese kann nämlich ihrerseits die Honorarverteilung an ihre Mitglieder nicht einstellen oder aussetzen, weil bestimmte Anteile der Gesamtvergütung nicht entrichtet worden sind. Soweit das Instrument der Einbehaltung von Beträgen der Gesamtvergütung nicht nur in begrenztem Umfang benutzt wird, um grundsätzliche Meinungsverschiedenheiten einer gerichtlichen Klärung zuzuführen, sondern auch eingesetzt wird, um wirtschaftlichen Druck in diesen Rechtsbeziehungen durch Vorenthaltung bzw Entzug von Liquidität zu entfalten, muss die Rechtsordnung darauf reagieren. Jede Vorfinanzierung ist mit Finanzierungskosten verbunden, die nach dem Verursacherprinzip derjenige zu tragen hat, dessen Standpunkt sich nach Abschluss des gerichtlichen Verfahrens als unzutreffend erweist. Soweit damit eine Erhöhung des

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Prozessrisikos verbunden ist, ist das sachgerecht, weil die Verpflichtung, ggf Prozesszinsen zu zahlen, ebenso wie die Verpflichtung, im Unterliegensfalle Gerichtskosten und Anwaltskosten tragen zu müssen, zu den Risiken zählt, die verständige Beteiligte abwägen, bevor sie Klage erheben bzw gegen sie gerichtete Forderungen nicht iS des § 93 Zivilprozessordnung unverzüglich anerkennen.

Die der bisherigen Rechtsprechung des Senats zu Grunde liegende Erwartung, dass es derartiger Ausgleichsmechanismen in den Rechtsbeziehungen der Partner der Gesamtverträge nicht bedürfe, hat sich jedenfalls partiell als nicht gerechtfertigt herausgestellt. Deshalb sind bei Klagen auf Zahlung fälliger Gesamtvergütungen, die nach dem Tag der Verkündung dieser Entscheidung im ersten Rechtszug anhängig werden, Prozesszinsen in entsprechender Anwendung des § 291 BGB zu zahlen. Soweit die Beteiligten der Gesamtvergütungsvereinbarungen sich der oben aufgezeigten Möglichkeiten zur Begrenzung der wirtschaftlichen Auswirkungen rechtlicher Konflikte bedienen und den Streitgegenstand entsprechend sachgerecht eingrenzen, verbleibt die wirtschaftliche Folge von Prozesszinsen angesichts des Umfangs der Gesamtvergütungen in einer zu vernachlässigenden Größenordnung. Soweit dagegen auch in Zukunft rechtliche Auffassungsunterschiede hinsichtlich der Berechnungs- und Zahlungsmodalitäten der Gesamtvergütung durch die Summe der geltend gemachten bzw einbehaltenen Beträge zu erheblichen wirtschaftlichen Auswirkungen führen, ist die Zubilligung von Prozesszinsen in der in § 291 iVm § 288 BGB vorgegebenen Höhe ein notwendiges und wirksames Mittel, die wirtschaftlichen Folgen eines erheblichen Finanzierungsbedarfs dem im Rechtsstreit Unterlegenen aufzuerlegen. Der Senat stellt ausdrücklich klar, dass die Änderung der Rechtsprechung zu den Prozesszinsen nur die Zahlung fälliger Gesamtvergütungen betrifft. Für diese Materie ist der Senat nach dem Geschäftsverteilungsplan des BSG allein zuständig, sodass es keiner Anfrage an andere Senate des BSG iS des § 41 Abs 3 SGG bedarf.

Der Senat kündigt die Änderung der Rechtsprechung zum Anspruch auf Prozesszinsen im Streit über die Zahlung fälliger Gesamtvergütung lediglich an und legt in diesem Verfahren noch die bisherige Rechtsprechung zu Grunde. Es bedarf keiner abschließenden Entscheidung, ob einer gerichtlichen Änderung einer höchstrichterlichen Rechtsprechung regelmäßig eine entsprechende Ankündigung vorangehen sollte *(verneinend BVerwG, Beschluss vom 28. Februar 1995 - 4 B 214/94 - NJW 1996, 867)*. Geboten ist eine solche Ankündigung jedenfalls in verfahrensrechtlichen Fragen, wenn an ein bestimmtes Verhalten der Beteiligten nach aktueller Beurteilung der Rechtsprechung andere Anforderungen als bislang gestellt werden. Deshalb hat der Senat etwa im Urteil vom 16. Januar 1991 *(BSGE 68, 93, 95 = SozR 3-2500 § 106 Nr 3)* zunächst angekündigt, in Zukunft die Revisibilität von landesrechtlichen Regelungen im vertragsärztlichen Bereich (§ 162 SGG) nicht mehr zu unterstellen, sondern die Darlegung übereinstimmender Regelungen aus anderen Bezirken von KÄVen zu verlangen. Erst im Urteil vom 28. Oktober 1992 in einem 1992 anhängig gewordenen Revisionsverfahren hat der Senat dann eine Revision wegen fehlender Darlegungen zu übereinstimmenden Regelungen im Bundesgebiet als unzulässig behandelt *(BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 2 S 5/6)*.

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Entsprechend hat dies der Senat hinsichtlich der Handhabung der Beiladungspraxis und der damit verbundenen materiellen Beschwer praktiziert *(BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 RdNr 7)*. Der 9b. Senat des BSG ist hinsichtlich der Verschärfung der Postausgangskontrolle bei Behörden im Zusammenhang mit der Gewährung von Wiedereinsetzung nach § 67 SGG ähnlich verfahren *(BSGE 61, 213, 215 = SozR 1500 § 67 Nr 18)*. Auch in materiell-rechtlichen Fragen hat die höchstrichterliche Rechtsprechung Änderungen zunächst angekündigt, soweit die Beteiligten ihre Dispositionen auf der Basis der bisherigen Rechtsprechung getroffen hatten und entsprechend schutzbedürftig waren *(etwa BSGE 70, 265, 268 = SozR 3-4100 § 141k Nr 1 zur Vorfinanzierung des Konkursausfallgeldes durch Forderungskauf und BAGE 80, 236 ff zur Kostenerstattungspflicht des Arbeitgebers für die Schulung von Betriebsratsmitgliedern in gewerkschaftseigenen Bildungseinrichtungen)*.

Hinsichtlich der Zinsforderung der Klägerin hat das zur Konsequenz, dass diese sich als nicht begründet erweist. Der Senat sieht sich aus Gründen des prozessualen und materiellen Vertrauensschutzes daran gehindert, seine Rechtsprechung zum Ausschluss von Verzugszinsen in Streitverfahren der Gesamtvertragspartner auch mit Wirkung für die Vergangenheit zu ändern. Angesichts der seit fast 40 Jahren praktizierten Rechtsprechung des BSG haben die Krankenkassen mit der Zubilligung von Prozesszinsen nicht rechnen müssen, konnten sich darauf nicht einstellen und haben entsprechend auch keine Vorkehrungen in ihren Haushalten dafür getroffen. Das gebietet es, die geänderte Rechtsprechung erst in zukünftig anhängig werdenden Fällen zur Anwendung kommen zu lassen. Soweit der Senat bei der Änderung seiner Rechtsprechung zur Berechnung des Gegenstands- bzw Streitwerts in vertragsärztlichen Streitigkeiten im Beschluss vom 1. September 2005 - B 6 KA 41/04 R - die Rechtsprechungsänderung auf den Tag des Inkrafttretens des 6. SGGÄndG (2. Januar 2002) zurückbezogen hat, kann hier nicht so verfahren werden. Die Umgestaltung des sozialgerichtlichen Kostenrechts, die wesentlich für die Modifizierung der Rechtsprechung zum Gegenstandswert gewesen ist, ist nur einer von mehreren tragenden Gesichtspunkten für die Änderung der Rechtsprechung zu den Prozesszinsen in Auseinandersetzungen der Partner der Gesamtverträge.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm §§ 154 Abs 1, 155 Abs 1 Satz 3 VwGO. Die Klägerin ist lediglich hinsichtlich ihres Anspruchs auf Zinsen unterlegen. Das betrifft nur einen "geringen Teil" iS des § 155 Abs 1 Satz 3 VwGO.

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

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS