

L 5 KA 5161/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 5909/03

Datum
30.08.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 5161/06

Datum
19.09.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 55/07 R
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Eine bereichsfremde Betriebskrankenkasse ist an die Vergütungsvereinbarungen der jeweiligen BKK-Landesverbände gebunden; sie hat die darin mantelvertraglich vereinbarten Zusatzvergütungen (hier für psychotherapeutische Leistungen) auch dann als Gesamtvergütung (nochmals) zu bezahlen, wenn diese Leistungen bereits im Ausgangsbetrag nach Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG enthalten sind.

Revision anhängig unter [B 6 KA 55/07 R](#)

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30. August 2006 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird auf 294.183,98 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die klagende Kassenärztliche Vereinigung (KV) Anspruch gegen die beklagte Betriebskrankenkasse auf höhere Gesamtvergütung für die Quartale 1/02 bis 3/03 hat.

Die beklagte Betriebskrankenkasse mit Sitz in Norddeutschland hat bis Ende 2001 ihre Gesamtvergütung an die Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein entrichtet. Soweit ihre Mitglieder im Bezirk der Klägerin behandelt wurden, erfolgte die Bezahlung für die erbrachten ärztlichen Leistungen im Wege des Fremdkassenzahlungsausgleichs.

Mit dem zum 01.01.2002 in Kraft getretenen Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte (BGBl. I S. 3526) (WOPG) wollte der Gesetzgeber (vgl. [BT-Drucksache 14/5960](#)) die Probleme lösen, die sich aus dem volumenmäßig ständig ansteigenden Fremdkassenzahlungsausgleich als Folge der Öffnung der Primärkassen (Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen) für bei anderen Krankenkassen bisher gesetzlich Krankenversicherten ergaben. Nach Meinung des Gesetzgebers hatte das bisherige Verfahren nicht zu einer leistungsgerechten Verteilung der Honorare auf die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen geführt und die Vertragsgestaltungsmöglichkeiten zwischen Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen erheblich behindert. Der Gesetzgeber schrieb deshalb verbindlich die Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen vor. Er traf dabei in Art. 2 § 1 WOPG folgende Übergangsregelung:

Der Ausgangsbetrag für die für das Jahr 2002 erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß [§ 83 Abs. 1 Satz 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch zu vereinbarenden Gesamtvergütungen ergibt sich jeweils durch Multiplikation folgender Faktoren 1. des Betrags, der sich bei einer Teilung der für das Jahr 2001 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt, 2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragschließenden Kassenärztlichen Vereinigung. Die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ist nach dem Vordruck KM 6 der Statistik über die Versicherten in der gesetzlichen Krankenversicherung zum 1. Juli 2001 zu bestimmen.

Zur Umsetzung dieser Übergangsvorschrift trafen der Bundesverband der Betriebskrankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung eine Vereinbarung zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips, das als Anlage 14 zum Bundesmantelvertrag - Ärzte genommen wurde (vgl. Bl. 34- 40 LSG-Akte).

Durch das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) hatte der Gesetzgeber zuvor mit Wirkung vom 01.01.1999 die Psychologischen Psychotherapeuten in das System der vertragsärztlichen Versorgung integriert. Ihre Vergütung erfolgte im Folgenden im Rahmen der vertragsärztlichen Gesamtvergütung auf der Basis des "Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM)". Um die dadurch entstandenen Kosten zu begrenzen, schrieb Art 11 PsychThG vor, dass das für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen höchstens zur Verfügung stehende Ausgabenvolumen die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen in den vorhergehenden Jahren nicht übersteigen dürfe. Für den Fall, dass trotz dieser eindeutigen Begrenzung des Ausgabenvolumens der Punktwert für die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen den geltenden durchschnittlichen rechnerischen Punktwert der beteiligten Krankenkassen um mehr als 10% unterschreitet, hatten die Vertragspartner nach Art. 11 Abs. 2 PsychThG geeignete Maßnahmen zur Begrenzung der Punktwertdifferenz zu treffen. Nachdem erkannt worden war, dass dieses Vergütungsvolumen nicht ausreichen würde, wurde es durch Art. 14 Abs. 2 GKV-SolG ([BGBl. I 1998, 3853](#)) um noch einmal 40% aufgestockt. Eine weitere Erhöhung des Ausgabenvolumens für Psychotherapie ergab sich aus den Urteilen des Bundessozialgerichtes vom 20. Januar 1999 ([SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)), 25. August 1999 ([SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)) und vom 12. September 2001 ([SozR 3-2500 § 85 Nr. 41](#)) zur Angemessenheit der Vergütung von Psychotherapeuten. Mit der zum 1. Januar 2000 in Kraft getretenen Neuregelung des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 und Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz vom 22. Dezember 1999, [BGBl. I 2626](#), schrieb der Gesetzgeber den KÄVen vor, in ihren Honorarverteilungsmaßstäben Regelungen zur angemessenen Vergütung der Psychotherapeuten vorzusehen. Den Inhalt dieser Regelung hatte gem. [§ 85 Abs. 4a Satz 1 SGB V](#) damaliger Fassung der Bewertungsausschuss zu bestimmen.

In Ausführung dieses gesetzlichen Auftrags fasste der Bewertungsausschuss am 16. Februar 2000 den "Beschluss gem. [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) zur Festlegung der angemessenen Höhe der Vergütung ausschließlich psychotherapeutisch tätiger Vertragsärzte und -psychotherapeuten" (DÄ 2000 A-556). Dieser Beschluss war für die KVen zwar bindend (BSG Ur. v. 28.1.2004 - [B 6 KA 25/03 R](#)), die zur gerichtlichen Entscheidung anstehenden Fallkonstellationen zeigten jedoch auf, dass der Bewertungsausschuss eine zu geringe Vergütung für Psychotherapeuten vorgegeben hatte (Urteil des BSG vom 28.01.2004 - [B 6 KA 52/03 R](#)). Als Folge dieser Rechtsentwicklung mussten für die Vergütung der Psychotherapeuten ständig höhere Mittel aufgebracht werden.

In der weiteren Folgezeit kam es flächendeckend zu Kontroversen über die Frage, wer das entstandene "Psychotherapiedefizit" zu tragen hat. Nach Vortrag der Beklagten kam es an dem für sie zuständigen Kassensitz im Bereich der KV Schleswig-Holstein deswegen zu einem Schiedsverfahren sowie einem sich hieran anschließenden Gerichtsverfahren (vgl. zu einem vergleichbaren Verfahren BSG Ur. v. 28.4.2004 - [B 6 KA 62/03 R](#)), in dem das Psychotherapiedefizit, soweit es von dem Inanspruchnahmeverhalten der Mitglieder der Beklagten verursacht war, zum überwiegenden Teil der Beklagten überlassen wurde. Dieser Schiedsspruch ist nach Angaben der Beklagten nach Abschluss des Gerichtsverfahrens rechtskräftig geworden mit der Wirkung, dass die kassenindividuelle Gesamtvergütung der Beklagten seither um den Hauptteil des sie betreffenden Psychotherapiedefizits erhöht wurde. Diese zusätzlichen Kosten seien somit in der Gesamtvergütung aufgegangen und haben diese nach Angaben der Beklagten signifikant erhöht.

Im Bereich der Klägerin, der Kassenärztlichen Vereinigung Nordwürttemberg, die inzwischen infolge der zum 01.01.2005 vollzogenen Fusion der bis dahin im Land Baden-Württemberg bestehenden vier Kassenärztlichen Vereinigungen in der Beklagten, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, aufgegangen ist, ging man einen anderen Weg. Dort vereinbarte die Klägerin mit dem BKK Landesverband Baden-Württemberg (im folgenden BKK Landesverband) Vergütungsregelungen für das jeweilige Jahr. Darin war vorgesehen, dass die BKK zusätzlich einen Betrag vergütet, der zur Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vom 16. Februar 2000 zu [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) für KV-interne Leistungen verwendet wird. Die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Teilbereiche sollte anhand des Anteils der BKK mit Sitz im Bezirk der KV Nordwürttemberg erfolgen. Im Ergebnis hat damit der BKK Landesverband die Kosten des Psychotherapiedefizits freiwillig auf vertraglicher Grundlage zusätzlich zu den sonstigen Gesamtvergütungsanteilen übernommen.

Die Gesamtvertragsparteien für Nordwürttemberg trafen dementsprechend für das Jahr 2002 mit Vereinbarung vom 01.12.2003 bzw. für das Jahr 2003 mit Vereinbarung vom ebenfalls 1.12.2003 Vergütungsregelungen (vgl. Bl. 63-90 und Bl. 91-108 SG-Akte). Darin wurde unter Ziff. 2.3 und 2.4 folgendes vereinbart (vgl. Bl. 65 und 92 SG-Akte): 2.3 Zusätzlich vergüten die BKK einen Betrag (s. Anlage zur Anlage 2b), der zur Umsetzung des Beschlusses des Bewertungsausschusses nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vom 16. Februar 2000 zu [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) Teil II und des entsprechenden Beschlusses für die Zeit ab 01.07.2002 (Beschluss in der 73. Sitzung, schriftliche Beschlussfassung) für KV-interne Leistungen verwendet wird.

2.4 Einzelheiten zu der Berechnung nach Abschnitt 2.1 bis 2.3 sind in dem Vordruck gemäß Anlage 2b zu dieser Vereinbarung geregelt. Die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Teilbereiche erfolgt anhand des Anteils der BKK mit Sitz im Bezirk der KVNW.

In Anl. 1 wurden ergänzend die Vergütung von Einzelleistungen geregelt, wobei es sich entweder um Leistungen handelte, die nicht zu den vertragsärztlichen Leistungen des EBM gehörten bzw. es wurden Leistungen des EBM aufgestockt, die Vergütung sollte durchgehend nach BMÄ erfolgen.

In der Folgezeit nahm die Klägerin eine Berechnung der Gesamtvergütung für die jeweiligen Quartale der Jahre 2002 und 2003 entsprechend den Vordrucken Anl. 2a bzw. 2b zur Vergütungsregelung zwischen der KVNW und dem BKK Landesverband vor. Nach zuletzt übereinstimmenden Vortrag beider Beteiligten wurden sämtliche der Beklagten von der Klägerin in Rechnung gestellten Gesamtvergütungsteile vollständig beglichen. Nicht beglichen wurde allein der Betrag unter Ziff. 4.2 der Anl. 2b. Unter dieser Ziffer stellte die Klägerin der Beklagten Folgendes in Rechnung (vgl. etwa Bl. 45 SG-Akte):

"+Betrag gemäß Abschn. 2.3 Verg. Regelung s. Nr. 8.3 der Anlage zur Anlage 2b Verg. Reg.

Im Einzelnen erfolgten folgende Kürzungen:

Quartal Kürzungsbetrag Kürzungsmittelteil mit Schreiben vom 5/02 30,074,04 EUR 18.11.03 2/02 28.634,57 EUR 18.11.03 3/02 30.613,78 EUR 18.11.03 4/02 35.065,34 EUR 18.11.03 1/03 46.106,19 EUR 14.01.04 2/03 40.376,70 EUR 25.02.04 3/03 41.205,48 EUR 08.04.04

Insgesamt betragen die Kürzungen 252.076,10 EUR.

Am 05.11.2003 erhob die Klägerin bei dem Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage mit dem Antrag, die Beklagte zur Zahlung von 47.700,00 EUR zu verurteilen (Verfahren [S 11 KA 5909/03](#)). Sie mache mit dieser Klage die vollständige Abschlagszahlung von der vertragsärztlichen Gesamtvergütung für das Quartal 1/03 geltend. Als Abschlagszahlungsbasis für das Quartal 1/03 gelte gemäß § 3 Abs. 2, 3 Anl. 14 BMV-Ä eine Kopfpauschale von 129,64 EUR, wobei auch eine zusätzliche Abstimmung zwischen ihr und dem Landesverband der Betriebskrankenkassen zu berücksichtigen sei. Die Anzahl der Mitglieder der Beklagten im Bezirk der Klägerin gemäß § 5 Abs. 1 Anl. 14 BMV-Ä habe im hier nach Nr. 8 der Protokollnotiz Anl. 14 maßgeblichen Quartal 3/02 3.373 betragen. 32% des Produktes hieraus ergebe für das Quartal 1/03 139.928,23 EUR, kaufmännisch gerundet 139.900,00 EUR. Hiervon stünden noch 47.700,00 EUR offen.

Eine Kürzung der monatlichen Abschlagszahlung durch die Beklagte sei unzulässig. Bundesmantelvertrag - Ärzte und Gesamtverträge zwischen dem BKK Landesverband und der Klägerin wirkten normativ, d.h. die darin enthaltenen Regelungen seien für die einzelnen Betriebskrankenkassen verbindlich. Folglich stünden die in § 4 Abs. 4 Satz 3 Anl. 4 BMV-Ä i.V.m. Nr. 8 Protokollnotiz Anl. 14 BMV-Ä sowie im Gesamtvertrag geregelten Modalitäten der Abschlagszahlungen, insbesondere deren Höhe, nicht zur Disposition der Beklagten.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat die Auffassung vertreten, sie habe Abschlagszahlungen in der vorgeschriebenen Höhe geleistet. Die Differenzen zwischen ihr und der Beklagten resultierten daraus, dass die Klägerin eine zu hohe Kopfpauschale ansetze. Die Vertragspartner hätten sich für das Jahr 2003 auf Bundesebene noch nicht auf ein einheitliches Verfahren zur Berechnung der Abschlagszahlungen einigen können. Der Ausgangsbetrag pro Mitglied sei deshalb für das erste Quartal nur mit 112,34 EUR anzusetzen. Außerdem sehe sie sich gegenwärtig massiven Problemen bei der Überprüfung ihrer Zahlungsverpflichtungen ausgesetzt. Bei der Umsetzung des Wohnortprinzips würden Kassenärztliche Vereinigungen zum Teil sehr unterschiedlichen Berechnungsmethoden folgen. Die Zusammensetzung der Ausgangsbeträge, wie Abschlagsbasis etc. würden derart unterschiedlich behandelt, dass jeder Einzelfall einer gesonderten Kontrolle zu unterziehen sei, was gelegentlich zu Zahlungsverzögerungen führe.

Am 07.07.2004 erhob die Klägerin bei dem SG eine weitere Klage (Verfahren S 11 KA 4293/04) und beantragte, zusätzlich zu den bereits streithängigen 47.700,00 EUR die Beklagte zur Zahlung von weiteren 204.375,60 EUR zu verurteilen. Sie mache nunmehr die volle Gesamtvergütung geltend. Diese berechne sich dabei folgendermaßen: Ausgangspunkt sei nach Nr. 2.1 BKK-Vergütungsvereinbarung 2002, die Bestandteil des BKK-Gesamtvertrages sei, der Ausgangsbetrag nach § 3 Abs. 2 Anl. 14 BMV-Ä je Mitglied der Beklagten im Bezirk der Klägerin aus dem jeweiligen Vorjahresquartal. Der Ausgangsbetrag nach § 3 Abs. 2 Anl. 14 BMV-Ä ergebe sich aus einer Division der Gesamtvergütung für das Jahr 2001 durch die Anzahl der Mitglieder im Jahr 2001. Dieser Wert werde nach Nr. 2.1 BKK-Vergütungsvereinbarung 2002 nach den dort geregelten Modalitäten verringert und im Anschluss nach Nr. 2.2 BKK Vergütungsvereinbarung 2002 um 1,64% erhöht. Der hieraus resultierende Wert werde als Kopfpauschale bezeichnet. Die Kopfpauschale werde nach Nr. 2.2 BKK Vergütungsvereinbarung 2002 mit der Zahl der Mitglieder im jeweiligen Quartal multipliziert. Hierbei sei zu beachten, dass die Kopfpauschale zunächst in Teilbereiche - ohne psychotherapeutische Leistungen, - psychotherapeutische Leistungen ohne Kostenerstattung, - Kostenerstattung bei psychotherapeutischen Leistungen, - besondere psychotherapeutische Leistungen aufgeteilt und dann wieder zusammengeführt werde.

Auf dieser Basis ergäben sich für die Quartale des Jahres 2002 budgetierte Gesamtvergütungsanteile in Höhe von 1.678.501,95 EUR. Ablichtungen der entsprechenden Berechnungen auf den vereinbarten Vordrucken wurden von der Klägerin beigefügt. Zusätzlich zur budgetierten Gesamtvergütung habe die Klägerin gegen die Beklagte aus der BKK-Vergütungsvereinbarung 2002 auch einen Anspruch auf Einzelleistungsvergütungen, dieser betrage für Ärzte in Nordwürttemberg 245.262,34 EUR und für Fremddärzte 63.503,58 EUR. Insgesamt habe sie Anspruch auf eine vertragliche Gesamtvergütung zuzüglich Einzelleistungsvergütung im Jahr 2002 von 1.987.267,87 EUR. Für die Quartale 1-3 des Jahres 2003 betrage die budgetierte Gesamtvergütung 1.313.124,95 EUR, die Einzelleistungsvergütung für Ärzte in Nordwürttemberg 233.151,96 EUR und die Einzelleistungsvergütung für Fremddärzte 36.037,77 EUR, insgesamt für die Quartale 1 bis 3/03 1.582.314,68 EUR. Die Beklagte schulde ihr für die Quartale 1/02 bis 3/03 eine Gesamtvergütung in Höhe von 3.569.582,55 EUR, gezahlt habe sie jedoch nur 3.317.506,95 EUR. Damit sei noch ein Betrag in Höhe von 252.075,60 EUR offen.

Mit Schriftsatz vom 12.04.2006 erweiterte die Klägerin ihre Klage auf 294.483,98 EUR. Der offene Betrag habe sich hinsichtlich der streitgegenständlichen Quartale im Rahmen der Schlussabrechnung um insgesamt 42.108,38 EUR erhöht.

Die Beklagte hat eingewandt, ihre Kürzungen seien gerechtfertigt. Es habe sich hierbei um die Stützung psychotherapeutischer Leistungen gehandelt, die Stützung dieser Leistungen sei aber außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung erfolgt. Nach Einführung des Psychotherapeutengesetzes seien Leistungen der Psychotherapie bereits in der budgetierten Gesamtvergütung und mithin in der Kopfpauschale enthalten. Da die Vergütung innerhalb der Kopfpauschale nicht ausgereicht habe, sei im Bereich der Klägerin eine Punktwertstützung erfolgt. Diese außerbudgetäre Stützung der Leistung sei weder konform mit den Umsetzungsregelungen zum WOPG noch mit dem Beitragssicherungsgesetz. Sie habe deshalb in der Endabrechnung diese Beträge streichen müssen. Die Abrechnung der Klägerin sei außerdem undurchsichtig. Für sie sei weiterhin nicht nachvollziehbar, aufgrund welcher Verfahren (insbesondere welcher Bereinigungsverfahren) die Klägerin zu ihrer Forderung gelangt sei.

Grundsätzlich habe der Gesetzgeber durch das Wohnortprinzip eine Nivellierung angestrebt, indem er die Zugrundelegung eines Durchschnittsbetrags je Versicherten in gleicher Höhe in allen Regionen vorgeschrieben habe. Dabei sei er davon ausgegangen, dass ein solches Verfahren zu keinen Mehrbelastungen bei den jeweiligen Krankenkassen führen würde, wie aus der Gesetzesbegründung ([BT-Drucks. 14/5960/S. 2](#)) hervorgehe. Die Klägerin habe offensichtlich eine Bereinigung des Ausgangsbetrags um Psychotherapieanteile vorgenommen, was dazu führe, dass sie nunmehr weitaus stärker belastet werde und sie mehr als früher für Psychotherapieleistungen zu zahlen habe. Die ihr in Rechnung gestellte Punktwertstützung berücksichtige nicht, dass das Psychotherapiebudget im bisherigen Vertragsbereich der Beklagten bereits in der Gesamtvergütung aufgegangen sei und daher der Budgetierung unterliege. In ihrer Kopfpauschale seien 9,4% für Psychotherapieleistungen enthalten. Es sei für sie in keiner Weise nachvollziehbar, ob dieser hohe Anteil in irgendeiner Weise sachgerecht Eingang in die Berechnung/Bereinigung der Klägerin gefunden habe. Das Gegenteil scheinere der Fall zu sein. Aus den Vertragsunterlagen ergebe sich in erheblichem Umfang eine Punktwertstützung für den Bereich der Psychotherapie, ohne dass erkennbar sei, dass die Kopfpauschale der Beklagten zuvor adäquat bereinigt worden sei. Die Konsequenzen eines solchen Vorgehens lägen auf der Hand: Die Beklagte werde in jedem Quartal doppelt zur Stützung der Psychotherapeutenvergütung herangezogen, nämlich über ihre überhöhte Kopfpauschale und zusätzlich über die Punktwertabstützung.

Dieses Ergebnis sei unakzeptabel und stehe auch nicht im Einklang mit dem WOPG. Eine außerbudgetäre Stützung mag im Bezirk der Klägerin bisher üblich gewesen sein, dies könne aber nicht dazu führen, dass sie nunmehr die Psychotherapiekosten doppelt bezahlen müsse.

Das SG hat mit Beschluss vom 30.08.2006 die Verfahren [S 11 KA 5909/03](#) und [S 11 KA 4293/04](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung unter dem Aktenzeichen [S 11 KA 5909/03](#) verbunden. Mit Urteil vom selben Tag hat es die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 294.183,98 EUR zu zahlen. Es hat zur Begründung die Auffassung vertreten, die Beklagte sei nach Maßgabe der Anl. 14 BMV-Ä sowie den Gesamtverträgen zwischen der KV Nordwürttemberg und dem BKK Landesverband Baden-Württemberg für die Jahre 2002 und 2003 verpflichtet, die von der Klägerin geltend gemachte Vergütung zu entrichten. Die von der Klägerin mitgeteilten Beträge resultierten aus den der KBV nach § 5 Abs. 1 Anl. 14 BMV-Ä zugeleiteten Meldungen. Die Beklagte sei zudem an die BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 bzw. 2003 gebunden. Sie müsse diesen Gesamtvertrag gegen sich gelten lassen und könne im Rechtsstreit mit der Klägerin keine gerichtliche Überprüfung der Wirksamkeit der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 erreichen. Dies ergebe sich aus der Rechtsprechung des BSG (Hinweis auf BSG vom 28.09.2005 - [B 6 KA 71/04 R](#)). Das BSG habe allerdings offen gelassen, ob eine Krankenkasse auch gehindert sei, gegenüber einer KV, an die sie gemäß [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) eine Gesamtvergütung zu entrichten habe, die Nichtigkeit des maßgeblichen Gesamtvertrages geltend machen könne. Diese Frage brauche jedoch nicht entschieden zu werden, da jedenfalls Nichtigkeitsgründe nicht ersichtlich seien. Lediglich qualifizierte Rechtsverstöße in vertragsärztlichen Normverträgen könnten die Nichtigkeit des entsprechenden Vertrages zur Folge haben, etwa wenn zwingende Rechtsnormen bestünden, die einer vertraglichen Gestaltung nicht zugänglich seien oder wenn ein bestimmtes Ziel nicht durch einen Vertragsschluss erreicht werden dürfe. Dabei komme in erster Linie der Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot im Sinne des [§ 134 BGB](#) in Frage. Entgegen der Auffassung der Beklagten verstoße die in den BKK-Vergütungsvereinbarungen geregelte Punktwertstützung für besondere psychotherapeutische Leistungen nicht gegen Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG. Diese Regelung stelle keine gesetzliche Verbotsnorm dar, die zur Nichtigkeit des Gesamtvertrags führen könne. Dies folge bereits daraus, dass diese Vorschrift den Gesamtvertragsparteien noch erheblichen Spielraum belasse. Schon der Wortlaut spreche von der Festlegung eines "Ausgangsbetrags", was bedeute, dass schon vom Gesetzestext her Weiterentwicklungen durch gesamtvertragliche Vereinbarungen vorgesehen seien. Als ausfüllungsbedürftige Norm könne Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG daher kein Verbotsgesetz im Sinn des [§ 134 BGB](#) sein. Allein der Umstand, dass in einer ganz besonderen Konstellation - wie hier durch die Erhöhung der Kopfpauschale durch die Beklagte in der Vergangenheit zur Stützung der Psychotherapie - eine der Intension des WOPG zuwiderlaufende Erhöhung der Gesamtvergütung eintritt, vermöge keinen Rechtsverstoß darzustellen, der zur Nichtigkeit des Gesamtvertrags führen könne. Über den Verzinsungsantrag sei nicht zu entscheiden, da die Klägerin diesen in der mündlichen Verhandlung im Hinblick auf die zwischenzeitlich ergangene Rechtsprechung des BSG zurückgenommen habe.

Gegen das ihr am 19.09.2006 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 13.10.2006 Berufung eingelegt. Für sie sei durch die mündliche Verhandlung des SG inzwischen geklärt, dass die Klägerin zusätzlich zu der sich aus Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG ergebenden Gesamtvergütung die im Bereich der Klägerin extrabudgetär praktizierte Punktwertstützung für die Psychotherapie betragsmäßig aufgeschlagen habe. Ihre Kopfpauschale werde hierdurch rechtswidrig um 9,4% erhöht. Die Klägerin habe damit gerade nicht die Meldung der KBV als Kopfpauschale zugrunde gelegt, sondern einen deutlich erhöhten Betrag. Diese überhöhte Forderung stehe im Widerspruch zu zwingenden gesetzlichen Vorgaben. Der Auffassung des SG, dass eine Krankenkasse jeden noch so gesetzwidrigen Betrag zu zahlen habe, wenn er nur durch eine entsprechende Vereinbarung der Gesamtvertragsparteien gestützt werde, könne sie sich nicht anschließen, zumal wenn einerseits konstatiert werde, es liege eine den Intensionen des WOPG zuwiderlaufende Erhöhung der Gesamtvergütung vor, sich das SG aber andererseits außerstande sehe, diesen Rechtsverstoß zu beanstanden. Soweit das BSG in der Entscheidung vom 28.09.2005 - [B 6 KA 71/04 R](#) und [B 6 KA 72/04 R](#) die Auffassung vertreten habe, lediglich qualifizierte Rechtsverstöße in vertragsärztlichen Normverträgen könnten die Nichtigkeit des entsprechenden Vertrages zur Folge haben, handele es sich lediglich um ein "obiter dictum". Eine Inzidentkontrolle von gesamtvertraglichen Regelungen sei seit jeher in der Rechtsprechung fest verankert. Außerdem seien vorliegend die Voraussetzungen für die Annahme einer Unwirksamkeit der Honorarvereinbarung gegeben. Die hier streitigen Vergütungsvereinbarungen verstießen gegen zwingende Rechtsnormen, was einen qualifizierten Rechtsverstoß darstelle. Der Gesetzgeber habe in Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG einen verbindlichen Berechnungsmodus vorgeschrieben, von dem sich die Gesamtvertragsparteien in ihrer Vereinbarung nicht lösen dürfen. Für die erstmalige Vereinbarung eines Ausgangsbetrages sei eine verbindliche Größenordnung vorgeschrieben, die explizit dem tragenden Grundsatz der "Vorjahresanknüpfung" auch in der Umstellungsphase Geltung verschaffen solle. Sinn dieser zwingend vorgeschriebenen erstmaligen Vereinbarung eines Ausgangsbetrages sei die Vermeidung von Mehrbelastungen bei den jeweiligen Krankenkassen. Zu den vorhersehbaren Effekten der Einführung des Wohnortprinzips gehöre es, dass es bei den Kassenärztlichen Vereinigungen Gewinner und Verlierer gebe, nicht aber bei den Krankenkassen. Dies ergebe sich auch aus dem Grundsatz der Beitragsstabilität, der kein unverbindlicher "Programmsatz" sei, sondern verbindliche Beachtung verlange, wie aus [§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) folge. Auch gegen diesen Grundsatz verstießen die BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 durch die vereinbarte erhebliche Ausweitung der Gesamtvergütung. Auch werde das im SGB V verankerte Prinzip der effektiven Budgetierung verletzt. Bei der vereinbarten Regelung fehle es bereits an der Bestimmung des Betrags des Ausgabenvolumens, es sei nicht ersichtlich, dass effektive Vorkehrungen, die eine Überschreitung der (offenbar nicht vorhandenen) Obergrenze gewährleisten sollen, getroffen worden seien. Im Ergebnis sei sie jedenfalls nicht verpflichtet, für das Psychotherapiedefizit ein zweites Mal zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30. August 2006 aufzuheben und die Klage in vollem Umfang abzuweisen,

hilfsweise, die Revision zuzulassen

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die gegen den festgestellten Zahlungsanspruch erhobenen Einwände der Beklagten könnten nicht durchgreifen: Zunächst liege der Verstoß gegen § 5 Abs. 1 Anl. 14 BMV-Ä nicht vor, weil diese Vorschrift lediglich die Anzahl der gemeldeten Mitglieder der Beklagten betreffe, worüber jedoch kein Streit bestehe. Auch sei den Krankenkassen das Recht verwehrt, sich auf die Unwirksamkeit einer Honorarvereinbarung zu berufen. Die zwischen den Verbänden der Krankenkassen und den Kassenärztlichen Vereinigungen geschlossenen Verträge wirkten nicht

nur, wie ansonsten im Vertragswesen typisch, inter partes, sondern als normative Rechtsquellen inter omnes. Deshalb könne eine Vertragspartei bzw. ein Normadressat die Unwirksamkeit des Vertrages nur dann geltend machen, wenn der Vertrag in gravierender Weise gegen geltendes Recht verstoße. Für die Umsetzbarkeit der Verträge sei nämlich unbedingt erforderlich, dass nicht jedweder geringe formale Mangel sofort dazu führe, dass aus dem Vertrag keine Rechte und Pflichten mehr hergeleitet werden können. Die Vorschriften des BGB seien daher gegenüber der Funktionsfähigkeit des GKV-Systems nachrangig.

Ein qualifizierter Rechtsverstoß liege hier nicht vor. Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG enthalte einen Berechnungsmodus und kein in irgendeiner Hinsicht geartetes Verbot. Sinn und Zweck dieser Norm bestehe darin, bisher entrichtete Gesamtvergütungen an diejenigen Kassenärztlichen Vereinigungen umzuleiten, in denen die Mitglieder der Krankenkasse ihren Wohnsitz hätten. Diese Zweckbestimmung schließe eine Vorgehensweise im Wege der Addition der Punktwertstützung als Einzelleistungsvergütung zum Ausgangsbetrag keineswegs aus. Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG enthalte auch keinerlei Regelung, dass Aufschläge als Einzelleistungen ausgeschlossen sein sollten. Schließlich habe die Beklagte in gar keiner Weise dargetan, ob und inwieweit die konkrete Umsetzung in den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 insgesamt zu einer finanziellen Mehrbelastung bei den Krankenkassen geführt habe. Die Kopfpauschalen würden gegenüber jeder Kassenärztlichen Vereinigung gesondert ermittelt. Aufgrund der unterschiedlichen Ausgangsbeträge im Referenzzeitraum wichen die Kopfpauschalen entsprechend voneinander ab. Dies bedeute jedoch keineswegs zwingend, dass die Krankenkassen durch eine Aufspaltung der Gesamtvergütung an die einzelnen Kassenärztlichen Vereinigungen infolge der konkret erfolgten Umsetzung im Bezirk der Klägerin insgesamt eine höhere Summe an Gesamtvergütungen zahlen müssten, als sie zuvor gezahlt haben. Die umfangreichen Ausführungen zu Grundsatzfragen der Kostendämpfung, der Budgetierung, der Vorjahresanknüpfung und den Steuerungsmaßnahmen gingen deswegen weitgehend ins Leere.

Die Klagerweiterung mit Schriftsatz vom 12.04.2006 um 42.108,38 EUR beruhe auf einer Neuberechnung der Gesamtvergütung für das Quartal 4/02, die wegen geänderter Kopfpauschalen, die sich von 118,98 EUR auf 131,54 EUR erhöht hätten, erforderlich geworden sei. Hierzu hat sie die entsprechenden Neuberechnungen (vgl. Bl. 54/55 LSG-Akte) vorgelegt.

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist gemäß §§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthaft und auch sonst zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat der Klage auf Zahlung ausstehender Gesamtvergütungsanteile für die Quartale 1/2002 bis einschließlich 3/2002 in Höhe von 294.183,98 EUR zu Recht stattgegeben. Die Beklagte ist verpflichtet, die von ihr einbehaltenen Anteile der Gesamtvergütung in dieser Höhe an die Klägerin zu zahlen. Für die von der Beklagten vorgenommenen Kürzungen vermag der Senat eine Rechtsgrundlage nicht zu erkennen.

Soweit die Klägerin mit Schriftsatz vom 12.04.2006 die Klage um 42.108,38 EUR erweitert hat, ist die Klage schlüssig begründet worden. Infolge einer Erhöhung der von der KBV gemeldeten Kopfpauschale von 118,98 EUR auf 131,54 EUR als Folge erst 2006 zum Abschluss gebrachter juristischer Auseinandersetzungen um die Höhe der an sich schon 2001 geschuldeten Kopfpauschale war eine Neuberechnung der Gesamtvergütungsforderungen der Klägerin notwendig geworden. Diese hatte zur Folge, dass für die streitigen Quartale ein Betrag in Höhe von 294.183,98 EUR noch offen steht. Von diesem Betrag entfallen 251.086,67 EUR auf die Kürzungen der geltend gemachten Beträge für die Punktwertstützungen der Psychotherapeuten unter Ziffer 4.2 der Anlage 2b, wobei sich der ursprüngliche Kürzungsbetrag von 252.076,10 EUR um 989,43 EUR verringert hat, weil für das Quartal 4/02 statt 35.065,34 EUR nur noch 34.075,91 EUR unter Ziffer 4.2 der Anlage 2b von der Klägerin geltend gemacht werden.

Der 251.086,67 EUR übersteigende Betrag von 43.096,33 EUR beruht allein auf der nachträglichen Änderung der Kopfpauschale durch Meldung der KBV entsprechend § 1 und § 3 Abs. 1 und 3 Anlage 14 BMV-Ä. Die Höhe der geänderten Kopfpauschale wurde von der Beklagten nicht substantiiert bestritten, was aber unschwer möglich gewesen wäre, weil ihr vom BKK-Bundesverband identische Zahlen mitgeteilt worden sein müssten. Im Termin vor dem Senat wurde die Höhe der geänderten Kopfpauschale ausdrücklich unstreitig gestellt (vgl. Protokoll vom 19.09.2007). Da auch sonst die Abrechnungen der Klägerin in diesem Punkt nicht bestritten sind, war entsprechend der schlüssigen Klage die Beklagte zur Zahlung dieses Betrages von 43.096,33 EUR zu verurteilen.

Bezüglich des darüber hinaus streitigen Betrags in Höhe von 251.086,67 EUR ist in tatsächlicher Hinsicht vorliegend unstreitig, dass die Klägerin in Bezug auf die Beklagte die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem Bundesverband der Betriebskrankenkassen gem. § 1 Anlage 14 BMV-Ä festgestellte und gem. § 3 Abs. 3 Anlage 14 BMV-Ä mitgeteilte Kopfpauschale ihrer Forderung zugrunde gelegt hat, auch ist sie von einer zutreffenden Mitgliederzahl ausgegangen und hat die vereinbarten Anpassungen fehlerfrei vorgenommen. Schließlich besteht auch kein Streit über die Höhe der vereinbarten Einzelleistungsvergütungen. Umstritten ist allein, ob in der Kopfpauschale bereits die als Folge des Psychotherapeutengesetzes und der dadurch ausgelösten Rechtsentwicklung angefallenen Zusatzkosten (vgl. oben S. 3), von der Beklagten als "Psychotherapiedefizit" bezeichnet, (vollständig) enthalten und damit abgegolten sind oder ob die Klägerin gegebenenfalls aufgrund der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 die zur Punktwertstützung für Psychotherapeuten erforderlichen Beträge zusätzlich zu dem Ausgangsbetrag nach Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG beanspruchen kann.

Rechtsgrundlage des mit der Klage geltend gemachten Anspruchs auf (vollständige) Zahlung der Gesamtvergütung sind die §§ 83 Abs. 1, 85 Abs. 1 SGB V i.V.m. den Regelungen in Anl. 14 BMV-Ä und den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003.

Nach § 83 Abs. 1 SGB V schließen die Kassenärztlichen Vereinigungen 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 Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. § 85 Abs. 1 SGB V bestimmt hierzu ergänzend, dass die Krankenkasse nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige Kassenärztliche Vereinigung mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen entrichten. Die Höhe der Gesamtvergütung wird nach § 85 Abs. 2 Satz 1 SGB V im Gesamtvertrag mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart. Die Gesamtvergütung

ist das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabs nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt ([§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)).

Bei der BKK-Vergütungsvereinbarung 2002 und 2003 handelt es sich um Gesamtverträge im Sinne von [§ 83 Abs. 1](#) und [§ 85 Abs. 1 SGB V](#). Dies und ihre Verbindlichkeit im Verhältnis zwischen den Beteiligten wird von der Beklagten bezüglich praktisch aller Regelungspunkte in den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 nicht in Frage gestellt, mit Ausnahme der oben bereits im Wortlaut wiedergegebenen Vereinbarungen unter Nr. 2.3 und 2.4. Die auf dieser Rechtsgrundlage errechnete Punktwertstützung wird der Höhe nach von der Beklagten ebenfalls nicht substantiiert bestritten. Die Beklagte hält sich allerdings an diesen Teil der Vereinbarung nicht gebunden. Dieser Auffassung kann nicht gefolgt werden.

Die Beklagte ist grundsätzlich an die Vergütungsvereinbarung gebunden. Ihre Bindung folgt aus der (verfassungsrechtlich unbedenklichen - BSG vom 28.09.2005 - [B 6 KA 71/04 R](#) -) Bestimmungen in [§ 83 Abs. 1 Satz 1](#) bzw. [85 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Damit muss eine Krankenkasse, wie hier die Beklagte, auch die normativen Bestandteile eines Gesamtvertrags gegen sich gelten lassen, den ein Landesverband abgeschlossen hat, dem sie selbst nicht angehört. Diese (schon) aus dem Gesetzeswortlaut zwingend abzuleitende Folge hat das BSG (Urteil vom 28.09.2005 - [B 6 KA 71/04 R](#) -) im Besonderen hinsichtlich der Gesamtvergütungsvereinbarung als dem Schwerpunkt gesamtvertraglicher Regelungen bestätigt und klargestellt, dass die Krankenkasse im Streit mit einer Kassen(zahn)-ärztlichen Vereinigung die Vereinbarkeit einer Gesamtvergütungsvereinbarung mit den gesetzlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) nicht überprüfen lassen kann. Das BSG hat die Konzentration der Abschlusskompetenz bei den Landesverbänden der Krankenkassen als für die Funktionsfähigkeit des Gesamtvergütungssystems unverzichtbar angesehen, da andernfalls - nach der Öffnung von Betriebs- und Innungskrankenkassen und der Einführung des freien Kassenwahlrechts der Versicherten - jede der (im Jahr 2005 noch bestehenden) ca. 270 Krankenkassen mit allen Kassenärztlichen und Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Verträge schließen müsste; der damit verbundene Verwaltungsaufwand stünde in keinem Verhältnis zum Ergebnis einer konsequenten Durchführung des Wohnortsprinzips nach dem seit 2002 geltenden Recht. Die systematisch zwingende und praktisch notwendige ausschließliche Vertragsabschlusskompetenz des nach der jeweiligen Gesetzesfassung zuständigen Landesverbandes würde unterlaufen, wenn die einzelne Krankenkasse zwar die Gesamtvergütungen nicht selbst vereinbaren, den Vertragsschluss des Landesverbandes aber nachträglich zur Überprüfung stellen könnte (BSG, a.a.O.; vgl. auch Senatsbeschluss vom 03.04.2007 - [L 5 KA 560/07 ER-B](#) -). Die Beklagte stellt die gesetzliche Rechtsfolge des [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) letztendlich auch nicht in Frage, meint vielmehr, die hier einschlägigen Bestimmungen der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 über die Stützung des Punktwerts für die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen seien nichtig und daher auch ihr gegenüber unwirksam. Dies trifft jedoch nicht zu.

Der von der Beklagten in erster Linie erhobene Einwand, die Regelungen unter Nr. 2.3 und 2.4 der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 verstießen gegen Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG, geht fehl. Die Vorschrift enthält im Kern lediglich eine Berechnungsregel für den Ausgangsbetrag der zu vereinbarenden Gesamtvergütung durch Beschreibung der zu multiplizierenden Faktoren, über die zwischen den Beteiligten kein Streit besteht. Art 2 § 1 Abs. 1 WOPG enthält jedoch keine zwingende Anordnung dahingehend, nur den auf diese Weise berechneten Ausgangsbetrag als ausschließlich von den Krankenkassen geschuldete, die Befreiungswirkung des [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) hervorrufende Gesamtvergütung anzusehen. Wäre dies vom Gesetzgeber gewollt gewesen, hätte eine Formulierung wie "die Gesamtvergütung ergibt sich aus den folgenden Faktoren" vollkommen genügt. Mit der Formulierung "Der Ausgangsbetrag für die für das Jahr 2002 erstmalig zu vereinbarenden Gesamtvergütungen" hat der Gesetzgeber hingegen klar zum Ausdruck gebracht, dass es neben dem Ausgangsbetrag weitere Beträge geben kann, die ihren Grund in entsprechenden Gesamtverträgen haben, und dass somit die Gesamtvergütung (das ist das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen - [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)) über den Ausgangsbetrag hinaus erhöht werden kann. Dies bestreitet die Beklagte im Grundsatz auch nicht, was sich bereits daraus ergibt, dass sie die in den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 vereinbarten Einzelleistungsvergütungen akzeptiert und bezahlt hat (und somit sichergestellt hat, dass ihre Mitglieder in den Genuss derselben Leistungen kommen wie alle anderen bei einer BKK gesetzlich Krankenversicherten in Baden-Württemberg).

Sind somit ergänzende Vereinbarungen grundsätzlich möglich, so enthält Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG keine weiteren Vorgaben für die Beteiligten, welche Vereinbarungen in Gesamtverträgen in Bezug auf die Gesamtvergütung geboten, verboten oder zumindest zulässig sind. Für eine Rechtswidrigkeit der Regelungen unter Nr. 2.3 bzw. 2.4 der BKK-Vergütungsvereinbarung 2002 bzw. 2003 enthält Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG somit kein Anhaltspunkte. Auch dem SGB V und dem Psychotherapeutengesetz lassen sich Vorschriften, die eine Rechtswidrigkeit der unter Nr. 2.3 und 2.4 BKK Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 getroffenen Regelungen zur Folge hätten, nicht entnehmen. Für die ortsansässigen BKK in Baden-Württemberg ist somit eine Rechtswidrigkeit schon im Ansatz nicht ersichtlich. Die Vereinbarung einer freiwilligen Punktwertstützung erweist sich für die ortsansässigen Krankenkassen zudem eher als vorteilhaft im Vergleich zu dem von der Beklagten gewählten Weg über einen Schiedsspruch des Landes-schiedsamtes und anschließendem sozialgerichtlichen Verfahren. Die Beklagte wurde so gegen ihren Willen gezwungen, das "Psychotherapiedefizit" zu übernehmen und dies als Teil der Gesamtvergütung zu bezahlen, wohingegen der BKK-Landesverband Baden-Württemberg - jedenfalls ohne schriftliche Anerkennung einer Rechtspflicht - die Höhe des Psychotherapiedefizits freiwillig auf vertraglicher Grundlage übernommen hat. Für die Höhe des Gesamtvolumens der Gesamtvergütung, auf die [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) abstellt, ist es im Ergebnis unerheblich, nach welchem Berechnungsposten das "Psychotherapiedefizit" als Teil der Gesamtvergütung übernommen wird. Die vertragliche Übernahme dieser Kosten bietet jedoch - anders als nach einem Schiedsspruch - dem Landesverband die Möglichkeit, bei Änderung der Verhältnisse auch eine andere vertragliche Regelung durchzusetzen. Hinzu kommt, dass eine restriktive Genehmigungspraxis für psychotherapeutische Leistungen (vgl. Abschnitt 3 der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 - Bl. 67 und 93 SG-Akte sowie §§ 12 und 13 Psychotherapie-Vereinbarung) den Kassen in Form geringerer bzw. geringer steigender Leistungen zu Gute kommt.

Die Regelungen unter Nr. 2.3 und 2.4 der BKK-Vergütungsvereinbarungen erweisen sich aber auch gegenüber der Beklagten nicht als rechtswidrig. Die von der Beklagten beanstandeten Verwerfungen in Form der möglichen Doppelzahlungen für psychotherapeutische Leistungen (einerseits über den Ausgangsbetrag und andererseits über die Punktwertstützungen) haben ihre Ursache allein im WOPG. Sollte sie den Anteil für Psychotherapiekosten für ihre Mitglieder in Baden-Württemberg erneut bezahlen müssen, so ist dies Folge der vom WOPG vorgeschriebenen Berechnung des Ausgangsbetrages der Gesamtvergütung sowie der Erstreckung der Verbindlichkeit der auf Landesebene getroffenen Gesamtverträge auch auf ortsfremde Krankenkassen der selben Kassenart.

Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG enthält eine abschließende Berechnungsmethode für den Ausgangsbetrag der zu vereinbarenden Gesamtvergütung. Indem die Vorschrift auf die tatsächliche Praxis des Jahres 2001 abstellt, verbietet sie zugleich eine Bereinigung der im Jahr 2001 maßgeblichen Zahlungen. Entgegen der Annahme der Beklagten ist es eben gerade nicht zulässig, die tatsächlichen Zahlen des Jahres 2001 rechnerisch beliebig zu bereinigen. [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) erlaubt den Partnern der Gesamtverträge die Gesamtvergütung im Wege verschiedener Berechnungsarten festzulegen. Dies war dem Gesetzgeber des WOPG bekannt. Wenn eine Bereinigung in der einen oder anderen Richtung gewollt gewesen wäre, hätte dies der Gesetzgeber unschwer anordnen können, was er aber offensichtlich bewusst nicht getan hat. Mit dem Abstellen auf die geltende Gesamtvergütung ohne weitere Differenzierungen in der Übergangsvorschrift des Art 2 § 1 Abs. 1 WOPG hat er vielmehr eine einfache und schnell umzusetzende Regelung getroffen, die Streit möglichst ausschließen soll.

Gestaltungsmöglichkeiten wurden den Partnern der Gesamtverträge für den Bezirk der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung eingeräumt. Der Gesetzgeber hat diese Gesamtverträge für die Kassen derselben Kassenart ausdrücklich in [§ 85 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ohne jede Einschränkung für verbindlich erklärt, wohl wissend, dass die Gesamtverträge teilweise sehr unterschiedliche Arten der Ermittlung der Gesamtvergütungen kennen. Dies bedeutet, dass der Gesetzgeber einfachen und schnell umzusetzenden Abrechnungsmodalitäten den Vorrang eingeräumt hat vor einem alle Besonderheiten des Einzelfalls (der jeweiligen Krankenkasse oder der jeweiligen KV) berücksichtigenden Zahlungsausgleich.

Ein solcher Zahlungsausgleich mit Bereinigungen im Einzelfall wäre zudem ohne umfangreiches gesetzliches Regelungswerk gar nicht möglich. Zur Erforderlichkeit von Vereinbarungen auf der Ebene der Gesamtverträge durch die Verbände der ortsansässigen Kassen und die Maßgeblichkeit der Gesamtverträge für bereichsfremde Kassen der selben Kassenart hat sich das BSG im Urteil vom 28.09.2005 - [B 6 KA 71/04](#) klar geäußert. Dem hat der Senat nichts hinzuzufügen. Wenn im Einzelfall eine KV für eine einzelne Krankenkasse eine Bereinigung bestimmter Positionen vornehmen müsste, hätte dies zum Ergebnis, dass sich die KV mit ca. 270 Krankenkassen auseinandersetzen müsste und jede Krankenkasse sich umgekehrt mit den verschiedenen KVen im Bundesgebiet abstimmen müsste. Das vorliegende Verfahren, in dem eine Verständigung über den tatsächlichen Inhalt der Abrechnung trotz mehrere hundert Seiten umfassender Schriftsätze sich als fast unmöglich erwies, zeigt exemplarisch die Schwierigkeiten solcher Bereinigungsversuche. Nachträgliche Bereinigungen als Folge von längeren Gerichtsverfahren, wie sie im vorliegenden Verfahren mit der Neuberechnung als Folge der geänderten Kopfpauschalen zu beobachten waren, führen zu einer um mehrere Jahre verspäteten Entrichtung von nicht unerheblichen Teilen (hier nach Angaben der Beklagten von 9,4 %) der Gesamtvergütung, was es den KVen wiederum unmöglich macht, die ärztlichen Honorare zuverlässig und zeitnah auszuzahlen.

Grundrechtliche Rechtspositionen bzw. daraus folgende grundlegende Wertentscheidungen als Ansatz für die Verwerfung von Vertragsbestimmungen sind vorliegend nicht von Belang, da Krankenkassen als Körperschaften des öffentlichen Rechts ([§ 4 Abs. 1 SGB V](#)) keine Grundrechtsträger i. S. d. [Art. 19 Abs. 3 GG](#) sind (BVerfG, Beschl. v. 9.6.2004, - [2 BvF 2/01](#) -), ihre Hauptaufgabe als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung vielmehr im Vollzug einer zwecks Erfüllung der staatlichen Grundaufgabe "Krankenversicherungsschutz" geschaffenen detaillierten Sozialgesetzgebung besteht. Der "Kassenwettbewerb" dient allein der Erfüllung dieser sozialstaatlichen Aufgabe. Sollte sich die Beklagte daher infolge der streitigen BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 in ihrer Wettbewerbsposition geschwächt sehen, wäre das von vornherein rechtlich unbeachtlich. Es gibt kein dem Gesetz vorgeordnetes, gleichsam überpositives Wettbewerbsprinzip, an dem oder an dessen 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 (BSG, Ur. v. 28.9.2005, - [B 6 KA 71/04 R](#) -). 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 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 (BSG, a. a. O.).

Für ein von der Beklagten angeführtes treuwidriges ([§ 242 BGB](#) in entsprechender Anwendung) kollusives und deshalb womöglich strafrechtlich beachtliches Zusammenwirken zwischen der Klägerin und dem BKK-LV BW zum Nachteil einzelner Krankenkassen ist außer Behauptungen und Anschuldigungen nichts Substantiiertes geltend gemacht.

Damit sind die BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 geltendes Vertragsrecht und auch von der Beklagten einzuhalten. Der Klage war über 251.086,67 EUR war schon aus den oben ausgeführten Gründen stattzugeben.

Aber auch bei Zugrundlegung ihrer eigenen Auffassung, dass die Vereinbarungen unter Nr. 2.3 und 2.4 der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 von ihr nicht geschuldete, weil bereits mit der Kopfpauschale entrichtete Zusatzzahlungen abverlangen, verbleibt es bei der Wirksamkeit dieser Vereinbarungen und der dort vereinbarten Zahlungspflicht auch der Beklagten gegenüber.

Das Bundessozialgericht hat bislang offen gelassen, ob (auch) eine Krankenkasse gehindert ist, gegenüber einer KV, an die sie gemäß [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) eine Gesamtvergütung zu entrichten hat, die Nichtigkeit des maßgeblichen Gesamtvertrages geltend zu machen (vgl. BSG, Ur. v. 28.9.2005, - [B 6 KA 71/04 R](#) - Rdnr. 24; zur Unzulässigkeit eines auf eine abstrakte Normenkontrolle gerichteten Klagebegehrens etwa LSG Nordrhein-Westfalen, Beschl. v. 20.6.2003, - [L 10 B 3/03 KA ER](#) -). Der Senat braucht diese Frage im vorliegenden Berufungsverfahren ebenfalls nicht zu klären. Entgegen der Auffassung der Beklagten sind die BKK-Gesamtvergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 - soweit sie hier von Belang sind - nämlich nicht nichtig.

Der Senat folgt der Rechtsprechung des BSG, wonach sich die Nichtigkeit gesamtvertraglicher (normativer) Regelungen der vorliegenden Art nur aus [§ 58 SGB X](#) und nicht ohne Weiteres aus der Verletzung höherrangigen Rechts ergeben kann. Im Urteil vom 28.9.2005 ([a. a. O.](#)) hat das BSG hierzu dargelegt, der Gesamtvertrag sei ungeachtet seiner (auch) normativen Wirkung gegenüber am Vertragsschluss nicht beteiligten Dritten ein öffentlich-rechtlicher Vertrag i. S. der [§§ 53 ff SGB X](#) (kritisch insoweit LSG Sachsen, Ur. v. 26.7.2006, - [L 1 KA 3/06](#) - Rdnr. 27) und könne als koordinationsrechtlicher öffentlich-rechtlicher Vertrag ([§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)) nach [§ 58 Abs. 1 SGB X](#) nichtig sein, wenn sich die Nichtigkeit aus der entsprechenden Anwendung von Vorschriften des BGB ergibt. Dabei kommt in erster Linie der Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot i. S. des [§ 134 BGB](#) in Frage (so BSG, a. a. O.). Ob Vorschriften als Verbotsgesetze in diesem Sinne eingestuft werden können, geht aus ihnen regelmäßig nicht ohne Weiteres hervor, ist vielmehr durch Auslegung anhand zahlreicher, differenzierter Kriterien zu ermitteln (vgl. etwa BSG, Ur. v. 22.12.1998, - [B 6 KA 48/98 B](#) -). Nach den für Verwaltungsverträge im allgemeinen geltenden

Rechtsgrundsätzen genügt es nicht, wenn mit dem Vertrag gegen das Prinzip der Gesetzmäßigkeit der Verwaltung (Gesetzesvorbehalt und Gesetzesvorrang) verstoßen wird, weil damit das Regelungsgefüge des [§ 58 SGB X](#), insbesondere im Hinblick auf die besonderen Nichtigkeitsgründe in [§ 58 Abs. 2 SGB X](#) außer acht gelassen würde. Deshalb führen nur qualifizierte Rechtsverstöße zur Nichtigkeit des Vertrags. Maßgeblich ist, ob eine zwingende Rechtsnorm besteht, die nach ihrem Sinn und Zweck die Herbeiführung eines bestimmten Erfolges verbietet oder einen bestimmten Vertragsinhalt ausschließt bzw. das Verwaltungshandeln durch Vertrag überhaupt verbietet (vgl. etwa von Wulffen, SGB X [§ 58](#) Rdnr. 6, auch Kopp/Ramsauer, VwVfg [§ 59](#) Rdnr. 11). Auch ein schwerwiegender Gesetzesverstoß mit über den Einzelfall hinausreichenden Auswirkungen auf die Rechtsordnung, namentlich bei Missachtung grundlegender Wertentscheidungen, mag nach Maßgabe der Einzelfallumstände zur Nichtigkeit des Vertrags führen (vgl. in diesem Sinne Hauck/Noftz, SGB X [§ 58](#) Rdnr. 12).

Da das BSG auch hinsichtlich der normativ wirkenden Bestandteile von Gesamtvergütungsvereinbarungen das Vertragsrecht des [§ 58 SGB X](#) für anwendbar erachtet, gelten diesen Grundsätze für die Wirksamkeit bzw. Nichtigkeit der darin festgelegten Vertragsnormen entsprechend. Das BSG hat in seinem Urteil vom 28.9.2005 demzufolge dargelegt, dass die Nichtigkeit von Vergütungsvereinbarungen zur Gewährleistung des besonderen Bestandsschutzes öffentlich-rechtlicher Verträge auch in ihren obligatorischen und nicht nur in ihren normativ Dritte bindenden Teilen nicht durch jeden Verstoß gegen Rechtsvorschriften ausgelöst werden kann, und nur qualifizierte Rechtsverstöße in vertragsärztlichen Normverträgen zur Nichtigkeit des Vertrages führen können. Das sei etwa dann der Fall, wenn zwingende Rechtsnormen bestehen, die einer vertraglichen Gestaltung nicht zugänglich sind, oder wenn ein bestimmtes Ziel nicht durch einen Vertragsschluss erreicht werden darf: Dies entspricht den für Verwaltungsvertragsrecht im allgemeinen dargestellten Verboten eines bestimmten Vertragserfolgs bzw. eines bestimmten Vertragsinhalts. Das Verbot des Vertrags als Handlungsmittel kommt vorliegend von vornherein nicht in Betracht.

Nach Auffassung des Senats haben die Gesamtvertragspartner beim Abschluss der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 unter Nr. 2.3 und 2.4 gesetzliche Verbote in diesem Sinne nicht verletzt. Weder die Regelung in Art. 2 [§ 1 Abs. 1 WOPG](#) noch die Bestimmungen in [§ 85 Abs. 4](#) oder [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) stellen Verbotsgesetze i. S. d. [§ 58 Abs. 1 SGB X](#) i. V. m. [§ 134 BGB](#) dar. Auch im Übrigen sind Nichtigkeitsgründe - etwa im Hinblick auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität - nicht ersichtlich.

Art. 2 [§ 1 Abs. 1 WOPG](#) verbietet weder die Herbeiführung eines bestimmten Erfolges noch einen bestimmten Vertragsinhalt, enthält namentlich keine Aussagen dazu, ob gesamtvertragliche Vereinbarungen für das erste Jahr nach Einführung des Wohnortprinzips (das Jahr 2002) den Punktwert für die Honorierung psychotherapeutischer Leistungen stützen dürfen (herbeizuführender Erfolg), und ggf. welche Vereinbarungen (als Vertragsinhalt) hierfür zulässig oder als unzulässig verboten sein sollen.

Nach Art. 2 [§ 1 Abs. 1 WOPG](#) resultiert der Ausgangsbetrag für die für das Jahr 2002 erstmals nach dem Wohnortprinzip gem. [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zu vereinbarenden Gesamtvergütungen jeweils aus der Multiplikation der folgenden Faktoren: Betrag, der sich bei einer Teilung der für das Jahr 2001 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt, vervielfacht mit der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragsschließenden KV. Nach ihrem (klaren) Wortlaut legt die Vorschrift damit zum einen eine Rechenformel fest. Zum anderen gebietet sie den Gesamtvertragspartnern, den mit dieser Rechenformel errechneten Betrag als so genannten Ausgangsbetrag den Gesamtvergütungsverhandlungen (nach [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) für das Jahr 2002 zugrunde zu legen. Weitere (materielle) Regelungsgehalte enthält die Vorschrift nicht (vgl. auch LSG Sachsen, Ur. v. 26.7.2006, - [L 1 KA 3/06](#) - Rdnr. 36 zu [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Ihr sind insbesondere Verbote irgendwelcher Art nicht zu entnehmen. Sie sind auch im Wege der Gesetzesauslegung nicht zu begründen.

Art 2 [§ 1 Abs. 1 WOPG](#) stellt - in Anlehnung an den Grundsatz der Vorjahresanknüpfung - ausdrücklich auf die tatsächlichen Verhältnisse des Bezugsjahrs 2001 ab. Die in diesem Jahr "geltende" Gesamtvergütung ist durch die Gesamtmitgliederzahl der Kasse zu teilen, der so errechnete Pro-Kopf-Betrag mit der Zahl der Mitglieder mit Wohnsitz im Bezirk der jeweils vertragsschließenden KV (Wohnsitz-KV) zu vervielfachen. Die gesetzliche Maßgeblichkeit der tatsächlichen Verhältnisse des Jahres 2001 schließt all deren Implikationen ein (vgl. etwa LSG Sachsen, Ur. 26.7.2006, - [L 1 KA 3/06](#) - hinsichtlich des Ausgangsbetrags bei Erstreckungskassen, Art. 2 [§ 1 Abs. 2, § 2 WOPG](#)), auch diejenigen, die aus zur - "geltenden" im Sinne von tatsächlich praktizierten bzw. vereinbarten - Gesamtvergütung 2001 führenden und ihrer Ermittlung vorausliegenden "Kassenbesonderheiten" folgen, wie hier die im Jahr 2001 am Kassensitz der Beklagten in Schleswig-Holstein praktizierte Einbeziehung der psychotherapeutischen Leistungen in die Kopfpauschale. Die tatsächliche Praxis des Jahres 2001 wird für die jeweilige Kasse normativ und uneingeschränkt zur Ausgangsbasis der künftigen Gesamtvergütungsverhandlungen erklärt. Materielle Vorgaben zu Inhalt oder Ergebnis der Verhandlungen enthält das WOPG nicht. Der vorstehend umschriebene Regelungsgehalt des Art. 2 [§ 1 Abs. 1 WOPG](#) kann somit im Wege der Gesetzesauslegung weder verändert noch ergänzt werden. Das schließt schon der klare Gesetzeswortlaut aus.

Die von der Beklagten behaupteten zusätzlichen Regelungsgehalte sind im Übrigen aus dem Gesetzeszweck oder der Entstehungsgeschichte des Gesetzes auch nicht herzuleiten. Art. 2 [§ 1 Abs. 1 WOPG](#) gebietet weder eine "Bereinigung" des Ausgangsbetrags noch setzt er eine "Obergrenze" fest. Mangels entsprechender Gebote kann von daraus abgeleiteten Verboten (i. S. d. [§ 134 Abs. 1 BGB](#) i. V. m. [§ 58 Abs. 1 SGB X](#)) - etwa der Zugrundelegung eines "unbereinigten" oder eines "überhöhten" Ausgangsbetrags - keine Rede sein. Insbesondere ist die von der Beklagten im Kern verlangte Bereinigung des Ausgangsbetrags um die auf die Stützung des Punktwerts psychotherapeutischer Leistungen entfallenden Anteile an der Gesamtvergütung des Jahres 2001 nicht vorgeschrieben.

Der Zweck der in Art. 2 [§ 1 Abs. 1 WOPG](#) getroffenen Regelung erschließt sich aus dem Übergang vom Kassensitz- zum Wohnortprinzip bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung. Unter Geltung des Kassensitzprinzips vereinbarte die Krankenkasse die Gesamtvergütung ungeachtet des bundesweiten Mitgliederbestands mit der KV ihres Kassensitzes (Sitz-KV); nur an diese zahlte sie die Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung aller Versicherten. Die anderen KVen, in deren Bezirk ebenfalls Mitglieder der Krankenkasse wohnten und behandelt wurden (Wohnort-KVen), erhielten die Vergütung über den Fremdkassenzahlungsausgleich. Dadurch entstanden Verwerfungen, auf die die Beklagte im einzelnen zutreffend hingewiesen hat (vgl. dazu auch die Begründung des Gesetzentwurfs zur Einführung des Wohnortprinzips, [BT-Drs. 14/5960](#)). Zu deren Beseitigung wurde mit dem WOPG das Wohnortprinzip eingeführt. Nunmehr schließen die Landesverbände der Krankenkassen über die vertragsärztliche Versorgung der Versicherten ihrer Kassenart mit Wohnort in ihrem Bezirk Gesamtverträge ab ([§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) i. d. F. d. WOPG), nach deren Maßgabe die einzelne Krankenkasse an die jeweilige KV eine Gesamtvergütung für die vertragsärztliche Versorgung ihrer Versicherten mit Wohnort im Bezirk dieser KV entrichtet ([§ 85 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Das WOPG verlieh den Landesverbänden der Krankenkassen allerdings nicht nur die ("bundesweite") Rechtsmacht zum Abschluss von

Gesamtverträgen für alle Kassen ihrer Kassenart ([§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) i. d. F. WOPG) und damit auch für diejenigen, die dem jeweiligen Landesverband nicht angehören. Es legte in der hier streitigen Übergangsvorschrift des Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG außerdem fest, von welcher Grundlage die Gesamtvertragspartner bei der erstmaligen Vereinbarung von Gesamtvergütungen nach Einführung des Wohnortprinzips (für das Jahr 2002) auszugehen haben.

Über diese (punktuelle) Festlegung der Ausgangsbasis künftiger Vergütungsverhandlungen hinaus werden den Gesamtvertragspartnern mit dem WOPG keine weiteren Verhandlungsvorgaben gemacht; zu den eigentlichen Vergütungsverhandlungen selbst äußert sich Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG nicht. Vielmehr überlässt es das Gesetz den Gesamtvertragspartnern, ob und ggf. wie sie (im Rahmen des rechtlich Zulässigen) einen etwaigen zusätzlichen Leistungsbedarf bei Abschluss der jeweiligen Gesamtvergütungsvereinbarungen berücksichtigen wollen. Die Gerichte sind in diesem Zusammenhang nur auf das Kontrollmandat zur Überprüfung von Rechtsverletzungen beschränkt; sie dürfen in das Handlungsmandat der Gesamtvertragspartner nicht eingreifen und an deren Stelle zusätzliche "Bereinigungsregelungen" erlassen. Es ist auch nicht ihre Aufgabe, von der Beklagten behauptete verbandspolitische Defizite bei der Berücksichtigung ihrer wirtschaftlichen Interessen durch den BKK-Landesverband BW durchzusetzen. Der Gesetzgeber hat die Kassen, die gem. [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) an die Gesamtvergütungsvereinbarungen "fremder" Landesverbände gebunden sind, demzufolge auch ausdrücklich auf die Verbandsebene und die verbandsinterne Einflussnahme (über den "eigenen" Landesverband) verwiesen (vgl. die Begründung des Gesetzentwurfs zu Art. 1 Nr. 8 WOPG bzw. [§ 217 Abs. 5 SGB V](#), [BT-Drs. 14/5960, S. 6](#)). Gem. [§ 217 Abs. 5 SGB V](#) bestimmen nämlich die jeweiligen Bundesverbände, hier der BKK-Bundesverband, mit Wirkung für ihre Mitglieder das Verfahren für die Beteiligung derjenigen Landesverbände am Abschluss der Vereinbarungen nach [§§ 83 Abs. 1, 85 Abs. 2 Satz 1](#) und [§ 85b Abs. 2 SGB V](#), deren Mitgliedskassen bei diesen Vereinbarungen von einem anderen Landesverband vertreten werden.

Auch die weiteren Regelungen des WOPG, außerhalb der Übergangsvorschrift in Art 2 § 1 Abs. 1, stützen das Begehren der Beklagten nicht. Das WOPG ersetzte lediglich das bisher geltende Kassensitzprinzip durch das Wohnortprinzip. Mit der Neufassung des [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) wurde nur die Zuständigkeiten für den Abschluss der Gesamtvergütungsvereinbarungen neu geregelt. Materielle Vorgaben zur Bestimmung der Gesamtvergütung enthält auch diese Vorschrift nicht (so auch LSG Sachsen, Ur. v. 26.7.2006, - [L 1 KA 3/06](#) -). Sie sind auch nicht daraus abzuleiten, dass das WOPG insgesamt nur zu einer anderen (gerechteren) regionalen Verteilung der Gesamtvergütung führen und zusätzliche Leistungsausgaben für die gesetzliche Krankenversicherung nicht begründen sollte ([BT-Drs. 14/5960 S. 2](#)). Weitere normative Vorgaben oder daraus folgende gesetzliche Verbote ([§ 134 BGB](#) i. V. m. [§ 58 Abs. 1 SGB X](#)) sind diesen Erwägungen des Gesetzgebers nicht zu entnehmen. Abgesehen davon, dass sie nicht auf die einzelne Krankenkasse, sondern auf die gesetzliche Krankenversicherung als Ganzes bezogen sind, bedürfte es dazu der Umsetzung in entsprechende Gesetzesbestimmungen, was, wie dargelegt, nicht geschehen ist.

Die Nichtigkeit der hier streitigen Festlegungen in den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 zur Punktwertstützung bei psychotherapeutischen Leistungen folgt schließlich auch nicht aus anderweitigen Regelungen des SGB V.

Die Bestimmung in [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), wonach die Gesamtvergütung als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabs nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder einem Kombinationssystem aus diesen oder weiteren Berechnungsarten berechnet werden kann, gibt für das Begehren der Klägerin unmittelbar nichts her und enthält nach der Rechtsprechung des BSG ohnehin kein Verbotsgesetz i. S. d. [§ 134 SGB V](#) i. V. m. [§ 58 Abs. 1 SGB X](#). Sie eröffnet den Gesamtvertragspartnern erheblichen Gestaltungsspielraum bei Einhaltung bestimmter gesetzlicher Vorgaben, weshalb die in der Praxis abgeschlossenen Gesamtverträge regelmäßig auch nicht nur die Anpassungen der Kopfpauschalen, sondern zahlreiche vergütungsrelevante Einzelregelungen enthalten, 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. 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 aber nicht ihrerseits Verbotsgesetz i. S. d. [§ 134 BGB](#) sein (so BSG, Ur. v. 28.9.2005, - [B 6 KA 71/04 R](#) -). Für die Regelung des [§ 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) gilt der Sache nach nichts anderes. Danach ist, soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, der Betrag des Ausgabevolumens nach [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) (Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen) zu bestimmen sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen. Auch dabei handelt es sich um eine auf Ausfüllung und Umsetzung durch die Gesamtvertragspartner angelegte Norm, die ein Verbotsgesetz nicht enthält. Eine Regelung gem. [§ 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) ist in den BKK-Gesamtvergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 (jeweils unter Nr. 3) im Übrigen auch enthalten; danach werden die Klägerin und der BKK-LV BW die Mengenentwicklung bei antrags- und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen beobachten und ggf. geeignete Maßnahmen ergreifen.

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 71 SGB V](#)), den die Gesamtvertragspartner bei Vereinbarungen über die Veränderung der Gesamtvergütung gem. [§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) (vorrangig - BSG, Ur. v. 29.11.2006, - [B 6 KA 4/06 R](#) -) zu beachten haben, kann der Beklagten ebenfalls nicht zum Erfolg verhelfen. Es ist weder dargetan noch ersichtlich, dass sie gerade infolge der vom BKK-LV BW mit der Klägerin abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 bzw. der darin festgelegten Punktwertstützung für psychotherapeutische Leistungen ihre Beitragssätze anheben müsste. Mit dem pauschalen Rekurs auf Grundprinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung, wie Beitragssatzstabilität oder Kostendämpfung im Gesundheitswesen, kann eine sich wirtschaftlich benachteiligt führende Krankenkasse ihre Interessen vor Gericht nicht gegen die bindenden Vereinbarungen der zuständigen Gesamtvertragspartner durchsetzen.

Nach alledem könnte die Berufung der Beklagten auch dann keinen Erfolg haben, wenn man mit ihr der Auffassung wäre, die Nrn. 2.3 und 2.4 der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 zwingen sie zu einer doppelten Zahlung für Leistungen der psychotherapeutischen Behandlung.

Das Urteil des SG ist somit insgesamt nicht zu beanstanden. Die Beklagte hat zusätzlich zu dem sich aus der nachträglichen Erhöhung der Kopfpauschale ergebenden Nachforderungsbetrag von 43.096,33 EUR auch die hier vor allem streitigen gekürzten Beträge aus der Stützung der psychotherapeutischen Punktwerte in Höhe von 251.086,67 EUR der Klägerin nachzuentrichten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 184 Abs. 2 VwGO](#), die Streitwertfestsetzung auf [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Die Revision war wegen der grundsätzlichen Bedeutung der Sache zuzulassen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-01-23