

L 5 KA 5214/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KA 4291/04
Datum
30.08.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 5214/06
Datum
19.09.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30.8.2006 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert wird auf 1.793,49 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Zahlung eines von der Beklagten zurückbehaltenen Restbetrags der Gesamtvergütung für die Quartale 1/02, 4/02 und 2/03 in Höhe von 1.793,49 EUR.

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.

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. 31-58 und Bl. 59-76 SG-Akte). Darin wurde unter Ziff. 2.3 und 2.4 folgendes vereinbart (vgl. Bl. 33 und 60 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 bzw. 5 der Anlage 2c. Unter dieser Ziffer stellte die Klägerin der Beklagten Folgendes in Rechnung (vgl. etwa Bl. 9, 11, 25 SG-Akte):

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

Die dort geforderten Beträge betragen für das Quartal 1/02 1.203,15 EUR, für das Quartal 4/02 380,20 EUR und für das Quartal 2/03 180,81 EUR. Für die übrigen Quartale wurden Abrechnungen nicht erteilt, weil im Bezirk der Klägerin keine Mitglieder der Beklagten wohnhaft waren.

In den streitigen Quartalen weigerte sich die Beklagte somit, den von der Klägerin errechneten Betrag zur Stützung des Punktwerts für psychotherapeutische Leistungen zu zahlen. Zur Begründung führte sie (u.a. in einem Schreiben vom 14.1.2004 - SG-Akte S. 121; auch AS 211) aus, die Klägerin stütze den Punktwert für vertragspsychotherapeutische Leistungen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung. Die bekannten Ausgangsbeträge stellten grundsätzlich die Obergrenze der Vergütung dar. Mit Einführung des Psychotherapeuten-Gesetzes (Gesetz vom 16.6.1998, [BGBl. I, S. 1311](#), PsychThG) seien Leistungen der Psychotherapie in der budgetierten Gesamtvergütung und mithin in ihrem Ausgangsbetrag (Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG) enthalten. Diesen Betrag habe sie um Einzelleistungsbereiche, nicht jedoch um

psychotherapeutische Leistungen bereinigt. Nach der Bereinigung sei lediglich eine Aufteilung des Ausgangswertes in vier Budgettöpfe erfolgt, wobei drei Töpfe psychotherapeutische Leistungen enthielten und ein Topf den Teilbereich ohne psychotherapeutische Leistungen betreffe. Da die Vergütung der drei Teilbereiche für psychotherapeutische Leistungen nicht ausgereicht habe, um den Mindestpunktwert zu erreichen, habe sie insoweit eine Punktwertstützung (bereits) vorgenommen. Eine (zusätzliche) außerbudgetäre Stützung dieser Leistungen (durch die Klägerin) sei weder mit den Umsetzungsregelungen für das WOPG noch mit dem Beitragsicherungsgesetz vereinbar.

Nach vergeblicher Zahlungsaufforderung erhob die Klägerin am 7.7.2004 Klage beim Sozialgericht Stuttgart. Sie trug vor, gem. [§ 85 Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) i. V. m. der BKK-Vergütungsvereinbarung 2002 bzw. 2003 haben sie Anspruch auf vollständige Zahlung der Gesamtvergütung. Diese errechne sich für das Jahr 2002 wie folgt:

Gem. Nr. 2.1 BKK-Vergütungsvereinbarung 2002 als Bestandteil des BKK-Gesamtvertrages beginne der Berechnungsvorgang (zur Ermittlung der Kopfpauschale) mit dem Ausgangsbetrag nach § 3 Abs. 2 Anlage 14 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) je Mitglied der Beklagten in ihrem (der Klägerin) Bezirk aus dem jeweiligen Vorjahresquartal. Dieser Ausgangsbetrag ergebe sich aus der Teilung der Gesamtvergütung für das Jahr 2001 durch die Zahl der Kassenmitglieder diesen Jahres. Er werde sodann gem. Nr. 2.1 BKK-Vergütungsvereinbarung 2002 nach Maßgabe der dort festgelegten Modalitäten zunächst vermindert und anschließend gem. Nr. 2.2 BKK-Vergütungsvereinbarung wieder um 1,64 Prozent erhöht. Die so errechnete Kopfpauschale werde gem. Nr. 2.2 BKK Vergütungsvereinbarung 2002 mit der Zahl der Mitglieder im jeweiligen Quartal vervielfacht. Dabei müsse man beachten, dass die Kopfpauschale zunächst in die Teilbereiche "ohne psychotherapeutische Leistungen", "psychotherapeutische Leistungen ohne Kostenerstattung", "Kostenerstattung bei psychotherapeutischen Leistungen" und "besondere psychotherapeutische Leistungen" aufgeteilt und danach wieder zusammengeführt werde. Zusätzlich zur budgetierten Gesamtvergütung habe sie (die Klägerin) gegen die Beklagte einen Anspruch auf Einzelleistungsvergütungen aus der BKK-Vergütungsvereinbarung 2002. Insoweit sei zu differenzieren zwischen Leistungen durch Ärzte mit Sitz im Bezirk der Klägerin und durch solche mit Sitz außerhalb des Bezirks der KV Nordwürttemberg (Fremdärzte), die im Bezirk der KV Nordwürttemberg wohnende Mitglieder der Beklagten behandelt hätten. In den Quartalen 1/02 und 4/02 bestünden folgende Einzelleistungsvergütungsansprüche: Ärzte mit Sitz im Bezirk der KV Nordwürttemberg 243,20 EUR bzw. 1.143,27 EUR, Fremdärzte 22,18 EUR bzw. 0,05 EUR. In den Quartalen 2/02 und 3/02 habe es Mitglieder der Beklagten mit Wohnsitz im Bezirk der KV Nordwürttemberg nicht gegeben. Der Gesamtvergütungsanspruch belaufe sich im Jahr 2002 auf insgesamt 3.677,92 EUR.

Für das Jahr 2003 errechne sich der Gesamtvergütungsanspruch wie folgt:

Auszugehen sei von den budgetierten Gesamtvergütungsanteilen für die jeweiligen Quartale des Jahres 2002; diese würden um die Einzelleistungen aus den Anlagen 1 und 5 mit der insoweit abgestimmten BKK-Vergütungsvereinbarung 2003 vermindert (Nr. 2.1 BKK-Gesamtvertrag 2003). Der errechnete Wert werde durch die Zahl der Mitglieder der Beklagten aus dem jeweiligen Quartal des Jahres 2002 geteilt; das ergebe die Kopfpauschale. Diese werde sodann mit der Zahl der Mitglieder der Beklagten im jeweiligen Quartal des Jahres 2003 vervielfacht. Danach errechne sich für das Quartal 2/03 ein budgetierter Gesamtvergütungsanteil von 587,13 EUR. Hinzukämen nach der BKK-Vergütungsvereinbarung 2003 noch Ansprüche auf Einzelleistungsvergütungen. Diese betrügen im Quartal 2/03 hinsichtlich der Ärzte mit Sitz im Bezirk der KV Nordwürttemberg 32,79 EUR, hinsichtlich der Fremdärzte 5,17 EUR. In den Quartalen 1/03 und 3/03 habe es Mitglieder der Beklagten mit Wohnsitz im Bezirk der KV Nordwürttemberg nicht gegeben. Der Gesamtvergütungsanspruch für das Jahr 2003 belaufe sich auf 625,09 EUR.

Insgesamt schulde die Beklagte für die streitigen Quartale eine Gesamtvergütung in Höhe von 4.303,01 EUR. Gezahlt habe sie jedoch nur einen Betrag von 2.528,85 EUR, sodass noch eine Nachzahlung von 1.774,16 EUR (rechnerisch richtig 1764,16 EUR) offenstehe. Diese habe sich nach der Schlussrechnung um 29,33 EUR erhöht (SG-Akte S. 247).

Die Beklagte trug vor, die Klägerin fordere eine überhöhte Gesamtvergütung. Sie verkenne, dass das Psychotherapiebudget (die Vergütung psychotherapeutischer Leistungen) bereits in ihrem (der Beklagten) Ausgangsbetrag (i. S. d. Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG) enthalten sei und deshalb nicht durch die von der Klägerin praktizierte Punktwertstützung zusätzlich aufgestockt werden dürfe. Das Vorgehen der Klägerin habe zu einem erheblichen Anstieg der Gesamtvergütung geführt. Dem bisherigen Schriftverkehr mit ihrem Landesverband habe sie zumindest entnehmen können, dass man dem durch den Ansatz von "Bereinigungsbeträgen" irgendwie habe Rechnung tragen wollen, jedoch sei der genaue Berechnungsmodus nach wie vor undurchsichtig. Weder sie noch eine andere Krankenkasse könne die Art und Weise der Gesamtvergütungsberechnung im Einzelnen nachvollziehen. Die in Baden-Württemberg aufgetretenen Schwierigkeiten bei der Umsetzung des WOPG hätten eine besondere Qualität; in anderen Bezirken seien sie so bisher nicht aufgetreten.

Aus Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG, der die Berechnung des Ausgangsbetrags für die zum Jahr 2002 erstmalig nach dem Wohnortprinzip zu vereinbarenden Gesamtvergütungen regelt, folge eine Ausgabenobergrenze für das Einführungsjahr des Wohnortprinzips. Diese lasse sich auf die durchschnittlichen Leistungsausgaben pro Mitglied der Krankenkasse am bisherigen Kassensitz festlegen.

In der Vergangenheit hätten sich schon immer Probleme bei der Berechnung der kassenindividuellen Gesamtvergütung aus regionalen Unterschieden ergeben, etwa dann, wenn die "Einstrahlerkasse" nach dem Kopfpauschalensystem, die "Sitzkassen" hingegen nach Einzelleistungsvergütungen abgerechnet hätten. Mit der Schaffung überregional geöffneter Betriebskrankenkassen und Innungskrankenkassen habe sich die Lage verschärft, da die Zahl solcher Versicherter erheblich zugenommen habe, deren Wohnort nicht im Bezirk der KV liege, in der ihre Krankenkasse sitze und an die die Krankenkasse (gemäß dem "Kassensitzprinzip") die Vergütungen für in Anspruch genommene Behandlungsleistungen zu entrichten habe. Dadurch sei der Fremdkassenausgleich auf erhebliche Milliardenbeträge aufgebläht worden. Da der Fremdkassenzahlungsausgleich-Punktwert bei den bundesweit geöffneten Betriebskrankenkassen vielfach unter dem Punktwert der für den Kassensitz zuständigen KV gelegen habe, sei ein Teil des vereinnahmten Honorars (Gesamtvergütung) nicht bei den behandelnden Ärzten (bzw. der für sie zuständigen KV am Patientenwohnort) angekommen, sondern in die Verteilungstöpfe der KV am Kassensitz geflossen. Diesem unbefriedigenden Zustand wolle das WOPG mit der Einführung des Wohnortprinzips abhelfen; die angestrebte Nivellierung solle mit Hilfe eines für alle Regionen gleichen Durchschnittsbetrags je Versicherten gewährleistet werden. Dabei habe der Gesetzgeber, wie aus den Gesetzesmaterialien ([BT-Drs. 14/5960 S. 2](#), SG-Akte S. 235) hervorgehe, angenommen, dass es für die Krankenkassen nicht zu Mehrausgaben kommen werde.

Zur Umsetzung des Wohnortprinzips hätten der BKK-Bundesverband und die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) eine Vereinbarung

getroffen, diese sei als Anlage 14 Bestandteil des BMV-Ä. Für die Berechnung des Ausgangsbetrags nach Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG gelte der in § 3 Anlage 14 BMV-Ä niedergelegte Modus. Diesen habe sie ihren Berechnungen zugrunde gelegt. Demgegenüber wende die Klägerin die mit dem BKK-LV BW geschlossenen Gesamtverträge an. Diese seien jedoch gesetzwidrig und nichtig. Unbeschadet dessen, dass Normsetzungsverträge nur eingeschränkter gerichtlicher Rechtskontrolle unterlägen, dürften die Gesamtvertragspartner ihren Entscheidungsspielraum weder überschreiten noch ihre Bewertungskompetenz missbräuchlich ausnutzen. Beides sei hier geschehen, weil die BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 die Absichten des Gesetzgebers bewusst aushebelten.

Bei der Umsetzung des Wohnortprinzips würden massive Fehler zu ihren Lasten begangen, wenn unterschiedliche Abrechnungssysteme (Kopfpauschale - Einzelleistungsvergütung) aufeinander trafen. Teilweise löse man die Harmonisierungsprobleme dadurch, dass bestimmte Beträge, die in einem KV-Bezirk (wie bei der Klägerin) in die Einzelleistungsvergütung fielen, aus dem Ausgangsbetrag (Art. 2 § 1 WOPG) herausgerechnet würden. Betreffe diese (Ausgangsbetrags-)Bereinigung aber nur einen unverhältnismäßig geringen, weil der der bisherigen Leistungsanspruchnahme der Kassen bzw. der bisherigen Zusammensetzung der Gesamtvergütung nicht entsprechenden Betrag, schaffe man zu Lasten der Krankenkasse ein künstlich gering gehaltenes Vergütungsvolumen für die neuen extrabudgetären Leistungen, das man theoretisch durch zusätzliches Geld aufstocken müsste. Außerdem entstehe für die in der budgetierten Gesamtvergütung verbleibenden Leistungen eine künstlich erhöhte und daher ebenfalls gesetzwidrige neue Kopfpauschale, die mit der bisherigen Aufgabe der Einzelkasse ebenfalls nichts zu tun habe. Ein Fehler dieser Art liege wohl auch hier vor; vermutlich habe die Klägerin den Ausgangsbetrag (Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG) um einen Psychotherapiekostenbetrag bereinigt, der von dem in der bisherigen Gesamtvergütung enthaltenen Psychotherapiekostenbetrag abweiche. Jedenfalls könne sie die Bereinigungsgrundlagen nicht nachvollziehen.

Die von der Klägerin vorgenommene Punktwertstützung lasse offenbar außer Acht, dass die Psychotherapiekosten (vor Einführung des Wohnortprinzips) in ihrem (der Beklagten) bisherigen Vertragsbereich bereits in der Gesamtvergütung enthalten gewesen seien und seither der Budgetierung unterlägen. Den erheblichen Ausgabensteigerungen durch mit dem Psychotherapeutengesetz (Gesetz vom 16.6.1998, [BGBl. I, S. 1311](#), PsychThG) vollzogene "Integration der Psychotherapie in die Gesetzliche Krankenversicherung" seien die Kassenärztlichen Vereinigungen bzw. die Landesverbände der Krankenkassen mit unterschiedlichen, freilich auf zwei Grundmodelle zurückführbaren Instrumenten begegnet: Entweder habe man die Kopfpauschale zweckbestimmt für Psychotherapieleistungen deutlich angehoben oder man habe eine quartalsweise Punktwertstützung vereinbart. Im Bereich der Klägerin sei das Modell der Punktwertstützung gewählt worden, in ihrem Bereich hingegen das Modell der Kopfpauschalenanpassung (mit Fortschreibung in den Folgejahren). Auf Psychotherapiekosten seien etwa 9,4 % ihrer vormaligen Kopfpauschale entfallen. Sie könne nicht nachvollziehen, ob diese hohe Quote sachgerecht in die Berechnung bzw. Bereinigung des Ausgangsbetrags eingeflossen sei. Aus den Vertragsunterlagen entnehme sie eher eine erhebliche Punktwertstützung für den Bereich der Psychotherapie ohne adäquate Kopfpauschalenerhöhung (bei der Berechnung des Ausgangsbetrags nach Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG). Damit werde sie aber in jedem Quartal doppelt belastet - zum einen über die erhöhte Kopfpauschale, zum anderen über die Punktwertstützung. Die außerbudgetäre Stützung des Psychotherapeutenpunktwerts möge im Bezirk der Klägerin üblich gewesen sein, in ihrem (der Klägerin) Bezirk sei das nicht so; hier werde der Punktwert durch generelle Anhebung der Kopfpauschale gestützt.

Mit Urteil vom 30.8.2006 verurteilte das Sozialgericht die Beklagte, an die Klägerin 1.793,49 EUR zu zahlen. Zur Begründung führte es aus, der Klaganspruch beruhe auf [§ 85 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 83 SGB V](#) (in der Fassung des WOPG). Die Beklagte sei nach Maßgabe der Anlage 14 BMV-Ä sowie der für die Jahre 2002 und 2003 zwischen der KV Nordwürttemberg und dem BKK-LV BW abgeschlossenen Gesamtverträgen verpflichtet, die vereinbarte Gesamtvergütung an die Klägerin ungekürzt zu entrichten. Die Beträge, die die Klägerin mitgeteilt habe, ergäben sich aus Meldungen nach [§ 5 Abs. 1](#) Anlage 14 BMV-Ä.

Die Beklagte sei an die BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 gebunden, da sie gem. [§ 83 SGB V](#) auch Gesamtverträge gegen sich gelten lassen müsse, die ein für sie fremder, aber für ihre Kassenart zuständiger Landesverband abgeschlossen habe. Gesamtvertragliche Vereinbarungen über die Veränderung der Gesamtvergütung i. S. des [§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) würden auf Antrag einer Krankenkasse nicht gerichtlich überprüft; andernfalls würde die gesetzliche Abschlusskompetenz der zuständigen Landesverbände unterlaufen, die ihrerseits für die Funktionsfähigkeit des Gesamtvergütungssystems unverzichtbar sei (BSG, Urt. vom 28.9.2005, - [B 6 KA 71/04 R](#) -). Nicht höchstrichterlich geklärt und auch hier nicht entscheidungserheblich sei, ob eine Krankenkassen gegenüber einer die Gesamtvergütung gem. [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) einfordernden KV die Nichtigkeit des Gesamtvertrags einwenden könne. Nichtigkeitsgründe lägen nämlich nicht vor

Gem. [§ 58 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) sei ein koordinationsrechtlicher öffentlich-rechtlicher Vertrag ([§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#)) nichtig, wenn sich dies aus der entsprechenden Anwendung der Vorschriften des BGB ergebe. Zur Nichtigkeit vertragsärztlicher Normverträge könnten aber nur qualifizierte Rechtsverstöße führen. Solche lägen etwa vor, wenn vertraglicher Gestaltung verschlossene, zwingende Rechtsnormen verletzt seien oder ein bestimmtes Ziel nicht durch den Vertragschluss erreicht werden dürfe. In Betracht kämen daher in erster Linie Verbotsgesetze i. S. des [§ 134 BGB](#). Allerdings könne nicht jede zwingende Vorschrift (im Wege der dazu notwendigen Auslegung - BSG, Beschluss vom 22.12.1998, - [B 6 KA 48/98 B](#) -) als Verbotsgesetz eingestuft werden, wie die in [§ 58 Abs. 2 Nr. 2 SGB X](#) aufgeführten Nichtigkeitsgründe verdeutlichten. Notwendig sei vielmehr ein schwerwiegender Gesetzesverstoß mit über den Einzelfall hinausreichenden Auswirkungen auf die Rechtsordnung. Das sei insbesondere dann anzunehmen, wenn die Folgenlosigkeit der Gesetzesverletzung die faktische Geltungskraft der in Frage stehenden Norm untergraben würde oder wenn eine Missachtung grundlegender Wertentscheidungen zum Ausdruck komme.

Die Bestimmungen des Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG enthielten keine Verbotsnormen, die gem. [§ 58 Abs. 1 SGB X](#) i. V. m. [§ 134 BGB](#) die Nichtigkeit gesamtvertraglicher Vereinbarungen - hier der einschlägigen Regelungen in den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 - bewirken könnten. Auch die Vorschriften in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und [§ 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) würden nicht als Verbotsgesetze angesehen (BSG, [SozR 3-2500 § 115 Nr. 1](#), S. 6; Urteil vom 28.9.2005, - [B 6 KA 71/04 R](#) -; zu Regelungen über die Gesamtvergütung im allgemeinen SG Frankfurt, Urt. vom 24.1.2001, - [S 27 KA 2548/99](#) -). Ausschlaggebend sei, dass Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG den Gesamtvertragspartnern einen erheblichen Gestaltungsspielraum belasse. So sei von der Festlegung eines "Ausgleichsbetrags" die Rede. Der Gesetzgeber sehe daher Weiterentwicklungen durch gesamtvertragliche Vereinbarungen vor. Gesamtverträge erschöpften sich aber nicht in der Anpassung der Kopfpauschale, sondern enthielten meist zahlreiche vergütungsrelevante Einzelregelungen, bei denen die widerstreitenden Interessen der Vertragspartner zu einem sachgerechten Ausgleich gebracht werden könnten und müssten. Auch dies stehe der isolierten Prüfung einzelner Bestimmungen in Gesamtverträgen regelmäßig entgegen (BSG, Urt. vom 28.9.2005, [a. a. O.](#)). Als ausfüllungsbedürftige Norm gebe Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG den Verhandlungen der Gesamtvertragspartner eine Grundlage, ohne bestimmte Vertragsinhalte zu verbieten.

Die in den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 getroffenen Abreden zur Punktwertstützung bei psychotherapeutischen Leistungen müssten nicht zwangsläufig zu einem Anstieg der Gesamtvergütung führen. Andere Krankenkassen hätten die von der Beklagten vorgebrachten Probleme offenbar nicht; jedenfalls seien entsprechende Klageverfahren nicht anhängig. Sollte (nur) eine besondere Fallgestaltung, wie hier die Erhöhung der Kopfpauschale zur Stützung des Psychotherapiepunktwerts, ein dem Anliegen des WOPG zuwiderlaufendes Wachsen der Gesamtvergütung bewirken, sei dies rechtlich ohne Belang. Ein Rechtsverstoß, der zur Nichtigkeit der BKK-Vergütungsvereinbarungen führen könnte, läge darin auch dann nicht, wenn man Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG als Verbotsgesetz ansehen wollte.

Die BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 bzw. 2003 verstießen schließlich auch nicht gegen [§ 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#), weshalb offen bleiben könne, ob diese Vorschrift als Verbotsgesetz ([§ 134 BGB](#)) eingestuft werden könnte. Die genannte Bestimmung sehe vor, dass bei Vereinbarung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 (Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen) bestimmt werden müsse sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrags zu treffen sei. Dem würden die BKK-Vergütungsvereinbarungen gerecht. Sie legten nämlich jeweils unter Nr. 3 fest, dass für den Bereich der antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen in einer gesonderten Vereinbarung Regelungen zur Eingrenzung des beantragten Behandlungsumfanges getroffen würden. Außerdem hätten sich die Klägerin und der BKK-LV BW zur Beobachtung der Mengenentwicklung dieser Leistungen und, falls notwendig, zum Ergreifen geeigneter (Abhilfe-)Maßnahmen verpflichtet. Das sei bislang offenbar nicht notwendig geworden. Wenn sich die Beklagte wegen ihrer besonderen Situation benachteiligt fühle, möge sie in geeigneter (verbandspolitischer) Weise auf den BKK-LV BW einwirken und dort eine Berücksichtigung ihrer Sonderinteressen durchsetzen.

Auf das ihr am 27.9.2006 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 17.10.2006 Berufung eingelegt. Sie bekräftigt und vertieft ihr bisheriges Vorbringen.

Zum Klagegegenstand trägt die Beklagte ergänzend und klar stellend vor, die Klage richte sich nur gegen die Punktwertstützung für psychotherapeutische Leistungen. Den dafür vorgesehenen Betrag habe die Klägerin (extrabudgetär) auf die nach Art 2 § 1 Abs. 1 WOPG errechnete Gesamtvergütung aufgeschlagen und damit die für ihre (der Beklagten) Mitglieder zu zahlende Kopfpauschale aufgestockt; sie sei jetzt um 9,4 % höher als zuvor. Damit stehe entgegen früherer Vermutungen nunmehr fest, dass hinsichtlich der Psychotherapiekosten gar keine und nicht nur eine fehlerhafte Bereinigung (des Ausgangsbetrags nach Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG) vorgenommen worden sei.

Zum Hintergrund des Rechtsstreits führt die Beklagte erläuternd aus, wegen des Psychotherapiedefizits sei bei der damals für ihren Kassensitz zuständigen KV Schleswig-Holstein ein Schiedsverfahren durchgeführt und daran anschließend ein Rechtsstreit vor dem Sozialgericht ausgetragen worden mit dem Ergebnis, dass sie für das Psychotherapiedefizit, soweit es auf dem Verhalten ihrer Mitglieder beruhe, aufkommen müsse. Der rechtskräftige Schiedsspruch bewirke, dass ihre kassenindividuelle Gesamtvergütung seitdem um den Hauptteil des sie betreffenden Psychotherapiedefizits angehoben worden sei. Nach den Gepflogenheiten in Schleswig-Holstein sei das Psychotherapiedefizit damit in der Gesamtvergütung aufgegangen und habe diese signifikant ausgeweitet. Bei der Einführung des Wohnortprinzips sei daher das Psychotherapiedefizit in den von der KBV gem. Art. 2 § 1 WOPG errechneten und gemeldeten (§ 5 Anlage 14 BMV-Ä) Kopfpauschalen bereits enthalten gewesen. Nach den Gepflogenheiten in Baden-Württemberg werde das Psychotherapiedefizit mit der streitigen Punktwertstützung "außerbudgetär" gehandhabt. Im Ergebnis müsse sie das Psychotherapiedefizit also "zwei mal bezahlen", einmal über die Kopfpauschale und noch einmal über die zusätzliche Punktwertstützung nach Maßgabe der (Einzelleistungs-)Regelungen in den BKK-Vergütungsvereinbarungen. Das Sozialgericht habe dies mit der Bezugnahme auf die Meldungen der KBV gem. § 5 Abs. 1 Anlage 14 BMV-Ä offenbar nicht richtig erfasst. Die Klägerin habe nicht die Meldungen der KBV (in die ihre erhöhte Kopfpauschale einfließe), sondern einen deutlich höheren Betrag angesetzt.

Zur Rechtslage vertritt die Beklagte die Auffassung, dass der Gesamtvertrag vom 22.8.1978 zwischen der Rechtsvorgängerin der Klägerin und dem BKK-LV BW sowie die zum Ausgleich des Psychotherapiedefizits in den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 unter Nr. 2.3 festgelegten Vertragsbestimmungen die Klageforderung nicht tragen könnten. Auch angesichts der Entscheidungen des BSG vom 28.9.2005 (- [B 6 KA 71/04 R](#) -, - [B 6 KA 72/04 R](#) -) müssten die Krankenkassen keineswegs jeden gesamtvertraglich vereinbarten, gleichwohl aber gesetzwidrigen Betrag zahlen. Dafür sei kein "Freibrief" ausgestellt worden. Die hier streitigen Regelungen der BKK-Vergütungsvereinbarungen seien wegen Verstoßes gegen Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG nichtig.

Aus dem Gesetzeswortlaut des Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG, der vom Ausgangsbetrag für die für 2002 erstmalig nach dem Wohnortprinzip "zu vereinbarende" Gesamtvergütung handle, gehe hervor, dass der Gesetzgeber offenbar einen verbindlichen Berechnungsmodus habe vorschreiben wollen. Die genannte Bestimmung enthalte daher zwingendes Recht, von dem die Gesamtvertragsparteien nicht abweichen dürften. Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG sei demzufolge nicht auf eine Weiterentwicklung durch gesamtvertragliche Vereinbarungen angelegt und auch nicht ausfüllungsbedürftig. Vielmehr werde für den erstmalig zu vereinbarenden Ausgangsbetrag eine verbindliche Größenordnung vorgeschrieben, die dem Prinzip der Vorjahresanknüpfung auch in der Phase der Umstellung auf das Wohnortprinzip Geltung verschaffen solle. Die Gesetzesmaterialien bestätigten dies. Nach der Begründung des Gesetzentwurfs solle die Vorschrift klarstellen, "wie für die Krankenkassen, die die Gesamtvergütung bislang nach dem Wohnortprinzip vereinbart" hätten, "in den einzelnen Vertragsregionen für das erste Jahr nach Inkrafttreten des Gesetzes die Basis für die Höhe der zu vereinbarenden Gesamtvergütung zu ermitteln" sei ([BT-Drs. 14/5660](#)). Dabei werde "für jede dieser Kassen aus dem im Jahr 2001 für die Versorgung aller Versicherten gezahlten Honorarvolumen, einschließlich der außerhalb der Gesamtvergütung nach Maßgabe des jeweiligen Gesamtvertrags gezahlten Vergütungen, ein bundesweiter Durchschnitt je Versicherten ermittelt, der mit der Zahl der Versicherten der Krankenkassen mit Wohnsitz in der jeweiligen Versorgungsregion multipliziert" werde (BT-Drs. a. a. O). Mehrbelastungen für die jeweiligen Krankenkassen habe der Gesetzgeber vermeiden wollen. Auch das belege die Begründung des Gesetzentwurfs, wonach zusätzliche Leistungsangaben für die gesetzliche Krankenversicherung nicht entstünden, da die neue Regelung nur eine regionale Verteilung der Gesamtvergütung vorsehe ([BT-Drs. 14/5960 S. 2](#)).

Auf Seiten der KVen gebe es nach Einführung des Wohnortprinzips "Gewinner und Verlierer". Die regionale Neuverteilung der Gesamtvergütung führe zwangsläufig dazu, dass bislang bei der KV des Kassensitzes verbliebene Honorarbestandteile nunmehr zu den KVen am Wohnsitz des Versicherten abfließen. Nach ihrer, der Beklagten, Erfahrung versuchten deshalb zahlreiche KVen, diesen gesetzlich beabsichtigten Einnahmeverlust durch fragwürdige Honorarvereinbarungen entgegenzuwirken. In einigen Fällen sei es ihr gelungen, diese Praktiken aufzudecken und mit Hilfe der Aufsichtsbehörden oder der Gerichte zu durchkreuzen. Auf die Geltendmachung ihrer

Interessen beim zuständigen Landesverband dürfe man sie nicht verweisen. Die für den Wohnsitz des Mitglieds zuständigen Landesverbände wirkten nach ihrer Einschätzung nämlich häufig zu Lasten der Krankenkassen kollusiv mit den KVen zusammen, was wiederum die Funktionsfähigkeit des gesamten Systems gefährde. Die Landesverbände verstünden sich in erster Linie als Interessenvertreter ihrer Mitgliedskassen. Bei ihr sei bislang ein anderes Vergütungssystem als bei der Klägerin angewendet worden. Die Integration eines solchen "Fremdkörpers" erfordere erhebliche Anpassungen des bisherigen Vertragsgefüges, wozu die Landesverbände häufig nicht bereit seien. Die Interessen der Einstrahlerkassen kämen in der Verbandspolitik zu kurz.

Die Einführung des Wohnortprinzips dürfe auch deshalb nicht zur Ausweitung der Gesamtvergütung genutzt werden, weil damit die langjährigen Bemühungen zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen unterlaufen würden. Betroffen seien die Prinzipien der Vorjahresanknüpfung und der Beitragsstabilität ([§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)). Namentlich der Grundsatz der Vorjahresanknüpfung zähle zu den tragenden Prinzipien der gesetzlichen Krankenversicherung und dürfe sogar bei gesetzlichen Neuregelungen nicht vernachlässigt werden, etwa dann wenn eine Gesamtvergütung gesetzlich abgesenkt worden sei. Auch an diese gesetzlich verminderte Vergütung müsse in den Folgejahren angeknüpft werden. Dies sei hier hinsichtlich der Einführung des Wohnortprinzips insoweit von Belang, als die auf den gesetzlichen Umverteilungseffekten beruhenden Einnahmeverluste einer KV nicht durch gesetzwidrige Aufschläge wettgemacht werden dürften. Geschehe das dennoch, werde zusätzlich der strikt verbindliche Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzt, unbeschadet dessen, dass dieser (jedenfalls vom zuständigen Bundesministerium) nicht auf die einzelne Krankenkasse, sondern auf die Kassenart bezogen werde.

Die BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 bewirkten eine mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unvereinbare erhebliche Ausweitung der Gesamtvergütung. Für sämtliche Einstrahlerkassen, die bislang das Kopfpauschalprinzip angewendet und das Psychotherapiedefizit über die Kopfpauschale aufgefangen hätten, komme es zu gesetzwidrigen Kostensteigerungen, während sich für die bisherigen Sitzkassen nichts ändere. Damit spreche alles für eine (sogar) kassenartbezogene Anhebung der Gesamtvergütung. Dass sich bislang nur sie (die Beklagte) gerichtlich zur Wehr setze, besage nichts. Gleichartige Probleme bei anderen Kassen seien keineswegs auszuschließen. Deren Untätigkeit könne andere Ursachen haben. Spekulativ sei auch, ob gerade bei ihr eine besondere Konstellation vorliege. Die Lage anderer Einstrahlerkassen könnte sich hinsichtlich des Gewichts der Psychotherapieleistungen anders darstellen; es sei aber auch eine vergleichbare Situation denkbar.

Ein weiteres zentrales Instrument zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen finde sich im Prinzip der Budgetierung, das bei der Vereinbarung von Gesamtvergütungen auf der Grundlage von Einzelleistungen besonders wichtig sei. Hier verlange [§ 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) die Bestimmung eines Ausgabevolumens sowie Regelungen zur Vermeidung von Volumenüberschreitungen. Mengenbegrenzende Elemente seien unabdingbar notwendig. Auch daran fehle es hier. Ungeachtet dessen, dass das Bundessozialgericht den Vertragsparteien in diesem Bereich keine strikten Vorgaben gemacht habe, seien die vom Sozialgericht herangezogenen Regelungen der BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 nicht ausreichend. Die jeweils unter Nr. 3 getroffenen Abreden enthielten wenig mehr als Willensbekundungen zur Beobachtung der Mengenentwicklung und nur eine bedingte Bereitschaft, ggf. Maßnahmen zu ergreifen. Dass die Vertragsparteien bislang nicht eingegriffen hätten, könne sie nicht nachvollziehen, nachdem es ihrer Auffassung nach zu einer erheblichen unzulässigen Mengenausweitung gekommen sei.

Insgesamt stellten alle genannten Rechtsprinzipien (Berechnungsmodus in Art. 2 § 1 Nr. 1 WOPG, Grundsatz der Vorjahresanknüpfung und der Beitragssatzstabilität sowie das Prinzip der effektiven Budgetierung) zwingende Rechtsnormen und sogar Verbotsgesetze gem. [§ 134 BGB](#) dar, weshalb die umstrittenen Regelungen in den BKK-Vergütungsvereinbarungen 2002 und 2003 nichtig seien.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 30.8.2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen,

hilfsweise, die Revision zuzulassen

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und trägt ergänzend vor, § 5 Abs. 1 Anlage 14 BMV-Ä betreffe nur die Meldung der Mitgliederzahl einer Krankenkasse; darüber werde bislang nicht gestritten. Umstritten sei allein der Nachzahlungsbetrag zur Stützung des Punktwertes für psychotherapeutische Leistungen.

Die von den Landesverbänden der Krankenkassen und den KVen geschlossenen Verträge wirkten nicht nur zwischen den Vertragspartnern, sondern als normative Rechtsquelle für alle. Der Vertragsinhalt richte sich daher auf allgemeine Regelungen für eine Vielzahl von Fällen, weshalb die gerichtliche Kontrolldichte erheblich vermindert sei. Ein Vertragspartner oder Normadressat von (Vertrags-)Normen könne infolgedessen nur gravierende Rechtsverstöße geltend machen; unerheblich sei insoweit, ob man [§ 58 SGB X](#) anwende oder wegen der abschließenden Regelung der Rechtsbeziehung zwischen Ärzten und Krankenkassen in [§ 69 SGB V](#) (dort Satz 3) unmittelbar auf Vorschriften des BGB zugreife. Da die Kollektivverträge normativ wirkten, dürfe nicht jedweder geringe formale Mangel zur Nichtigkeit führen. Nur qualifizierte Rechtsverletzungen könnten – im Hinblick auf die Funktionsfähigkeit des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung – von Belang sein.

Entgegen der Auffassung der Beklagten sei Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG kein Verbotsgesetz i. S. d. [§ 134 BGB](#). Dazu müsste nach Wortlaut oder Zweck des Gesetzes eine Handlung oder Maßnahme untersagt werden. Das sei hier nicht der Fall. Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG verbiete konkrete Einzelmaßnahmen zur Umsetzung seines Regelungsgehalts nicht. Der mit der Einführung des Wohnortprinzips angestrebte Abfluss von Gesamtvergütungsanteilen von der Kassensitz-KV zur Patientenwohnort-KV stehe der in Baden-Württemberg praktizierten Punktwertstützung - Addition im Rahmen der Einzelleistungsvergütung zum Ausgangsbetrag - nicht entgegen. Art. 2 § 1 Abs. 1 WOPG sei auch nicht verletzt. Die Vorschrift typisiere notwendigerweise und gehe nicht auf jeden Einzelfall ein. Sie besage nur, dass die Gesamtvergütung des Jahres 2001 durch die Kassenmitglieder zu teilen sei. Zur Stützung des Punktwertes psychotherapeutischer Leistungen

enthalte sie keine Aussagen, verbiete also auch den Aufschlag als Einzelleistung nicht. Damit bleibe es bei der Gültigkeit und Verbindlichkeit der BKK-Vergütungsvereinbarungen (auch) für die Beklagte.

Die Beklagte behaupte, die hier praktizierte Punktwertstützung bewirke eine vom WOPG nicht gewollte finanzielle Mehrbelastung. Freilich habe sie in keiner Weise dargetan, ob und inwieweit es bei den Krankenkassen dazu tatsächlich gekommen sei. Die Kopfpauschalen würden für jede KV gesondert errechnet und wichen auf Grund der unterschiedlichen Ausgangsbeträge im Referenzzeitraum voneinander ab. Daraus folge aber keineswegs zwingend, dass die Krankenkassen wegen der Aufspaltung der Gesamtvergütung auf die einzelnen KVen nach Maßgabe des WOPG insgesamt eine höhere Gesamtvergütung zahlen müssten als vorher an ihre Sitz-KV. Die grundsätzlichen Erwägungen der Beklagten zur Kostendämpfung im Gesundheitswesen, zur Budgetierung und zu den gesetzlichen Steuerungsinstrumenten – die ohnehin eher das Verhältnis der KV zu den Vertragsärzten und nicht zu den Krankenkassen betreffen – gingen daher weitgehend ins Leere. Von Belang wäre all das nur dann, wenn die Beklagte nachweisen würde, dass sie nunmehr insgesamt gegenüber allen seinerzeit bestehenden 23 KVen eine – abgesehen von der grundsätzlichen Erhöhung – höhere Gesamtvergütung zahlen müsse als vor Einführung des Wohnortprinzips an eine einzelne KV.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten des Sozialgerichts und des Senats 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, 4/2002 und 3/2002 in Höhe von 1.793,49 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.

In tatsächlicher Hinsicht ist vorliegend zunächst der Erhöhungsbetrag (vgl. Schriftsatz vom 12.4.2006 - Bl. 247 SG-Akte) von 29,33 EUR unstreitig, um den die zuletzt geltend gemachte Klageforderung von 1793,49 EUR den Betrag für die Stützung psychotherapeutischer Leistungen von 1764,16 EUR übersteigt. Gegen diese Erhöhung hat die Beklagte nichts substantiiert eingewendet. Im übrigen ist zwischen den Beteiligten auch 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. 3/4), 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 Wohnortprinzips 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. 35 und 61 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 Regelwerk 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 auszus zahlen.

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 t. 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-Landesverband 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 1793,49 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 t. 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 t. 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 t. 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. 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, Urt. 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 zwängen 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 Nachforderungsbetrag von 29,33 EUR auch die hier vor allem streitigen gekürzten Beträge aus der Stützung der psychotherapeutischen Punktwerte in Höhe von 1764,16 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

2007-10-30