

L 12 KA 5010/07

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 38 KA 5367/05

Datum

14.02.2007

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 5010/07

Datum

15.12.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 33/11 R

Datum

27.06.2012

Kategorie

Urteil

I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts

München vom 14. Februar 2007 abgeändert und festgestellt,

dass die Vereinbarung der Beklagten und des Beigeladenen vom 21.11.2002 zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips

insoweit nichtig ist, als der Ausgangsbetrag für die Vereinbarung

der Gesamtvergütung der Klägerin nicht entsprechend Art. 2 § 1

Abs. 1 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei

Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte berechnet wurde.

II. Im Übrigen wird die Berufung der Klägerin zurückgewiesen.

III. Die Beklagte und der Beigeladene tragen 2/3 der Kosten des
Rechtsstreits, die Klägerin 1/3.

IV. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt mit der am 04.08.2005 beim Sozialgericht München eingelegten Leistungsklage von der Beklagten die Zahlung von 2.626.837,11 EUR zzgl. einer Verzinsung in Höhe von 5 % Punkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit wegen nach Auffassung der Klägerin überzahlter Gesamtvergütung für das Jahr 2003.

Die Klägerin ist eine gesetzliche Betriebskrankenkasse, die ihren Hauptsitz in Villingen-Schwenningen hat. Sie ist Mitglied des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen in Baden-Württemberg. Die Klägerin entrichtete im Jahre 2003 für zahnärztliche Honorare eine Gesamtvergütung in Höhe von 15.662.474,22 EUR, wäre aber nach ihren Berechnungen lediglich zu einer Zahlung in Höhe von 13.035.637,11 EUR für das Jahr 2003 verpflichtet gewesen. Dieser Betrag stelle die maximal zulässige Vergütungsobergrenze für die Gesamtvergütung in Bayern gemäß [§ 85 SGB V](#) dar, die von der Klägerin mit befreiender Wirkung an die Beklagte zu leisten gewesen sei. In krassem Gegensatz zu dem für die Klägerin ermittelten Ausgangsbetrag nach § 1 Abs. 1 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11.12.2001 (WOrtPrG) stehe die durch die Honorarvereinbarung zwischen dem Beigeladenen und der Beklagten vom 21.11.2002 in § 2 Abs. 1 auf 202,04 EUR festgelegte Zahlungsverpflichtung je Mitglied. Nach Informationen der Klägerin handle es sich bei dieser Beitragshöhe eindeutig um einen fortgeschriebenen Vergangenheitswert aus dem Jahr 2001, der ausschließlich auf der Basis des Durchschnitts der Budgethöhe der bayerischen Betriebskrankenkassen festgesetzt worden sei. Rechnerisch ergebe sich bei der Bereinigung um die Grundlohnsummenerhöhung von 1,84 % aus dem Jahre 2002 ein Ausgangsbetrag für das Jahr 2001 von 197,23 EUR. Dies bedeute eine Steigerung von 2,44 % bei einer für 2003 gemäß Art. 5 des Beitragssicherungsgesetzes vorgesehenen Nullrunde bei den zahnärztlichen Honoraren. Die Steigerungsrate liege somit um 0,6 % über der Grundlohnsummensteigerung des Jahres 2002 und stelle einen Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragsstabilität nach [§ 71 SGB V](#), hier insbesondere [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) i.V.m. Art. 5 des Beitragssicherungsgesetzes, dar. Aufgrund der Regelungen des WOrtPrG sei keine wirksame Rechtsgrundlage ersichtlich, die es rechtfertigen könnte, dass die Forderungen der Beklagten auf der Basis der Abrechnung nach Einzelleistungen zu vergüten sei. Nach dem in Deutschland geltenden Vorrang des Gesetzes hätten sich die Vertragspartner bei ihren Verhandlungen und Vertragsabschlüssen an der Gesetzesformulierung des WOrtPrG orientieren müssen. Die vom Gesetzgeber angestrebte Nivellierung durch das Wohnortprinzip resultiere danach aus der Zugrundelegung eines Durchschnittsbetrags je Mitglied in gleicher Höhe in allen Vertragsregionen. Der Gesetzgeber sei dabei ersichtlich davon ausgegangen, dass ein solches Verfahren kassenindividuell betrachtet zu keinen Mehrausgaben bei den jeweiligen Krankenkassen führen würde (Hinweis auf [BT-Drs. 14/5960, S. 2](#)).

Das Gebot zur Orientierung an den bundesrechtlichen Vorgaben leite sich aus [Art. 20 Abs. 3](#) Grundgesetz (GG) ab und gelte insbesondere auch für Körperschaften öffentlichen Rechts als Teil der mittelbaren Staatsverwaltung, welche die Vertragspartner seien. Entsprechende Vertragsverhandlungen seien entweder nicht geführt oder es sei bewusst gegen die Gesetzesvorgaben verstoßen worden, um die Honoraransprüche der bayerischen Zahnärzte auf höchstem Niveau zu erhalten. Als direkte Rechtsfolge sei somit von der Nichtigkeit der Honorarvereinbarungen auszugehen.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 05.11.2004 einen Budgetausgleich abgelehnt. Die Aufsichtsbehörde (Bayer. Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen) sah in dem Schreiben vom 22.11.2004 keine Veranlassung für rechtsaufsichtliche Maßnahmen. Das Bundesversicherungsamt (BVA) ist dagegen der Auffassung, dass bei der Umsetzung des WOrtPrG in Bayern Verstöße gegen geltendes Bundesrecht erfolgt seien, die aber aufgrund der fehlenden Weisungsbefugnis des BVA nur durch die Klägerin auf dem Rechtsweg geklärt werden könnten.

Die Beklagte hat mit Schreiben vom 25.08.2005, 13.09.2005 und 06.06.2006 geltend gemacht, dass die Klage bereits unzulässig, hilfsweise unbegründet sei. Aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), insbesondere der Entscheidung vom 28.09.2005, Az.: [B 6 KA 71/04 R](#), ergebe sich klar und eindeutig, dass eine Klagebefugnis der Klägerin gegen die Beklagte nicht bestehe und die Klage somit unzulässig sei. Die Klage sei aber auch unbegründet, weil die Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und dem BKK-Landesverband Bayern vom 21.11.2002, auf die sich der Gesamtvergütungsanspruch der Beklagten stütze, den gesetzlichen Vorgaben entspreche. In Bayern werde im Rahmen der kassenartenbezogenen Regelungen kein Budget vereinbart, sondern eine Gesamtvergütungsobergrenze. Das bedeute, dass auf der Grundlage einer Einzelleistungsvergütung jede Kasse lediglich den Leistungsbedarf

zu erfüllen habe, der von ihren Versicherten beansprucht werde, begrenzt durch die Vergütungsobergrenze der Kassenart. Der in der Vereinbarung genannte Betrag von 202,04 EUR stelle das Ergebnis der Dividierung der Vergütungsobergrenze durch die Zahl der in Bayern wohnenden Mitglieder der Betriebskrankenkasse dar und sei lediglich ein Höchstgrenze, bis zu der im Rahmen des sog. Kassenartenbudgets Aufwendungen zu leisten seien. Selbst wenn man von Art. 2 § 1 der Übergangsregelung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte ausgehen würde, ergebe sich auch nach dem Vortrag der Beklagten ein Ausgangsbetrag je Mitglied der bayerischen Betriebskrankenkassen in Höhe von 200,87 EUR für das Jahr 2003. Ein Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität würde keinesfalls zu einer Nichtigkeit der angegriffenen Vertragsregelung führen.

Hierzu hat sich die Klägerin mit Schriftsatz vom 29.11.2006 geäußert. Entgegen der Auffassung der Beklagten sei die Klage zulässig. Zentrale Bedeutung für das Rückforderungsbegehren komme dem Argument zu, dass die Klägerin ohne Rechtsgrund einen überhöhten Betrag gezahlt habe, weil die der Zahlung zugrundeliegende Honorarvereinbarung teilweise nichtig sei. Der Anspruch stütze sich mithin auf [§ 61 SGB X](#) i.V.m. [§ 812 BGB](#). Eine solche Argumentation begründe offenkundig die Klagebefugnis. Bei einer echten Leistungsklage reiche es nach allgemeiner Meinung aus, dass ein Kläger behaupte, ihm stehe ein Anspruch auf die geltend gemachte Leistung zur Seite. Das Urteil des BSG vom 28.09.2005 gebe für die gegenteilige Auffassung der Beklagten nichts her. Das BSG habe explizit die Auffassung des Sozialgerichts zurückgewiesen, einer Krankenkasse könne von vorneherein kein Erstattungsanspruch gegen eine Kassenzahnärztliche Vereinigung wegen zu Unrecht gezahlter Gesamtvergütung zustehen. Dies habe das BSG u.a. damit begründet, dass [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen der einzelnen Krankenkasse und der KÄV begründe. Wenn das Gesetz selbst direkte Beziehungen zwischen den einzelnen Krankenkassen und den KÄVen konstituiere, seien Konstellationen denkbar, in denen Zahlungen zwischen den beiden Institutionen Krankenkassen und KÄV auch dann rückabgewickelt werden müssten, wenn beide nicht unmittelbar durch Vertragsbeziehungen miteinander verbunden seien, sondern das Vertragsverhältnis zwischen dem Landesverband und der KÄV gestaltet werde. Zur Begründetheit wurde weiter ausgeführt, dass die Honorarvereinbarung, auf die die Forderung der Beklagten sich gründe, nichtig sei, soweit sie ein Honorar rechtfertige, welches einen Betrag in Höhe von 13.035.637,11 EUR übersteige. In Höhe des streitgegenständlichen Betrages von 2.626.837,11 EUR habe der Beklagten mithin kein Anspruch nach [§ 85 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 83 SGB V](#) zugestanden. Das BSG habe mit seiner Entscheidung vom 28.09.2005 zwar grundsätzlich den Spielraum einer einzelnen Krankenkasse, eine gerichtliche Überprüfung der Wirksamkeit einer gesamtvertraglicher Vereinbarung über die Veränderung der Gesamtvergütungen herbeizuführen, restriktiv gefasst. Das BSG habe aber weiter ausgeführt, dass daraus eine Nichtigkeit eines öffentlich-rechtlichen Vertrages folgen könne, wenn sich die Nichtigkeit aus der entsprechenden Anwendung von Vorschriften des BGB herleiten lasse. Daher komme in erster Linie der Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot im Sinne des [§ 134 BGB](#) in Frage. Entgegen der Auffassung der Beklagten normiere die Übergangsvorschrift in Art. 2 § 1 Abs. 1 WOrtPrG eine solche zwingende Rechtsnorm. Bereits der Wortlaut der Vorschrift gebe zu erkennen, dass hier eine Rechtsnorm mit zwingendem Charakter statuiert worden sei. Mit der Formulierung "der Ausgangsbetrag für die für das Jahr 2002 erstmalig ... zu vereinbarende Gesamtvergütung ergebe sich ..." lasse der Gesetzgeber keinerlei Zweifel daran aufkommen, dass ein verbindlicher Berechnungsmodus für die jeweils maßgebliche kassenindividuelle Gesamtvergütung vorgeschrieben habe werden sollen, von dem sich die Gesamtvertragsparteien in ihrer Vereinbarung nicht hätten lösen dürfen. Nicht nur der Wortlaut, sondern auch die Entstehungsgeschichte der Norm würden für die Auffassung der Klägerin sprechen, dass eine "zwingende Rechtsnorm" im Sinne der Rechtsprechung des BSG gewollt gewesen sei. Insbesondere habe der Gesetzgeber für die erstmalige Anwendung des Wohnortprinzips einen Berechnungsmodus vorsehen wollen, der insbesondere keine zusätzlichen Leistungsausgaben für die gesetzliche Krankenkasse habe auslösen sollen. Es zähle zu den vorhersehbaren Effekten der Einführung des Wohnortprinzips, dass es bei den Kassenzahnärztlichen Vereinigungen Gewinner und Verlierer geben müsse. Es entspreche der Erfahrung einiger Betriebskrankenkassen, dass die Landesverbände am Wohnsitz ihres Mitglieds häufig zu Lasten der Einstrahlerklassen "kollusiv" mit der KÄV zusammenarbeiten würden, insbesondere dann, wenn ein entsprechender Kassenbezirk zu den "Verlierern" der Umstellung auf das Wohnortprinzip zähle. Die seit den 70-iger Jahren andauernden Bestrebungen um Kostendämpfung würden es verbieten, die Umstellung auf das Wohnortprinzip als "Hebel" zur Ausweitung der Gesamtvergütung zu nutzen. Der zu den tragenden Grundsätzen des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung gehörende Grundsatz

der Vorjahresanknüpfung sei eng mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 71 SGB V](#)) verbunden. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sei kein unverbindlicher "Programmsatz", den die Partner des Gesamtvertrages nur in irgendeiner, in ihr Belieben gestellten Form mit zu berücksichtigen hätten. Der Grundsatz der Beitragsstabilität sei nicht nur "zu berücksichtigen", sondern verlange verbindliche Beachtung ([§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)). Eine Verletzung des Grundsatzes der Vorjahresanknüpfung stelle damit zugleich eine Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität dar. Vorliegend führe der maßgebliche Honorarvertrag für das Jahr 2003 zu einer erheblichen Ausweitung der Gesamtvergütung. Sämtliche Einstrahlerklassen, die aufgrund des bisher praktizierten Systems eine deutlich niedrigere Gesamtvergütung aufgewiesen hätten, dürften nachhaltig von der gesetzeswidrigen Fortschreibung der bayerischen mitgliederbezogenen Ausgabenobergrenze nach dem Muster der Vereinbarung für das Jahr 2003 betroffen sein. Bei den bisherigen

Sitzkassen würde alles beim Alten bleiben. Die Einstrahlerkassen hätten aber mit mehr oder minder erheblichen Kostensteigerungen zu rechnen. Einstrahlerkassen hätten auf einen Schlag auf Basis der bayerischen Werte einen weitaus höheren Betrag zu zahlen. Zusammenfassend sei deshalb festzustellen, dass die gesetzeswidrige Ausweitung der Gesamtvergütung nicht nur die maßgebliche Übergangsbestimmung des WOrtPrG, sondern auch weitere zwingende Rechtsnormen des SGB V, nämlich das Prinzip der Vorjahresanknüpfung sowie den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzen würden. Im Erörterungstermin vom 20.12.2006 wurde den Beteiligten eine Schriftsatzfrist eingeräumt, die von Seiten der Beklagten mit Schriftsatz vom 11.01.2007 wahrgenommen wurde. Bereits nach der klaren gesetzlichen Regelung des [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der hier anzuwendenden Fassung wie auch der dazu gegebenen Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 14/5960](#)) gebe es keinen Zweifel daran, dass keine Klagebefugnis der Klägerin hinsichtlich der Gültigkeit des seinerzeit abgeschlossenen Gesamtvertrages vom 21.11.2002 bestehe. Dieses Ergebnis werde durch das bereits zitierte Urteil des BSG vom 28.09.2005 noch in besonderem Maße unterstrichen. Soweit die Vertreter der Klägerin im Erörterungstermin auf die Aussage der Entscheidung des BSG auf Seite 13 des Urteils hingewiesen hätten, stehe die dortige Aussage der vorstehend dargelegten Auffassung nicht entgegen, da das BSG diese Aussage ausdrücklich in den Zusammenhang mit tatsächlich nicht oder nicht ordnungsgemäß erbrachten Leistungen gestellt habe. Davon könne hier aber unter keinem Gesichtspunkt die Rede sein. Hier würden Gesamtvergütungsanteile für ordnungsgemäß erbrachte und in jedweder Weise unbeanstandete vertragszahnärztliche Leistungen zurückgefordert. Zur Begründetheit der Klage sei darauf hinzuweisen, dass der Versuch der Klägerin, hier einen "qualifizierten Rechtsverstoß"

durch die Vereinbarung der Beklagten mit dem BKK-Landesverband Bayern zu konstruieren, schon mangels vergleichbarer Vergütungssysteme fehl gehe. Der Gesetzgeber sei bei der Formulierung der Übergangsvorschrift des Art. 2 § 1 WOrtPrG von einem vertragsärztlichen Vergütungssystem mit Kopfpauschalen ausgegangen, während im vertragszahnärztlichen Bereich die Gesamtvergütung nicht durch Kopfpauschalen, sondern auf der Grundlage einer Einzelleistungsvergütung mit ggf. einer Gesamtvergütungsobergrenze geregelt werde. Da der Gesetzgeber bei der Übergangsregelung erkennbar von einem anderen Vergütungssystem als dem hier geltenden Vergütungssystem ausgegangen sei, habe ein entsprechender Gestaltungsspielraum der Beklagten und des BKK-Landesverbandes bestanden, der zu der Vertragsregelung vom 21.11.2002 geführt habe. Einem Anspruch der Klägerin aus [§ 61 SGB X](#) i.V.m. [§ 812 BGB](#) würde vorliegend [§ 814 BGB](#) entgegen stehen, da die Klägerin die hier streitgegenständlichen Gesamtvergütungsanteile in Höhe von 2.626.638,11 EUR vorbehaltlos bezahlt habe. Auch die Ausführungen der Klägerin zum Grundsatz der Beitragssatzstabilität würden fehlgehen. Wie sich aus § 2 Abs. 1 der Vereinbarung zwischen dem BKK-Landesverband Bayern und der KZVB vom 21.11.2002 explizit ergebe, sei für das Jahr 2003 die Gesamtvergütungsobergrenze des Jahres 2002 mit der damals zulässigen Grundlohnsommenerhöhung von 0,6 % fortgeschrieben worden. Die Beklagte habe also im Jahre 2003, ausgenommen die zulässige Erhöhung von 0,6 %, auf der Grundlage des angegriffenen Vertrages nicht mehr bezahlen müssen, als sie im Jahr 2002 maximal zu bezahlen gehabt habe. Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 07.02.2007 ausgeführt, dass keinerlei Zweifel mehr daran bestehe, dass die budgetierte Gesamtvergütung im Widerspruch zu der zwingenden Regel in Art. 2 § 1 Abs. 1 WOrtPrG berechnet worden sei und dass hierdurch eine Vergütungsobergrenze gebildet worden sei, die den nach dem WOrtPrG zu vereinbarenden Ausgangsbetrag um 20,8 % übersteige. Die Anwendung von Art. 2 § 1 WOrtPrG sei auch nicht deshalb im vorliegenden Fall ausgeschlossen, weil es in Bayern für den zahnärztlichen Bereich angeblich keine Gesamtvergütung, sondern lediglich eine Vergütungsobergrenze gebe. [§ 85 Abs. 1 SGB V](#) gehe offenkundig von der Existenz einer budgetierten Gesamtvergütung auch bei einem Vergütungssystem aus, das auf Einzelleistungen basiere. Die Klägerin halte weiterhin daran fest, dass sich aus dem Urteil des BSG vom 28.09.2005 keinesfalls der Schluss ziehen lasse, dass eine Klage auf Rückzahlung von Gesamtvergütungsbestandteilen unzulässig sei. Dass es an einer Klagebefugnis im Sinne einer Sachurteilsvoraussetzung fehlen könnte, liege ersichtlich fern. Bei Anfechtungsklagen werde die Klagebefugnis bereits durch die Behauptung des Klägers begründet, er sei in seinen rechtlich geschützten Interessen verletzt. Dass durch eine Überzahlung von Gesamtvergütung rechtlich geschützte Interessen der Klägerin verletzt seien, liege auf der Hand. Das BSG habe mit seiner Entscheidung vom 28.09.2005 nicht grundsätzlich die Auffassung vertreten, dass ein Erstattungsanspruch gegen eine Kassenärztliche Vereinigung nicht möglich sei. Da nach einhelliger Auffassung hier offenkundig die Möglichkeit einer Rechtsverletzung gegeben sei, sei die Klage ohne Zweifel zulässig. Dem Anspruch der Klägerin stehe nicht [§ 814 BGB](#) entgegen, weil die Klägerin nicht gewusst habe, dass sie zur Leistung nicht verpflichtet gewesen sei. Die Verantwortlichen der Klägerin hätten sich, nachdem sie vom Landesverband im August 2004 über das Ausbleiben einer Rückzahlung für 2003 informiert worden seien, sofort an den Landesverband gewandt. Der Landesverband habe in seiner Antwort ebenso wie der damalige Staatskommissar dezidiert die Auffassung vertreten, dass die Vereinbarung rechtmäßig und zu respektieren sei. In Ansehung der von der Klägerin vorgelegten Korrespondenz gebe es keinerlei Anhaltspunkte für die Annahme, dass die Klägerin positiv gewusst habe, sie sei zur Leistung nicht verpflichtet. Auch in Ansehung der Beratung durch das Bundesversicherungsamt in dem Schreiben vom 19.01.2005, wonach eine einseitige Kürzung der Zahlungen auf die Gesamtvergütungen durch die Schwenninger BKK (= Klägerin) unzulässig sei, könne von einer positiven Kenntnis des Nichtbestehens einer Leistungspflicht keinesfalls ausgegangen werden. Die Klägerin hat schließlich angeregt, den Gesamtvertragsparteien aufzugeben, sämtlichen Schriftverkehr vorzulegen, der im Zusammenhang mit dem Zustandekommen der streitigen Honorarvereinbarung stehe. Diese Unterlagen könnten Aufschluss über die Hintergründe und Motive der Vertragsparteien geben.

Das Sozialgericht München (SG) hat mit Urteil vom 14. Februar 2007 die Klage der Klägerin als unzulässig zurückgewiesen. Die Klage sei mangels Klagebefugnis als unzulässig anzusehen. Die Klägerin erhebe eine allgemeine echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#). Sowohl die Klägerin als auch die Beklagte seien Körperschaften des öffentlichen Rechts und würden sich in einem Gleichordnungsverhältnis befinden. Deshalb habe es zur Geltendmachung einer Forderung keines Verwaltungsaktes und auch keines Vorverfahrens bedurft. In Rechtsprechung und Literatur sei fast einhellig anerkannt, dass auch für eine allgemeine Leistungsklage zum Ausschluss einer gewillkürten Prozessstandschaft eine Klagebefugnis in entsprechender Anwendung von [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) zu fordern sei. Die Auffassung der Klägerin, es genüge und sei ausreichend, dass klägerseits geltend gemacht werde, der Klägerin stehe ein Anspruch auf die geltend gemachte Leistung zu, werde nicht geteilt. Zwar sei eine Anspruchsgrundlage in [§ 61 SGB X](#) i.V.m. [§ 812 BGB](#) objektiv vorhanden. Das Gericht sei jedoch der Auffassung, dass die zweite Voraussetzung für eine Klagebefugnis, nämlich, dass durch die Ablehnung der Rückzahlung ein Recht der Klägerin verletzt sein könne, nicht erfüllt sei. Dies ergebe sich aus [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), der in der hier anzuwendenden Fassung bestimme, dass "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 schließen". Zu Recht weise die Beklagte auf die Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 14/5960](#)) hin, wonach das Verhandlungsergebnis bindende Wirkung für alle Krankenkassen der Kassenart habe. Dadurch sei sicher gestellt, dass jede Kassenärztliche Vereinbarung wie im geltenden Recht pro Kassenart nur einen Vertragspartner für die Vergütungsvereinbarung habe. Daraus sei der Wille des Gesetzgebers ablesbar, dass zwischen einer einzelnen Krankenkasse und der Kassenärztlichen Vereinigung keine Rechtsbeziehungen bestehen sollen. Würde man gleichwohl eine Klagebefugnis zugestehen, würde der Wille des Gesetzgebers konterkariert. Auf diesem Wege könnte die Wirksamkeit einer zwischen dem

Landesverband der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen Vereinbarung überprüft werden, was gerade durch Einführung von [§ 83 Abs. 1 SGB V](#) habe vermieden werden sollen. Bestätigt werde diese Auffassung auch durch das Urteil des BSG vom 28.09.2005 (Az: [B 6 KA 71/04 R](#)).

Dessen ungeachtet wäre die allgemeine Leistungsklage aber auch unbegründet. Denn der Klägerin stünde kein Anspruch nach [§ 61 SGB X](#) i.V.m. [§ 812 BGB](#) zu. Rechtsgrund der Leistung der Klägerin sei die zwischen der Beklagten und dem BKK-Landesverband geschlossene Vereinbarung vom 21.11.2002. Es gebe keine Anhaltspunkte für eine Nichtigkeit der genannten Vereinbarung. Bei dem Ausgangsbetrag von 202,04 EUR in § 2 der Vereinbarung handle es sich, wie der Vertreter der Beklagten in der mündlichen Verhandlung am 20.12.2006 ausgeführt habe, um eine Fortschreibung des Pro-Kopf-Betrages, der für alle bayerischen BKKen Geltung besessen habe. Insofern könne von einer willkürlichen Vereinbarung nicht die Rede sein. Für sämtliche BKKen, also für solche, die dem BKK-Landesverband Bayern angehörten, aber auch für solche, die nicht dem Landesverband Bayern angehörten, habe der Ausgangsbetrag von 202,04 EUR gelten sollen. Es handle sich um eine sog. Kassenartenobergrenze. Die Vertragspartner der Vereinbarung hätten den ihnen zugestandenen Entscheidungsspielraum nicht überschritten. Ebenso liege ein Verstoß gegen Art. 2 § 1 Abs. 1 des WOrtPrG nach Auffassung der Kammer nicht vor. Die genannte Vorschrift sei nämlich verfassungskonform auszulegen. Es treffe zwar zu, dass der in der Vereinbarung zwischen dem BKK-Landesverband und der Beklagten vereinbarte Betrag nicht auf der Berechnungsweise beruhe, wie sie in § 1 Abs. 1 des Art. 2 des WOrtPrG vorgesehen sei. Dies habe jedoch damit zu tun, dass in Bayern seit jeher im zahnärztlichen Bereich eine Einzelleistungsvergütung statt finde. Gegen eine solche Vergütung würden keine rechtlichen Bedenken bestehen. Diese Vergütungsweise sei nach wie vor in [§ 85 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 2 Satz 5 SGB V](#) ausdrücklich vorgesehen. Es sei in Bayern keine Gesamtvergütung im zahnärztlichen Bereich, sondern lediglich eine Gesamtvergütungsobergrenze vereinbart worden. Die Form der Einzelleistungsvergütung einschließlich der Vereinbarung einer Gesamtvergütungsobergrenze könne mit der Übergangsregelung des § 1 Abs. 1 des Art. 2 des WOrtPrG nicht in Einklang gebracht werden. Dies bedeute, dass - sofern eine Einzelleistungsvergütung vereinbart sei - zwar die Übergangsregelung nicht zur Anwendung gelange, im Wege der verfassungskonformen Auslegung aber grundsätzlich das Wohnortprinzip gelten solle. Für diese Auslegung spreche auch die Gesetzesbegründung in der [Bundestagsdrucksache 14/5960](#) zu Art. 2 § 1 Übergangsregelung. In diesem Sinne habe sich auch der Beigeladene in dem Schreiben vom 20.09.2004 geäußert. Auch ein Verstoß gegen den Grundsatz der Vorjahresanknüpfung und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)) sei nicht ersichtlich, da - wie die Beklagte und der Beigeladene ausführen - es sich bei dem Betrag von 202,04 EUR um die Fortschreibung des Pro-Kopf-Betrages gehandelt habe, der für alle beigeladenen BKKen gelte.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 19.07.2007. Zu Unrecht gehe das Erstgericht davon aus, dass die Klage bereits nicht zulässig sei. Der Auffassung, dass durch die Ablehnung der Rückzahlung Rechte der Klägerin nicht verletzt sein könnten, könne nicht gefolgt werden. Zwar treffe es zu, dass gesamtvertragliche Vereinbarungen nur unter engen Voraussetzungen einer Überprüfung ausgesetzt sein können, da den Gesamtvertragsparteien ohne Zweifel ein Gestaltungsspielraum zukomme. Die Auffassung des Erstgerichts, bereits die "Möglichkeit einer Rechtsverletzung" sei insoweit grundsätzlich ausgeschlossen, sei aber ersichtlich rechtsfehlerhaft. Eine solche Auffassung lasse sich weder aus der Gesetzgebungsgeschichte zum WOrtPrG noch aus der bisherigen Rechtsprechung des BSG ableiten. Nach herrschender Auffassung dürfe die Sachurteilsvoraussetzung der Klagebefugnis keinesfalls "engherzig" (vgl. BVerfG, [NVwZ 1994, 683](#)) aufgefasst werden. Ziel der Vorschrift des [§ 54 Abs. 1 SGG](#) sowie von [§ 42 Abs. 2 VwGO](#) sei es, eine Popularklage auszuschließen (vgl. BSGE 43, 141). Eine Klagebefugnis sei nur dann nicht gegeben, wenn "offensichtlich und eindeutig nach keiner Betrachtungsweise die vom Kläger behaupteten Rechte bestehen und ihm nicht zustehen können" (vgl. [BVerfGE 18, 157](#); 36, 199 f; 81, 330; 92, 316). Diese Voraussetzungen

lägen gerade auch in Ansehung der Rechtsprechung der Sozialgerichte zur Inzidentkontrolle gesamtvertraglicher Regelungen sowie der Entscheidung des BSG vom 28.09.2005 hier ersichtlich nicht vor. Die Klage sei entgegen der Auffassung des Erstgerichts auch begründet. Die Klägerin habe den mit der Klage geltend gemachten Betrag ohne Rechtsgrund gezahlt und die Beklagte sei deshalb bezüglich dieses Betrages ungerechtfertigt bereichert. Der Klägerin stehe ein Rückforderungsanspruch gemäß [§ 61 SGB X](#) i.V.m. [§ 812 BGB](#) zu. Die Honorarvereinbarung, auf die die Forderung der Beklagten gegründet gewesen sei, sei nichtig, soweit sie ein Honorar rechtfertige, welches einen Betrag in Höhe von 13.035.637,11 EUR übersteige.

Der Prozessbevollmächtigte der Klägerin hat mit Schriftsatz vom 17. März 2010 noch geltend gemacht, dass die Behauptung der Beklagten, die Klage sei wegen der Gesamtvergütung auf Verbandsebene "unschlüssig", neben der Sache liege. Die Beklagte stütze sich hier offenbar auf die Regelung unter § 1 Abs.2 der Vereinbarung zur Umsetzung der Einführung des Wohnortsprinzips. Die Wirksamkeit dieser Vereinbarung liege im Zentrum der vorliegenden Klage, so dass sich bereits aus diesem Grund ein Rekurs darauf verbiete. Zudem liege auch dem Vergütungssystem in Bayern ein kassenindividuelles Verständnis der Gesamtvergütung zu Grunde. Dies ergebe sich insbesondere aus § 13 Abs.1 Nr.1 GVZ, wonach die "Krankenkassen die für die kassenzahnärztliche Versorgung zu entrichtende Gesamtvergütung mit befreiender Wirkung an die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns zahlen". Durch diese Regelung werde, im Einklang mit der gesetzlichen Regelung in den [§§ 83, 85 SGB V](#) die einzelne Krankenkasse zur Zahlung verpflichtet. Die Klägerin sei auch weiter der Auffassung, dass der Hauptantrag dem Hilfsantrag vorzuziehen sei. Solange eine ergänzende Vereinbarung im Sinne des § 5 der Vereinbarung zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips nicht bestehe, müsse der Rückforderungsanspruch nach § 812 BB durchgreifen. Denn es fehle in einer solchen Lage an dem Rechtsgrund für die ursprüngliche Zahlung. Selbst wenn man der vorstehend dargelegten Auffassung nicht folgen sollte, wäre in jedem Fall dem Hilfsantrag stattzugeben. Ein Feststellungsinteresse liege offenkundig vor. Die Klägerin habe ausgeführt, dass es im Widerspruch zu dem Berechnungsmodus, wie er in der Übergangsvorschrift in Art.2 § 1 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips vorgeschrieben sei, mit der Vereinbarung zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips zu einer Erhöhung der bisherigen kassenindividuellen Gesamtvergütung um 20,8 % gekommen sei. Die Beklagte überzeichne im Übrigen die Probleme erheblich. Auch in anderen Vertragsbezirken sei es in der Vergangenheit auf Basis der dort gültigen Einzelleistungsvergütungen zu Anpassungsnotwendigkeiten gekommen, die bewältigt worden seien. Die Behauptung der Beklagten, der Wille des Gesetzgebers sei darauf gerichtet gewesen, den regionalen Vertragspartnern die Möglichkeit zu geben, die Vereinbarung der Gesamtvergütung an den regionalen bayerischen Bedürfnissen der Patienten auszurichten, liege erkennbar neben der Sache.

Der Vertreter der Klägerin hat mit Schriftsatz vom 18.05.2010 den Antrag gestellt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 14. Februar 2007 aufzuheben und die Beklagte zur verurteilen, an die Klägerin 2.626.837,11 EUR zzgl. Zinsen in Höhe von 5 %-Punkten über den Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen, hilfsweise festzustellen, dass die Vereinbarung vom 21.11.2002 zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips insoweit nichtig ist, als der Ausgangsbetrag

nicht entsprechend Art. 2 § 1 Abs. 1 des Wohnortprinzipgesetzes als Grundlage für die Vereinbarung der Gesamtvergütung der Klägerin herangezogen wurde.

Die Beklagte stellt den Antrag,
die Berufung der Klägerin vom 19.07.2007 gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 14.02.2007 (Az.: [S 38 KA 5367/05](#)) zurückzuweisen und sinngemäß, das Feststellungsbegehren der Klägerin abzuweisen.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 1. Oktober 2007 vorgetragen, dass das Sozialgericht München richtigerweise die Klage als unzulässig zurückgewiesen habe. Zutreffend verweise das Sozialgericht München auf den eindeutigen Wortlaut von [§ 83 Abs.1 Satz 1 SGB V](#), wonach 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 schließen. Weiterhin verweist das Sozialgericht zutreffend-derweise auf die Grundsatzentscheidung des Bundessozialgerichts vom 28. September 2005 (Az.: [B 6 KA 71/04 R](#)). Richtigerweise habe das Sozialgericht München weiter ausgeführt, dass die Leistungsklage der Beklagten auch unbegründet sei. Das Sozialgericht arbeite in der angegriffenen Entscheidung deutlich heraus, dass Art.2 § 1 WOrtPrG auf die seit langem in Bayern geltende Berechnungsmethodik der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen mit einer Gesamtvergütungsobergrenze nicht anwendbar sei. Der Gesetzgeber sei ausweislich der abgegebenen Gesetzesbegründung von einem Vergütungssystem nach Kopfpauschalen bei der Abfassung der Übergangsregelung ausgegangen. Ein derartiges Vergütungssystem gelte für den vertragszahnärztlichen Bereich in Bayern nicht. Da insoweit eine Regelungslücke vorliege, seien die Gesamtvertragsparteien wegen der Beibehaltung der gesetzlich ausdrücklich vorgesehenen Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen sehr wohl berechtigt gewesen, die hier beanstandeten Vertragsregelungen zu treffen. Zutreffend sei auch die Auffassung des Sozialgerichts, dass ein Verstoß gegen den Grundsatz der Vorjahresanknüpfung und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 85 Abs.3 Satz 2 SGB V](#)) nicht ersichtlich sei, da es sich bei dem vereinbarten Ausgabenbetrag von 202,05 EUR pro Mitglied um die Fortschreibung der im Vorjahr geltenden Vergütungsbeträge gehandelt habe. Höchst vorsorglich wiederhole die Beklagte auch den bereits vorgebrachten Einwand, dass dem Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung hier [§ 814 BGB](#) entgegenstehe, da die Klägerin die streitgegenständlichen Gesamtvergütungsanteile vorbehaltlos bezahlt habe.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 10. Februar 2010 ergänzend vorgetragen, dass sich ein entsprechender Zahlungsanspruch nicht direkt gegen die Beklagte richten könne, da die Gesamtvergütung der Betriebskrankenkassen einschließlich der sog. "Wohnortkrankenkassen" in Bayern auf Verbandsebene gebildet und auch abgerechnet werde. Mit welchem Anteil die Klägerin an der auf Verbandsebene gebildeten Gesamtvergütung beteiligt sei, sei innerhalb der beteiligten Betriebskrankenkasse zu regeln. Im Übrigen wäre der Zahlungsanspruch der Höhe nach auch deshalb unzutreffend, da Art.2 § 1 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte unstreitig von der Bildung einer einzelkassenbezogenen Gesamtvergütung auf der Grundlage von Kopfpauschalen ausgehe. Im vorliegenden Fall sei jedoch die Gesamtvergütung nach Einzelleistungen mit einer kassenartenbezogenen Gesamtvergütungsobergrenze vereinbart und abgerechnet worden. Auch der Hilfsantrag sei aus den genannten Gründen unzulässig und unbegründet. Der Vereinbarung zwischen der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Bayerns und dem BKK-Landesverband Bayern zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips vom 21. November 2002 würden insgesamt 151 Betriebskrankenkassen mit Sitz außerhalb Bayerns unterfallen. Neben der Klägerin wende sich nur eine weitere Betriebskrankenkasse gegen diese Vereinbarung. Sofern dem Feststellungsantrag stattgegeben würde, entstünde für die Beklagte und den beigeladenen BKK-Landesverband Bayern die unerträgliche Situation, dass eine Vertragsregelung geändert werden müsste, die zwei Betriebskrankenkassen beanstanden, jedoch 149 Betriebskrankenkassen als korrekt und rechtmäßig ansehen. Die Folge davon wäre nicht nur ein völliges Vertragschaos für einen weit zurück liegenden Zeitraum, sondern eine völlige Instabilität der vertraglichen Situation wie auch der abgerechneten Gesamtvergütung. Sinn des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen sei es gewesen, eine früher aufgeblähte Fremdkassenabrechnung zurückzuführen und die Gesamtvergütungsvereinbarung und deren Abrechnung in die örtliche Zuständigkeit derjenigen Vertragsparteien zu verlagern, in der die Versicherten ihren Wohnsitz hätten und deshalb auch dort zahnärztlich behandelt würden. Dabei sei es keinesfalls Intention des Gesetzes, Budgetmittel zu verlagern, umzuverteilen oder irgendwelche sonstigen Ausgleichsfunktionen zu erfüllen. Der Wille des Gesetzgebers sei vielmehr darauf gerichtet gewesen, den regionalen Vertragspartnern die Möglichkeit zu geben, die Vereinbarung der Gesamtvergütung an den regionalen - bayerischen - Bedürfnissen der Patienten auszurichten. Demzufolge sei es nur folgerichtig, wenn die bayerischen Vertragspartner das WOrtPrG in der Weise umgesetzt hätten, dass für die vertragszahnärztliche Behandlung aller in Bayern wohnenden Versicherten der Betriebskrankenkassen eine Vergütung in gleicher Höhe zur Verfügung gestellt worden sei. Folge man der Argumentation der Klägerin hinsichtlich der Berechnung des geltend gemachten Rückzahlungsbetrages bzw. der Vereinbarung eines Ausgangsbetrages (im Sinne einer Kopfpauschale), so zwänge man die Vertragsparteien faktisch dazu, dass das Wohnortprinzip in Bayern mittels eines vollständigen Systemwechsels, nämlich einer Umstellung der zahnärztlichen Vergütung auf einzelkassenbezogene Kopfpauschalen, hätte erfolgen müssen; dies habe der Gesetzgeber aber gerade nicht gewollt, andernfalls hätte er [§ 85 Abs.2 Satz 2 SGB V](#) nicht unverändert lassen dürfen. Unabhängig davon verbleibe die Beklagte dabei, dass die beanstandete Vertragsregelung keinesfalls nichtig im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei. Ein die Nichtigkeit einer gesamtvertraglichen Vereinbarung bewirkender qualifizierter Rechtsverstoß komme allenfalls dann in Betracht, wenn Vorschriften offensichtlich missachtet worden seien, die eindeutig alle Gesamtvertragsparteien strikt binden. Dies setze voraus, dass sie ein eindeutiges, aus sich heraus verständliches Verbot enthalten. Diese Voraussetzungen lägen hier im Hinblick auf Art.2 § 1 WOrtPrG nicht vor.

Der Vertreter des Beigeladenen hat sich dem Antrag der Beklagten angeschlossen.

Dem Senat liegen die Akte des Sozialgericht München mit dem Az.: [S 38 KA 5367/05](#) sowie die Berufungsakte mit dem Az.: [L 12 KA 5010/07](#) zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist gemäß [§ 143](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) statthaft und gemäß [§ 151 Abs.1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt worden. Die Berufung der Klägerin ist im Hauptantrag aber nicht begründet, weil die zu Grunde liegende Klage der Klägerin entgegen der Meinung des SG zwar zulässig, aber nicht begründet war.

Die Klägerin, eine gesetzliche Betriebskrankenkasse mit Hauptsitz in Frankfurt, ist zunächst ausnahmsweise berechtigt, inzident im Rahmen des Zahlungsbegehrens die

(Teil-)Nichtigkeit des zwischen der Beklagten (KZVB) und des Beigeladenen (BKK-Landesverband Bayern) geschlossenen Vertrages vom 21. November 2002 zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11. Dezember 2001 geltend zu machen.

Zwar entrichtet die Krankenkasse gemäß [§ 85 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) nach Maßgabe der Gesamtverträge, die von den KÄVen bzw. KZVen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart zu schließen sind ([§ 83 Abs.1 Satz 1 SGB V](#)), an die jeweilige KÄV bzw. KZÄV mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche bzw. vertragszahnärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der KV. Die Höhe der Gesamtvergütung wird im Gesamtvertrag dabei mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart, für die Verträge nach [§ 83 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) geschlossen sind, vereinbart ([§ 85 Abs.2 Satz 1 Nr.1 SGB V](#)). Mittels dieser Vorschriften wird dem zuständigen Landesverband der Krankenkassen mit der Übertragung der Abschlusskompetenz die Rechtsmacht zugewiesen, die beteiligten Krankenkassen zur Zahlung der auf sie entfallenden Gesamtvergütung an die KÄV zu verpflichten. Zugleich folgt daraus, dass die einzelne Krankenkasse in einem Rechtsstreit mit der KZV grundsätzlich keine gerichtliche Überprüfung der Wirksamkeit der gesamtvertraglichen Vereinbarung erreichen kann (vgl. Urteile des BSG vom 28. September 2005, [B 6 KA 71/04 R - BSGE 95, 141](#) = SozR 4-2500 § 83 Nr.12 und [B 6 KA 72/04 R](#); bestätigt durch Urteile vom 17. Oktober 2007 - [SozR 4-2500 § 83 Nr.4](#) und Urteil vom 5. November 2008, [B 6 KA 55/07 R](#)). Das BSG (a.a.O.) konnte und hat es allerdings bislang offen gelassen, ob eine Krankenkasse generell gehindert ist, die Nichtigkeit einer gesamtvertraglichen Regelung geltend zu machen, weil in den vom BSG bislang entschiedenen Fällen die Voraussetzungen, unter denen das BSG die Nichtigkeit einer gesamtvertraglichen Regelung für möglich hält, nicht vorlagen. Nach der Rechtsprechung des BSG (a.a.O.) kann sich die Nichtigkeit einer gesamtvertraglichen Regelung nur aus [§ 58 SGB X](#) ergeben, da der Gesamtvertrag ungeachtet seiner normativen Wirkung ein öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinne der [§§ 53](#) ff. SGB X ist. Koordinationsrechtliche öffentlich-rechtliche Verträge im Sinne des [§ 53 Abs.1 Satz 1 SGB X](#), zu denen auch Gesamtverträge gehören, können nach [§ 58 Abs.1 SGB X](#) nichtig sein, wenn sich die Nichtigkeit aus der entsprechenden Anwendung des BGB ergibt. Um den besonderen Bestandsschutz aller öffentlich-rechtlichen Verträge zu gewährleisten, kann ihre Nichtigkeit aber grundsätzlich nicht durch jeden Verstoß gegen eine Rechtsvorschrift ausgelöst werden. Lediglich qualifizierte Rechtsverstöße können auch die Nichtigkeit eines entsprechenden Vertrages zur Folge haben, wenn etwa zwingende Rechtsnormen bestehen, die einer vertraglichen Gestaltung nicht zugänglich sind (Vertragsformverbot) oder wenn ein bestimmtes Ziel nicht durch einen Vertragsschluss erreicht werden darf, wenn also die Rechtsordnung den Inhalt des Vertrages als solchen missbilligt (Vertragsinhaltsverbot). Bei Vorliegen eines Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot ist daher weiter zu prüfen, ob dessen Verletzung einen qualifizierten Rechtsverstoß darstellt, was nur dann in Frage kommt, wenn Vorschriften offensichtlich missachtet worden sind, die alle Vertragspartner strikt binden. Dies wiederum setzt voraus, dass diese Vorschriften ein eindeutiges, aus sich heraus verständliches Verbot enthalten.

Vorliegend hat die Klägerin insbesondere einen Verstoß gegen Art.2 § 1 Abs.1 des WOrtPrG geltend gemacht in Verbindung mit den allgemeinen Prinzipien der Vorjahresanknüpfung und der Beitragsstabilität.

Nach Art.2 § 1 Abs.1 des WOrtPrG ergibt sich der Ausgangsbetrag für die für das Jahr 2003 erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß [§ 83 Satz 1 SGB V](#) zu vereinbarenden Gesamtvergütungen jeweils durch Multiplikation folgender Faktoren:

1. des Betrages, der sich bei einer Teilung der für das Jahr 2001 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt und
2. der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragschließenden Kassenzahnärztlichen Vereinigung.

Die Berechnung durch die Beklagte in der Vereinbarung mit der Beigeladenen entspricht - was zwischen den Beteiligten nicht streitig ist - nicht den Vorgaben in Art.2 § 1 Abs.1 des WOrtPrG. Nach der Gesetzesbegründung (Bundestagsdrucksache 336/01, S.9 zu Art.2 § 1) und dem Urteil des BSG vom 5. November 2008 ([a.a.O.](#)) legt Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG verbindlich fest, wie das zur Bestimmung des Ausgangsbetrages maßgebliche Vergütungsvolumen des Vorjahres errechnet wird. Damit konkretisiert die Norm zugleich das Prinzip der Vorjahresanknüpfung. Insoweit enthält Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG ein eindeutiges, aus sich heraus verständliches Verbot, dem natürlich das Gebot entspricht, das maßgebliche Vergütungsvolumen des Vorjahres und den Ausgangsbetrag entsprechend zu berechnen. Anders als in dem vom BSG am 5. November 2008 ([a.a.O.](#)) entschiedenen Fall rügt vorliegend die Klägerin gerade einen Verstoß der Beklagten und des Beigeladenen gegen diese verbindliche Festlegung der Berechnung in Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG.

Es liegt also ein qualifizierter Rechtsverstoß gegen Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG vor, der zu einer (Teil-)Nichtigkeit der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 22. November 2002 führt. Bei einer solchen Fallkonstellation ist die Krankenkasse berechtigt, die (Teil-)Nichtigkeit der gesamtvertraglichen Vereinbarung vom 21. November 2002 geltend zu machen. Hierfür spricht zunächst, dass zwischen der Beklagten und der Klägerin unmittelbare Rechtsbeziehungen bestehen. Diese ergeben sich aus [§ 85 Abs.1 SGB V](#), weil die einzelne Krankenkasse und nicht der beigeladene Landesverband, der die Vereinbarung vom 21. November 2002 abgeschlossen hat, zur Entrichtung der vereinbarten Gesamtvergütung verpflichtet ist. Da die Vereinbarung vom 21. November 2002 aber gerade mit Wirkung für die klagende Krankenkasse abgeschlossen wurde, setzt die Klagebefugnis der Krankenkasse zusätzlich voraus, dass die die Verpflichtung auslösende Vereinbarung hinsichtlich der der Krankenkasse auferlegten Verpflichtung nichtig ist. Denn eine nichtige gesamtvertragliche Vereinbarung kann die in [§ 85 Abs.1 SGB V](#) vorgesehene Bindungswirkung nicht auslösen, weswegen die klagende Krankenkasse die (Teil-)Nichtigkeit der streitgegenständlichen Vereinbarung geltend machen können muss.

Die Leistungsklage auf Zahlung von 2.626.837,11 EUR ist allerdings - derzeit - nicht begründet.

Die Beklagte und der Beigeladene haben zwar - wie schon ausgeführt - die zwingenden Vorgaben aus Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG in der Vereinbarung vom 22. November 2002 nicht beachtet.

Der in § 2 Abs.1 Satz 1 der Vereinbarung vom 22. November 2002 genannte Ausgangsbetrag in Höhe von 202,04 EUR wurde der Gestalt errechnet, dass die Gesamtvergütungsobergrenze durch die Zahl der Mitglieder bayerischer Krankenkassen geteilt wurde. Dieser rein rechnerische Pro-Kopf-Ausgabenbetrag in Höhe von 202,04 EUR, der die rechnerischen bayerischen Verhältnisse der zahnärztlichen Vergütung widerspiegelt, wurde der Berechnung der (neuen) Gesamtvergütungsobergrenze für alle Betriebskrankenkassen mit Mitgliedern

mit Wohnsitz in Bayern zu Grunde gelegt.

Nach Art.2 § 1 Satz 1 Nr.1 WOrtPrG ist der erste Faktor für die Berechnung der zu vereinbarenden Gesamtvergütung dagegen der Betrag, der sich bei einer Teilung der für das Jahr 2001 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt. Dieser Betrag ist mit der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der vertragsschließenden Kassenzahnärztlichen Vereinigung malzunehmen.

Die Berechnung des Ausgangsbetrages gemäß Art.2 § 1 Abs.1 Ziffer 1 WOrtPrG ergibt sich, indem ein bundesweiter Durchschnittsbetrag, der sich bei einer Teilung der für das Jahr 2001 geltenden Gesamtvergütung durch die Zahl der Mitglieder der Krankenkasse ergibt, mit der Zahl der Mitglieder der Krankenkasse mit Wohnort im Bezirk der jeweiligen vertragsschließenden Kassen(zahn)-ärztlichen Vereinigung multipliziert wird.

Von der Beklagten und dem Beigeladenen wird nicht bestritten, dass die Berechnung des Ausgangsbetrages in Höhe von 202,04 EUR nicht entsprechend den gesetzlichen Vorgaben in Art.2 § 1 Abs.1 Ziffer 1, 2 WOrtPrG erfolgt ist.

Die von Beklagten- und Beigeladenenseite angeführten Argumente, die den vertragsschließenden Parteien einen Gestaltungsspielraum mit der Möglichkeit zu einer gänzlich anderen Berechnung des Ausgangsbetrages zur Einführung des Wohnortprinzips erlauben sollen, greifen nicht.

Zunächst gilt Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG nicht nur für die vertragsärztliche, sondern - wie schon die Überschrift über das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte zeigt - auch für die vertragszahnärztliche Versorgung. Die Übergangsregelung des Wohnortprinzipgesetzes gilt auch nicht nur für nach einer Kopfpauschale berechnete Gesamtvergütungen. Der Begriff "Kopfpauschale" findet sich im Wohnortprinzipgesetz an keiner einzigen Stelle. In der Gesetzesbegründung wird die Kopfpauschale nur als - ein - Beispiel für eine gleichmäßige Verteilung der Gesamtvergütung genannt. Eine Vorgabe für die Berechnungsweise der nach dem Wohnortprinzip regionalisierten Gesamtvergütung ergibt sich daraus keinesfalls, diese kann vielmehr selbstverständlich weiterhin in der eingeführten Form einer Einzelleistungsvergütung mit Obergrenze erfolgen. Lediglich der Ausgangsbetrag gemäß Art.2 (Übergangsregelungen) § 1 Abs.1 WOrtPrG wird als Summe einer Kopfpauschale für die regionalen Mitglieder berechnet. Nichts anderes haben die Beklagte und der Beigeladene mit ihrer Vereinbarung vom 22. November 2002 getan. Auch hier wurde - allerdings gründend allein auf den bayerischen Werten - eine rein rechnerische "Kopfpauschale" von 202,04 EUR errechnet, die den Ausgangsbetrag für die Berechnung der "anteiligen" Vergütungsobergrenze bildet. Egal, ob man die in Art.2 § 1 WOrtPrG zwingend vorgeschriebene Berechnungsweise wählt oder die von der Beklagten und dem Beigeladenen in den §§ 1 und 2 der Vereinbarung vorgesehene Berechnungsweise, bleibt es dabei, dass die Klägerin nicht nach Kopfpauschalen gleich welcher Höhe abrechnen kann, sondern weiterhin nach dem System der Einzelleistungsvergütung mit "anteiliger Budgetobergrenze".

Auch der Hinweis darauf, dass die Beklagte und der Beigeladene in § 1 Abs.2 der Vereinbarung vom 22. November 2002 eine Gesamtvergütungsberechnung auf Verbandsebene vereinbart haben, steht der Anwendung des Wohnortprinzipgesetzes nicht entgegen. Denn die Beklagte hat auch auf der Grundlage der von ihr gewählten Berechnung der Klägerin deren Anteil an der Gesamtvergütung in Rechnung gestellt und auch durch Zahlung der Klägerin an sie erhalten. Zudem spricht die Beklagte selbst davon, dass sie mit ihrem Rechnungsbetrag unter der "anteiligen Budgetobergrenze" der Klägerin geblieben ist.

Die Berufung der Klägerin ist gleichwohl - zum jetzigen Zeitpunkt - nicht begründet, weil dem Zahlungsanspruch der Klägerin der Grundsatz von Treu und Glauben entgegensteht. Zwar muss bei Nichtigkeit eines Vertrages, bei dem bereits Leistungen erbracht worden sind, im Rahmen eines Rückgewährschuldverhältnisses eine Rückabwicklung dieser Leistungen erfolgen.

Die Verpflichtung zur Rückabwicklung findet aber dort ihre Grenzen, wo dies mit den Grundsätzen von Treu und Glauben, die auch im öffentlichen Recht bzw. Sozialrecht gelten, nicht vereinbar wäre. Es handelt sich hier um Grundsätze, die in der vom Grundgesetz konstituierten Rechtsordnung alle positiven Rechtsnormen des Bundes und der Länder und alle unterstaatlichen Rechtsnormen und deren Inhalt als Wirksamkeits-, Auslegungs-, Anwendungs- oder Durchsetzbarkeitsvoraussetzung mitbestimmt, soweit diese Normen oder ihre konkrete Anwendung übermäßig von ihm abweichen. In diesem Sinne ist der Grundsatz von Treu und Glauben eine allen subjektiven Rechten, Rechtsverhältnissen, Rechtslagen und Rechtsnormen immanente Inhaltsbegrenzung. Er wird anwendbar, wenn zwischen zwei Rechtssubjekten eine rechtliche Sonderverbindung besteht, soweit diese nach Inhalt und Dauer - auch bei entgegen gesetzter Interessenlage - auf ein Zusammenwirken angelegt ist, das den Rechtswert der Sonderverbindung nur erreichen kann, wenn das jeweils erforderliche Mindestmaß an Rücksichtnahme auf die Interessen des anderen nicht außer Acht gelassen wird.

Die Besonderheit der vorliegenden Fallgestaltung liegt zunächst darin, dass die Vereinbarung vom 22. November 2002 nur teilsnichtig ist hinsichtlich der Berechnung des Ausgangsbetrages gemäß Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG. Die Parteien sind daher gemäß Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG verpflichtet, den Ausgangsbetrag entsprechend den gesetzlichen Vorgaben (neu) zu berechnen. Die Verhandlungs- und Abschlusskompetenz mit grundsätzlicher Wirkung gegenüber der Klägerin fällt im Umfang der Teilsnichtigkeit wieder den Vertragsparteien zu. Diese sind auch nach § 5 Satz 3 2. Halbsatz der Vereinbarung vom 21. November 2002 verpflichtet, eine wirksame Regelung zu vereinbaren. Auch diese vertragliche Bestimmung hat bindende Wirkung für die Klägerin. Schließlich ist darauf hinzuweisen, dass der Ausgangsbetrag gemäß Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG nicht notwendig mit dem Endbetrag identisch ist, der von der Klägerin an die Beklagte zu entrichten sein wird.

Vor diesem Hintergrund ist es nach Auffassung des Senats ein Verstoß gegen Treu und Glauben, wenn die Klägerin zum jetzigen Zeitpunkt - bevor die Beklagte und der Beigeladene die Gelegenheit hatten, die nichtige vertragliche Bestimmung durch eine rechtmäßige zu ersetzen - die sich aus der (Teil-)Nichtigkeit der Vereinbarung vom 22. November 2002 sich ergebenden Zahlungsbetrag einfordern könnten.

Der hilfsweise gestellt Antrag auf Feststellung, dass die Vereinbarung vom 21. November 2002 zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips insoweit nichtig ist, als der Ausgangsbetrag nicht entsprechend Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG als Grundlage für die Vereinbarung der Gesamtvergütung der Klägerin herangezogen wurde, ist statthaft, zulässig und auch begründet. Die hilfsweise Einschränkung des Klagebegehrens ohne Änderung des Klagegrundes ist keine Klageänderung und damit ohne weiteres möglich.

Die Feststellungsklage gemäß [§ 55 SGG](#) ist statthaft.

Im Recht der Gesetzlichen Krankenversicherung können juristische Personen, die durch untergesetzliche Normen in ihren rechtlich geschützten Interessen betroffen sind, unter bestimmten Voraussetzungen direkt eine Klage gegen diese Normen richten. Voraussetzung ist, dass nur auf diese Weise wirksamer Rechtsschutz erlangt werden kann und der Kläger ein berechtigtes Interesse an der Feststellung hat (vgl. BSG, Urteil vom 3. Februar 2010, [B 6 KA 31/09 R](#)).

Diese Voraussetzungen sind vorliegend gegeben. Zunächst handelt es sich bei der Vereinbarung vom 22. November 2002 um einen (untergesetzlichen) Normvertrag, der grundsätzlich gerichtlich überprüfbar ist. Die Klägerin hat ein berechtigtes Interesse an der hilfsweise begehrten Feststellung, weil die Beklagte und der Beigeladene geltend machen, bei der Berechnung des Ausgangsbetrages zur Umsetzung des Wohnortprinzips nicht an die Vorgaben gemäß Art.2 § 1 Abs.1 WOrtPrG gebunden zu sein. Eine Leistungsklage auf Zahlung ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt - wie ausgeführt - nicht möglich. Wobei eine nur inzidente Feststellung der (Teil-)Nichtigkeit der Vereinbarung vom 22. November 2002 die Parteien dieser Vereinbarung ohnehin nicht rechtlich binden würde. Auch deswegen ist vorliegend eine Feststellungsklage zulässig, deren stattgebender Tenor in seinem Umfang die Vertragsparteien unmittelbar bindet.

Hinsichtlich der ausnahmsweise bestehenden Klagebefugnis der Klägerin, die selbst nicht Vertragspartei der Vereinbarung vom 22. November 2002 und damit grundsätzlich nicht anfechtungsberechtigt ist, gelten die zum Vorliegen der Klagebefugnis hinsichtlich der Leistungsklage auf Zahlung gemachten Ausführungen entsprechend.

Das Klagebegehren auf Feststellung der Teilnichtigkeit der Vereinbarung vom 22. November 2002 hinsichtlich der Berechnung des Ausgangsbetrages entgegen den zwingenden Vorgaben gemäß Art.2 § 1 Abs.1 WOPG ist auch begründet. Auch hier gelten die im Rahmen der Leistungsklage gemachten Ausführungen entsprechend.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs.1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs.1 Satz 1 VwGO](#).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung der Rechtssache für beide Seiten zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2012-09-06