

L 12 KA 5029/07

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 21 KA 5013/05
Datum
29.06.2007
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 5029/07
Datum
15.12.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 32/11 R
Datum
27.06.1012
Kategorie
Urteil

I. Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts München vom 29. Juni 2007 abgeändert und festgestellt, dass die Vereinbarung der Beklagten und des Beigeladenen vom 21. November 2002 zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips insoweit richtig 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 hat mit Schriftsatz vom 11. Januar 2005 beim Sozialgericht München eine Klage eingereicht mit dem Antrag, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.011.331,53 Euro zu zahlen. Die Klägerin habe ihren Sitz in Hessen und sei zudem in keinem BKK-Landesverband Mitglied. Nach Art. 2 § 1 Abs. 1 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte (WOrtPrG) sei für jede Kasse, für die für das Jahr 2002 erstmalig nach dem Wohnortprinzip eine Gesamtvergütung zu vereinbaren gewesen sei, ein Ausgangsbetrag zu ermitteln. Auf der Grundlage dieser Ausgangsbeträge sei die von den sogenannten WOP-Kassen zu entrichtende Gesamtvergütung gemäß [§ 85 SGB V](#) zu vereinbaren. Der Ausgangsbetrag der Klägerin nach Art. 2 § 1 Abs. 1 WOrtPrG für das Jahr 2001 habe nach Auskunft der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Hessens insgesamt 265,14 DM (= 135,56 Euro) betragen. Die Beklagte habe mit dem BKK-Landesverband Bayern eine Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips geschlossen. Nach § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung sei für die Betriebskrankenkassen und mithin auch für die Klägerin ein Ausgangsbetrag in Höhe von 202,04 Euro vereinbart worden. Die Regelung verstoße gegen Art. 2 § 1 Abs. 1 WOrtPrG, da nach dieser Vorschrift die Ausgangsbeträge je Kasse zu ermitteln bzw. konkret zu berechnen, nicht aber zu vereinbaren gewesen seien. Da die Ausgangsbeträge nach dem WOrtPrG die Grundlage für die nach [§ 85 SGB V](#) zu entrichtende Gesamtvergütung darstellten, kämen für sie auch die [§§ 85 Abs. 3 Satz 2, 71 Abs. 1](#) und 2 SGB V zur Anwendung, wonach die Gesamtvergütung jährlich grundsätzlich nur um die Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) gesteigert werden könne. Die Veränderungsrate für das Jahr 2002 habe 1,84 % betragen; für das Jahr 2003 sei gemäß Art. 5 des Beitragssicherungsgesetzes eine weitere Anhebung der vertragszahnärztlichen Vergütung ausgeschlossen gewesen. Mit der zwischen dem BKK-Landesverband Bayern und der Beklagten geschlossenen Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips sei der Ausgangsbetrag der Klägerin von 138,05 Euro auf 202,04 Euro angehoben und somit um 46,35 % gesteigert worden. Hierbei sei bereits berücksichtigt, dass der Ausgangsbetrag der Klägerin im Jahr 2002 um die Veränderungsrate von 1,84 % habe erhöht werden dürfen. Weiter sei zu beanstanden, dass in den [§§ 1 Abs. 2, 2 Abs. 1 Satz 2](#) der Vereinbarung zur Umsetzung des Wohnortprinzips eine Ausgabenobergrenze für sämtliche Betriebskrankenkassen in Bayern gebildet worden sei. Nach [§ 85 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) entrichte die Klägerin an die Beklagte eine Gesamtvergütung. Das Gesetz gehe also nicht davon aus, dass sämtliche Betriebskrankenkassen an die Beklagte einheitlich eine Gesamtvergütung zu entrichten hätten. Insoweit sei der Begriff der Gesamtvergütung kassenbezogen, nicht kassenartenbezogen zu verstehen. Für dieses Ergebnis spreche auch, dass in [§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) zwar nur eine Vereinbarung, gleichzeitig aber die zu entrichtenden Gesamtvergütungen erwähnt würden. Für dieses Ergebnis spreche schließlich auch, dass nach dem WOrtPrG die Ausgangsbeträge je Kasse zu ermitteln gewesen seien. Diese Regelung wäre überflüssig, wenn nicht die auf der Grundlage dieser Ausgangsbeträge zu vereinbarende Gesamtvergütung ebenfalls je Kasse zu ermitteln wäre. Auch wenn die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart werde, sei nach [§ 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) der Betrag des Ausgabenvolumens zu bestimmen. Da der Begriff Gesamtvergütung kassenindividuell zu verstehen sei, könne für die Festlegung des Betrags nach [§ 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) nichts anderes gelten. Vorliegend sei demgegenüber lediglich ein Betrag für die

Gesamtvergütungen aller Betriebskrankenkassen in Bayern zusammen vereinbart worden. Dies habe zur Folge, dass die Gesamtvergütungen bzw. die Ausgabenobergrenzen der einzelnen Kassen entgegen den gesetzlichen Bestimmungen nicht vereinbart worden seien. Für die Klägerin habe dies drastische Ausgabensteigerungen zur weiteren Folge gehabt. Insoweit verstoße die zwischen der Beklagten und dem Beigeladenen für das Jahr 2003 getroffene Vereinbarung zur Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen gegen die Bestimmungen des SGB V, gegen das WOrtPrG sowie gegen das Gesetz zur Begrenzung der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für das Jahr 2003 und sei insoweit unwirksam. Die Klägerin sei lediglich verpflichtet gewesen, an die Beklagte eine Gesamtvergütung bzw. den Betrag des Ausgabenvolumens zu zahlen, der sich aus dem um die Veränderungsrate gesteigerten Ausgangsbetrag (138,05 Euro) multipliziert mit der Zahl der Mitglieder der Klägerin mit Wohnort im Bereich der Beklagten (52.921) ergebe. Die Klägerin habe folglich an die Beklagte 7.305.744,05 Euro zu zahlen gehabt. Tatsächlich habe die Beklagte von der Klägerin für die vertragszahnärztliche Vergütung des Jahres 2003 insgesamt 8.317.075,58 Euro verlangt und zunächst auch erhalten. Die Klägerin habe die Zahlungen unter Vorbehalt geleistet. Mit Schreiben vom 16.12.2004 habe die Beklagte die Zahlung endgültig verweigert, so dass Klage geboten sei.

Hierzu hat sich die Beklagte mit Schriftsatz vom 22.08.2005 geäußert. Die Klage sei bereits unzulässig, weil sie sich unzutreffenderweise gegen die Kassenzahnärztliche Vereinigung richte. Nach § 1 Abs. 2 der Vereinbarung zwischen der Beklagten und dem Beigeladenen vom 21. November 2002 sei die Gesamtvergütung für alle Betriebskrankenkassen mit Sitz in Bayern sowie Betriebskrankenkassen, deren Versicherte aufgrund ihres Wohnortes im Freistaat Bayern im Sinne des Wohnortprinzips als bayerische gesetzliche Krankensicherte anzusehen seien, auf der Ebene des Landesverbandes der Betriebskrankenkassen gebildet und abgerechnet worden (Gesamtvergütungsberechnung auf Landesverbandsebene). Nach Maßgabe dieser gesamtvertraglichen Regelung müsse sich richtigerweise die Klage gegen den BKK-Landesverband Bayern richten, dem insoweit die Abwicklung der Gesamtvergütungsabrechnungen für das Jahr 2003 obliege. Hinsichtlich der Höhe der Gesamtvergütung sei in § 2 Abs. 1 der Vereinbarung vom 21. November 2002 ein Ausgabenbetrag pro Mitglied der bayerischen Betriebskrankenkassen in Höhe von 202,04 Euro vereinbart worden. Unter Zugrundelegung einer durchschnittlichen Mitgliederzahl von 52.920 der Klägerin ergebe sich fiktiv bei der Klägerin eine Gesamtvergütungsobergrenze in Höhe von 10.649.091,60 Euro. Tatsächlich habe die Kassenzahnärztliche Vereinigung Bayerns für Versicherte der Bahn-BKK jedoch nur 8.298.266,05 Euro abgerechnet, was rechnerisch zu einer Unterschreitung der "anteiligen Budgetobergrenze" in Höhe von 2.356.825,55 Euro führe. Soweit die Klägerin eine Überschreitung einer nicht bestehenden Gesamtvergütungsobergrenze in Höhe von 1.011.331,53 Euro berechne, widerspreche diese Berechnung der gesamtvertraglich vereinbarten (anteiligen) Gesamtvergütung, die die Beklagte zu bezahlen gehabt habe. An diesem Ergebnis ändere auch das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11. Dezember 2001 nichts. Soweit die Klägerin den von ihr mit der KZV-Hessen vereinbarten Ausgabenbetrag als maßgeblich ansehe, könne dies nicht nachvollzogen werden, da es mehr als recht und billig sei und den gesetzlichen Vorgaben entspreche, dass für Versicherte der Klägerin mit Sitz in Bayern die erfahrungsgemäß auch überwiegend bayerische Zahnärzte zur Behandlung aufsuchten, derjenige Ausgabenbetrag zugrunde zu legen sei, der für die übrigen Versicherten von Betriebskrankenkassen mit Sitz in Bayern zugrunde gelegt werde.

Hierzu hat sich die Klägerin nochmals mit Schriftsatz vom 13. Februar 2006 geäußert. Der BKK-Landesverband Bayern sei zwar Gesamtvertragspartei gemäß den [§§ 83, 85 SGB V](#). Hinsichtlich der Zahlung und Abrechnung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung bestehe aber ausschließlich zwischen der Klägerin und der Beklagten ein Rechtsverhältnis. Die Beklagte übersehe, dass das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips eindeutig und unzweifelhaft die Bildung der Ausgangsbeträge je Krankenkasse und nicht je Kassenzahnärztlicher Vereinigung vorsehe. Die gesetzlichen Vorgaben umsetzend habe die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen den Ausgangsbetrag nach dem Wohnortprinzip für die Klägerin festgesetzt. Im Jahr 2001 hätten zwischen der Klägerin und der Beklagten weder unmittelbare noch mittelbare vertragliche Beziehungen bestanden. Für die Behandlung der Versicherten der Klägerin mit Wohnsitz in Bayern habe die Beklagte die Honorare über den sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleich erhalten. Da die Gesamtvertragsparteien in Bayern den nach dem Wohnortprinzipgesetz gebildeten Ausgangsbetrag der Klägerin ignoriert hätten, liege ein eindeutiger Verstoß gegen das Wohnortprinzipgesetz vor, wonach die Gesamtvergütung der Klägerin auf der Grundlage dieses Ausgangsbetrags zu vereinbaren gewesen sei. Weiterhin liege ein Verstoß gegen [§ 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) vor, wonach eine Ausgabenobergrenze je Kasse zu vereinbaren sei. Eine lediglich kassenartenbezogene Festlegung erfülle die gesetzlichen Anforderungen nicht (vgl. BSG, Urteil vom 10. Mai 2000, Az.: [B 6 KA 20/99 R](#)). Im Ergebnis habe sich die Gesamtvergütungsvereinbarung von den Typenvorgaben und Anforderungen des [§ 85 Abs. 2 SGB V](#) und des Wohnortprinzipgesetzes gelöst, wobei die Gesamtvertragsparteien eigene Billigkeitserwägungen den gesetzlichen Vorgaben übergeordnet zu haben scheinen. Mithin verstoße der in Rede stehende Gesamtvertrag qualifiziert und evident gegen zwingende Rechtsvorschriften, die einer vertraglichen Gestaltung nicht zugänglich seien mit der weiteren Folge der Unwirksamkeit der betroffenen Regelungen der Honorarvereinbarung 2002.

Hierzu hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 12. März 2007 zum Sachverhalt vorgetragen, dass die Klägerin in den Jahren 2001 und 2002 damals noch im Wege der sogenannten "Fremdkassenabrechnung" alle Honoraranforderungen der Beklagten in vollem Umfang erfüllt habe, so dass die Beklagte zutreffend von der seinerzeit vertraglich vereinbarten Gesamtvergütungsobergrenze bei der Vereinbarung mit dem BKK-Landesverband habe ausgehen können. Dies sei exakt mit der Vereinbarung vom 21. November 2002 erfolgt (vgl. § 2 der Vereinbarung). Die Klage sei unzulässig. Bereits nach der klaren gesetzlichen Regelung des [§ 83 Abs. 1 SGB V](#) in der hier anzuwendenden Fassung wie der Gesetzesbegründung ([Bundestags-Drs. 14/5960](#)) dürfte es keine Zweifel daran geben, dass hier keine Klagebefugnis der Klägerin hinsichtlich der Gültigkeit des seinerzeit abgeschlossenen Gesamtvertrages vom 21. November 2002 bestehe. Dieses Ergebnis werde durch das Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. September 2005, Az.: [B 6 KA 71/04 R](#) noch unterstrichen. Zur Begründetheit der Klage hat die Beklagte ergänzend vorgetragen, dass sie seit jeher mit den Regional- und Ersatzkassen in Bayern eine Gesamtvergütung auf Landesverbandsebene vereinbare, was die Klägerin als einen Verstoß in der Vereinbarung vom 21. November 2002 ansehe, was aber mehrfach vom Sozialgericht München bestätigt worden sei (vgl. z.B. Urteil des Sozialgerichts München vom 09. November 1994, Az.: S 38 KA 5018/94). Soweit die Klägerin versuche, einen "qualifizierten Rechtsverstoß" durch die Vertragsregelung gegen Art. 2 Übergangsbestimmung § 1 WOrtPrG herzuleiten, gehe die Übergangsregelung jedoch erkennbar von einer anderen Gesamtvergütungsberechnung aus, wie sie im zahnärztlichen Bereich seit langem erfolge. Im vertragszahnärztlichen Bereich werde die Gesamtvergütung nicht durch Kopfpauschalen, sondern auf der Grundlage einer Einzelleistungsvergütung mit gegebenenfalls einer Gesamtvergütungsobergrenze geregelt. Ausweislich der Gesetzesbegründung ([Bundestags-Drs. 14/5960](#) zu Art. 2 § 1 der Übergangsregelung) sei der Gesetzgeber bei der Formulierung der Übergangsregelung bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte von einem Vergütungssystem mit Kopfpauschalen, nicht jedoch einer Einzelleistungsvergütung mit Vergütungsobergrenze ausgegangen. Hier einen "qualifizierten Rechtsverstoß" konstruieren zu wollen, gehe schon mangels vergleichbarer Vergütungssysteme fehl. Darauf habe

auch der Beigeladene in verschiedenen Schreiben vom 17. November 2004 und 20. September 2004 hingewiesen. Da der Gesetzgeber bei der Übergangsregelung erkennbar von einem anderen Vergütungssystem als dem hier geltenden ausgegangen sei, habe ein entsprechender Gestaltungsspielraum der Beklagten und des BKK-Landesverbandes bestanden. Dies werde auch durch das Bayerische Staatsministerium für Arbeit und Sozialordnung, Familie und Frauen in dem Schreiben vom 22. November 2004 hervorgehoben. Höchstvorsorglich weise die Beklagte darauf hin, dass die Klägerin erstmalig mit Schreiben vom 5. August 2004, also acht Monate nach Ablauf des hier streitgegenständlichen Jahres 2003 eine "Überzahlung" und Rückforderung geleisteter Gesamtvergütungsanteile geltend mache. Die Rückforderung sei insoweit auch treuwidrig, da die Klägerin von dem BKK-Landesverband Anfang 2003 über das interne BKK-Informationssystem über die Vertragsregelung vom 21. November 2002 vollständig und umfassend informiert worden sei und erst im August 2004 dann vermeintliche Rückzahlungsansprüche in den Raum gestellt habe. Vor diesem Hintergrund würden auch die Ausführungen der Klägerin zu dem Grundsatz der Beitragsstabilität fehl gehen. Die Klägerin habe im Jahr 2003, ausgenommen die zulässige Erhöhung von 0,6 % auf der Grundlage des angegriffenen Vertrages, nicht mehr bezahlen müssen, als sie im Jahre 2002 maximal hätte zu bezahlen gehabt.

Hierzu hat sich wiederum die Klägerin mit Schriftsatz vom 12. April 2007 geäußert. Bis einschließlich 2002 sei die Abrechnung für die im Bereich der Beklagten wohnenden Versicherten der Klägerin ausschließlich über die KZV-Hessen erfolgt. Ebenfalls seien die Zahlungen ausschließlich an die KZV-Hessen, welche die Gesamtvergütung dann über den sogenannten Fremdkassenzahlungsausgleich an die übrigen KZVen verteilt habe, erfolgt. Der Ausgangsbetrag nach Art. 2 § 1 des WortPrG sei für die Klägerin durch die KZV-Hessen ermittelt und festgestellt worden (Hinweis auf Schreiben der KZV-Hessen vom 20. Dezember 2004). Die Klägerin habe für den BEMA Teil 1 sämtliche Zahlungen unter Vorbehalt geleistet. Sofern die Beklagte diesen Umstand weiter bestreite, solle sie die entsprechenden Kontoauszüge vorlegen. Das Wohnortprinzipgesetz sehe vor, dass für die sogenannten "Einstrahlungskassen" der Ausgangsbetrag Grundlage für die Bildung der jeweiligen Gesamtvergütung sein solle. Damit sei klar gewesen, dass die Krankenkassen spätestens mit Einführung des Wohnortprinzips unterschiedlich hohe Gesamtvergütungen zu entrichten gehabt hätten. In vielen KZV-Bereichen sei dies freilich auch schon vor der Einführung des Wohnortprinzips so gewesen. Dem Rechnung tragend sehe das Wohnortprinzipgesetz in Art. 1 ergänzend vor, dass bei der Verteilung der Gesamtvergütung jeweils für die von den Krankenkassen einer Kassenart gezahlten Vergütungsbeträge im Honorarverteilungsmaßstab ein Punktwert in gleicher Höhe zugrunde zu legen sei (§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V). Durch diese Regelung im Honorarverteilungsmaßstab hätten mögliche Nachteile für die Vertragszahnärzte vermieden werden sollen und können. Der von den Gesamtvergütungsparteien eingeschlagene Weg, die Gesamtvergütungen der Kassen zu vereinheitlichen, verstoße damit gegen das Gesetz und sei auch aus Sicht der Vertragszahnärzte nicht erforderlich gewesen.

Hierzu hat sich auch der Beigeladene mit Schriftsatz vom 2. Mai 2007 geäußert. Seit der Einführung von Gesamtvergütungsobergrenzen durch den Gesetzgeber ab 1993 seien in Bayern gemeinsam mit der AOK, der IKK, den Landwirtschaftlichen Krankenkassen und der Knappschaft mit der KZVB kassenartenbezogene Gesamtvergütungsobergrenzen vereinbart worden. Das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarverhandlungen für Ärzte und Zahnärzte (Wohnortprinzipgesetz) habe neben Änderungen des SGB V für das Jahr 2002 auch Übergangsregelungen zur Anwendung des Wohnortprinzips getroffen. Art. 2 § 1 Abs. 1 WortPrG spreche von einem Ausgangsbetrag für die das Jahr 2002 erstmalig zu vereinbarenden Gesamtvergütungen, der sich nach den gesetzlich definierten Vorgaben berechne. Die Formulierungen in der Begründung (zu vereinbaren, Honorarverhandlungen) seien dahingehend zu verstehen, dass Art. 2 Wohnortprinzipgesetz Honorarverhandlungen nicht ersetze, sondern, dass Honorarverhandlungen vielmehr neben den getroffenen gesetzlichen Bestimmungen stattfinden. Lediglich die Grundlage für die Honorarverhandlungen werde mit dem Wohnortprinzipgesetz definiert. Diese Systematik sei auch verständlich, da die Einführung des Wohnortprinzips zu großen Verschiebungen innerhalb des Vergütungssystems führe und bundeseinheitlich eine klarstellende Regelung habe getroffen werden müssen, wie mit diesem Problem umgegangen werden solle. § 85 Abs. 2 Satz 2 SGB V habe schon vor Einführung des Wohnortprinzips bestanden und sei auch mit der Einführung des Wohnortprinzips nicht geändert worden. Das Wohnortprinzip sei nach der Regelung in Art. 2 WortPrG auf einer Formel aufgebaut, die zu einer mitgliederbezogenen Kopfpauschale je Krankenkasse führe. Diese Regelung widerspreche damit auf den ersten Blick den in den §§ 83 und 85 SGB V niedergelegten Grundsätzen. Zum einen stehe der Bezug auf die einzelne Krankenkasse im Gegensatz zur Regelung des § 83 SGB V. Nach dieser Vorschrift würden die Landesverbände der jeweiligen Kassenart die Gesamtverträge mit Wirkung für die Krankenkassen abschließen. Zum anderen widerspreche eine Kopfpauschale der oben bereits erwähnten gesetzlich festgelegten "Wahlfreiheit" bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung. Verstehe man Art. 2 WortPrG so wie er betitelt sei, nämlich als Übergangsvorschrift, die noch dazu in erster Linie als Berechnungsgrundlage dienen solle, löse sich diese vermeintliche Unstimmigkeit schnell. Mit dieser Vorschrift sei kein systematischer Eingriff in die bestehenden Regelungen über den Gesamtvertrag erfolgt, sondern lediglich eine Berechnungsbasis für den Übergang zum Wohnortprinzip geschaffen worden. Dies bedeute auch, dass die nach Art. 2 Wohnortprinzipgesetz berechnete Kopfpauschale nicht Grundlage der Leistungen der einzelnen Krankenkasse an die einzelnen KVen oder KZVen sein oder werden könne. Vielmehr würden die Regelungen des Gesamtvertrags entscheidend bleiben. Wenn nach ihnen beispielsweise Einzelleistungen bis zu einer Vergütungsobergrenze abgerechnet werden könnten, so sei diese Regelung Grundlage für die Leistung der einzelnen Krankenkasse. Die Klägerin stütze ihre Berechnungen auf einen Vergleich ihrer insgesamt für vertragszahnärztliche Leistungen entrichteten Vergütungen je Quartal 2001 mit denen je Quartal 2002. Sie sei der Auffassung, dass der Grundsatz der Beitragsstabilität bezogen auf jede einzelne Kasse gelte. Dagegen regle § 83 SGB V, dass das Wohnortprinzip und damit auch die Berechnung des Ausgangsbetrages nach Art. 2 Wohnortprinzipgesetz im Bezirk der Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung, in dem die Verhandlungen zu führen seien, anzuwenden seien. Deshalb seien für die Berechnung nach Art. 2 Wohnortprinzipgesetz die bayerischen Zahlen zugrunde zu legen und nach Art. 2 Wohnortprinzipgesetz umzurechnen. Dies sei mit der Vereinbarung zwischen der KZVB und dem BKK-Landesverband Bayern vom 21. November 2002 für das Jahr 2003 auch geschehen. Dabei sei eine - rein rechnerische - "Kopfpauschale" von 202,04 Euro errechnet worden. Dieser Betrag sei Ausgangspunkt für die Berechnung der Vergütungsobergrenze. Es verbleibe dabei bei den Einzelleistungsvergütungen und zwar solange, bis die mit der KZV vereinbarte Vergütungsobergrenze erreicht sei. Auch die Klägerin könne nicht nach Kopfpauschalen (gleich in welcher Höhe) abrechnen, sondern müsse sich an diese Regelung halten. Es sei also nicht entscheidend, was die Klägerin insgesamt an Vergütungen für vertragszahnärztliche Leistungen im Jahr 2001 errichtet habe, sondern welche rechnerische Größe sich pro einzelner Mitglied ergebe, wenn sie ihren Sitz in Bayern gehabt hätte. Insofern sei bereits die Ausgangsbasis der Berechnung nicht stimmig. Darüber hinaus seien so errechnete Kopfpauschalen keine absoluten Grenzwerte, sondern hätten sich an den sonstigen gesamtvertraglichen Regelungen zu orientieren. Zudem sei die Vergleichsberechnung nach Art. 2 WortPrG bezogen auf das Gesamtjahresergebnis anzustellen. Die Gegenüberstellung je eines Quartals, wie ihn die Klägerin vornehme, sei willkürlich und entbehre jeder Grundlage. Zudem sei es Ziel des Gesetzgebers gewesen, mit dem Wohnortprinzipgesetz sicherzustellen, dass die Höhe der ärztlichen und zahnärztlichen Vergütung für Leistungen nicht weiter davon abhängen sollen, ob der im Einzelfall behandelte Patient Mitglied bzw. Versicherter einer Krankenkasse mit Sitz im eigenen K(Z)V-Bereich oder im Bereich einer anderen K(Z)V sei. Die

Rechtsauffassung der Klägerin, wonach ihre Zahlungsverpflichtung auf rund 7,305 Mio. Euro zu beschränken sei, gehe irrtümlich und unzutreffend davon aus, dass es in Bayern eine auf die einzelne Krankenkasse bezogene Obergrenze gebe, die sich aus der Multiplikation eines kassenindividuell rechnerischen Pro-Kopf-Betrages und der maßgeblichen Mitgliederzahl der einzelnen Krankenkasse ergebe, dies liefe faktisch auf eine Kopfpauschale hinaus. Es müsse auch darauf hingewiesen werden, dass die Klägerin hier einseitig versuche, Vorteile für sich in Anspruch zu nehmen. Einerseits wolle sie nämlich die Vorteile der Einzelleistungsvergütung nutzen, das heiße nur die Leistungen zu vergüten, die von den Versicherten der Klägerin tatsächlich in Anspruch genommen würden. Auf der anderen Seite berufe sie sich auf eine behauptete faktische Geltung einer Kopfpauschale, in dem sie so tue, als bilde eine rechnerische Größe multipliziert mit der Mitgliederzahl eine kassenbezogene Gesamtvergütungsobergrenze. Es sei auch darauf hinzuweisen, dass der von der Klägerin verwendete Betrag in Höhe von 135,56 Euro je Kopf keineswegs den Pro-Kopf-Betrag wiedergebe, den die Klägerin für die zahnärztliche Behandlung ihrer bayerischen Mitglieder aufgewendet habe. Dieser Betrag spiegele den bundesdurchschnittlichen Vergütungsbetrag wieder, den die Klägerin für die Vergütung der Leistungen sämtlicher Zahnärzte im Bundesgebiet pro Kopf aufgewendet habe.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 7. Mai 2007 nochmals auf das schon mehrfach angesprochene Urteil des Bundessozialgerichts vom 28. September 2005 hingewiesen und daraus die Unzulässigkeit der Klage abgeleitet. Hinsichtlich der materiell-rechtlichen Gesichtspunkte schloss sich die Beklagte den Ausführungen des Beigeladenen in dem Schriftsatz vom 2. Mai 2007 an.

Die Klägerin hat mit Schriftsatz vom 22. Mai 2007 nochmals klar gestellt, dass die Beklagte mit der Klägerin jedenfalls in dem Punkt einig sei, dass Art. 2 § 1 des hier in Rede stehenden Gesetzes in Bayern nicht beachtet und auch nicht umgesetzt worden sei. Entgegen der Ansicht der Beklagten gehe das Bundessozialgericht in dem Urteil vom 28. September 2005 davon aus, dass die Nichtigkeit eines Gesamtvertrages in Betracht kommen und die einzelne Kasse sich dann auch darauf berufen könne. Allerdings sei das BSG durch das konkrete Verfahren nicht veranlasst gewesen, weitere Ausführungen zu diesem Thema vorzunehmen. Die Klägerin sei allerdings der Ansicht, dass die eindeutige und unstreitige Nichtbeachtung des Art. 2 § 1 Wohnortprinzipgesetz und die eindeutig nicht vorgenommene, in [§ 85 Abs. 2 Satz 7 SGB V](#) aber zwingend vorgesehene kassenindividuelle Festlegung von Obergrenzen die (Teil-)Nichtigkeit des Honorarvertrages nach sich ziehen müsse.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 29. Juni 2007 die Klage abgewiesen. Die Zulässigkeit der Klage scheitere nicht daran, dass die Klägerin eine Vereinbarung zwischen der Beklagten und dem Beigeladenen vom 21. November 2002 angreife, an deren Abschluss sie nicht beteiligt gewesen sei. Zwar könne eine betroffene Krankenkasse eine gerichtliche Überprüfung der Wirksamkeit der gesamtvertraglichen Vereinbarung grundsätzlich nicht erreichen. Dies gelte jedoch nicht, wenn die Krankenkasse die Unwirksamkeit/Nichtigkeit des mageblichen Gesamtvertrages behaupte (so wohl BSG, Urteil vom 28. September 2005, [B 6 KA 71/04 R](#)). Dabei könnten lediglich qualifizierte Rechtsverstöße in vertragsärztlichen Normvertrgen die Nichtigkeit des entsprechenden Vertrages zur Folge haben, etwa, wenn zwingende Rechtsnormen bestehen, die einer vertraglichen Gestaltung nicht zugänglich seien, oder wenn ein bestimmtes Ziel nicht durch einen Vertragsschluss erreicht werden dürfe. Da die Klägerin gerade diese Form der Nichtigkeit der Vereinbarung vom 21. November 2002 rüge, sei sie klagebefugt. Die Klage sei jedoch nicht begründet. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf die Rückzahlung des begehrten Betrages zu. Nach [§ 83 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung des WOrtPrG ergebe sich eindeutig, dass die Vereinbarung der Beklagten mit dem Beigeladenen vom 21. November 2002 auch für die Klägerin bindend sei, obwohl sie dem beigeladenen Landesverband nicht angehöre. Damit gelte für die Klägerin der für Bayern vereinbarte "Ausgabenbetrag von 202,04 Euro" als die für die Berechnung je Mitglied zugrunde zu legende "absolute Gesamtvergütungsobergrenze für das Jahr 2003" (§ 2 der Vereinbarung vom 21. November 2002). Diese kassenartbezogene Gesamtvergütungsobergrenze sichere die Einhaltung des Wohnortprinzips des [§ 83 Abs. 1 SGB V](#). Denn dadurch werde für alle Versicherten, sowohl für die Versicherten der Krankenkassen mit Sitz in Bayern als auch für die Versicherten der "einstrahlenden" Krankenkassen, wie der Klägerin, ein einheitlicher Betrag als Obergrenze für die Berechnung der jeweiligen, kassenbezogenen Gesamtvergütung zugrunde gelegt. Die in Bayern seit Jahren praktizierte, bewährte Vorgehensweise sei mit der Zielsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips nicht nur vereinbar, sie setze den Gedanken des Wohnortprinzips des [§ 83 Abs. 1 SGB V](#) exakt und gerade beispielhaft um: Gleiche Vergütung für alle Patienten, unabhängig davon, ob sie Mitglieder/Versicherte einer Krankenkasse mit Sitz in oder außerhalb Bayerns seien. Die Festlegung des in der Übergangsregelung des Art. 2 § 1 Abs. 1 WOrtPrG vorgesehenen "Ausgangsbetrages" sei unter diesen Umständen - entgegen der Auffassung der Klägerin - nicht notwendig. Die Übernahme des in Hessen geltenden "Ausgangsbetrages", der der Berechnungsweise der Klägerin zugrunde gelegt worden sei, komme unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt in Frage.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 27. Dezember 2007. Wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt habe, sei der Ausgangsbetrag der Klägerin nach Art. 2 § 1 Abs. 1 WOrtPrG in der Honorarvereinbarung 2003 nicht zur Anwendung gebracht worden. Stattdessen sei die Klägerin in die bisherige Honorarsystematik der BKK in Bayern einbezogen worden. Allerdings verkenne das Sozialgericht, dass die Ausgangsbeträge der Klägerin für die Gesamtvertragsparteien auch in Bayern eine verbindliche Grundlage darstellten. Die für die Klägerin vereinbarte Gesamtvergütung sei demnach rechtswidrig, weil die Vorgabe des WOrtPrG vollständig außer Acht gelassen worden sei. Zwar habe das BSG in mehreren Urteilen (zuletzt: Urteil vom 17. Oktober 2007, B KA 34/06 R) festgestellt, dass für die gerichtliche Überprüfung von Gesamtvergtungsvereinbarungen im Klageverfahren von am Vertragsschluss nicht beteiligten Personen oder Institutionen besondere Maßstäbe gelten und insbesondere einfache Rechtsverstöße in solchen Verfahren nicht geltend gemacht werden könnten. Allerdings habe das BSG umgekehrt ausdrücklich

darauf hingewiesen, dass diese Einschränkung nicht für die Flle gelte, in denen die Gesamtvertragsparteien z.B. die gesetzlich vorgegebene Systematik verlassen hätten. Dies sei hier der Fall.

Mit weiterem Schriftsatz vom 2. September 2008 hat die Klägerin vorgetragen, dass die Berufung auch unter dem Eindruck des BSG-Urteils vom 17. Oktober 2007 ([B 6 KA 34/06 R](#)) aufrecht erhalten werde. Die Gesamtvertragsparteien in Bayern hätten sich über die Vorgaben des WOrtPrG hinweg gesetzt. In Art. 2 § 1 dieses Gesetzes sei zweifelsfrei vorgegeben, wie der Ausgangsbetrag zu ermitteln sei. Fraglich wäre insoweit lediglich, ob die tatsächlichen Ausgaben oder die Soll-Ausgaben (Gesamtvergütungsobergrenze) je Kasse zugrunde gelegt werden müssten. Die Vereinbarung einer Einzelleistungsvergütung mit Ausgabenobergrenze entziehe sich nicht einer Umsetzung nach dem WOrtPrG. Insoweit könne auch nicht davon die Rede sein, dass hier ein zur Verfügung stehender Gestaltungsspielraum genutzt worden sei. Dass in der weiteren Folge der Umsetzung des Wohnortprinzips für die einstrahlenden Kassen unterschiedliche Vergütungen gelten, sei es über unterschiedlich hohe Kopfpauschalen oder unterschiedlich hohe Gesamtvergütungsobergrenzen, habe der Gesetzgeber nicht nur billigend in Kauf genommen, sondern unmittelbar angeordnet.

Die Klägerin stellt den Antrag, das Urteil des Sozialgerichts München vom 29. Juni 2007 (Az.: [S 21 KA 5013/05](#)) aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 1.011.331,35 Euro zu zahlen, hilfsweise festzustellen, 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 des Wohnortprinzipgesetzes als Grundlage für die Vereinbarung der Gesamtvergütung der Klägerin herangezogen wurde.

Die Beklagte stellt den Antrag, die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 29. Juni 2007 zurückzuweisen und sinngemäß, den Feststellungsantrag abzuweisen.

Die Beklagte halte an der Auffassung fest, dass die Klage bereits unzulässig sei. In einem Parallelverfahren habe sich die 38. Kammer des Sozialgerichts München mit Urteil vom 14. Februar 2007 dieser Auffassung angeschlossen. Diese Auffassung werde durch eine jüngst ergangene Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 17. Oktober 2007, Az.: [B 6 KA 34/06 R](#) nochmals ausdrücklich bestätigt. Das Sozialgericht München habe die Klage richtigerweise auch als unbegründet abgewiesen. Die angegriffene Vertragsregelung werde von der 21. Kammer des Sozialgerichts ohne weiteres mit den Zielsetzungen des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips als vereinbar gewertet. Auch die 38. Kammer des Sozialgerichts München komme in ihrem Urteil vom 14. Februar 2007 (Az.: [S 38 KA 5367/05](#)) zu dem Ergebnis, dass die Klage unbegründet sei. In diesem Sinne sei auch die Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 17. Oktober 2007 zu interpretieren. Das Bundessozialgericht weise in dieser Entscheidung auf vertragliche Gestaltungsspielräume bei der Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips insbesondere bei der Übergangsregelung nach Art. 2 WOrtPrG hin.

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 sogenannten "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 Betriebskrankenkassen 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 zurückliegenden Zeitraum, sondern eine völlige Instabilität der vertraglichen Situation wie auch der abgerechneten Gesamtvergütungen. 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 war 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 Wohnortprinzipgesetz in der Weise umgesetzt hätten, dass für die vertragzahnärztliche 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 zwinge man die Vertragsparteien faktisch dazu, dass das Wohnortprinzip in Bayern mittels eines vollständigen Systemswechsels, 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 WOP-Gesetz nicht vor.

Der Beigeladene hat sich dem Antrag der Beklagten angeschlossen.

Dem Senat liegen die Akte des Sozialgerichts München mit dem Az.: [S 21 KA 5013/05](#) und die Akte des Bayer. Landessozialgerichts mit dem Az.: [L 12 KA 5029/07](#) 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 zugrunde liegende Klage der Klägerin zulässig, aber nicht begründet war.

Die Klägerin, eine gesetzliche Betriebskrankenkasse mit Hauptsitz in A-Stadt, 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](#) Rdnr. 9 ff. = SozR 4-2500 § 83 Nr. 12 Rdnr. 17 ff. und [B 6 KA 72/04 R](#); bestätigt durch Urteile vom 17. Oktober 2007 - [SozR 4-2500 § 83 Nr. 4](#) Rdnr. 18 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 (a. a. O.) bislang entschiedenen Fällen die Voraussetzungen, unter denen das BSG die Nichtigkeit einer gesamtvertraglichen Regelung für möglich hält, schon 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 i. S. d. [§§ 53](#) ff. SGB X ist. Koordinationsrechtliche öffentlich-rechtliche Verträge i. S. d. [§ 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, etwa wenn 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 Vertrags als solchen missbilligt (Vertragsinhaltsverbot). Bei Vorliegen eines Verstoßes gegen ein gesetzliches Verbot ist daher weiter zu prüfen, ob dessen Verletzung einen qualifizierten Rechtsverstoß darstellt. Das kommt nur dann infrage, wenn Vorschriften offensichtlich missachtet worden sind, die alle Gesamtvertragspartner 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 Beitragssatzstabilität.

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:

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 vertragsschließenden 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 WOPG. Nach der Gesetzesbegründung (Bundestags-Drs. 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 1.011.331,35 Euro 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 Euro wurde vielmehr dergestalt errechnet, dass die Gesamtvergütungsobergrenze durch die Zahl der Mitglieder bayerischer Krankenkassen geteilt wurde. Dieser rein rechnerische Pro-Kopf-Ausgabenbetrag i. H. v. 202,04 Euro, der die rechnerischen bayerischen Verhältnisse der zahnärztlichen Vergütung widerspiegelt, wurde der Berechnung der (neuen) Gesamtvergütungsobergrenze für alle Betriebskrankenkassen mit Mitgliedern mit Wohnsitz in Bayern zugrunde 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 Vertrag schließenden Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigung multipliziert wird.

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

Die von Beklagten- und Beigeladenseite angeführten Argumente, die den Vertrag schließenden 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 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 Euro 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 Beklagter und Beigeladenem in den §§ 1 und 2 der Vereinbarung vorgesehene Berechnungsweise, bleibt es dabei, dass die Klägerin nicht nach Kopfpauschalen gleich welcher Höhe abrechnen kann, sondern 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.

Der Hauptantrag 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 des 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 mitbestimmen, soweit diese Normen oder ihre konkrete Anwendung übermäßig von ihnen 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 Rechtszweck 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 teilnichtig ist hinsichtlich der Berechnung des Ausgangsbetrages gemäß Art. 2 § 1 Abs. 1 WOrtPrG. Die Parteien der Vereinbarung 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 Teilnichtigkeit wieder den Vertragsparteien zu. Diese sind auch nach § 5 Satz 3 2. Halbsatz der Vereinbarung vom 21.11.2002 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 - den sich aus der (Teil-)Nichtigkeit der Vereinbarung vom 22. November 2002 ergebenden Zahlungsbetrag einfordern könnten.

Der hilfsweise gestellte 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 des geforderten Geldbetrages ist - wie ausgeführt - zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht begründet. Eine nur inzidente Feststellung der (Teil-)Nichtigkeit der Vereinbarung vom 22. November 2002 im Rahmen der Leistungsklage bindet die Parteien dieser Vereinbarung rechtlich nicht. 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 WOrtPrG ist auch begründet. Hierzu gelten die im Rahmen

der Leistungsklage gemachten Ausführungen entsprechend.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a 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

2012-07-03