

B 6 KA 34/06 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 35 KA 129/04
Datum
23.11.2005
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KA 3/06
Datum
26.07.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 34/06 R
Datum
17.10.2007
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Für Betriebskrankenkassen mit Sitz in den alten Bundesländern die sich auf das Beitrittsgebiet erstreckt hatten durften im Jahre 2002 unterschiedlich hohe Kopfpauschalen je nach Zugehörigkeit der Mitglieder zu den Rechtskreisen "Ost" und "West" vereinbart werden. Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sächsischen Landessozialgerichts vom 26. Juli 2006 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Revisionsverfahrens.

Gründe:

I

1

Umstritten ist die Höhe der Gesamtvergütung für das Quartal I/2002.

2

Seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte (WOrtPrG; in juris "ArztWohnortG") vom 11.12.2001 ([BGBl I 3526](#)) sind die Gesamtvergütungen grundsätzlich nach [§ 83 Abs 1 Satz 1](#) iVm [§ 85 Abs 1](#) und 2 SGB V zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) sowie den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart für die Versorgung von deren Mitgliedern mit Wohnort im Bezirk der KÄV zu vereinbaren. Da zwischen dem beigeladenen Landesverband der Betriebskrankenkassen und der beklagten KÄV für das Jahr 2002 keine Vereinbarung in freien Verhandlungen zustande kam, setzte das Schiedsamt mit Schiedsspruch vom 8.4.2003 den Inhalt der Vereinbarung über die Honorierung der vertragsärztlichen Leistungen für das Jahr 2002 fest. Danach war die Gesamtvergütung nach einer für jede Betriebskrankenkasse (BKK) festgesetzten Kopfpauschale je Mitglied und Quartal zu entrichten. Diese Pauschale wurde nach § 2 Abs 1 des Schiedsspruchs auf der Grundlage der festgestellten Ausgangsbeträge des Jahres 2001 getrennt für die Rechtskreise Ost und West ermittelt, indem diese Beträge für den Rechtskreis Ost um 1,87 % und für den Rechtskreis West um 1,84 % erhöht wurden.

3

Die klagende BKK mit Sitz in den alten Bundesländern hat ihren Tätigkeitsbereich auf das Beitrittsgebiet erstreckt. Wie alle sog Erstreckungskassen wird sie nach der zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) und dem BKK-Bundesverband in der Anlage 14 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) zur Ausführung des WOrtPrG getroffenen Vereinbarung mit gesonderten Abrechnungsnummern für die Rechtskreise Ost bzw West geführt. Die Mehrzahl ihrer Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Beklagten gehört zum Rechtskreis Ost, eine Minderheit zum Rechtskreis West - insbesondere wegen einer Beschäftigung in den alten Bundesländern oder bei einem Arbeitgeber mit rechtllichem Sitz dort. Für den Rechtskreis Ost waren 57.822 Mitglieder und für den Rechtskreis West 1.416 Mitglieder gemeldet.

4

Auf der Grundlage der Ausgangsbeträge des Jahres 2001 belief sich die Kopfpauschale im Quartal I/2002 für Mitglieder der Klägerin aus dem Rechtskreis West auf 121,98 Euro bzw aus dem Rechtskreis Ost auf 82,35 Euro. Bei letzterem Betrag handelt es sich um den vom Gesetz

geforderten Durchschnittsbetrag, der als Mindestkopfpauschale zu zahlen war (Art 2 § 2 Abs 1 WOrtPrG). Im Falle einer Fortschreibung der Kopfpauschalen des Jahres 2001 hätte der um 1,87 % erhöhte Ausgangsbetrag des Rechtskreises Ost nur 69,04 Euro betragen.

5

Die Klägerin ist der Ansicht, nach Inkrafttreten des WOrtPrG dürften für ihre Mitglieder keine unterschiedlichen Kopfpauschalen mehr festgesetzt werden; sie entrichtete deshalb die höhere Kopfpauschale für ihre Versicherten des Rechtskreises West ausdrücklich nur unter Vorbehalt. Nach Einführung des Wohnortprinzips sei die Rechtskreistrennung für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen obsolet geworden. Selbst wenn nach dem WOrtPrG für 2001 unterschiedliche Ausgangsbeträge als Folge der in diesem Jahr noch praktizierten Rechtskreistrennung zu berücksichtigen gewesen seien, hätten spätestens zum Beginn des hier streitbefangenen ersten Quartals des Jahres 2002 für jede Krankenkasse in jedem KÄV-Bezirk einheitliche Kopfpauschalen ermittelt werden müssen. Soweit sich aus den Vereinbarungen der Partner der Bundesmantelverträge sowie aus dem hier maßgeblichen Schiedsspruch vom 8.4.2003 etwas anderes ergebe, sei das wegen Verstoßes gegen die Vorschriften des WOrtPrG unbeachtlich.

6

Die Beklagte verweigerte die Rückzahlung des von der Klägerin geforderten Differenzbetrags zwischen der Kopfpauschale West und der Kopfpauschale Ost für 1.416 ihrer Mitglieder, die für den Rechtskreis West gemeldet waren. Daraufhin hat die Klägerin vor dem Sozialgericht (SG) Klage erhoben.

7

Das SG hat die Klage abgewiesen und diese Entscheidung damit begründet, nach den Vorschriften des Art 2 WOrtPrG seien die Vertragspartner sogar verpflichtet gewesen, unterschiedliche Ausgangsbeträge des Jahres 2001 je nach Rechtskreis des Versicherten festzusetzen. Es bestehe keine gesetzliche Grundlage für eine Verpflichtung, diese Beträge für das Jahr 2002 zu einer einheitlichen Kopfpauschale zusammenzuführen. Solange die Klägerin Mitglieder habe, die im Bezirk der Beklagten wohnten, im Hinblick auf ihren Beschäftigungsort oder den Sitz ihres Arbeitgebers aber dem Rechtskreis West zugeordnet seien, sei sie verpflichtet, je nach Zuordnung die im Schiedsspruch festgesetzte Kopfpauschale an die Beklagte zu entrichten (Urteil vom 23.11.2005).

8

Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Klägerin zurückgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, ungeachtet der grundsätzlichen Aufhebung der Rechtskreistrennung im Krankenversicherungsrecht habe der Gesetzgeber in den Übergangsbestimmungen zum WOrtPrG strikt an die Kopfpauschalen des Jahres 2001 angeknüpft. Da diese aber - was zwischen den Beteiligten nicht umstritten sei - auf die unterschiedlichen Rechtskreise ausgerichtet gewesen seien, müsse diese Trennung auch nach Einführung des Wohnortprinzips fortgeführt werden. Gegenstand der vom Schiedsamt festgesetzten Gesamtvergütungsvereinbarung könnten von vornherein nur Versicherte der Klägerin sein, die ihren Wohnort in Sachsen hätten. Die gesetzlich vorgeschriebene Ermittlung unterschiedlicher Ausgangsbeträge je nach Rechtskreis würde leer laufen, wenn ab dem 1.1.2002 nur noch eine einheitliche Kopfpauschale festgesetzt werden dürfte. Im Übrigen müsse die Klägerin den Schiedsspruch, den der beigeladene BKK-Landesverband habe bestandskräftig werden lassen, gegen sich gelten lassen, ohne dass sie eine gerichtliche Prüfung darüber veranlassen könne, ob dieser Schiedsspruch rechtmäßig sei (Urteil vom 26.7.2006).

9

Mit ihrer Revision rügt die Klägerin in erster Linie eine Verletzung des [§ 85 Abs 2 Satz 3 SGB V](#). Danach dürften die Gesamtvertragsparteien keine unterschiedlichen Vergütungen für verschiedene Gruppen von Versicherten vereinbaren. Das Berufungsgericht habe den Schiedsspruch vom 8.4.2003 so ausgelegt, dass sie - die Klägerin - an die Beklagte für eine Gruppe von Mitgliedern als Kopfpauschale den nach Art 2 § 2 WOrtPrG ermittelten Durchschnittsbetrag zu zahlen habe, während sie für eine andere Gruppe von Mitgliedern als Kopfpauschale den nach Art 2 § 1 WOrtPrG für das Gebiet der alten Bundesrepublik ermittelten und um die Veränderungsrate nach [§ 71 SGB V](#) gesteigerten Ausgangsbetrag entrichten müsse. Darüber hinaus verpflichte sie der Schiedsspruch, neben dem als Kopfpauschale festgelegten Durchschnittsbetrag die Einzelleistungen gemäß § 3 der festgesetzten Vergütungsvereinbarung zu vergüten. Diese Auslegung des Schiedsspruchs könne sie - die Klägerin - im Revisionsverfahren nicht angreifen, weil der Schiedsspruch nicht revisibel sei. In dieser Auslegung sei er aber mit [§ 85 Abs 2 Satz 3 SGB V](#) nicht vereinbar, weil sie - die Klägerin - danach für ihre Mitglieder aus dem Rechtskreis West eine andere Kopfpauschale zu entrichten habe als für Mitglieder aus dem Rechtskreis Ost.

10

Unabhängig von der Methode zur Berechnung der Kopfpauschale dürfe zwischen einem Krankenkassen-Landesverband und einer KÄV jeweils nur eine einzige Kopfpauschale vereinbart werden. Zwar habe der Gesetzgeber in Art 2 § 1 WOrtPrG für die überkommenen Rechtskreise unterschiedliche Ausgangsbeträge als Berechnungsfaktoren für die Gesamtvergütung im Jahr 2002 vorgeschrieben, doch ergebe sich daraus nicht, dass auch unterschiedliche Kopfpauschalen für verschiedene Gruppen von Versicherten festgesetzt werden dürften. Richtigerweise hätten die Partner der Gesamtverträge vereinbaren müssen, wie die unterschiedlichen Ausgangsbeträge zu einer einheitlichen Kopfpauschale für alle Versicherten einer Kassenart zusammenzufassen seien. Die Rechtskreistrennung sei durch das WOrtPrG endgültig aufgegeben worden, und es sei Aufgabe der Vertragspartner, die rechnerisch ermittelten unterschiedlichen Ausgangsbeträge zu einer einheitlichen Kopfpauschale zusammenzuführen. Im Übrigen habe der Schiedsspruch nicht beachtet, dass in Art 2 § 2 Abs 1 WOrtPrG eine Obergrenze des Anstiegs der Gesamtvergütungen für das Jahr 2002 festgelegt worden sei. Sie - die Klägerin - sei schließlich nicht gehindert, die teilweise Rechtswidrigkeit des Schiedsspruchs vom 8.4.2003 geltend zu machen, zumal sie die nunmehr zurückgeforderten Zahlungen stets unter Vorbehalt geleistet habe.

11

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Sächsischen Landessozialgerichts vom 26.7.2006 und des Sozialgerichts Dresden vom 23.11.2005 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie - die Klägerin - 56.116,08 Euro zu zahlen.

12

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

13

Sie hält die Auffassung des Berufungsgerichts für zutreffend, Art 2 § 1 Abs 2 WOrtPrG sei die hier maßgebliche Spezialregelung. Danach habe der Gesetzgeber vorgeschrieben, in Gesamtverträgen, bei denen erstmals das Wohnortprinzip anzuwenden sei, die für 2001 gezahlten Kopfpauschalen getrennt nach den Rechtskreisen Ost und West zu ermitteln und um bestimmte Vomhundertsätze zu erhöhen sowie zusätzlich die Pauschale für das Vertragsgebiet Ost mindestens auf den Durchschnittsbetrag der in einem KÄV-Bezirk gezahlten Gesamtvergütungen aus dem Rechtskreis Ost anzuheben. Soweit dadurch die an sich zu überwindende Trennung der Rechtskreise fortgeführt bzw erstmals eingeführt worden sei, entspreche das dem eindeutigen Willen des Gesetzgebers. Fernliegend sei dagegen die Annahme der Klägerin, der nach Art 2 § 2 Abs 2 WOrtPrG für das Vertragsgebiet Ost zu bestimmende Durchschnittsbetrag stelle eine Obergrenze dar, die nicht überschritten werden dürfe. Im Gegenteil dürfe der Durchschnittsbetrag nicht unterschritten werden, weil der Gesetzgeber die extrem niedrigen Kopfpauschalen, die von einigen Krankenkassen für das Vertragsgebiet Ost vereinbart worden seien, im Interesse der Verbesserung der Vergütungssituation der Vertragsärzte in den neuen Bundesländern ab dem Jahr 2002 anheben wollen. Im Übrigen sei die Klägerin nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nicht berechtigt, die - teilweise - Unwirksamkeit des Schiedsspruchs vom 8.4.2003 geltend zu machen.

14

Der Beigeladene schließt sich der Rechtsauffassung der Beklagten an, ohne selbst einen Antrag zu stellen. Nach seiner Ansicht ist der vom Schiedsamt festgesetzte Gesamtvertrag 2002 mit höherrangigem Recht vereinbar. Aus der Gesetzesentwicklung des WOrtPrG ergebe sich, dass die ursprüngliche Absicht der Bundesregierung, für jede Kassenart einen bundeseinheitlichen Mittelwert aus West- und Ost-Kopfpauschalen als Basis für die Honoraranpassung 2002 einzuführen, nicht verwirklicht worden sei. Der Gesetzgeber habe vielmehr lediglich die Ermittlung eines Durchschnittsbetrages für die Berechnung der Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern vorgegeben, um eine Anhebung der Ost-Kopfpauschalen in den neuen Bundesländern zu erreichen. Damit sei zwangsläufig die Trennung der Rechtskreise für die Ermittlung der ärztlichen Gesamtvergütungen fortgeschrieben worden.

II

15

Die Revision hat keinen Erfolg. Die vorinstanzlichen Gerichte haben zutreffend entschieden, dass die Klägerin keinen Anspruch auf Zahlung von 56.116,08 Euro gegen die Beklagte hat. Dieser von der Klägerin unter Vorbehalt gezahlte Betrag steht der Beklagten zu, sodass diese nicht verpflichtet ist, ihn an die Klägerin zurückzuzahlen.

16

Die Zahlungsverpflichtung der Klägerin hat ihre Grundlage in [§ 85 Abs 1 SGB V](#). Danach entrichtet die Krankenkasse nach Maßgabe der Gesamtverträge an die jeweilige KÄV mit befreiender Wirkung eine Gesamtvergütung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung ihrer Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der KÄV einschließlich der mitversicherten Familienangehörigen. Die Höhe der Gesamtvergütung wird nach [§ 85 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) im Gesamtvertrag mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart vereinbart. Maßgeblich für die Höhe der Gesamtvergütung, die die Klägerin als BKK zu entrichten hat, ist danach der zwischen dem beigeladenen BKK-Landesverband Ost und der beklagten KÄV geschlossene Gesamtvertrag für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Jahre 2002. Da ein solcher Vertrag in freien Verhandlungen nicht zustande gekommen ist, tritt die "Vereinbarung über die Honorierung vertragsärztlicher Leistungen für den Zeitraum 1. Januar 2002 bis 31. Dezember 2002", also der vom Schiedsamt mit Beschluss vom 8.4.2003 festgesetzte Vertragsinhalt, an dessen Stelle.

17

Nach § 2 Abs 1 Satz 1 der vom Schiedsamt festgesetzten Vergütungsvereinbarung wird die Gesamtvergütung 2002 nach Kopfpauschalen für jede BKK anhand der in § 1 Abs 2 erläuterten Ausgangsbeträge berechnet. Grundlage hierfür sind die in § 3 der Anlage 14 zum BMV-Ä auf Bundesebene gemäß Art 2 § 1 Abs 1 WOrtPrG einvernehmlich festgestellten Ausgangsbeträge. Diese Ausgangsbeträge sind nach § 2 Abs 1 Satz 2 der Gesamtvergütungsvereinbarung für den Rechtskreis Ost um 1,87 % und für den Rechtskreis West um 1,84 % zu erhöhen. Die so erhöhten Ausgangsbeträge ergeben die neuen Kopfpauschalen je Mitglied und Quartal für das Jahr 2002. Diese Regelungen hat das Berufungsgericht so verstanden, dass die Klägerin für jedes Mitglied mit Wohnort im Bezirk der Beklagten, das dem Rechtskreis West zugerechnet wird, 121,98 Euro, und für jedes Mitglied, das dem Rechtskreis Ost zugerechnet wird, 82,35 Euro zahlen muss. Diese Auslegung kann das Revisionsgericht grundsätzlich nicht überprüfen, weil Gesamtvergütungsvereinbarungen iS des [§ 83 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) kein revisibles Recht iS des [§ 162 SGG](#) darstellen. Das räumt die Klägerin auch ausdrücklich ein. Soweit sie geltend macht, in der vom LSG vorgenommenen Auslegung sei der Schiedsspruch unwirksam, kann ihr nicht gefolgt werden.

18

Der Senat hat mit Urteil vom 28.9.2005 im Rechtsstreit einer BKK gegen eine KÄV entschieden, dass mit der Übertragung der Kompetenz zum Abschluss von Verträgen über die vertragsärztliche Versorgung auf den zuständigen Landesverband der Krankenkassen diesem die Rechtsmacht zugewiesen ist, die beteiligten Krankenkassen zur Zahlung der auf sie entfallenden Gesamtvergütung an die KÄV zu verpflichten, und dass die einzelne Krankenkasse im Rechtsstreit mit der KÄV keine gerichtliche Überprüfung der Wirksamkeit der

gesamtvertraglichen Vereinbarungen erreichen kann ([BSGE 95, 141](#) = [SozR 4-2500 § 83 Nr 2](#)). Daran hält er fest. Dies bedarf hier keiner erneuten Begründung, zumal die Klägerin, obgleich sie im Ergebnis zumindest die Konsequenzen dieser Rechtsprechung nicht zu akzeptieren scheint, sich mit den für die Beschränkung der gerichtlichen Kontrolle von Gesamtverträgen maßgeblichen Erwägungen des Senats nicht näher auseinandersetzt.

19

Der Senat hat offen gelassen, ob eine Krankenkasse generell gehindert ist, gegenüber einer KÄV, an die sie gemäß [§ 85 Abs 1 SGB V](#) eine Gesamtvergütung zu entrichten hat, die Nichtigkeit des maßgeblichen Gesamtvertrages geltend zu machen (BSGE, aaO, RdNr 16 = SozR 4, aaO, RdNr 24). Das LSG hat Zweifel daran geäußert, ob die vom Senat für die (mögliche) Nichtigkeit eines Gesamtvertrages herangezogene Rechtsnorm des [§ 58 SGB X](#) in diesem Zusammenhang zur Anwendung kommen könne, weil nach seiner Rechtsauffassung die Vorschriften über die öffentlich-rechtlichen Verträge ([§§ 53 ff SGB X](#)) auf normative Regelungen in Gesamtverträgen überhaupt nicht anwendbar sind. Dies bedarf hier keiner näheren Erörterung, weil die Voraussetzungen, unter denen der Senat die Nichtigkeit eines Gesamtvertrages für möglich hält, nicht vorliegen. Der Senat hat ausgeführt, dass lediglich qualifizierte Rechtsverstöße in vertragsärztlichen Normverträgen die Nichtigkeit des entsprechenden Vertrages zur Folge haben könnten, etwa, wenn zwingende Rechtsnormen missachtet wurden, die einer vertraglichen Gestaltung nicht zugänglich sind, oder wenn ein bestimmtes Ziel von vornherein nicht durch einen Vertragsabschluss erreicht werden darf (aaO, RdNr 16 bzw RdNr 24). Derartige qualifizierte Rechtsverstöße liegen im Hinblick auf den vom Schiedsamt festgesetzten Inhalt der Gesamtvergütungsvereinbarung für das Jahr 2002 nicht vor.

20

Die Klägerin hält die Vorgaben zur Berechnung der von ihr für Mitglieder mit Wohnort im Bezirk der Beklagten zu entrichtenden Gesamtvergütung des Jahres 2002 deshalb für rechtswidrig, weil eine Krankenkasse nicht verpflichtet sein könne, für verschiedene Gruppen ihrer Mitglieder Kopfpauschalen in unterschiedlicher Höhe zu entrichten. Ob ein derartiges gesetzliches Verbot, wenn es den einschlägigen Vorschriften zu entnehmen wäre, einen qualifizierten Rechtsverstoß im Sinne des Senatsurteils vom 28.9.2005 bewirken könnte, der zur (teilweisen) Nichtigkeit einer widersprechenden Regelung in einem Gesamtvertrag führen würde, lässt der Senat ausdrücklich offen. Eine Entscheidung dazu ist nicht erforderlich, denn ein entsprechendes bundesrechtliches Verbot besteht nicht.

21

Zum 1.1.2002 ist [§ 83 SGB V](#) als wesentliche gesetzliche Grundlage für die Vereinbarung der Gesamtvergütungen umgestaltet worden. Nach dem bis zum 31.12.2001 maßgeblichen Rechtszustand vereinbarte die KÄV mit den für ihren Sitz zuständigen Landesverbänden jeder einzelnen Kassenart die Gesamtvergütungen "mit Wirkung für die beteiligten Krankenkassen". Es galt danach das sog Kassensitzprinzip. Nach der Änderung des [§ 83 SGB V](#) durch das zum 1.1.2002 in Kraft getretene WOrtPrG schließen die KÄVen mit den für ihren Bezirk zuständigen Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen Gesamtverträge "mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart über die vertragsärztliche Versorgung der Mitglieder mit Wohnort in ihrem Bezirk ..." (sog Wohnortprinzip). In der Begründung des Gesetzentwurfs der Bundesregierung zum WOrtPrG ist dazu ausgeführt, das Kassensitzprinzip schränke die Vertragsgestaltungsmöglichkeiten der Krankenkassen und der KÄVen in den Regionen, in denen eine Krankenkasse nicht vertreten sei, erheblich ein, und behindere insbesondere regionale Vereinbarungen zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen ([BT-Drucks 14/5960, S 1](#)). Durch die Änderung des [§ 83 SGB V](#) solle erreicht werden, dass die Honorarvereinbarungen jeweils für die Region, in der die Versicherten wohnen, getroffen werden (BT-Drucks, aaO, S 5).

22

Die Vorgaben für die erstmalige Vereinbarung der Gesamtvergütungen nach dem Wohnortprinzip auch im Primärkassenbereich - für die Ersatzkassen wurde bereits durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21.12.1992 ([BGBl I 2266](#)) die Vereinbarung der Gesamtvergütungen nach dem Wohnortprinzip eingeführt - ergeben sich aus den Regelungen in Art 2 WOrtPrG. Nach § 1 Abs 1 aaO ist der Ausgangsbetrag für die für das Jahr 2002 erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß [§ 83 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zu vereinbarenden Gesamtvergütungen durch die Multiplikation des Betrages, der sich bei 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 vertragschließenden KÄV zu ermitteln. Nach Art 2 § 1 Abs 2 WOrtPrG ist für Krankenkassen, die ihre Zuständigkeit auf das in Art 1 Abs 1 des Einigungsvertrages (EinigVtr) genannte Gebiet erstrecken, der Ausgangsbetrag nach Abs 1 für dieses Gebiet sowie für das Gebiet der Bundesrepublik Deutschland nach dem Stand vom 2.10.1990 einschließlich des in Art 3 EinigVtr genannten Teils des Landes Berlin getrennt zu ermitteln. Diese Vorschrift findet auf die Klägerin Anwendung, weil sie ihren Sitz in Frankfurt am Main und ihre Zuständigkeit auf das Gebiet der neuen Bundesländer erstreckt hat. Dadurch, dass Art 2 § 1 Abs 2 WOrtPrG eine getrennte Ermittlung der Ausgangsbeträge für die Bereiche Westdeutschland und Ostdeutschland verlangt, wird faktisch die 2001 noch geltende Trennung der Rechtskreise im Vergütungssystem für das Jahr 2002 festgeschrieben.

23

Die genannte Regelung war im Gesetzgebungsverfahren umstritten. Im ursprünglichen Entwurf der Bundesregierung bzw im wortgleichen Entwurf der Regierungsfractionen SPD und Bündnis 90/Die Grünen war sie nicht enthalten. Die zunächst vorgesehene Übergangsregelung des Art 2 § 1 sollte bewirken, dass in allen Vertragsregionen für die jeweilige Krankenkasse - auch für sog Erstreckungskassen, die in den vergangenen Jahren unterschiedliche Kopfpauschalen für Mitglieder in den alten und in den neuen Ländern gezahlt haben - ein Durchschnittsbetrag je Versicherten in gleicher Höhe als Ausgangsbasis für die Honorarverhandlungen für das Jahr 2002 zugrunde zu legen ist ([BT-Drucks 14/5960, S 6](#)). Dagegen wandte sich der Bundesrat und führte in seiner Stellungnahme zum Entwurf der Bundesregierung aus, durch die vorgesehene Ermittlung einer einheitlichen Kopfpauschale auch für sog Erstreckungskassen würden den West-KÄVen zusätzliche Finanzmittel entzogen, die zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt noch nicht identifiziert werden könnten. Es sei nicht nachvollziehbar, weshalb im Zusammenhang mit der Einführung des Wohnortprinzips eine Anpassung der Kopfpauschalen in den alten und den neuen Ländern erfolgen solle ([BT-Drucks 14/6410, S 8 Nr 6](#)). Diese Position des Bundesrates hat der Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages übernommen und deshalb die später Gesetz gewordene Fassung des Art 2 § 1 Abs 2 WOrtPrG in den Gesetzentwurf

eingefügt ([BT-Drucks 14/6566, S 9](#)). In der Begründung des Ausschusses wird dazu ausgeführt, die Berechnung der Ausgangsbasis für Honorarvereinbarungen für die sog Erstreckungskrankenkassen im Jahr 2002 solle getrennt für die neuen und die alten Länder durchgeführt werden. Die im ursprünglichen Gesetzentwurf vorgeschlagene Bildung eines Mittelwertes zwischen den Kopfpauschalen Ost und den Kopfpauschalen West dieser Krankenkassen solle entfallen; stattdessen werde die in Art 2 § 2 WOrtPrG vorgesehene Regelung zur Anhebung des Vergütungsniveaus der Erstreckungskrankenkassen in den neuen Ländern getroffen ([BT-Drucks 14/6595, S 5](#), zu Art 2, zu Buchst a, zu Abs 2).

24

Obwohl damit dem Anliegen des Bundesrates Rechnung getragen worden war, hat dieser zu Art 2 WOrtPrG die Anrufung des Vermittlungsausschusses beschlossen und damit begründet, die in Art 2 vorgesehenen Übergangsvorschriften stellten gegenüber dem Gesetzentwurf der Bundesregierung und der Stellungnahme des Bundesrates eine deutliche Verschlechterung dar. Damit würden unterschiedliche Kopfpauschalen für die alten und die neuen Länder festgeschrieben. Die Festschreibung getrennter Rechtskreise in diesem Bereich stelle elf Jahre nach der Herstellung der politischen Einheit einen Rückfall dar und setze die falschen Signale ([BT-Drucks 14/6699](#)). Der Vermittlungsausschuss ist diesem Begehren nicht nachgekommen, hat aber das Anliegen des Bundesrates, das Vergütungsniveau im Beitrittsgebiet zu verbessern, durch die Aufnahme der Art 3 und 4 in das WOrtPrG aufgegriffen ([BT-Drucks 14/7342, S 2](#)).

25

Aus dieser Entwicklung der Gesetzgebung zu den Übergangsregelungen des WOrtPrG ist abzuleiten, dass der Gesetzgeber bewusst zur Ermittlung der Ausgangsbeträge für die Gesamtvergütungen für das Jahr 2002 in Bezug auf die Krankenkassen, die sich trotz ihres Sitzes in Westdeutschland auf Ostdeutschland erstreckt hatten, unterschiedliche Werte für die Rechtskreise Ost und West vorgegeben hat. Dementsprechend haben der Bundesverband der BKKen und die KÄBV in Anlage 14 zum BMV-Ä die näheren Regelungen zur Umsetzung des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips beschlossen. In § 2 der Anlage 14 zum BMV-Ä, die in ihrer Präambel auf die von allen Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KÄBV geschlossene "Vereinbarung zur Festsetzung des Durchschnittsbetrages gemäß Artikel 2 § 2 Abs. 2 des Gesetzes zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte" Bezug nimmt, wird eine Liste von Krankenkassen verbindlich vereinbart, die ihren Tätigkeitsbereich über ein Land hinaus erstreckt haben. Zu den dort aufgeführten BKKen gehört auch die Klägerin, die für den Rechtskreis West und den Rechtskreis Ost jeweils mit einer anderen Kassennummer geführt wird.

26

Mithin müssen die Ausgangsbeträge des Jahres 2001 für die im Jahr 2002 erstmalig nach dem Wohnortprinzip gemäß [§ 83 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) zur vereinbarenden Gesamtvergütungen nach Art 2 § 1 Abs 2 WOrtPrG für jede Krankenkasse, deren Zuständigkeit sich auf das Beitrittsgebiet erstreckt, "für" West- und Ostdeutschland getrennt festgestellt werden. Da die sog Erstreckungskrankenkassen bis zum Jahr 2001 für die Versicherten des Rechtskreises West höhere Kopfpauschalen vereinbart hatten als für Versicherte des Rechtskreises Ost, ergaben sich in Anwendung dieser Norm unterschiedliche Ausgangsbeträge. Das stellt auch die Klägerin nicht in Abrede, bei der zB im Jahre 1999 die Kopfpauschale West 1.049 DM und die Kopfpauschale Ost 600 DM betragen hat (vgl Rieser, DÄ 2001, A 1158).

27

Allerdings beruhte die Zuordnung der Versicherten zu den einzelnen Rechtskreisen im Jahre 2001 nicht ausschließlich auf dem Wohnort der Versicherten. Die Versicherten waren - ua für den Risikostrukturausgleich - den Rechtskreisen West oder Ost entweder nach dem Beschäftigungsort oder nach dem Wohnort zugeordnet (vgl [§ 173 Abs 2 SGB V](#)). Versicherte, die in Westdeutschland oder bei Arbeitgebern mit Sitz in Westdeutschland beschäftigt waren, wurden trotz ihres Wohnortes in Ostdeutschland dem Rechtskreis West zugeordnet. Für Versicherte, die - wie Rentner und Arbeitslose - nicht in einem Beschäftigungsverhältnis standen, und für freiwillig Versicherte, die nicht abhängig beschäftigt waren, ist die Versicherung grundsätzlich nach dem Wohnortprinzip durchgeführt worden. Diese Situation lässt sich am Beispiel der Klägerin und der für diese vom Bundesverband der BKKen der KÄBV übermittelten Versichertendaten nachvollziehen. Der Klägerin sind für den Rechtskreis West insgesamt 1.416 Mitglieder mit Wohnort in Sachsen zugerechnet worden. Ob diese Zuordnung in allen Einzelfällen zutreffend gewesen ist, bedarf keiner näheren Überprüfung. Die Zuordnung der Versicherten zu ihrer Krankenkasse und - im Hinblick auf die sog Erstreckungskrankenkassen - zu den jeweiligen Rechtskreisen West und Ost im Jahre 2001 erfolgte aufgrund von Mitteilungen der betreffenden BKK an den BKK-Bundesverband, der die Daten über die KÄBV an die jeweilige KÄV weiterleitete. Die Klägerin macht demgemäß auch nicht geltend, dass in Wirklichkeit die höhere Kopfpauschale für den Rechtskreis West nur für eine geringere Anzahl ihrer Mitglieder hätte in Ansatz gebracht werden dürfen.

28

Angesichts der im Jahre 2001 vorhandenen Trennung der Rechtskreise bei den sog Erstreckungskrankenkassen und insbesondere im Hinblick auf den Willen des Gesetzgebers, unterschiedliche Ausgangsbeträge je nach Rechtskreis Ost und Rechtskreis West aus dem Jahre 2001 bei der Umstellung auf das Wohnortprinzip zur Grundlage der Bestimmung der Gesamtvergütungen für das Jahr 2002 zu machen, kann nicht beanstandet werden, wenn die Partner der Gesamtverträge unterschiedliche Kopfpauschalen für die Mitglieder derselben Krankenkasse festgesetzt haben. Auch der beigelegte Landesverband der BKKen hält die Zuweisung getrennter Kopfpauschalen je nach Rechtskreis des Versicherten für zutreffend. Der Einwand der Klägerin, nach der Intention des WOrtPrG solle sich die Kopfpauschale nach dem Wohnort der Versicherten und nicht mehr nach dem Sitz ihrer Krankenkasse richten, ist in dieser allgemeinen Form richtig und dieses Prinzip liegt dem Gesetz auch zugrunde. Damit ist aber nicht die Frage geklärt, wie die Kopfpauschalen für solche Versicherten zu bestimmen waren, die krankenversicherungsrechtlich im Hinblick auf ihren Beschäftigungsort iS von [§ 9 SGB IV](#) einem anderen Rechtskreis zuzuordnen waren, als es ihrem Wohnort entsprochen hätte. Da der Gesetzgeber ausdrücklich die strikte Verwirklichung des Wohnortprinzips, in dessen Konsequenz die Ausgangsbeträge der Erstreckungskassen in Ost und West hätten gemittelt werden müssen, verworfen hat, waren die Gesamtvertragspartner nicht gehindert, für den kleinen Kreis der Betroffenen mit Wohnort in Ostdeutschland und Beschäftigungsort in Westdeutschland auch für die Zeit nach Einführung des Wohnortprinzips gesonderte Kopfpauschalen zu vereinbaren.

29

Im Übrigen hat das WortPrG den Grundsatz, dass für alle Versicherten einer Krankenkasse im Bezirk einer KÄV identische Regelungen zur Vergütung ärztlicher Leistungen gelten sollen, generell nicht so konsequent umgesetzt, wie die Klägerin das annimmt. Indem die Gesamtvergütungsvereinbarungen an den Wohnort des "Mitglieds" und nicht des Versicherten anknüpfen müssen, wird in Kauf genommen, dass bei unterschiedlichem Wohnort von Mitglied und familienversicherten Angehörigen (zB volljährige studierende Kinder nach [§ 10 Abs 1 Satz 1 Nr 2](#) iVm Abs 2 Nr 3 SGB V) die Kopfpauschale an eine KÄV entrichtet wird, in deren Bezirk die Versicherten nicht wohnen. Die Krankenversichertenkarte weist nach [§ 291 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) ein Kennzeichen für die KÄV aus, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat, auch wenn der Versicherte, für den die Karte auszustellen ist, seinen Wohnsitz dort nicht hat. Durchbrochen wird das Wohnortprinzip gegebenenfalls auch bei nicht geöffneten BKKen mit Sitz in Westdeutschland ([§ 173 Abs 2 Satz 1 Nr 4 SGB V](#)). Wer in einem Betrieb beschäftigt ist, für den iS des [§ 173 Abs 2 Satz 1 Nr 3 SGB V](#) eine BKK besteht, kann diese Kasse wählen, auch wenn sein Wohnort und der Sitz seines Betriebs in unterschiedlichen KÄV-Bezirken liegen. Eine solche BKK hat, sofern sich ihr Bezirk nicht über mehr als ein Land ([§ 83 Abs 1 Satz 2](#) iVm [§ 85 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V](#)) und auch nicht auf das Beitrittsgebiet (iS von Art 2 § 1 Abs 2 WortPrG) erstreckt, für alle ihre Mitglieder nur eine einheitliche - nach den Verhältnissen im Rechtskreis West ermittelte - Kopfpauschale zu entrichten, und zwar auch dann, wenn das Mitglied im Beitrittsgebiet wohnt. Die Abwicklung erfolgt dann im Rahmen des Fremdkassenzahlungsausgleichs (vgl Hess in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand 1.9.2007, [§ 83 SGB V](#) RdNr 5; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Juni 2007, [§ 83 SGB V](#) RdNr 6). Dies zeigt, dass nach dem Willen des Gesetzgebers des WortPrG das Auseinanderfallen von Wohnort und Höhe der Kopfpauschale in bestimmten Konstellationen auch nach dem 1.1.2002 hinzunehmen ist.

30

Auch soweit die Klägerin beanstandet, der Schiedsspruch verpflichte sie über die Entrichtung der Kopfpauschale hinaus zu zusätzlichen Zahlungen (nicht budgetierte Vergütungen und Gestaltungen gemäß §§ 3 und 4), kann sie im vorliegenden Verfahren eine Überprüfung nicht erreichen. Das ergibt sich aus dem Grundsatz der Bindung der Klägerin an den Schiedsspruch vom 8.4.2003, den der für sie maßgebliche Landesverband hingenommen hat (vgl [BSGE 95, 141](#) = [SozR 4-2500 § 83 Nr 2](#)).

31

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Eine Erstattung von Kosten des Beigeladenen ist nicht veranlasst, weil dieser im Revisionsverfahren keinen Antrag gestellt hat ([§ 162 Abs 3 VwGO](#), vgl [BSGE 96, 257](#) = [SozR 4-1300 § 63 Nr 3](#), jeweils RdNr 16).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2008-07-08