

## L 7 KA 42/98

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
7

1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 71 KA 53/93  
Datum

01.07.1998  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 7 KA 42/98  
Datum

10.03.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 1. Juli 1998 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin und die Beigeladene zu 6. haben der Beklagten deren außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits zu erstatten. Im Übrigen sind keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob und in welcher Form die beklagte Kassenärztliche Vereinigung die von der Klägerin in der F-V-Klinik im IV. Quartal des Jahres 1992 erbrachten ambulanten Leistungen zu vergüten hat und ob diese Klinik zur ambulanten Versorgung zugelassen ist.

Die F-V-Klinik wurde während des Bestehens der Deutschen Demokratischen Republik (DDR) gegründet und war als Herz-Kreislauf-Klinik Bestandteil der Akademie der Wissenschaften der DDR. Nach Herstellung der deutschen Einheit wurde die Klinik als Bestandteil eines Krankenhausbetriebes des Landes B weiter geführt. In der Folgezeit wechselte die Trägerschaft mehrfach. Zunächst ging sie mit Wirkung vom 1. September 1992 auf Grund eines Vertrages zwischen dem Land B und der F U B, Universitätsklinikum R V, auf Letztere über. Auf Grund des Gesetzes über die Neuordnung der Hochschulmedizin (GVBL 1995, Seite 1) wurde das Universitätsklinikum R V und damit auch die Klinik auf die Klägerin übertragen.

Letztmals im bisherigen Verlauf wechselte die Trägerschaft zum 1. Juni 2001 auf Grund des Vertrages vom 8. Mai 2001 zwischen der Beigeladenen zu 6., einem privatwirtschaftlich organisierten Klinikbetreiber, und der Klägerin. Kaufgegenstand des Vertrages waren die zur Klinik gehörenden Vermögensgegenstände des Anlage- und Umlaufvermögens, dazu gehörten auch die Forderungen. Ausgenommen waren nur Vermögensgegenstände, die im Vermögensverzeichnis mit dem Vermerk Forschung versehen waren, sowie das unbewegliche Anlagevermögen und Eigenmittelausgleichsansprüche.

Schon vor Herstellung der deutschen Einheit war die Klinik, jedenfalls nach Darstellung der Klägerin und der Beigeladenen zu 6., als Poliklinik geführt worden. Sie bestand am 1. Januar 1991 fort, wurde durch einen Oberarzt geleitet und beschäftigte drei weitere hauptamtliche Ärzte, fünf Krankenschwestern, zwei medizinisch-technische Assistentinnen und eine Verwaltungsangestellte. Daneben waren anteilig weitere Ärzte tätig; die Klinik verfügte über eine eigene Verwaltung und wies einen eigenen Haushalts- und Stellenplan aus. In ähnlicher Form besteht die Klinik auch heute noch fort.

Mit Schreiben vom 21. Februar 1991 teilte die Kassenärztliche Bundesvereinigung dem Institut für Herz-Kreislauf-Forschung mit, der Status der Klinik als Poliklinik sei inzwischen seitens der Kassenärztlichen Bundesvereinigung anerkannt worden, entsprechend seien auch die Abschlagszahlungen für Januar und für Februar an die Klinik angewiesen worden. Die Erhebungsbögen für Fachambulanzen seien gegenstandslos, die Kassenärztliche Bundesvereinigung werde die Klinik weiterhin als Einrichtung im Sinne des § 311 Abs. 2 Sozialgesetzbuch / Fünftes Buch (SGB V) betrachten, eine gesonderte Ermächtigung durch die Kassenärztliche Vereinigung für die von der Klinik ambulant erbrachten Leistungen sei nicht erforderlich. Gegenüber der zu 1. beigeladenen Allgemeinen Ortskrankenkasse Berlin bestätigte die Beklagte ebenfalls schriftlich den Status der Klinik als Poliklinik nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) und erteilte eine Abrechnungsnummer. Bis zum III. Quartal des Jahres 1994 erfolgte die Vergütung der ambulant erbrachten Leistungen im Beitrittsgebiet auf Grund eines Rahmen-Gesamtvertrages (RGV), der zunächst zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen einerseits, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits für die Bundesländer Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen geschlossen worden war, dann jedoch auch auf den Ostteil Berlins entsprechend angewandt wurde. Bis einschließlich zum III. Quartal des Jahres 1992 wurden die ambulant erbrachten Leistungen der Poliklinik der hier streitbefangenen Einrichtung nach § 3 Abs. 3

RGV vergütet, d.h. es erfolgte eine Vergütung anhand von Fallpauschalen, deren Höhe sich nach den Bestimmungen einer Anlage zur RGV richtete. Ab dem IV. Quartal des Jahres 1992 änderte die Beklagte jedoch diese Vergütungspraxis. Ab diesem Zeitpunkt wandte sie die Regelung des § 3 Abs. 6 RGV an, d.h. eine Vergütungsregelung, die nach ihrem Wortlaut für Universitätspolikliniken vorgesehen war, die eine Ermächtigung nach [§ 117 SGB V](#) besaßen. Hierbei wurde eine deutlich vereinfachte Fallpauschalenregelung angewandt, die im Ergebnis zu einer niedrigeren Vergütung für die Klinik führte.

In ihrem Bescheid vom 22. Januar 1993 begründete die Beklagte diese Änderung der Vergütungspraxis damit, die Klinik sei nach dem Übergang auf die F U nur noch im Rahmen des [§ 117 SGB V](#) zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigt. Den Widerspruch der F U B wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 5. April 1993 mit gleichartiger Begründung zurück.

Am 27. Mai 1993 hat die F U B hiergegen Klage zum Sozialgericht erhoben, die die Klägerin nach dem Übergang der Trägerschaft weiter geführt hat. Das Sozialgericht hat zur Aufklärung des Sachverhalts eine ausführliche Auskunft der Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung vom 16. Dezember 1994 über den Status der Klinik eingeholt, auf die hinsichtlich der Einzelheiten Bezug genommen wird. Ebenfalls hinsichtlich der Einzelheiten Bezug genommen wird auf das Ergebnis der Beweisaufnahme, welche das Sozialgericht im Termin zur Beweisaufnahme vom 1. Juli 1998 durch zeugenschaftliche Vernehmung des Oberarztes der Klinik, Dr. G, durchgeführt hat. Durch Urteil vom selben Tage hat das Sozialgericht die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die im Quartal IV/1992 in der Klinik ambulant erbrachten ärztlichen Leistungen nach den für die Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) geltenden Regelungen zu vergüten: Wie sich insbesondere auch aus der Beweisaufnahme ergebe, habe die Klinik auch am 1. Oktober 1992 im Sinne einer Poliklinik nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) bestanden. Dies hätten sowohl die Kassenärztliche Bundesvereinigung als auch die Beklagte und die Senatsverwaltung für Wissenschaft und Forschung bestätigt. Soweit die Angaben der Klägerin über die Zahl der Arztstellen in der Poliklinik noch erklärungsbedürftig gewesen seien, seien diese durch die Beweisaufnahme und die Erklärungen im Termin zur mündlichen Verhandlung ausgeräumt worden.

Gegen dieses ihr spätestens am 30. Juli 1998 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 19. August 1998 Berufung zum Landessozialgericht Berlin eingelegt: Die Klinik erfülle nach der aktuellen höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht die Kriterien einer Poliklinik nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#). Die Schreiben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder der Beklagten seien entweder rechtlich bedeutungslos oder aber inzwischen auf Grund veränderter rechtlicher Verhältnisse aufgehoben worden. In jedem Falle aber sei die Vergütung durch einen Abschlag zu mindern nach [§ 120 Abs. 3 SGB V](#). Nach aktueller Rechtsprechung des Bundessozialgerichts dürfe darüber hinaus keine Einzelleistungsvergütung vorgenommen werden, sondern nur noch eine Vergütung nach Fallpauschalen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 1. Juli 1998 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin und die Beigeladene zu 6. beantragen,

1. die Berufung der Beklagten mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass die Beklagte verpflichtet wird, die im Quartal IV/1992 in der F-V-Klinik erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen im Wege der Einzelleistungsvergütung unter Berücksichtigung eines Abschlages nach [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. vergütet wird, hilfsweise, die Berufung der Beklagten mit der Maßgabe zurückzuweisen, dass die im Quartal IV/1992 in der F-V-Klinik erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach der Behandlungsfallpauschale des § 3 Abs. 3 Rahmengesamtvertrag in Verbindung mit [§ 311 Abs. 6 SGB V](#) a.F. vergütet wird.

2. festzustellen, dass die F-V-Klinik nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) gesetzlich für die Fachgebiete der inneren Medizin (fünf Fachärzte) sowie Radiologie (1 Facharzt) zur ambulanten Versorgung zugelassen ist.

Sie machen geltend, die Klinik sei durchgehend eine Poliklinik im Sinne des [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) gewesen. Im Übrigen sei die Beklagte an die erteilten Bescheide oder Zusicherungen für die Vergütung gebunden. Statusfragen betreffend den Zulassungsstatus der Klinik seien in dem Vergütungsrechtsstreit nicht geltend zu machen. Auch wenn das Bundessozialgericht entschieden habe, dass Polikliniken in Trägerschaft von Universitäten einen dreißigprozentigen Vergütungsabschlag nach [§ 120 Abs. 3 SGB V](#) hinzunehmen hätten, sage dies nichts über die Frage einer Pauschalvergütung aus. Vielmehr stehe der Klägerin auch weiterhin eine Einzelleistungsvergütung zu.

Die anderen Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen sowie auf die Verwaltungsakten der Beklagten, die Klinik betreffend, Bezug genommen, welche im Termin zur mündlichen Verhandlung vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und begründet. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Berlin war aufzuheben, die Klage war in Haupt- und Hilfsantrag abzuweisen. Zwar sind die erst im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 10. März 2004 gestellten Anträge zulässig, sie stellen insbesondere keine Klageänderung nach [§ 99 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) dar. Denn sie begründen keinen neuen Streitstoff, sondern sie konkretisieren nur das bereits vorher zum Ausdruck gebrachte Begehren der Klägerin und der Beigeladenen zu 6., deren Anträge sich allein in dem durch die Klägerin gesteckten Rahmen bewegen. Die Klage ist indessen sowohl hinsichtlich des Hauptantrages als auch hinsichtlich des Hilfsantrages unbegründet.

1. Mit dem Hauptantrag begehren die Klägerin und die Beigeladene zu 6. die Verpflichtung der Beklagten, die im Quartal IV/1992 in der F-V-Klinik erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach den für Vertragsärzte geltenden Grundsätzen im Wege der Einzelleistungsvergütung unter Berücksichtigung eines Abschlages nach [§ 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) a.F. zu vergüten. Hierfür fehlt es jedoch

an einer Rechtsgrundlage. Zwar werden üblicherweise ärztliche Leistungen, soweit sie ambulant erbracht werden, nach Maßgabe eines jeweiligen Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) im Wege der Einzelleistung vergütet. Im Hinblick auf den vorliegend streitbefangenen Zeitraum ist eine solche Einzelleistungsvergütung jedoch durch eine gesamtvertragliche Vereinbarung, nämlich den RGV, ausgeschlossen und verdrängt worden. Zwar wurde der RGV zunächst zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und den Spitzenverbänden der gesetzlichen Krankenkassen andererseits nur mit Wirkung für die östlichen Bundesländer mit Ausnahme Berlins geschlossen, er wurde jedoch anschließend durch Vereinbarungen zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung einerseits und den betroffenen Spitzenverbänden der Krankenkassen andererseits auch auf den Ostteil Berlins erstreckt. Dieser RGV sieht in Abweichung von den üblichen Vergütungsformen für Vertragsärzte gerade keine Einzelleistungsvergütung vor, sondern - und zwar unabhängig davon, um welche ambulanten Leistungen es sich handelt - jedenfalls immer nur Pauschalvergütungen. Zum Abschluss einer gesamtvertraglichen Regelung dieses Inhalts, durch die eine Einzelleistungsvergütung nach Maßgabe eines HVM ausgeschlossen wird, waren die Spitzenverbände der Krankenkassen und die Kassenärztliche Bundesvereinigung auch befugt, weil [§ 311 Abs. 6 SGB V](#) in der im streitbefangenen Zeitraum gültigen Fassung den Parteien des Gesamtvertrages die Möglichkeit zubilligte, im Beitrittsgebiet generell Vergütungsformen für die Kassen- bzw. Vertragsärzte und die nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) zugelassenen Einrichtungen zu vereinbaren, die von denen in den alten Bundesländern abwichen (BSG, Urteil vom 26. Januar 2000, [B 6 KA 47/98 R](#), [SozR 3-2500 § 311 Nr. 6](#)). Insbesondere bestimmte [§ 311 Abs. 6 SGB V](#) in der hier maßgeblichen Fassung auch, dass bei der Anwendung des [§ 85 SGB V](#) die Gesamtvergütung an die Kassenärzte und die Einrichtungen im Sinne des [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) pauschaliert verteilt werden konnte (BSG a.a.O.). Von dieser Regelungsbefugnis haben die vertragschließenden Parteien des RGV Gebrauch gemacht, und zwar unabhängig von der hier im vorliegenden Rechtsstreit ebenfalls streitbefangenen Frage, welche Formen von Pauschalen auf die Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) Anwendung finden sollten. Denn jedenfalls ist durch den RGV klaggestellt worden, dass Vergütungen von ambulanten ärztlichen Leistungen der in [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) genannten Einrichtungen ausschließlich nach Maßgabe von Pauschalen und eben nicht im Wege der Einzelleistungsvergütung zu erfolgen hatten.

2. Die Klage ist aber auch hinsichtlich des Hilfsantrages unbegründet. Hierin begehren die Klägerin und Beigeladene zu 6. die Verpflichtung der Beklagten, die im Quartal IV/1992 in der F-V-Klinik erbrachten ambulanten ärztlichen Leistungen nach der Behandlungsfallpauschale des § 3 Abs. 3 RGV zu vergüten. Auch dieser Anspruch besteht nicht, weil die Vorschrift des § 3 Abs. 3 RGV vorliegend keine Anwendung findet. § 3 Abs. 3 RGV enthielt Vergütungsregelungen in Form von Pauschalen für Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#). Gleichwohl wird sie im vorliegenden Fall durch die speziellere Vorschrift des § 3 Abs. 6 RGV verdrängt.

Nach § 3 Abs. 6 RGV berechnet sich die Höhe der Gesamtvergütung für nach [§ 117 SGB V](#) ermächtigte Universitätspolikliniken aus der Zahl der Behandlungsfälle und einem Pauschalbetrag, der anfangs zunächst 50,00 DM je Behandlungsfall betrug und später schrittweise bis auf 64,00 DM erhöht wurde. Diese Vorschrift ist auf die Poliklinik der Klägerin auch im streitbefangenen Zeitraum anzuwenden, obwohl es sich dabei nicht um eine nach [§ 117 SGB V](#) ermächtigte Universitätspoliklinik handelte. Eine derartige Ermächtigung war von den Zulassungsgremien nicht ausgesprochen worden. Gleichwohl muss die vertragliche Bestimmung des § 3 Abs. 6 RGV auch auf den vorliegenden Fall entsprechende Anwendung finden. Dies ergibt sich jedenfalls aus einer ergänzenden Vertragsauslegung. Bereits in § 2 RGV hatten die vertragschließenden Parteien festgelegt, dass dann, wenn wegen vorübergehenden Fehlens sachlicher oder struktureller Voraussetzungen Vorschriften des Vertrages nicht ihrem Wortlaut nach anwendbar seien, sie sinngemäß anzuwenden seien. Dies trug dem Umstand Rechnung, dass in der damaligen Umbruchsituation möglicherweise nicht alle Besonderheiten des jeweiligen Falles von den vertragschließenden Parteien zum Zeitpunkt des Vertragschlusses bereits in vollem Umfang erkannt und gewürdigt werden konnten. So verhielt es sich auch im vorliegenden Fall. Die vertragschließenden Parteien haben übersehen, dass sich möglicherweise bestandsgeschützte Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) in universitärer Trägerschaft befinden bzw. - wie im vorliegenden Fall - in eine solche gewechselt haben könnten. Aus diesem Grunde fehlte im RGV eine ausdrückliche Regelung für derartige Fälle, d.h. Universitätspolikliniken, die nicht nach [§ 117 SGB V](#) ermächtigt waren, aber kraft Gesetzes an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung von Versicherten teilnahmen.

Dem steht auch nicht entgegen, dass § 3 Abs. 3 RGV eine ausdrückliche Regelung für die Vergütung der Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) enthielt, die nicht danach unterscheidet, in welcher Trägerschaft sich die jeweilige Einrichtung befindet. Denn aus der Systematik und dem Zweck des Vertrages ist zu schließen, dass hiermit ausschließlich diejenigen bestandsgeschützten Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) gemeint sein konnten, die sich nicht in universitärer Trägerschaft befinden. Dies ergibt sich vor allem aus der Erwägung, dass kein sachlicher Grund dafür ersichtlich ist, die ambulanten Leistungen von Kliniken, die rechtlich Bestandteil von Hochschulkliniken sind, vergütungsrechtlich je nach der Form des Zugangs der betroffenen Einrichtung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung differenziert zu behandeln (BSG, Urteil vom 26. Januar 2000, [B 6 KA 47/98 R](#), [SozR 3-2500 § 311 Nr. 6](#)). Denn auch solche Polikliniken, die nicht im Besitz einer Ermächtigung sind, können als Hochschulambulanz im Sinne des [§ 120 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) zu verstehen sein. Polikliniken in diesem Sinne sind alle poliklinischen Institutsambulanzen der Hochschulen, und zwar auch außerhalb des Anwendungsbereichs des [§ 117 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), insbesondere im Rahmen des [§ 120 Abs. 3 Satz 1](#) und 2 SGB V (BSG a.a.O.). Zu den Polikliniken im Sinne des [§ 120 Abs. 3 SGB V](#) gehören auch solche einer Hochschulklinik zugeordneten Fachambulanzen, deren Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung nicht auf einer Ermächtigung nach § 31a Abs. 1 Zulassungsverordnung Ärzte oder auf [§ 117 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), sondern auf [§ 311 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) beruhen. Der Grund für eine besondere Vergütung von Polikliniken in der Trägerschaft von Hochschulen liegt allein darin, die Krankenkassen von der Finanzierung des Aufwandes für Forschung und Lehre teilweise freizustellen. Rechtlicher Anknüpfungspunkt für diese besondere Vergütung ist aus diesem Grunde ein institutioneller und nicht etwa ein fallbezogen-individueller (BSG a.a.O.).

Diese Erwägungen haben zur Folge, dass zur Überzeugung des Senats die vertragschließenden Parteien des RGV, sofern sie die besondere Konstellation des vorliegenden Falles im Blick gehabt hätten, ihn einer Vergütung nach § 3 Abs. 6 RGV und nicht etwa einer Vergütung nach § 3 Abs. 3 RGV zugeordnet hätten. Anderenfalls würde sich im Ergebnis herausstellen, dass identische ambulante Leistungen identischer Hochschulambulanzen unterschiedlich zu vergüten wären, je nach dem, worauf der Zulassungs- bzw. Ermächtigungsstatus der jeweiligen Hochschulambulanz beruht. Hätten die vertragschließenden Parteien ein solches, vor dem Hintergrund der oben genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts besonders befremdliches Ergebnis herbeiführen wollen, hätte es einer ausdrücklichen vertraglichen Regelung bedurft. Selbst in diesem Fall hätte sich die Frage gestellt, ob ein derartiger Vertragsschluss vor dem Hintergrund des gesetzlichen Regelungssystems, insbesondere der [§§ 120, 117 SGB V](#), überhaupt wirksam gewesen wäre. Aus dem Fehlen einer derartigen Regelung kann jedenfalls nur geschlossen werden, dass die vertragschließenden Parteien diese besondere Konstellation einer nicht ermächtigten Universitätspoliklinik nicht gesehen haben und dass dementsprechend im Wege der ergänzenden Vertragsauslegung

eine Zuordnung nach § 3 Abs. 6 RGV auch für die vorliegend streitbefangene Vergütung vorzunehmen war.

Vor diesem Hintergrund bedarf es im vorliegenden Berufungsverfahren auch keiner Entscheidung, ob die hier streitbefangene Poliklinik tatsächlich eine bestandsgeschützte Einrichtung nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) war oder ob sie diese Voraussetzungen nicht erfüllte. Denn unabhängig vom Ausgang einer solchen Feststellung würde sich für den vorliegenden Vergütungsrechtsstreit keine Änderung ergeben: Sollte sich herausstellen, dass die streitbefangene Einrichtung tatsächlich Bestandsschutz nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) besaß, so wäre aus den bereits genannten Gründen gleichwohl eine Vergütung der Leistungen nach § 3 Abs. 6 RGV vorzunehmen gewesen; dieser Anspruch ist von der Beklagten indessen bereits erfüllt worden. Sollte sich hingegen herausstellen, dass die streitbefangene Einrichtung keinen Bestandsschutz genoss, würde sich ebenfalls kein erhöhter Vergütungsanspruch ergeben, weil dann § 3 Abs. 3 RGV keine Anwendung finden könnte. In diesem Falle wäre zudem fraglich, ob eine Vergütung der Leistungen überhaupt (nach § 3 Abs. 6 RGV) vorzunehmen gewesen wäre. Diese Frage bedarf jedoch keiner Entscheidung, weil die Beklagte die (höchst mögliche) Vergütung der Leistungen erbracht hat.

II.

Auch der außerhalb der Berufungsanträge gestellte Feststellungsantrag der Klägerin und der Beigeladenen zu 6. hat keinen Erfolg.

1. Der Senat entscheidet auch über diesen Feststellungsantrag gemäß [§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) i.V.m. [§ 33 Satz 2](#), [§ 40 Satz 1 SGG](#) in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte. Für die Abgrenzung der in [§ 12 Abs. 3 Satz 1 SGG](#) angesprochenen Angelegenheiten des Kassenarztrechts und der in Satz 2 genannten Angelegenheiten der Kassenärzte ist nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ausschlaggebend, wie nach den maßgebenden rechtlichen Vorschriften die Verwaltungsstelle zusammengesetzt ist, die über den streitigen Anspruch zu entscheiden hat (BSG, Urteil vom 25. November 1998, [B 6 KA 4/98 R](#), [SozR 3-2500 § 95 Nr. 18](#)). Ist zweifelhaft und umstritten, ob ein allein aus Kassenärzten oder ein paritätisch (gemischt) zusammengesetztes Entscheidungsgremium zuständig ist, ist in so genannter paritätischer Besetzung der Richterbank zu entscheiden (BSG a.a.O.).

Diese Grundsätze gelten sinngemäß auch dann, wenn Streitgegenstand nicht eine Verwaltungsentscheidung, sondern die Feststellung des Bestehens eines Rechtsverhältnisses ist. Wird ein solches gegenüber einem Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen geltend gemacht, rechnet der Rechtsstreit zu den Angelegenheiten des Kassenarztrechts, so dass in paritätischer Besetzung der Richterbank zu entscheiden ist. Nimmt der Rechtsschutzsuchende dagegen eine nur aus Ärzten bestehende Institution wie die Beklagte auf Feststellung des Bestehens eines Rechtsverhältnisses in Anspruch, ist in der Besetzung mit zwei Ärzten als ehrenamtlichen Richtern zu entscheiden. Eine solche Situation ist auch im vorliegenden Fall gegeben, denn die Klägerin hat ihr Begehren auf Statusfeststellung allein der Beklagten gegenüber geltend gemacht. Der vom Senat gegebene Hinweis, dass der Zulassungsstatus der hier streitbefangenen Poliklinik möglicherweise nicht gegenüber der Beklagten, sondern gegenüber den Zulassungsgremien geltend gemacht werden muss, führt hier im Rahmen der Anwendung des [§ 12 Abs. 3 SGG](#) zu keiner anderen Beurteilung.

Bei der Anwendung von Besetzungsvorschriften steht der Gesichtspunkt der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit im Vordergrund. Die Feststellung, wer im konkreten Fall der gesetzliche Richter ist, soll möglichst ohne Schwierigkeiten getroffen werden können (BSG, a.a.O.). Da bei Feststellungsklagen regelmäßig keine Verwaltungsentscheidungen vorliegen, die die Behörde, die entschieden hat, sowie deren Zusammensetzung erkennen lassen, kommt dem Klageantrag auch für die Besetzung der Richterbank entscheidende Bedeutung zu. Wenn die Klägerseite ausdrücklich und ausschließlich einen bestimmten Beklagten auf eine konkrete Feststellung in Anspruch nimmt, können Überlegungen darüber, ob der formulierte Antrag das klägerische Begehren tatsächlich erschöpft und wem gegenüber gegebenenfalls mit Aussicht auf Erfolg welche Feststellung sachgerechter Weise begehrt werden könnte, die Besetzung der Richterbank grundsätzlich nicht beeinflussen. Anderenfalls hinge die Feststellung des gesetzlichen Richters von der vorherigen Lösung tatsächlicher oder rechtlicher Streitfragen unter Bewertung unübersichtlicher Interessenlagen ab, was im Rahmen der Anwendung von Besetzungsregeln gerade vermieden werden muss (BSG, a.a.O.).

2. Die Feststellungsklage ist zulässig, insbesondere liegt keine unzulässige Klageänderung nach [§ 99 SGG](#) vor, weil sich die Beklagte spätestens im Termin zur mündlichen Verhandlung vom 10. März 2004 auf den Antrag in der Sache eingelassen hat.

3. Der Antrag ist jedoch nicht begründet. Im Hinblick auf das Feststellungsbegehren ist die Beklagte nicht passivlegitimiert, denn der Feststellungsanspruch ist materiell-rechtlich ihr gegenüber nicht geltend zu machen. Er ist nur gegenüber den Zulassungsgremien und nicht isoliert gegenüber der Beklagten zu erstreiten.

[§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) bestimmt, dass an der vertragsärztlichen Versorgung die zugelassenen und ermächtigten Ärzte sowie ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen teilnehmen. Die Zulassung ist danach der statusbegründende Akt, der den Weg zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit allen Rechten und Pflichten freigibt. Zur Entscheidung über die Zulassung, deren Fortbestehen bzw. ihre Aufhebung sind die in §§ 96, 97 genannten Zulassungsgremien zuständig. Wenn das Gesetz in allen Zulassungsangelegenheiten ausnahmslos die Zuständigkeit der Zulassungsgremien normiert, gilt das sinngemäß auch für Verfahren, in denen der Zulassungsstatus als solcher streitig ist und allein im Wege der Feststellungsklage geltend gemacht wird (BSG, Urteil vom 25. November 1998, [B 6 KA 4/98 R](#), [SozR 3-2500 § 95 Nr. 18](#)).

Die Zulassung von Ärzten zur vertragsärztlichen Tätigkeit stellt traditionell eine den Ärzten und Krankenkassen gemeinsam zugewiesene Aufgabe dar, die durch Gremien der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen wahrgenommen wird. Nichts anderes gilt auch im Hinblick auf kraft Gesetzes zugelassene Einrichtungen nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#), weil hierdurch die überkommene Systematik nicht durchbrochen werden sollte. Ebenso wie die Feststellung einer Kassenärztlichen Vereinigung über den Zulassungsstatus keine bindende Wirkung gegenüber den Krankenkassen auslösen kann, können die Krankenkassen - einzeln oder gemeinschaftlich handelnd - keine Feststellungen mit Wirkung zu Gunsten und zu Lasten der Kassenärztlichen Vereinigung darüber treffen, dass ein Arzt vertragsärztlich tätig sein darf. Das in der Systematik der gesetzlichen Regelungen vorgegebene Verfahren in Streitigkeiten über die Dauer oder den Fortbestand des Zulassungsstatus besteht darin, dass derjenige, der bei bestehenden Auffassungsunterschieden insoweit an einer Klärung interessiert ist, einen Antrag auf entsprechende Feststellung an den Zulassungsausschuss richtet (BSG, a.a.O.). Gegen dessen Entscheidung kann dann gemäß [§ 96 Abs. 4 SGB V](#) der Berufungsausschuss angerufen werden, dessen Entscheidungen wiederum vor den Sozialgerichten angefochten werden können. Bedarf es hingegen - wie im Falle der Statusfeststellung nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) - nicht notwendig eines

Verwaltungsverfahren, so ist auch in diesem Falle allein der Berufungsausschuss für einen entsprechenden Feststellungsantrag der richtige Beklagte, weil er das Gremium der gemeinsamen Selbstverwaltung von Ärzten und Krankenkassen ist, welches Entscheidungen in Zulassungsangelegenheiten im gerichtlichen Verfahren zu vertreten hat (vgl. BSG, a.a.O.).

Die Klägerin bzw. die Beigeladene zu 6. könnten danach einen Anspruch auf Feststellung des Zulassungsstatus der F-V-Klinik nach [§ 311 Abs. 2 SGB V](#) allein gegenüber den Zulassungsgremien - und im Gerichtsverfahren gegenüber dem Berufungsausschuss - geltend machen. Gleichwohl ist der Senat nicht gehalten, der Klägerin und der Beigeladenen zu 6. vor einer abschließenden Entscheidung über den Feststellungsantrag Gelegenheit zu geben, eine rechtsbehelfsfähige Entscheidung zunächst des Zulassungsausschusses und gegebenenfalls anschließend des Berufungsausschusses herbeizuführen und deren Rechtmäßigkeit gerichtlich klären zu lassen. Zum einen ist bereits fraglich, ob überhaupt ein Verwaltungsverfahren der Zulassungsgremien durchzuführen ist, oder ob nicht sogleich eine Feststellungsklage - dann allerdings gegen den Berufungsausschuss - zu erheben wäre. Zum anderen hat die Klägerin deutlich gemacht, dass sie ihr Begehren gegen die Beklagte und nicht gegen die Zulassungsgremien richtet. Vor allem aber müsste der Senat über ein gegen die Zulassungsgremien gerichtetes Begehren der Klägerin - wie bereits ausgeführt - in anderer Besetzung - nämlich mit je einem Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte bzw. der Krankenkassen - entscheiden, so dass eine Entscheidung im vorliegenden Verfahren über den Zulassungsstatus der F-V-Klinik nicht ergehen könnte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden Fassung und entspricht dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2004-08-20