L 1 KR 141/14 ZVW

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 79 KA 167/05
Datum
01.09.2010
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 141/14 ZVW
Datum
17.06.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Die Regelungen im AOP-Vertrag 2005 zur Erstattung der Sachkosten bei ambulanten Operationen im Krankenhaus verstoßen nicht gegen das Gebot der einheitlichen Vergütung in § 115 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V.
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 1. September 2010 wird zurückgewiesen. Die Klägerin hat die Kosten des Verfahrens zu tragen, mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die diese selbst zu tragen haben. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die vom Beklagten im Wege eines Schiedsspruchs festgesetzte Vergütung von Sachkosten bei ambulanten Operationen und stationsersetzenden Eingriffen im Krankenhaus.

Nach dem am 1. Januar 1993 in Kraft getretenen § 115b SGB V sind Krankenhäuser auf der Grundlage eines von den Spitzenverbänden der Krankenkassen (die Beigeladenen zu 1.-6.), nunmehr der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (der Beigeladene zu 8.), der Deutschen Krankenhausgesellschaft (der Klägerin) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (die Beigeladene zu 7.) zu schließenden Vertrags zur ambulanten Durchführung der in dem Vertrag genannten Operationen und stationsersetzenden Eingriffe zugelassen. Die Vertragspartner hatten entsprechend § 115b SGB V einen Vertrag über ambulantes Operieren und stationsersetzende Eingriffe im Krankenhaus (AOP-Vertrag) vereinbart, der bis zum 31. März 2005 Gültigkeit hatte. Dort war für die Krankenhäuser zum Ausgleich ihrer Aufwendungen für Sachmittel bei ambulanten Operationen im Wesentlichen nur ein prozentualer Aufschlag auf das Honorar vorgesehen.

Nachdem die Verhandlungen über eine Anschlussregelung ergebnislos geblieben waren, rief die Klägerin am 15. Oktober 2004 das erweiterte Bundesschiedsamt (den Beklagten) an. In Bezug auf die (bis heute) streitig gebliebenen Sachmittel beantragte die Klägerin, dass sie den Krankenhäusern nach den für Vertragsärzte geltenden Vorschriften zu erstatten seien. Die Spitzenverbände der Krankenkassen meinten dagegen, dass die für Vertragsärzte geltenden Vergütungsstrukturen die Möglichkeit zu Wirtschaftlichkeitsprüfungen voraussetzten, so dass eine Übernahme dieser Regelungen nicht in Betracht komme.

Durch Beschluss vom 30. April 2005 setzte der Beklagte aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 18. März 2005 die Vergütung von Sachkosten in § 9 Abs. 1 - 5 AOP-Vertrag wie folgt fest:

(1) Die Kosten des Praxisbedarfs sind mit den ärztlichen Leistungen des EBM vergütet und werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt. (2) Sachkosten, die im Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen dieses Vertrages entstehen und die -nicht mit den ärztlichen Leistungen - nicht mit den vertraglich vereinbarten Sachkostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM nicht mit den Vereinbarungen gemäß Abs. 3 und Abs. 4 abgegolten sind, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7,0 % vergütet. (3) Nachfolgende Sachkosten werden zusätzlich zu der Vereinbarung in Abs. 2 nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie den Betrag von 15,00 EUR im Einzelfall überschreiten: -Im Körper verbleibende Implantate -Röntgenkontrastmittel -Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse und Einführungsbesteck im Zusammenhang mit angiologisch-diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen -Iris-Retraktoren und Injektionshalterungen bei ophtalmochirurgischen Eingriffen - Ophthalmica (Perfluordecaline, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophtalmochirurgischen Operationen Narkosegase, Sauerstoff. (4) Übersteigt der Preis eines Arzneimittels im Einzelfall einen Betrag von 65,00 EUR und ist er nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß Abs. 2 und 3, erfolgt eine zusätzliche Erstattung. Die Erstattung erfolgt in der Höhe der Hälfte des rechnerischen Bruttopreises im Einzelfall. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage einer Einzeldosis, der größten angegebenen Packungseinheit der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe).

(5) Die Abrechnung der Sachkosten gemäß Abs. 3 und der Arzneimittel gemäß Abs. 4 erfolgt zwischen dem Krankenhaus und den Krankenkassen gemäß § 18. Das Krankenhaus wählt dabei Materialien, die mit den Sachkosten gemäß Abs. 3 vergütet werden unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes und der medizinischen Notwendigkeit aus. Es hat die rechnungsbegründenden Unterlagen in Form der Originalrechnungen für die Dauer von fünf Jahren aufzubewahren und vorzuhalten. Aus den Originalrechnungen muss der Name des Herstellers bzw. des Lieferanten, die Artikelbezeichnung sowie die vom Hersteller bzw. Lieferanten festgelegte Artikelnummer hervorgehen. Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und gegebenenfalls die vom Hersteller bzw. vom Lieferanten gewährte Rückvergütung wie insbesondere Preisnachlässe, Rabatte und andere geldwerte Vorteile mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben. ( )

Zu der Höhe einer prozentualen Pauschale, der Anwendbarkeit von EBM-Kostenpauschalen, den Voraussetzungen und des Umfangs der gesonderten Kostenerstattung für einzelne Materialien und der Vergütung von Arzneimitteln nach der Lauertaxe hatten die Klägerin und die Beigeladenen zu 1) bis 7) im Verlauf des Schiedsverfahrens jeweils unterschiedliche Vorstellungen formuliert.

Zur Begründung seiner Entscheidung führte der Beklagte aus, dass der im Gesetz formulierte Grundsatz einheitlicher Vergütungen für Vertragsärzte und Krankenhäuser nicht undifferenziert auf die Erstattung von Sachkosten angewandt werden könne. Es gebe hier nämlich unterschiedliche Strukturen, weil Krankenhäuser in der Lage seien, sich Sachmittel und insbesondere Arzneimittel preisgünstiger zu beschaffen als Vertragsärzte. Ein System der Einzelerstattung sei zu aufwändig und bürokratisch. Sachgerecht sei dagegen ein pauschaler Aufschlag auf das Honorar von 7%. Mit der verbliebenen Möglichkeit von Einzelabrechnungen werde die notwendige Individualisierung gesichert, soweit ein Betrag von 15,- EUR überschritten worden sei. In Bezug auf die Beschaffung von Arzneimitteln habe man Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Beschaffung durch die Krankenhäuser gesehen. Die in § 9 enthaltene Gesamtregelung solle auch nur für eine Übergangszeit bis zum 31. Dezember 2005 gelten.

Mit der am 8. Juni 2005 bei dem Sozialgericht Berlin eingegangenen Klage begehrt die Klägerin die teilweise Aufhebung des Schiedsspruchs des Beklagten. Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 1. September 2010 abgewiesen. Ein Anspruch auf die Vergütung von Sachkosten in gleicher Höhe wie bei den Vertragsärzten bestehe nicht. Ein Gutachten sei nicht einzuholen gewesen. Die erforderliche Sachkunde und der Ausgleich der unterschiedlichen Interessen der Beteiligten seien bereits durch die Zusammensetzung der Schiedsstelle Rechnung gewährleistet worden.

Die gegen das Urteil eingelegte Berufung hat der für das Vertragsarztrecht zuständige 7. Senat des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg durch Urteil vom 27. Mai 2013 zurückgewiesen. Er sah seine Zuständigkeit gegeben, weil die dem Rechtsstreit zugrundeliegende Norm unmittelbar vertragsärztliche Belange angehe. Die Vereinbarung eines Katalogs ambulant durchführbarer Operationen betreffe auch die von niedergelassenen Ärzten nach den Regeln des Vertragsarztrechtes erbrachten Leistungen. Die erhobene Aufhebungs- und Neubescheidungsklage sei als statthafte Klageart anzusehen, die Durchführung eines Vorverfahrens nicht erforderlich gewesen. Das Verfahren sei auch durch Zeitablauf noch nicht erledigt. Obwohl der streitige Vertrag nur vom 1. April 2005 bis zum 30. September 2006 Geltung gehabt habe, sei die Beschwer der Klägerin nicht weggefallen, da sie allen ambulant operierenden Krankenhäusern empfohlen habe, ihre Abrechnungen für diesen Zeitraum nur unter Vorbehalt zu erstellen. Der den Gegenstand des Rechtsstreits bildende Schiedsspruch sei nur eingeschränkt der gerichtlichen Kontrolle zugänglich. Es sei nur zu überprüfen, ob die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und inhaltlich die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten worden seien. Bezüglich des Verfahrens seien Mängel weder gerügt worden noch ersichtlich. In inhaltlicher Hinsicht sei der Schiedsspruch nicht zu beanstanden. Maßstab für seine Rechtmäßigkeit sei § 115b SGB V. Zweck dieser Vorschrift sei es im Wesentlichen, den Krankenhäusern die Möglichkeit zum ambulanten Operieren zu eröffnen. Die dort vorgeschriebene dreiseitige Vereinbarung solle für vertragsärztliche Praxen und Krankenhäuser gleiche Leistungs- und Vergütungsbedingungen festlegen und so einen fairen Wettbewerb ermöglichen. Gegen diese Vorgaben verstoße der Schiedssprich nicht, die in ihm enthaltenen Regelungen blieben vielmehr innerhalb des Gestaltungsspielraums. Der Schiedsspruch habe klassischen Kompromisscharakter, die Bevorzugung einer Partei sei nicht zu erkennen. Die Klägerin habe im Laufe des Schiedsverfahrens selbst deutlich gemacht, dass sie auch mit einer pauschalen Erstattung von Sachmittelkosten zufrieden sei. Die praktische Tragfähigkeit des Schiedsspruches zeige sich daran, dass sich Methode und Struktur der Sachkostenvergütung bis auf den heutigen Tag nicht geändert hätten, auch wenn die Klägerin mittlerweile bessere Konditionen ausgehandelt habe. Mit seiner Regelung eines pauschalen Zuschlags von 7% auf die Honorarsumme bewege sich der Schiedsspruch genau in der Mitte der Positionen der Klägerin und der Krankenkassen. Auch bei der Regelung in § 9 Abs. 3 zu den Sachkosten sowie in § 9 Abs. 4 über die Erstattung von Arzneimittelkosten habe der Beklagte einen Mittelweg gefunden. Alle Regelungen seien demnach vom Kompromisscharakter geprägt und die gefundenen Lösungen von sachgerechten Erwägungen getragen. Nicht zu beanstanden sei die Differenzierung, dass die Erstattung von Sachmittelaufwendungen etwas Anderes sei als die Vergütung der eigentlichen Operation. Die Krankenhäuser könnten Sach- und Arzneimittel zu günstigeren Preisen als die Vertragsärzte beziehen. Zudem habe der Schiedsspruch in seinen umstrittenen Passagen den Charakter einer Anfangs- und Erprobungsregelung. Das führe zu einem besonders weiten Gestaltungsspielraum. Demnach widerspreche es nicht der gesetzlichen Vorgabe, dass der Beklagte dem Wunsch der Klägerin nach einer Einzelkostenerstattung nicht entsprochen habe. Für die Sachkosten sei eine vollständige Kongruenz schon aus strukturellen Gründen nicht erreichbar. Selbst wenn auch die Vereinbarung einer Einzelkostenerstattung mit dem Gesetz vereinbar gewesen wäre, habe die Klägerin doch keinen Anspruch darauf gehabt. Es wäre Aufgabe der Klägerin gewesen, die behauptete Kostenunterdeckung bis zum Abschluss des Schiedsverfahrens nachvollziehbar darzulegen. Auf die erstmals während des gerichtlichen Verfahrens vorgelegten Berechnungen könne die Klägerin sich nicht stützen. Das Gericht dürfe seiner Entscheidung keinen anderen Sachverhalt zugrunde legen, als der von dem der Beklagte unter Beachtung des Amtsermittlungsgrundsatzes ausgehen konnte.

Auf die von dem Landessozialgericht zugelassene Revision hin hat das Bundessozialgericht am 4. März 2014 das Urteil des Landessozialgerichts aufgehoben und den Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung zurückverwiesen. Das Urteil beruhe auf einer Gesetzesverletzung, weil das erkennende Gericht nicht vorschriftsmäßig besetzt gewesen sei. Denn es hätte mit drei Berufsrichtern und je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Versicherten und Arbeitgeber entscheiden müssen. Daran ändere nichts, dass der Gesetzgeber den Gegenstand des Vertragsarztrechts erst präzisiert habe, als der Rechtsstreit bereits erstinstanzlich anhängig gewesen sei. Die Klage sei als Anfechtungsklage zulässig. Zutreffend sei das Landessozialgericht von dem Fortbestand des Rechtsschutzinteresses ausgegangen. Die vorgenommene Festsetzung der Vergütung von Sachkosten unterliege der gerichtlichen Kontrolle im gleichen Umfang wie ein Vertrag, der durch den Schiedsspruch ersetzt werde. In formeller Hinsicht sei zu prüfen, ob der Beklagte den von ihm zugrunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren ermittelt habe und der Schiedsspruch ausreichend begründet sei. In materieller Hinsicht

komme es darauf an, ob der zugrunde gelegte Sachverhalt zutreffe und die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet worden seien. Für weitere Einschränkungen der Überprüfbarkeit sei entgegen der Ansicht des Landessozialgerichts kein Raum.

Die Klägerin trägt nunmehr vor, dass die Frage, ob ein Leistungserbringer, der Sachmittel in größeren Mengen einkaufe, ggf. höhere Rabatte erziele, für die Vergütung von ambulanten Operationsleistungen nur eine Rolle spielen könne, soweit Sachmittel betroffen seien, die von Krankenhausträgern und Vertragsärzten gekauft und mittels der AOP-Vergütung refinanziert würden. Im Schiedsverfahren sei nicht erörtert worden, ob und gegebenenfalls in welchem Umfang bei den im Katalog aufgenommenen Operationen tatsächlich eine typische "Einkaufs-Mengendifferenz" anfalle. Stattdessen sei die rechtliche These aufgestellt worden, dass, wenn Krankenhäuser geringere Kosten bei ambulanten Operationen hätten, diese dann ein Grund für eine ungleiche Vergütung sein könnten. Über die relevanten Tatsachen habe ein Dissens bestanden, trotzdem sei zu ihnen nicht näher ermittelt worden. Der Schiedsspruch habe auch nicht auf einen angeblichen Konsens abgestellt, sondern den Krankenhäusern erst Anreize zum kostengünstigen Einkauf setzen wollen. Der fehlende Konsens werde auch durch die ab dem 1. Januar 2006 geltenden Regelungen nicht hergestellt, die eine Verbesserung der Abrechnung von Sachkosten vorsehen würden. Der Beklagte habe eine bloße Behauptung zum tragenden Grund seiner Entscheidung über die Sachkosten gemacht. Er habe aber stattdessen die Möglichkeit gehabt, der Frage von günstigeren Beschaffungsmöglichkeiten für Krankenhäuser nachzugehen. Die Vorlage von entsprechenden Beweismitteln sei auch nicht ihre – der Klägerin – Aufgabe gewesen. Die Verfahrensgestaltung sei vielmehr Sache des Beklagten. Sie – die Klägerin – habe nicht wissen können, auf welche Aspekte der Beklagte seine Entscheidung stützen würde. Der Beklagte habe aber Anlass gehabt, der Frage von etwaigen günstigeren Beschaffungsmöglichkeiten für Krankenhäuser nachzugehen, weil er sie für entscheidungserheblich hielt. Sie - die Klägerin – habe keine abschließende Entscheidung zu diesen Fragen im Termin vom 18. März 2005 gefordert. Auch die Verhandlungen zur Sachkostenerstattung im Jahre 2006 belegten nicht, dass die Parteien weitere Aufklärungen des Sachverhaltes für nicht notwendig hielten. Die lange Laufzeit des vorliegenden Verfahrens mache deutlich, dass es bislang noch zu keiner Einigung gekommen sei. Sie - die Klägerin – habe im Schiedsverfahren auch keine Gelegenheit gehabt, sich zu den entsprechenden tatsächlichen Annahmen des Beklagten zu äußern. Es könne nicht darauf ankommen, ob sie – die Klägerin – in der Verhandlung vor dem Bundesschiedsamt ihre bereits schriftsätzlich vorgetragenen Hinweise zu den unterschiedlichen Versorgungswegen noch einmal mündlich wiederholt habe. Sie habe entgegen der Darstellung der Beklagten keine Gesamtlösung angestrebt. Nachdem sich gezeigt habe, dass eine tragfähige und ausgewogene Gesamtlösung nicht erreicht werden konnte, sei sie mit der Stellung des Antrags vom 3. März 2005 auf ihre ursprünglichen Vorstellungen zur Sachkostenerstattung zurückgekehrt. Unerheblich sei, ob sie - die Klägerin – im Schiedsverfahren selbst auf einen baldigen Abschluss gedrängt habe. Der Beklagte sei verpflichtet gewesen, der Frage der angeblich günstigeren Beschaffungsmöglichkeiten für Krankenhäuser nachzugehen, wenn er hierauf seinen Schiedsspruch stützen wollte.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 1. September 2010 sowie die Beschlüsse des Beklagten vom 18. März 2005 in der Fassung des Bescheides vom 30. April 2005 bezüglich § 9 Abs. 2 bis 5 AOP-Vertrag 2005 aufzuheben.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Nach Auffassung des Beklagten ergibt sich aus den höheren Abnahmemengen und den damit möglichen Rabatten, dass Krankenhäuser sich Sachmittel günstiger als Vertragsärzte beschaffen könnten. Darüber habe es in der Schiedsamtsverhandlung auch keinen Dissens gegeben. Die Annahme werde auch durch die bis heute gültige Nachfolgeregelung im AOP-Vertrag bestätigt, wonach den Krankenhäusern die Arzneimittel zwar auf der Grundlage der Lauertaxe, aber nur mit einem Abschlag vergütet würden. Einzelheiten seien in der Schiedsamtsverhandlung vom 18. März 2005 nicht näher erörtert worden, weil die Beteiligten eine Gesamtlösung angestrebt hätten. Soweit eine Partei größere Nachteile für sich gesehen habe, wäre es ihre Sache gewesen, Unterlagen vorzulegen oder eine Vertagung zu beantragen. Das sei aber nicht geschehen. Schließlich habe die festgelegte Sachkostenvergütung auch nur für kurze Zeit gelten sollen, nämlich bis zum 31. Dezember 2005. Es habe sich um Kompromisslösungen gehandelt, für welche die Parteien weitere Sachverhaltsaufklärungen für nicht erforderlich hielten. Etwas anderes habe auch die Klägerin während der Schiedsamtsverhandlung nicht vorgetragen. Die Klägerin verkenne, dass die Vertragsparteien die einzelnen Sach- und Arzneimittelkosten nicht exakt berechnen wollten, sondern eine Gesamtlösung anstrebten. Entsprechend sei auch bei den Verhandlungen für 2006 verfahren worden. Weil diese Vorgehensweise vom Konsens aller Beteiligten getragen gewesen sei, habe es weder vor noch während der Schiedsamtssitzung Veranlassung gegeben, etwa durch Gutachten weitere Sachaufklärung zu der Angemessenheit der einzelnen Positionen zu betreiben. Das Schiedsamt habe ebenso wie die Beteiligten selbst die Kompetenz, Kompromisse und Gesamtlösungen zu entwerfen.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Akten des Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung hat keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts Berlin erweist sich auch nach nochmaliger Überprüfung gemäß den Vorgaben aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 4. März 2014 als zutreffend. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Aufhebung des Schiedsspruches des Beklagten vom 18. März 2005 in der Fassung des Bescheides vom 30. April 2005. Der Schiedsspruch ist nicht rechtswidrig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Rechtsgrundlage für den Schiedsspruch ist § 115b Abs. 3 SGB V. Danach wird – wenn eine Vereinbarung nach §115b Abs. 1 SGB V ganz oder teilweise nicht zustande kommt – ihr Inhalt durch das Bundesschiedsamt nach § 89 Abs. 4 SGB V festgesetzt, das dazu um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert wird, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der kassenärztlichen Bundesvereinigung vorgesehen ist (erweitertes Bundesschiedsamt).

Gemäß § 170 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat der Senat seiner Entscheidung die Rechtsauffassung des Bundessozialgerichts (BSG) zugrunde zu legen. Dem in der Streitsache bereits ergangenen Urteil des BSG vom 4. März 2014 – B 1 KR 16/13 R - ist in rechtlicher Hinsicht zunächst zu entnehmen, dass für die Entscheidung über die Rechtmäßigkeit des Schiedsspruches ein für die Angelegenheiten der

Krankenversicherung und nicht des Vertragsarztrechts zuständiger Spruchkörper berufen ist. Weiter ergibt sich aus dem Urteil des BSG, dass statthafte Klageart die (reine) Anfechtungsklage ist und dass das Rechtsschutzinteresse der Klägerin trotz Ablauf der Gültigkeitsdauer der von ihr angegriffenen Regelungen noch nicht weggefallen ist.

Inhaltlich verpflichtet das Urteil des BSG den Senat, seiner Entscheidung tragfähige Tatsachenfeststellungen zugrunde zu legen. Der Senat hat zudem davon auszugehen, dass der Beklagte bei den Festsetzungen der Vergütung von Sachkosten die gleiche Gestaltungsfreiheit wie die Vertragsparteien selber hat. In formeller Hinsicht kommt es für die Rechtmäßigkeit des Schiedsspruchs darauf an, ob der vom Beklagten zugrunde gelegte Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt worden und der Schiedsspruch ausreichend begründet ist. Die inhaltliche Kontrolle des Schiedsspruchs beschränkt sich darauf, ob der vom Beklagten zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und der Gestaltungsspielraum nicht überschritten worden ist, insbesondere die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe eingehalten sind. In diesem Rahmen darf von einer inhaltlichen Überprüfung des Schiedsspruchs aber nicht deswegen abgesehen werden, weil der Klägerin eine Verletzung von Mitwirkungsobliegenheiten vorgeworfen werden kann.

Der Senat ist unter Orientierung an den vom BSG vorgegebenen Maßstäben nicht zu dem Ergebnis gekommen, dass der mit der Klage angegriffene Schiedsspruch rechtswidrig ist. In formeller Hinsicht ist für eine Fehlerhaftigkeit des Schiedsspruchs nichts ersichtlich. Alle Beteiligten, insbesondere auch die Klägerin, haben dem Senat auf dessen ausdrückliche Nachfrage bestätigt, dass der Sachverhalt in einem fairen Verfahren ermittelt und der Schiedsspruch ausreichend begründet worden ist. Der Senat hat den ihm vorliegenden Aktenvorgängen auch keine Anhaltspunkte für eine gegenteilige Einschätzung entnehmen können.

Ebenso kann der Schiedsspruch inhaltlich bestehen. In Bezug auf die Festsetzung der Höhe der Vergütung für die bei ambulanten Operationen bzw. stationsersetzenden Eingriffen einzusetzenden Sachmittel geht der Schiedsspruch von der Annahme aus, dass den Krankenhäusern für die Beschaffung dieser Sachmittel regelmäßig geringere Kosten als den Vertragsärzten entstehen. Das ergibt sich aus der dem Schiedsspruch beigefügten Begründung. Der Senat ist der Auffassung, dass diese Annahme dem Grunde nach zutreffend ist.

Aus dem Fehlen von Preisbindungsvorschriften ergibt sich die Möglichkeit, dass Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte Sachmittel (einschließlich Arzneimittel), die beide gleichermaßen bei ambulanten Operationen verwenden, für unterschiedliche Preise erwerben. Selbst die arzneimittelrechtlichen Preisbindungsvorschriften gelten für Krankenhäuser auch im Rahmen von ambulanten Behandlungen nicht (vgl. BT-Drucks 16/12256, S. 66). Die fehlende Preisbindung für Sachmittel, insbesondere für Arzneimittel, bewirkt zur Überzeugung des Senats, dass die Krankenhäuser geringere Preise als die niedergelassenen Ärzte zahlen müssen. Es ist nämlich eine Erfahrungstatsache, dass Großabnehmer günstigere Preise erhalten als Einzelabnehmer. Was den Umfang der Abnahme von Sachmitteln und Medikamenten angeht, sind Krankenhäuser im Vergleich zu niedergelassenen Ärzten Großverbraucher. Es ist offensichtlich, dass in einem durchschnittlichen Krankenhaus eine höhere Zahl von Patienten behandelt und erheblich mehr medizinisches Personal tätig wird als in einer durchschnittlichen Vertragsarztpraxis. Das bedingt einen höheren Verbrauch an medizinischen Sachmitteln einschließlich Arzneimittel.

Die Einschätzung, dass Krankenhäuser beim Einkauf von Sachmitteln günstigere Preise am Markt durchsetzen können als die ambulant operierenden Ärzte im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, wird bestätigt zunächst durch den Gesetzgeber, der bei der Neuregelung des § 129a SGB V darauf gesetzt hat, dass Krankenhäusern bei dem Erwerb von Arzneimitteln im Vergleich zu den niedergelassenen Ärzten Einkaufsvorteile haben, aus denen sich Wirtschaftlichkeitsreserven ergeben, die an die Krankenkassen weiter geleitet werden sollten (vgl. BT-Drucks 16/12256, S. 66).

Auch die Klägerin stellt dem Grunde nach nicht in Frage, dass Sach- und Arzneimitteln von den Krankenhäusern zu niedrigeren Preisen als für Vertragsärzte möglich eingekauft werden können. Das hat sie in der mündlichen Verhandlung vielmehr ausdrücklich eingeräumt. Der Senat weist dazu weiter darauf hin, dass zwischen den Vertragsparteien, also auch von der Klägerin, vor und nach dem hier streitigen Zeitraum Regelungen vereinbart worden sind, welche eine Erstattung von Sachmitteln an Krankenhäuser unterhalb den für Vertragsärzte geltenden Sätzen vorsahen. In dem streitigen Schiedsverfahren gingen die den Akten zu entnehmenden Vorstellungen der Klägerin dahin, eine höhere Vergütung für Sachmittel zu erhalten, wobei eine Gleichbehandlung mit den Vertragsärzten die Maximalforderung war. Die Klägerin hat aber nie geltend gemacht, dass den Krankenhäusern für Sachmittel etwa höhere Kosten als den niedergelassenen Ärzten entstehen würden. Der klägerische Vortrag bestätigt das Preisgefälle schließlich auch insoweit, als er darauf hinweist, dass die Krankenhäuser für einige besondere Arzneimittel mittlerweile Preise in Höhe der Lauertaxe zahlen müssten ohne einen Nachlass zu erhalten. Damit wird nämlich gleichzeitig auch gesagt, dass im Übrigen für die Krankenhäuser günstigere Preise möglich sind.

Entgegen der Auffassung der Klägerin war weder der Beklagte noch ist nunmehr der Senat verpflichtet, die zwischen Krankenhäusern und Vertragsärzten zu beobachtenden Preisdifferenzen im Wege eines Gutachtens näher aufzuklären. Gegen eine solche Verpflichtung spricht nämlich, dass sich auch aus einem solchen Gutachten keine gesteigerte Richtigkeitsgewähr für die Entscheidung über die Höhe der Sachmittelvergütung ableiten ließe. Eine umfassende Sachaufklärung ist praktisch unmöglich, weil es keinen einheitlichen Preis für alle Krankenhäuser gibt, die durch den AOP-Vertrag zur Vornahme von ambulanten Operationen oder stationsersetzenden Eingriffen berechtigt sind. Der Preis des eingesetzten Sach- oder Arzneimittels wird nämlich durch die individuelle Vereinbarung zwischen Krankenhaus und Sachmittellieferant bestimmt. Bestenfalls bezogen auf bestimmte Sach- und Arzneimittel und bestimmte Krankenhäuser könnten durchschnittliche Preise für bestimmte Zeiträume der Vergangenheit ermittelt werden. Es gibt aber keine Vereinbarung zwischen den Vertragsparteien, aus der sich ableiten ließe, dass die für bestimmte Sach- und Arzneimittel in bestimmten Referenzzeiträumen zu beobachtenden Ergebnisse in der Zukunft verbindliche Basis für die Vergütung aller Sachmittel sein sollten. Insoweit bliebe die rechtliche Relevanz der durch ein Gutachten zu gewinnenden Erkenntnisse offen.

Die vom Beklagten auf der Grundlage unterschiedlicher Preise für Sach- und Arzneimittel für Krankenhäuser und Vertragsätzte gefundene Regelung der Vergütung verstößt nicht gegen zwingende gesetzliche Vorgaben. Die Ermächtigung zur Vereinbarung der Vergütung für das ambulante Operieren umfasst auch den Ersatz entstandener Sachkosten. Sinn und Zweck einer Vergütung für ambulante Operationen ist nämlich, dass die Krankenhäuser bzw. Vertragsärzte eine Gegenleistung für die von ihnen an die Versicherten der gesetzlichen Krankenkassen erbrachten Behandlungen erhalten. Soweit während dieser Behandlungen Sachmittel verbraucht wurden, sind sie Gegenstand der Vergütung. Dabei ist es zunächst nur eine abrechnungstechnische Frage, ob Sachmittel gesondert ausgewiesen werden oder aus einer insoweit nicht differenzierenden allgemeinen Vergütung für die Behandlung zu finanzieren sind.

Es ist auch mit dem Gesetz vereinbar, dass auf der Grundlage von geringeren Kosten die Vergütung für eingesetzte Sachmittel bei Krankenhäusern anders geregelt wird als bei den Vertragsärzten. Zwar ergibt sich aus § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V, dass einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte zu vereinbaren sind. Dieser Grundsatz gilt indessen nicht, soweit die den Krankenhäusern bzw. der Vertragsärzten bei der Vornahme der Operationen entstehenden eigenen Kosten zu betrachten sind (Steege in Hauck/Noftz, SGB V, § 115b Rn 20). Die vom Gesetzgeber angeordnete Gleichstellung der ambulant operierenden Krankenhäuser hinsichtlich der Vergütung mit den niedergelassenen Ärzten steht unter der Zielvorstellung, gleiche Wettbewerbsbedingungen bei ambulanten Operationen zu schaffen (BSG v. 11. April 2002 – B 3 KR 25/01 R - juris Rn 20). Demzufolge kann es unterschiedliche Erstattungen und Vergütungen für Bereiche geben, in denen die Wettbewerbsbedingungen nicht vergleichbar sind. Das Vorliegen von sachlich erheblichen Unterschieden vermag eine unterschiedliche Ausgestaltung der Vergütung auch dann zu rechtfertigen, wenn grundsätzlich das Gebot gilt, die Vergütung für eine Leistung, die von unterschiedlichen Leistungserbringern erbracht wird, einheitlich auszugestalten (BSG v. 12. Dezember 2012 – B 6 KA 3/12 R - juris Rn 27/28).

Nach der Rechtsauffassung des Senats liegt es in der Regelungskompetenz der Vertragsparteien und entsprechend auch in der des Beklagten, die Berechnung der Vergütung für die bei ambulanten Operationen verwandten Sach- und Arzneimittel von der Vergütung für die sonstigen Leistungen zu trennen und eigenen Regeln zu unterwerfen. Es liegt ein sachlicher Grund für eine unterschiedliche Behandlung vor, weil es sich insoweit jedenfalls bei den Vertragsärzten um durchlaufende Posten handelt und die den Leistungserbringern entstehenden eigenen Kosten - nach den vorigen Feststellungen - unterschiedlich hoch sind. Zudem ist es im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auch grundsätzlich möglich, dass für ambulante Operationen erforderliche Sach- und Arzneimittel gesondert verordnet und im Rahmen der ambulanten Versorgung unmittelbar von den Versicherten bezogen werden. Schließlich kann die rechtliche Beurteilung des Senats nicht daran vorbeigehen, dass nicht nur der Beklagte in dem streitgegenständlichen Beschluss, sondern für vor- und nachher liegende Zeiträume auch die Vertragsparteien einverständlich Regelungen vereinbart haben, die ebenfalls eine gesonderte Abrechnung der Sach- und Arzneimittel vorsehen. Die Orientierung an den Vorstellungen der Beteiligten entspricht dem Regelungskonzept des Gesetzgebers, der in § 115b SGB V die inhaltliche Verantwortung für die für das ambulante Operieren im Krankenhaus geltenden Regeln den Parteien der zu schließenden Verträge übertragen hat.

Ist demnach die gesonderte Abrechnung der Sach- und Arzneimittel mit den Vorgaben des Gesetzgebers vereinbar, konnte der von der Klägerin mit der Einleitung des Schlichtungsverfahrens (u.a.) gestellte Antrag, den Krankenhäusern die eingesetzten Arzneimittel wie den Vertragsärzten nach der Lauertaxe zu vergüten, von vornherein keinen Erfolg haben. Denn dann würde, weil die Lauertaxe regelmäßig für den Einkauf der Krankenhäuser nicht maßgeblich ist, wesentlich ungleiches gleich behandelt werden.

Wenn und soweit die von den Krankenhäusern für Sach- und Arzneimittel zu zahlenden (niedrigeren) Preise der tragende Grund für die Zulässigkeit einer Sonderregelung sind, läge es an sich nahe, die Höhe der Erstattungsbeträge an den tatsächlichen Kosten der Krankenhäuser zu orientieren. Eine solche Vorgehensweise wäre nach Auffassung des Senats mit dem Gesetz zwar vereinbar, aber nicht zwingend erforderlich. Denn gegen eine entsprechende Regelung spricht der entstehende Verwaltungsaufwand. Die Preise müssten nämlich für jedes Krankenhaus einzeln ermittelt werden, weil es eine für alle maßgebliche Preisvorschrift bei den Krankenhäusern – im Gegensatz zu der im vertragsärztlichen Bereich geltenden Lauertaxe – nicht gibt. Außerdem würde eine an den tatsächlich gezahlten Preisen orientierte Erstattung jede Veranlassung der Krankenhäuser zum wirtschaftlichen Verhalten wegfallen lassen. Das Interesse daran, ihre Marktmacht zur Vereinbarung günstiger Preise einzusetzen, fiele weg, wenn ihnen ihre Aufwendungen stets in entstandener Höhe erstattet würden. Insoweit kann der Beklagte für die von ihm gefundene pauschalierende Regelung auf das in § 12 SGB V verankerte Wirtschaftlichkeitsgebot verweisen.

Die Durchsetzung des Wirtschaftlichkeitsgebotes auch im Bereich der ambulanten Operationen im Krankenhaus spricht demnach für eine Pauschalregelung, die sich als solche von der Höhe der den Krankenhäusern im Einzelfall tatsächlich entstehenden Kosten ohne weiteres lösen darf. Dabei bleibt die Orientierung an den entstehenden Kosten gewahrt, wenn für Aufwendungen, die im Einzelfall deutlich oberhalb der Pauschale liegen, eine gesonderte Ausgleichsmöglichkeit geschaffen wird. Demnach spricht für die Rechtmäßigkeit des Schiedsspruches, dass er in § 9 Abs. 3 und 4 Regelungen enthält, auf deren Grundlage eine weitere Erstattung an die Krankenhäuser erfolgt, wenn ihre Aufwendungen für Sach- bzw. Arzneimittel bestimmte dort aufgeführte Wertgrenzen überschreiten.

Demnach sind die in dem Schiedsspruch für die Höhe der Erstattung von Sach- und Arzneimitteln benannten maßgeblichen Parameter, nämlich eine Pauschale, die unter bestimmten Voraussetzungen unter Berücksichtigung der tatsächlichen Aufwendungen zu korrigieren ist, mit den gesetzlichen Vorgaben vereinbar. Für die sachlich-inhaltliche Angemessenheit dieser Regelungen spricht auch, dass sie der Struktur nach, wenn auch mit anderen Zahlen, von den Beteiligten für die folgenden Zeiträume erneut vereinbart worden sind. Was die Höhe der in dem angegriffenen Schiedsspruch konkret festgesetzten Beträge angeht, ist nicht zu beanstanden, dass der Beklagte für die Bestimmung der Höhe der Erstattungssätze nicht auf eigene Ermittlungen zu den tatsächlichen Kosten, sondern auf die im Schiedsverfahren deutlich gewordenen Vorstellungen der Verfahrensbeteiligten gesetzt und zwischen ihnen einen Ausgleich gesucht hat. Diese Vorgehensweise wird durch die Erwartung gedeckt, dass die Beteiligten die für sie maßgebenden Verhältnisse regelmäßig selbst zutreffend einschätzen können. Der Schiedsspruch formuliert eine Regelung etwa in der Mitte der von der Klägerin erhobenen Forderungen und den Angeboten der Krankenkassen

Nach alledem war die Berufung zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach § 197a SGG iVm § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Der Senat hat die Revision gemäß § 160 Abs. 2 SGG zugelassen. Nach seiner Auffassung hat die Rechtsfrage nach der Reichweite des in § 115b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V verankerten Gebotes der einheitlichen Vergütung grundsätzliche Bedeutung.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2016-09-19