

L 5 KA 268/15

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 6 KR 4340/09

Datum
29.08.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 268/15

Datum
26.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 29.08.2012 wird zurückgewiesen.

Die Klagen des Klägers werden abgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird endgültig auf 226.809,98 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Laborleistungen in Höhe von 226.809,98 EUR, die das klagende U. (im Folgenden Kläger), auf Überweisung von Ärzten (Belegärzte und niedergelassene Ärzte) und Hebammen für Neugeborene von Versicherten der Beklagten, einer Krankenkasse in R.-Pf., ab dem Jahr 2005 erbracht hat.

Durch den Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) vom 21.12.2004 (Bundesanzeiger Nr. 60 (S. 4833) vom 31.03.2005) wurde mit Wirkung vom 01.04.2005 das erweiterte Neugeborenen-Screening als Regelleistung der gesetzlichen Krankenkassen in die Richtlinien über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) unter A. Nr. 3 Satz 3 und Anlage 2 der Kinder-Richtlinien aufgenommen. Im Neugeborenen-Screening wird auf bestimmte angeborene, in § 5 Abs. 1 der Kinder-Richtlinien genannte Stoffwechsel- und Hormonerkrankungen getestet, bei denen eine Behandlung möglich ist und Folgeschäden durch den Beginn der Behandlung vor Einsetzen der Krankheitserscheinungen vermieden werden können. Nach § 13 der Anlage 2 der Kinder-Richtlinie ist eine Mindestzahl von 50.000 untersuchter Erstscreeningsproben innerhalb eines Jahres und in einem Labor Voraussetzung für die Teilnahme am Screening. Das Labor muss für die durchzuführenden Untersuchungen mit den entsprechenden technischen Einrichtungen ausgestattet sein und über qualifiziertes Personal verfügen. Die Genehmigung ist unter bestimmten Auflagen zu erteilen. In der Bundesrepublik Deutschland gibt es 12 Screeninglabors und zwei Screeningzentren. In R.-Pf. befindet sich kein Screeninglabor und kein Screeningzentrum (D. G. für N. E.V.; [http://www.sc -d.de/sc ...php](http://www.sc-d.de/sc...php) vom 27.09.2016).

Die Hochschulambulanz des Klägers ist gemäß [§ 117 Abs. 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur ambulanten ärztlichen Behandlung gesetzlich Krankenversicherter in dem für Forschung und Lehre erforderlichen Umfang ermächtigt. Sie verfügt über ein Screeninglabor, das die nach den Kinder-Richtlinien erforderliche Genehmigung hat. Die Einsender von Proben bezüglich des Neugeborenen-Screenings aus R.-Pf. werden seit 01.08.2002 ohne verbindliche Vorgabe gebeten, das Neugeborenen-Screening beim Kläger durchführen zu lassen (Ergebnisprotokoll der 25/02-Sitzung des Ausschusses für Krankenhausplanung [für R.-Pf.] am 29.08.2002 TOP 5). Nach dem Ergebnisprotokoll hatte der Kläger angeboten, das gesamte Neugeborenen-Screening für 5,11 EUR (für die Krankenhäuser) durchzuführen.

Die Landesverbände der Krankenkasse in Baden-Württemberg sowie die (damalige) Bundesknappschaft einerseits und die U. des Landes Baden-Württemberg, unter anderem auch der Kläger, schlossen den Grundvertrag über die Grundlagen der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen vom 14.07.2004 (im Folgenden Grundvertrag). Nach § 2 des Grundvertrages (Geltungsbereich) gelten der Grundvertrag und ergänzende Vergütungsvereinbarungen für die ambulante ärztliche und zahnärztliche Behandlung unter anderem für Versicherte der in [§ 4 Abs. 2 SGB V](#) genannten Krankenkassen (Nr. 1).

Zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen in Baden-Württemberg, u.a. der A., sowie der (damaligen) Bundesknappschaft und dem Kläger bestand im Jahr 2005 eine Vereinbarung über die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen des Klägers. Nach deren § 1 Abs. 1 regelt die Vergütungsvereinbarung die Durchführung und die Vergütung von ärztlichen Leistungen des Klägers nach § 120 Abs. 2 SGB V. Die Vergütungsvereinbarung bezieht sich nach § 1 Abs. 2 der Vereinbarung auf die Ermächtigung nach § 117 Abs. 1 SGB V vom 09.10.2002 und den Grundvertrag. Die Vergütungsvereinbarung gilt nach § 1 Abs. 3 der Vereinbarung hinsichtlich der Leistungsentgelte (z.B. Behandlungspauschalen) für die in § 2 Nr. 1 bis 4 des Grundvertrags genannten Personen, hinsichtlich der Obergrenze der Vergütung für die in § 2 Nr. 1 des Grundvertrags genannten Personen. Als Obergrenze der Vergütung vereinbarten die Vertragspartner einen Betrag von 23.313.362,98 EUR (§ 6 Abs. 1), nach § 6 Abs. 2 eine Verminderung des stationären Erlösbudgets wegen Leistungsverlagerungen sowie unter Berücksichtigung einer Obergrenzenberichtigung wegen Fallzahländerungen von saldiert 1.936.729,25 EUR und 227.146 Behandlungsfälle nach Anlage 2 (§ 6 Abs. 3). Die allgemeine Behandlungspauschale je Kalendervierteljahr betrug gemäß § 6 Abs. 4 der Vereinbarung 68,62 EUR. Der Finanzierungsbeitrag für das erweiterte Neugeborenencreening belief sich nach Anlage 1 Position (Pos.) 19 auf 388.000,00 EUR. Das erweiterte Neugeborenencreening wurde nach der Fußnote zu Pos. 19 in 2005 vorläufig über drei Wege finanziert:

1. rund 16.000 Einsendungen von niedergelassenen Vertragsärzten/Hebammen für TSH (Thyroidea-stimulierendes Hormon)-Untersuchungen,
2. Finanzierung des erweiterten Neugeborenencreenings mit 388.000,00 EUR und
3. rund 70.000 Einsendungen von Krankenhäusern für TSH-Untersuchungen.

Ferner war in dieser Fußnote ausgeführt, mit der Änderung der Kinder-Richtlinien zum 01.04.2005 würden betreffend der Finanzierung des umfassenden Neugeborenencreenings noch keine Vergütungsregelungen bestimmt. Es werde erwartet, dass der GBA dazu noch im Jahr 2005 Regelungen treffe. Entsprechend diesen Vergütungsregelungen hätten dann die Vertragspartner der Hochschulambulanz-Vergütungsvereinbarung 2005 für den betreffenden Zeitraum eine Ausgleichsvereinbarung und für 2006 eine neue Vergütungsvereinbarung für Neugeborenencreening zu schließen. Nach der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2006 vereinbarten die Vertragspartner als Obergrenze der Vergütung einen Betrag von 27.438.117,03 EUR (§ 6 Abs. 1), eine Verminderung des stationären Erlösbudgets wegen Leistungsverlagerungen sowie unter Berücksichtigung einer Obergrenzenberichtigung wegen Fallzahländerung von saldiert 4.275.471,96 EUR (§ 6 Abs. 2) und 234.961 Behandlungsfälle (§ 6 Abs. 3). Nach der Anlage 1 Pos. 41 wurde für das Neugeborenencreening von einer Fallzahl von 22.000, einem Pauschalentgelt pro Quartal von 11,44 EUR, einer Vergütung von 159.720,00 EUR und einer darin enthaltenen Ausgliederung aus dem stationären Budget für 2006 von 159.720,00 EUR ausgegangen. Nach der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2007 vereinbarten die Vertragspartner als Obergrenze der Vergütung einen Betrag in Höhe von 27.214.402,47 EUR (§ 6 Abs. 1), 235.461 Behandlungsfälle (§ 6 Abs. 2) und die Rückzahlung der Überschreitungen der Obergrenzen der Vergütung aus den Jahren 2005 und 2006 über die Abrechnung der allgemeinen Behandlungspauschale (§ 6 Abs. 3). Nach der Anlage 1 wurde für das Neugeborenencreening von 22.000 Fallzahlen, einem Pauschalentgelt von 11,44 EUR und einer Vergütungssumme von 251.680,00 EUR ausgegangen. Nach der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2008 vereinbarten die Vertragspartner als Obergrenze der Vergütung einen Betrag in Höhe von 28.817.301,55 EUR (§ 6 Abs. 1), 236.751 Behandlungsfälle (§ 6 Abs. 2) und die Rückzahlung der Überschreitungen der Obergrenzen der Vergütung aus den Jahren 2006 und 2007 über die Abrechnung der allgemeinen Behandlungspauschale (§ 6 Abs. 3). Nach der Anlage 1 wurde für das Neugeborenencreening weiterhin von 22.000 Fallzahlen, einem Pauschalentgelt von 11,44 EUR und einer Vergütungssumme von 251.680,00 EUR ausgegangen. Nach der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2009 vereinbarten die Vertragspartner als Obergrenze der Vergütung einen Betrag in Höhe von 30.487.608,92 EUR (§ 6 Abs. 1), 265.000 Behandlungsfälle (§ 6 Abs. 2) und die Rückzahlung der Ausgleichsbeträge aus 2007 und 2008 direkt an die Krankenkassen entsprechend ihren Anteilen an der vorläufigen Abrechnungssumme 2008 (§ 6 Abs. 4). Nach der Anlage 1 wurde für das Neugeborenencreening von 20.000 Fallzahlen, einem Pauschalentgelt von 10,40 EUR und einer Vergütungssumme von 208.000,00 EUR ausgegangen. Nach der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2010 vereinbarten die Vertragspartner als Obergrenze der Vergütung einen Betrag in Höhe von 33.041.864,25 EUR (§ 6 Abs. 1), 287.480 Behandlungsfälle (§ 6 Abs. 2) und die Rückzahlung des Ausgleichsbetrags aus 2008 direkt an die Krankenkassen entsprechend ihren Anteilen an der endgültigen Abrechnungssumme 2008 (§ 6 Abs. 4). Nach der Anlage 1 wurde für das Neugeborenencreening weiterhin von 20.000 Fallzahlen, einem Pauschalentgelt von 10,40 EUR und einer Vergütungssumme von 208.000,00 EUR ausgegangen. Nach der Vergütungsvereinbarung für das Jahr 2011 vereinbarten die Vertragspartner als Obergrenze der Vergütung einen Betrag in Höhe von 35.351.190,23 EUR (§ 6 Abs. 1), 288.580 Behandlungsfälle (§ 6 Abs. 2) und die Rückzahlung des Ausgleichsbetrags aus 2008 direkt an die Krankenkassen entsprechend ihren Anteilen an der endgültigen Abrechnungssumme 2009 (§ 6 Abs. 4). Nach der Anlage 1 wurde für das Neugeborenencreening weiterhin von 20.000 Fallzahlen, einem Pauschalentgelt von 10,40 EUR und einer Vergütungssumme von 168.400,80 EUR ausgegangen.

Zwischen dem ersten (I.) Quartal 2005 und dem vierten (IV.) Quartal 2011 erbrachte der Kläger auf der Grundlage von 11.487 Überweisungsscheinen von Ärzten und Hebammen für Versicherte der Beklagten Neugeborenencreenings, die er der Beklagten mit insgesamt 74 Rechnungen in Höhe von 226.809,98 EUR in Rechnung stellte, wobei er für die im Jahr 2005 durchgeführten Screenings jeweils 68,62 EUR, für die in den Jahren 2006 bis 2008 durchgeführten Screenings 11,44 EUR und ab 2009 10,40 EUR berechnete (Rechnungen vom 05.09.2005 bis 15.03.2012). Nach Behauptung des Klägers erfolgten Überweisungen wegen Leistungen des Neugeborenencreenings in 67 v.H. der Fälle durch Belegärzte geburtshilflicher Kliniken, 32 v.H. der Fälle durch niedergelassene Vertragsärzte und 1 v.H. der Fälle durch niedergelassene Hebammen. Er trug vor, die Belegärzte an r.-pf. Krankenhäusern hätten nach § 18 Abs. 1 Satz 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) zu Recht als Belegärzte Leistungen auf Überweisungsschein bei ihm angefordert. § 41 Abs. 6 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) gebe dem Belegarzt das Recht, eine Auftragsleistung auf Überweisungsschein nach außen zu vergeben, wenn das betreffende Fach nicht am Krankenhaus vertreten sei. Neugeborenencreenings fänden in dafür spezialisierten Laborzentren statt und müssten von Belegärzten immer beauftragt werden. Nicht zulässig sei, mit dem Krankenhaus die Leistung direkt abzurechnen, denn die Krankenhäuser seien nicht Auftraggeber. In die DRG (Diagnosis Related Groups)-Entgeltkalkulation der Belegabteilungen hätten die Neugeborenencreening-Leistungen nicht mit eingehen können, da sie schon immer auf Überweisung vom Belegarzt angefordert worden seien. Vor Einführung der Direktabrechnung mit den Krankenkassen ab 01.01.2003 habe er diese Leistungen immer mit der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Mit Einführung der Direktabrechnung hätten die Krankenkassen die Vergütungen für die Hochschulambulanzen dann bei den Kassenärztlichen Vereinigungen ausgegliedert. Ergänzend berief sich der Kläger auf das beigefügte Schreiben der Landesverbände der Krankenkassen Baden-Württemberg und der Knappschaft zur Frage der Abrechnung des Neugeborenencreenings über die Hochschulambulanz bzw. über die DRG bei Belegkrankenhäusern vom 16.10.2006. Ausweislich dieses

Schreibens spreche nichts gegen eine Abrechnung der Neugeborenen-Screening-Leistungen von Belegkrankenhäusern über die Hochschulambulanzvergütung für das Jahr 2006. Für das Jahr 2007 gingen sie, die Verbände, davon aus, dass diese Leistungen in den entsprechenden DRG's abgebildet seien.

Die Beklagte beglich die ab dem 05.09.2005 gestellten Rechnungen für ab dem I. Quartal 2005 erbrachte Neugeborenen-Screenings nicht. Sie reichte sie an den Kläger zurück mit der Bitte, diese Leistungen mit dem zuständigen Krankenhaus, in dem die überweisenden Ärzte als Belegärzte tätig seien, abzurechnen. Die entsprechenden Fallpauschalen für die Geburtsfälle seien bereits an die Krankenhäuser geleistet worden. Damit seien auch Laboruntersuchungen abgegolten. Es handle sich um Auftragsleistungen für die Krankenhäuser, in denen die Belegärzte tätig seien. Die Belegärzte hätten die Laborleistungen zu Unrecht per Überweisung veranlasst. Sie hätten dabei ohne Rechtsgrundlage gehandelt, denn das Krankenhaus habe die Laborleistungen sicherzustellen, weil diese entsprechend in die DRG eingeflossen seien. In den Verhandlungen zum Landeskrankenhausplan für R.-Pf. werde deshalb stets darauf hingewiesen, dass Labor- bzw. Screening-Leistungen von den Krankenkassen nicht zusätzlich vergütet würden, sondern diese von den Krankenhäusern sicherzustellen seien. Auch die A. habe mit - beigefügtem - Schreiben vom 05.07.2006 an den Kläger die Kostenübernahme für Neugeborenen-Screening Labor generell und mit gleicher Begründung abgelehnt. Darüber hinaus halte sie, die Beklagte, die geforderte Pauschale für unverhältnismäßig. Den Krankenhäusern sei diese Leistung zu einem Preis angeboten worden, der weniger als ein Zehntel des Rechnungsbetrags betrage.

Mit Schreiben vom 10.08.2009 forderte der Kläger die Beklagte nochmals auf, die ab dem I. Quartal 2005 bis zum II. Quartal 2008 erbrachten Laborleistungen, für die insgesamt ein Betrag in Höhe von 175.409,02 EUR in Rechnung gestellt worden sei, bis zum 24.08.2009 zu bezahlen.

Nachdem die Beklagte hierauf nicht reagierte, erhob der Kläger am 17.12.2009 bei dem Sozialgericht Mannheim (SG) Klage und machte den Betrag in Höhe von 175.409,02 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25.08.2009 geltend. Zur Begründung wiederholte er, das Neugeborenen-Screening sei nicht Bestandteil der DRG. Die DRG's seien beginnend im Jahr 2000 schrittweise mit dem Ziel einer einheitlichen Handhabung des Leistungskatalogs eingeführt worden. Parallel hätten von Land zu Land unterschiedliche Zuschussysteme bestanden, die das Neugeborenen-Screening finanziell seitens der Landesministerien unterstützten. Wäre das Neugeborenen-Screening in den DRG's in der Geburtshilfe bundesweit einheitlich eingeschlossen gewesen, wäre seitens der Länder kein Zuschuss zum Aufbau eines flächendeckenden Neugeborenen-Screenings geleistet worden. Das Land B.-W. habe den Aufbau des Neugeborenen-Screenings mit 380.000,00 DM unterstützt. Die Krankenkassen hätten ebenfalls einen Zuschuss von 380.000,00 DM gegeben. Nach Wegfall des Landeszuschusses hätten die Krankenkassen einen Zuschuss von 388.000,00 EUR übernommen. Die Zahlung dieses Zuschusses durch die Krankenkassen sei mit einer Abbildung des Neugeborenen-Screenings im EBM (Einheitlicher Bewertungsmaßstab)-Katalog, der die Vergütung ambulanter Behandlungen abbilde, entfallen. Eine Berücksichtigung im DRG-Katalog für stationäre Behandlungen sei ausdrücklich nicht erfolgt. Für den stationären Bereich seien Vergütungsvereinbarungen nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) abgeschlossen worden. Es handle sich um eine Leistung des Belegarztes, die auf Überweisungsschein abzurechnen sei (vgl. § 18 Abs. 1 Satz 2 4. KHEntgG, § 41 Abs. 7 BMV-Ä bzw. § 33 Abs. 7 Ersatzkassenvertrag (EKV)). Dieser Auffassung seien auch die Verbände der Krankenkassen gefolgt, so dass er, der Kläger, mit diesen Krankenkassen, z.B. der A. Baden-Württemberg, die Neugeborenen-Screening-Leistungen über die Hochschulambulanzvergütung habe abrechnen können. Die formale Zuständigkeit in Baden-Württemberg für den Abschluss einer entsprechenden Vergütungsvereinbarung liege bei der A. ... Gemäß [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) werde die Vergütung für Leistungen der Hochschulambulanzen von den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulkliniken vereinbart. Demnach müsse auch die Beklagte den geschlossenen Vertrag gegen sich gelten lassen. Gemäß den jeweiligen Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen habe er der Beklagten im Jahr 2005 für jeden Fall die allgemeine Behandlungsfallpauschale in Höhe von 68,62 EUR und ab 2006 die für das Neugeborenen-Screening neu geschaffene und vereinbarte Behandlungspauschale in Höhe von 11,44 EUR in Rechnung gestellt. Die Höhe der geltend gemachten Zinsen entspreche der gesetzlichen Regelung.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie trug vor, der Kläger habe keinen Rechtsanspruch auf Zahlung der geforderten Rechnungsbeträge. Die Leistungen des Neugeborenen-Screenings seien von ihr, der Beklagten, bereits im Rahmen der Vergütung des Krankenhauses über die DRG erstattet worden. Die Vergütung des Neugeborenen-Screenings sei als allgemeine Krankenhausleistung gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 1 KHEntgG, welche unter den allgemeinen Laborkosten gebucht sei, mit der DRG P 06C bis P 67D (je nach Allgemeinzustand des Neugeborenen) abgegolten. Die DRG's umfassten als Patientenklassifikationssystem voll umfänglich die notwendige Behandlung des Patienten und seien auf Grund der zugrundeliegenden Mischkalkulation nicht in Einzelleistungen des Leistungserbringers unterteilt. Der Gesetzgeber habe als von den oben genannten Grundsätzen abweichende Regelung explizit nur die Dialyse in § 2 Abs. 3 KHEntgG genannt. Belegärzte hätten gemäß § 18 KHEntgG die Behandlung unter Inanspruchnahme der vom Krankenhaus bereitgestellten Dienste, Einrichtungen und Mittel zu erbringen. Könne das Labor des Krankenhauses, an dem der Belegarzt die Versicherten behandle, die Leistungen des Neugeborenen-Screening nicht erbringen, so habe dieses Krankenhaus Dritte (z.B. den Kläger) mit der Leistungserbringung zu beauftragen. Gemäß § 2 Abs. 2 Nr. 2 KHEntgG würden von den Krankenhausleistungen auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter umfasst. Die Ausstellung eines Überweisungsscheins für Laborleistungen sei daher ohne Rechtsgrund erfolgt. Auch aus dem Schriftverkehr mit der A. sei erkennbar, dass im Rahmen des geschlossenen Hochschulambulanzvertrags davon ausgegangen werde, dass das Neugeborenen-Screening auch bei Belegkrankenhäusern in der DRG abgebildet sei. Die Anerkennung der Überweisungen von Belegärzten durch die A. für die Jahre 2005 und 2006 lasse sich mit der Kostenneutralität für die A. erklären. In diesen Jahren sei der Gesamtbetrag für das Neugeborenen-Screening aus dem stationären Budget ausgegliedert worden. Des Weiteren entfalte die Vereinbarung der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen des Klägers zwischen dem Kläger und der A. keine Bindungswirkung gegenüber ihr, der Beklagten. Nach [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) werde die Vergütung von den Landesverbänden der Krankenkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen bzw. Hochschulkliniken vereinbart. Aus diesem Wortlaut lasse sich keine explizite Bindungswirkung entnehmen. Die Bindungswirkung ordne der Gesetzgeber jedoch vielfach ausdrücklich an, so beispielsweise durch unmittelbare Geltungsanordnung wie in [§ 83 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) für den Gesamtvertrag der "mit Wirkung für die Krankenkassen der jeweiligen Kassenart" geschlossen werde. Im Gegenzug könne daraus abgeleitet werden, dass andere Verträge ohne die gesetzlich normierte bundesweite Bindungswirkung nur innerhalb der Vertragsparteien Geltung zeigten. Auch hinsichtlich der anderen Verträge im entsprechenden Abschnitt III SGB V "Beziehungen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen" werde ausdrücklich eine bestimmte Geltungsanordnung ausgesprochen. [§ 109 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) ordne die Verbindlichkeit von Versorgungsverträgen für alle Krankenkassen im Inland an, in [§ 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) werde die Vergütung für Leistungen der vor- und nachstationären Behandlung mit Wirkung für

die Vertragsparteien nach § 18 Abs. 2 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) vereinbart. Das lasse folgern, dass bei Fehlen einer ausdrücklichen Regelung nur die Vertragsparteien selbst von der vertraglichen Regelung erfasst würden. Das mache auch Sinn, weil die Vertragspartner in der Regel "Gesamtpakete" schnürten, die ein gegenseitiges Nach- und Zugeben beinhalteten. Gälten diese Verträge gegenüber Dritten, erhielten sie den Charakter eines Vertrags zu Lasten Dritter. Darüber hinaus werde in den Vereinbarungen der Jahre 2005 und 2006 der gesamte für das Neugeborenencreening als Obergrenze zur Verfügung gestellte Betrag aus dem stationären Budget ausgliedert. Diese Regelung wirke sich ausschließlich zugunsten der A. aus und komme ihr, der Beklagten, nicht zugute. Zusätzlich werde für das Jahr 2005 eine Obergrenze in Höhe von 388.000,00 EUR festgesetzt, die in die Budgetobergrenze eingerechnet werde. Da allein ihr, der Beklagten, im Jahr 2005 Forderungen in Höhe von ca. 145.000,00 EUR in Rechnung gestellt worden seien, sei davon auszugehen, dass diese Obergrenze deutlich überschritten worden sei. Bereichsfremde Krankenkassen (außerhalb Baden-Württembergs) hätten keinen Überblick über diese Budgetausschöpfung im Rahmen der Vereinbarung. Sie, die Beklagte, werde vom Kläger nicht über eine mögliche Ausschöpfung dieser Obergrenze in Kenntnis gesetzt. Unabhängig davon sei der für das Jahr 2005 geltend gemachte Betrag in Höhe von 68,62 EUR nicht angemessen. Der Preis für das Screening, den der Kläger (nur für Krankenhäuser) im Jahr 2002 angeboten habe, belaufe sich auf 5,11 EUR. Darüber hinaus sei in der Vereinbarung 2005 festgelegt, dass mit der Einführung einer EBM-Ziffer für das Neugeborenencreening eine Ausgleichsvereinbarung getroffen werde. Dies sei nach ihrem Kenntnisstand nicht geschehen.

Das SG beauftragte den Internisten Dr. V. mit der Erstattung eines Gutachtens. Dieser führte in seinem Gutachten vom 30.05.2012 aus, vom Krankenhaus veranlasste Neugeborenencreenings zählten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen gemäß § 1 Abs. 2 KHEntgG; sie würden folglich nach dem KHEntgG und dem KHG vergütet und seien somit von den DRG umfasst. Von Belegärzten veranlasste Neugeborenencreenings zählten gemäß § 2 Abs. 1 KHEntgG nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Die Neugeborenencreenings seien folglich auch nicht von den DRG umfasst, sondern würden mittels Überweisungsschein gegenüber der Krankenkasse abgerechnet.

Mit Urteil vom 29.08.2012 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die Klage sei unzulässig. Das durch Belegärzte, Hebammen und/oder niedergelassene Ärzte durch Überweisungsschein veranlasste Neugeborenencreening falle nicht unter die über die DRG-Fallpauschalen zu vergütenden voll- und teilstationären Leistungen der Entbindungskliniken. Es handele sich um Leistungen der Belegärzte auf Grundlage des § 18 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4 KHEntgG. Daher sei [§ 120 SGB V](#) anwendbar. Eine Vereinbarung nach dieser Vorschrift zwischen den Beteiligten liege nicht vor. Der Kläger habe keine direkt mit der Beklagten geschlossene Vereinbarung. Die mit der A. abgeschlossenen Vereinbarungen seien für die Beklagte nicht bindend. Aus dem Gesetz ergebe sich kein Anhaltspunkt dafür, dass die mit anderen Landesverbänden der A. (hier: B.-W.) geschlossenen Verträge auch für die Beklagte gelten würden. In Fällen, in denen im Rahmen des SGB V landesweite Vereinbarungen für andere Bundesländer Geltung haben sollten, sei dies ausdrücklich geregelt. Im vorliegenden Fall spreche auch die Regelung des [§ 211a SGB V](#) dafür, dass die Hochschulambulanzvergütung durch Verträge auf Landesebene geregelt werde und nicht auf andere Bundesländer übertragen werden könne. Komme eine Einigung nicht zustande, erfolge nach [§ 211a SGB V](#) die Beschlussfassung durch je einen Vertreter der Kassenart, dessen Stimme mit der landesweiten Anzahl der Versicherten zu gewichten sei. Die Gewichtung nach der Anzahl der landesweit versicherten Personen lege nahe, dass eine ausgewogene Regelung für das Bundesland getroffen werden solle und dass diese Regelung deshalb gerade nicht unmittelbar auf andere Bundesländer übertragbar sei, in denen die Krankenkassen sicherlich nicht in demselben Verhältnis vertreten seien. Wenn aber kein Vertrag nach [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) mit Bindung für die Beklagte getroffen worden sei, sei [§ 120 Abs. 4 Satz 1](#) Halbsatz SGB V einschlägig. In diesem Fall setze die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest. Bei der Entscheidung der Schiedsstelle handele es sich um einen Verwaltungsakt, der sozialgerichtlich mit einer Anfechtungsklage angefochten werden könne. Wenn es hinsichtlich der Höhe der zu zahlenden Vergütung zuvor einer Entscheidung durch Verwaltungsakt bedürfe, sei die allgemeine Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht zulässig.

Gegen das dem Kläger nach seinem Vortrag am 05.09.2012 zugestellte Urteil - ein Empfangsbekanntnis befindet sich nicht in den Akten - richtet sich dessen am 01.10.2012 eingelegte Berufung zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG). Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zu ähnlichen grenzüberschreitenden Sachverhalten im Zusammenhang mit vertraglichen Vereinbarungen und die sachgerechte Auslegung von [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) gebiete, dass die Vereinbarung auch für die Beklagte gelte. Es gelte die Vereinbarung, in dem das betreffende Krankenhaus seinen Sitz habe. Dies gewährleiste auch, dass die Interessen des entsprechenden Krankenhauses sachgerecht vertreten seien. Dem Wortlaut des [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) sei nicht zu entnehmen, dass die Vereinbarung zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen und den Hochschulkliniken nicht auch für grenzüberschreitende Sachverhalte gelten solle. Es finde sich in [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) keine Aussage darüber, wie in solchen grenzüberschreitenden Fällen verfahren werden müsse. Es fehle umgekehrt aber auch gerade eine Regelung wie beispielsweise in [§ 111c Abs. 2 SGB V](#), die einen Beitritt von Landesverbänden eines anderen Bundeslandes vorsehe. Auch die Gesetzesbegründung ([Bundestags-Drucksache 14/7862, S. 5](#)) äußere sich nicht zu entsprechenden Sachverhalten. Daraus lasse sich aber nicht ableiten, dass für derartige Landesgrenzen überschreitende Sachverhalte die Vereinbarung nicht gelte. Hätte der Gesetzgeber eine entsprechende Erstattungsfähigkeit ausschließen wollen, so hätte es nahegelegen, einen entsprechenden Ausschluss ausdrücklich zu formulieren bzw. alternativ einen Beitritt vorzusehen. Das BSG habe mit Urteil vom 17.01.1996 ([3 RK 26/94](#), in juris) im Rahmen des [§ 129 SGB V](#) damaliger Fassung entschieden, dass ein Apotheker bei grenzüberschreitenden Lieferungen einen vertraglichen Zahlungsanspruch gegen die Krankenkasse der belieferten Versicherten nach Maßgabe der für ihn auf Landesebene geltenden Verträge habe. In dem Urteil vom 21.08.1996 ([3 RK 2/96](#), in juris) habe das BSG im Zusammenhang mit [§ 112 SGB V](#) damaliger Fassung ausgeführt, dass ein entsprechender Sicherstellungsvertrag für die dort beklagte h. A. auch verbindlich sei, obwohl weder sie noch ein übergreifender Verband vertragschließende Partei gewesen sei, sondern nur der A.-Landesverband eines anderen Bundeslandes. Auch hier habe das BSG auf die hohe berufliche und private Mobilität der Bevölkerung hingewiesen. Von einer entsprechenden Rechtsprechung gehe das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen mit Blick auf Verträge nach [§ 112 SGB V](#) noch im Urteil vom 31.05.2012 ([L 5 KR 409/11](#), in juris) aus. Mit Urteil vom 10.05.2008 ([L 4 KR 20/06](#), in juris) habe das Bayerische Landessozialgericht schließlich entschieden, dass im Rahmen des [§ 127 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) a.F. einem Vergütungsanspruch nicht entgegenstehe, dass die Klägerin als in Bayern ansässige Leistungserbringerin dem Grunde nach keinen Vertrag über eine Hilfsmittelversorgung mit einer Krankenkasse aus Baden-Württemberg schließen könne. Entsprechende Vereinbarungen könnten und müssten auch gegenüber Krankenkassen aus anderen Bundesländern wirken. Die Auslegung, dass die vertragliche Vereinbarung auch grenzüberschreitend wirke, entspreche auch der angemessenen Interessenlage und dem Sinn und Zweck der entsprechenden Regelung. In Zeiten der Mobilität sei es völlig normal, dass gerade im Drei-Länder-Eck (B.-W./R.-Pf./H.) Patienten sich im Rahmen der Hochschulambulanz auch in anderen Bundesländern behandeln ließen. Dies gelte erst recht für die beruflich in einem anderen Bundesland Tätigen oder Reisenden. Die Ansicht des SG würde über den hier entschiedenen Fall hinaus darauf hinauslaufen, dass im Rahmen der umfassenden

Behandlung von Hochschulambulanzen jedes U. gezwungen wäre, im Zweifel mit allen Landesverbänden der A. und entsprechend mit weiteren Krankenkassen und Landesverbänden Vereinbarungen abzuschließen, da niemals ausgeschlossen werden könne, dass sich nicht ein Patient in Behandlung begeben, der in irgendeinem der 16 Bundesländer der Bundesrepublik Deutschland seinen Wohnsitz bzw. seine Krankenkasse habe. Dies könne nicht Sinn und Zweck der Regelung des [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) sein. Vermeintliche Vor- und Nachteile der Vereinbarungen würden sich bei einer grenzüberschreitenden Geltung angemessen verteilen. Hinzu komme, dass die Zuweisung von Patienten durch niedergelassene Fachärzte regional wie überregional erfolge, vor allem auch bei Patienten mit komplexen Krankheitsbildern. Entscheidend sei zudem, so auch hier, die Verfügbarkeit spezialisierter diagnostischer und therapeutischer Maßnahmen. Für eine Hochschulambulanz bestünden regionale und überregionale Versorgungsaufgaben. Dies gelte erst recht, wenn - wie im vorliegenden Fall - ein entsprechendes spezialisiertes Screening-Labor in R.-Pf. nicht zur Verfügung stehe. [§ 211a SGB V](#) sei entgegen der Ansicht des SG vorliegend nicht einschlägig. Die Norm verhalte sich nicht über grenzüberschreitende Sachverhalte. Sie solle nur gewährleisten, dass Entscheidungen, die auf Landesebene der Krankenkassen gemeinsam mit einer Ersatzkasse zu treffen seien, zustande kommen würden. Auch gehe es nur um die Einigung zwischen Landesverbänden und Ersatzkassen. § 18a KHG, auf den das SG darüber hinaus verweise, sehe vor, dass die jeweiligen Landeskrankenhausgesellschaften und die Landesverbände der Krankenkassen für jedes Land, gegebenenfalls auch für Teile des Landes, eine Schiedsstelle bilden würden. Hierin zeige sich, dass der Verweis auf die Schiedsstelle für grenzüberschreitende Sachverhalte nicht einschlägig sein könne. Über seine Vergütungsansprüche, einem Krankenhaus aus Baden-Württemberg, würde eine Landeskrankenhausgesellschaft aus einem anderen Bundesland zu entscheiden haben. Dies könne nicht richtig sein, da die Mitwirkung der Landeskrankenhausgesellschaft gewährleisten solle, dass die entsprechenden Krankenhäuser des Landes und deren Ansichten und wirtschaftlichen Bedürfnisse berücksichtigt würden. Insbesondere könne auch die entsprechende Landeskrankenhausgesellschaft des Landes R.-Pf. nicht ihn repräsentieren. Ebenso nicht sachgerecht sei dann auch, dass die Rechtsaufsicht über die Schiedsstelle die zuständige Landesbehörde, mithin die Landesbehörde des Landes R.-Pf. führe. Sollte die Vereinbarung nicht für die Beklagte gelten, ergebe sich ein entsprechender Vergütungsanspruch nach den Regelungen der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag (vgl. BSG, Urteil vom 17.01.1996, - [3 RK 26/94](#), in juris). Die entsprechende Versorgung der Versicherten habe im Interesse der Beklagten gelegen, gerade auch dann, wenn kein eigenes Screening-Labor bestehe. Ob subsidiär auch ein Anspruch nach [§§ 812 ff.](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) (analog) denkbar wäre, könne offenbleiben. Im Übrigen ergebe sich auch aus dem Gutachten des Sachverständigen Dr. V., dass das von den Belegärzten veranlasste Neugeborenencreening nicht zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zähle. Es erfolge die Abrechnung gegenüber der Krankenkasse mittels Überweisungsschein. Um Leistungen der Krankenhäuser habe es sich nicht gehandelt. Der für das Jahr 2005 geforderte Betrag sei auch nicht unverhältnismäßig. In der Vereinbarung für das Jahr 2005 sei die Vergütung für das Neugeborenencreening mit einem Pauschalentgelt von 68,62 EUR angesetzt. Zweck des damaligen Vergütungssystems sei gewesen, bestimmte niedrigwertigere und hochwertigere Leistungen mit dem gleichen Betrag der allgemeinen Behandlungspauschale abzurechnen. In der Vereinbarung 2006 sei für das erweiterte Neugeborenencreening eine Behandlungspauschale von 11,44 EUR vereinbart worden. Hintergrund sei die Einführung der entsprechenden Gebührennummer 01708 EBM gewesen. Hinsichtlich der geltend gemachten Budgetobergrenze für das Jahr 2005 sei nach seinem Kenntnisstand die Obergrenze der Vergütung (über alle Hochschulambulanzleistungen) abschließend um einen Betrag von 996.977,75 EUR überschritten worden. Dieser Überschreibungsbetrag sei in den Jahren 2006 und 2007 über eine Absenkung der allgemeinen Behandlungspauschale voll umfassend zu Gunsten der Krankenkassen ausgeglichen worden. In der Vergütungsvereinbarung 2006 seien sich die Vertragspartner einig gewesen, keinen besonderen rückwirkenden Ausgleich für das Neugeborenencreening wegen der unterjährigen Einführung der EBM-Bewertung vorzunehmen. Für den unmittelbar folgenden Vergütungszeitraum 2006 sei die neue EBM-Bewertung (Nr. 01708) in einer differenzierten Behandlungspauschale mit einem Entgeltbetrag von 11,44 EUR umgesetzt worden. Unzutreffend sei auch, dass von einer etwaigen Verlagerung der Bereinigung des stationären Budgets lediglich die A. partizipiert hätte. Die stationäre Abrechnung während der DRG-Konvergenzphase durch ihn sei einheitlich gegenüber allen Krankenkassen erfolgt. Die entsprechenden Beträge seien nach dem Grundvertrag innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung zu bezahlen, mithin dann auch zur Zahlung fällig. Da beide Parteien Nichtverbraucher seien, dürfte von einem Zinssatz von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz auszugehen sein.

Mit Schriftsatz vom 26.06.2013 hat der Kläger unter Vorlage der Rechnungen vom 12.12.2008 und 13.03.2009 auch Leistungen für das dritte (III.) und IV. Quartal 2008 in Höhe von insgesamt 10.170,16 EUR, mit Schriftsatz vom 19.12.2013 unter Vorlage der Rechnungen vom 15.06., 24.07., 11.09. und 14.12.2009 sowie 15.03., 15.06. und 15.09.2010 Leistungen für das III. Quartal 2008 bis zum IV. Quartal 2009 in Höhe von insgesamt 15.563,60 EUR, mit Schriftsatz vom 21.10.2014 unter Vorlage der Rechnungen vom 15.06., 15.09. und 15.12.2010 sowie 15.03.2011 Leistungen für das III. und IV. Quartal 2009 und das I. bis IV. Quartal 2010 in Höhe von insgesamt 13.998,40 EUR und mit Schriftsatz vom 08.12.2015 unter Vorlage der Rechnungen vom 15.06., 15.09. und 15.12.2011 sowie 15.03.2012 darüber hinaus noch die Leistungen für das II. Quartal 2010 bis zum IV. Quartal 2011 in Höhe von insgesamt 11.668,80 EUR jeweils zuzüglich Zinsen geltend gemacht.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 29.08.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 175.409,02 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25.08.2009, 10.170,16 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 5.273,84 EUR seit dem 12.01.2009 bis zum 12.04.2009 und 10.170,16 EUR seit dem 13.04.2009, 15.563,60 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 3.358,40 EUR vom 16.07. bis 24.08.2009, 3.904,16 EUR vom 25.08. bis 11.10.2009, 7.898,80 EUR vom 12.10.2009 bis 14.01. 2010, 11.809,20 EUR vom 15.01.2010 bis 15.04.2010, 15.407,60 EUR vom 16.04. bis 15.07.2010 und 15.553,20 EUR vom 16.07. bis 15.10.2010 und aus 15.563,60 EUR seit dem 16.10.2010 und 13.998,40 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz aus 3.796,00 EUR vom 16.07. bis 15.10.2010, 7.467,20 EUR vom 16.10.2010 bis 15.01.2011 und aus 13.998,40 EUR seit dem 16.04.2011 und 11.668,80 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszins aus 2.756,00 EUR vom 16.07.2011 bis 15.10.2011, 5397,60 EUR vom 16.10.2011 bis 15.01.2012, 8.538,40 EUR vom 16.01.2012 bis 15.04.2012 sowie aus 11.668,80 EUR seit dem 16.04.2012 zu bezahlen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klagen abzuweisen.

Sie ist weiter der Ansicht, dass die Vereinbarung ihr gegenüber keine Bindungswirkung entfalte. Aus den Regelungen in [§§ 83](#) und [109](#) sowie

115a SGB V sei zu folgern, dass bei Fehlen einer ausdrücklichen Regelung nur die Vertragsparteien selbst von der vertraglichen Regelung erfasst würden. Der Gesetzgeber habe die Fälle, in denen eine Bindungswirkung gewollt sei, ausdrücklich normiert. Auch der historische Vergleich zeige, dass eine Bindungswirkung vom Gesetzgeber nicht gewollt gewesen sei. Die Vergütung der Hochschulambulanzen sei durch das Fallpauschalengesetz (FPG) vom 23.04.2002 zum 01.01.2003 aus der Gesamtvergütung für Vertragsärzte herausgenommen und durch den neu eingeführten [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) geregelt worden. Zuvor sei die Vergütung der Hochschulambulanzen im Rahmen der Gesamtverträge vereinbart worden. Diesbezüglich habe also über die unmittelbare Geltungsanordnung des [§ 83 SGB V](#) eine Bindungswirkung bestanden. Die Geltungsanordnung des [§ 83 SGB V](#) sei im Zuge des FPG aber gerade nicht auf [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) übertragen worden. Dem könne entnommen werden, dass dies bewusst unterlassen worden sei und eine bundesweite Bindungswirkung der Hochschulambulanzverträge nicht vom Gesetzgeber gewollt gewesen sei. Die Verneinung der Bindungswirkung mache auch Sinn, weil die Vertragspartner in der Regel "Gesamtpakete" schnürten. So sei in der Vereinbarung zwischen dem Kläger und der A. beispielsweise auf Grund der Leistung des Neugeborenen Screenings eine Bereinigung des stationären Budgets der A. vereinbart worden. Diese Regelung wirke sich ausschließlich zu Gunsten der A. aus und komme A. anderer Bundesländer nicht zugute. Die vom Kläger herangezogenen Urteile des BSG könnten nicht auf die Hochschulambulanzverträge gemäß [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) übertragen werden. [§ 112 SGB V](#) enthalte eine ausdrückliche Geltungsanordnung. Zudem sei zu beachten, dass die zitierten Urteile Bereiche betreffen, in denen der Leistungserbringer als "Regelversorger" im Rahmen des Sicherstellungsauftrags tätig geworden sei. Leistungen der Hochschulambulanzen würden hingegen nicht aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung erbracht, sondern zur Durchführung der Forschung und Lehre. Im Übrigen sei der Forderungsbetrag unverhältnismäßig und es sei schon eine Vergütung über die DRG erfolgt. Für den Fall der Bejahung einer Bindungswirkung der Vereinbarung sei zu berücksichtigen, dass davon auszugehen sei, dass die Obergrenze in Höhe von 388.000,00 EUR für das Jahr 2005 überschritten worden sei, da allein ihr Forderungen in diesem Jahr von ca. 145.000,00 EUR berechnet worden seien. Darüber hinaus sei in der Vereinbarung 2005 festgelegt, dass mit Einführung einer Gebührennummer im EBM für das Neugeborenen Screening eine Ausgleichsvereinbarung getroffen werde, was nach ihrem Kenntnisstand nicht geschehen sei. Auch dass die Vertragspartner eine rückwirkende Ausgleichsvereinbarung getroffen hätten, zeige, dass sie die Vergütung im Jahr 2005 nicht als leistungsgerecht erachtet hätten. In der Vereinbarung 2006 seien Aussagen bezüglich eines Verzichts auf die 2005 vereinbarte Korrektur der Vergütungshöhe 2005 nicht getroffen worden. Da die Vereinbarung für sie nicht verbindlich sei, sei auch nicht von einer Fälligkeit der Forderung innerhalb von 30 Tagen nach Übermittlung der Rechnung auszugehen. Bezüglich der Forderungen aus dem Jahr 2008 und der mit der Klageerweiterung vom 08.12.2015 für das Jahr 2010 geltend gemachten Forderung berufe sie sich auf die Einrede der Verjährung. Im Übrigen komme allenfalls ein Zinssatz von 5 und nicht von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz in Betracht ([§ 288 Abs. 1 Satz 2 BGB](#)). Schließlich sei zu beachten, dass die Rechnungen vom 15.06.2010 in Höhe von 52,00 EUR und 93,60 EUR und die Rechnung vom 15.09.2010 in Höhe von 10,40 EUR doppelt geltend gemacht worden seien.

Bezüglich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet in der Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Krankenkassen und der Vertragsärzte, da es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)).

Die form- und fristgerecht erhobene ([§§ 143, 151 Abs. 1 SGG](#)) und auch sonst zulässige Berufung des Klägers hat ebenso wie die im Berufungsverfahren erweiterten Klage keinen Erfolg. Das Urteil des SG ist nicht zu beanstanden. Zwar war die Klage entgegen der Ansicht des SG nicht unzulässig, sondern unbegründet. Im Ergebnis ist das SG jedoch zu Recht davon ausgegangen, dass der Kläger gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung von 175.409,02 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 25.08.2009 hat. Ein Vergütungsanspruch lässt sich weder auf die zwischen dem Kläger und den in Baden-Württemberg ansässigen Krankenkassen zwischen 2005 und 2010 geschlossenen Vereinbarungen (hierzu 1.) noch auf Geschäftsführung ohne Auftrag oder einen Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung stützen (hierzu 2.). Aus denselben Gründen sind auch die im Berufungsverfahren erhobenen Klagen auf Zahlung eines Betrags in Höhe von insgesamt 51.400,96 EUR zuzüglich Zinsen abzuweisen.

Der Kläger hat mit der erhobenen echten Leistungsklage im Sinne des [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt. Es handelt sich um einen sogenannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und die Einhaltung einer Klagefrist nicht geboten ist (ständige Rechtsprechung z.B. BSG, Urteil vom 18.09.2008, - [B 3 KR 15/07 R](#) -, in juris). Der Kläger hat den mit Klage geltend gemachten Zahlungsanspruch dem SG gegenüber in Höhe von 175.409,02 EUR auch konkret beziffert (BSG, Urteil vom 02.11.2010, - [B 1 KR 11/10 R](#) -, in juris).

Die im Berufungsverfahren erfolgten Erweiterungen der Klage um insgesamt 51.400,96 EUR mit Schriftsätzen vom 26.06.2013, 19.12.2013, 21.10.2014 und 08.12.2015 wegen der erbrachten Neugeborenen Screenings für das III. Quartal 2008 bis zum IV. Quartal 2011 sind ebenfalls zulässig. Zwar betreffen die Klageerweiterungen einen anderen Lebenssachverhalt, ändern damit den Klagegrund und sind insoweit als Klageänderung im Sinne des [§ 99 SGG](#) anzusehen. Die Änderungen der Klagen sind aber zulässig, weil die Beklagte eingewilligt hat ([§ 99 Abs. 1 SGG](#)), in dem sie sich schriftsätzlich auf die im Berufungsverfahren erweiterten Klagen eingelassen hat ([§ 99 Abs. 2 SGG](#)). Solche Klageänderungen sind über [§ 153 Abs. 1 SGG](#) auch im Berufungsverfahren zulässig.

1. Der Kläger kann seinen Anspruch jedoch nicht auf [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) in Verbindung mit den in den Jahren 2005 bis 2011 mit den Krankenkassen in Baden-Württemberg geschlossenen Vereinbarungen stützen.

Nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) in der insoweit vom 01.01.2005 bis 31.12.2011 im Wesentlichen unverändert geltenden Fassung werden die Leistungen der Hochschulambulanzen, der Psychiatrischen Institutsambulanzen und der Sozialpädiatrischen Zentren unmittelbar von der Krankenkasse vergütet. Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen und Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Sie muss die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen soll eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen. Bei Hochschulambulanzen an öffentlich-geförderten Krankenhäusern ist ein Investitionskostenabschlag zu berücksichtigen. Die Gesamtvergütungen nach [§ 85 \(SGB V\)](#) für das Jahr 2003 sind auf der Grundlage der um die Leistungen der

Polikliniken gezahlten Vergütungen bereinigten Gesamtvergütungen des Vorjahres zu vereinbaren. Gestrichen wurden in Satz 2 mit Wirkung zum 01.07.2008 lediglich die Wörter "Verbänden der".

[§ 120 Abs. 2 SGB V](#) regelt als *lex specialis* gegenüber [§ 120 Abs. 1 SGB V](#) die Vergütung für die Hochschulambulanzen, psychiatrischen Institutsambulanzen und sozialpädiatrischen Zentren. Die Leistungen dieser Institutionen werden nicht aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, sondern unmittelbar durch die Krankenkassen vergütet. Dies galt ursprünglich nur für die psychiatrischen Institutsambulanzen und die sozialpädiatrischen Zentren. Seit der Änderung des Abs. 2 durch das FPG ab 01.01.2003 gilt dies auch für die ambulanten Leistungen in den Hochschulambulanzen. Damit wird die Gesamtvergütung von solchen Leistungen entlastet, die nicht aus Gründen der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, sondern im Hinblick auf Forschung und Lehre erbracht werden. Weiterer Aspekt war auch die Unabhängigkeit der Vergütung von der vertragsärztlichen Honorarverteilung (Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung [§ 120 SGB V](#) Rdziff. 12 mit Hinweis auf [BT-Drs 14/7862 S. 5](#)). Vertragspartner der Vergütungsvereinbarung sind nach [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) einerseits die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen, die gemeinsam und einheitlich handeln müssen, und andererseits die Träger der jeweiligen Einrichtungen oder die sie vertretenden Vereinigungen im Land. Aus dem auf die Krankenkassen bezogenen Tatbestandsmerkmal "gemeinsam und einheitlich" ist zu folgern, dass im Gegensatz zu den (unter Beteiligung der KV erfolgenden) Vereinbarungen über die vertragsärztlichen Gesamtvergütungen nach [§ 85 SGB V](#) keine auf die einzelne Krankenkasse bezogenen Verhandlungen und Vertragsabschlüsse möglich sind. Folge des dreiseitigen Normenvertrags ist die Bindungswirkung sowohl gegenüber den Vertragspartnern als auch gegenüber am Vertragsschluss beteiligten Nichtbetroffenen (Köhler-Hohmann in: jurisPK-SGB V, 2. Auflage 2012, § 120 Rdziff. 46, 47). Dies beinhaltet jedoch nur, dass der Vertrag abstrakt generelle Regelungen mit Geltung für den Bereich des jeweiligen Bundeslandes hat (vgl. Köhler-Hohmann in: jurisPK-SGB V, 2. Auflage 2012, § 120 Rdziff. 47 unter Hinweis auf [§ 115 SGB V](#) Rdziff. 22). Dass die Verträge nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) keine Geltung für Krankenkassen außerhalb des jeweiligen Bundeslandes entfalten können, ergibt sich auch aus dem Vertragsinhalt. In den Vereinbarungen wird nicht nur die einzelne Vergütung festgelegt, die Vereinbarung trifft darüber hinaus auch Vereinbarungen zu den Fallzahlen, enthält die Festlegung der Obergrenze der Vergütung und sieht Verminderungen des stationären Erlösbudgets wegen Leistungsverlagerungen vor. Hierbei handelt es sich um Regelungen, die nur auf das jeweilige Bundesland bezogen sind. Krankenkassen anderer Bundesländer haben hierauf keinen Einblick und nehmen auch an den Saldierungen nicht teil. Etwas anderes folgt auch nicht daraus, dass die Krankenkasse des anderen Bundeslandes im Gegenzug davon profitiert, dass Krankenkassen anderer Bundesländer von dem ihr Bundesland betreffenden Saldierungen nicht profitieren, denn dies kann nicht ausschlaggebend sein. Abzustellen ist auf den jeweiligen Vertrag und nicht auf eine unbestimmte Vielzahl von Verträgen, die sich untereinander möglicherweise ausgleichen. Dass sich die in [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) gewählte Formulierung "gemeinsam und einheitlich" nur auf das jeweilige Bundesland bezieht, zeigt auch die Tatsache, dass [§ 83 SGB V](#), in dem die Vergütung für die vertragsärztliche Versorgung geregelt wird und der bis 31.12.2002 auch die Vergütung der Hochschulambulanzen regelte, eine mittelbare Geltungsanordnung auch für Kassen anderer Bundesländer enthält. Diese Geltungsanordnung auch für andere Bundesländer wurde mit Blick auf [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) nicht übernommen. Dass es sich insoweit um ein redaktionelles Versehen handelt, ist nicht erkennbar. Es besteht insoweit auch ein Unterschied. [§ 83 SGB V](#) regelt die Vergütung im Rahmen des die Kassen treffenden Versorgungsauftrags. Die Hochschulambulanz erbringt im Gegensatz dazu Leistungen im Rahmen von Forschung und Lehre (vgl. [BT-Drs 14/6893 S. 30](#) zu Art. 1 Nr. 4 FPG, siehe auch [§ 117 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Im Vordergrund steht bei der Hochschulambulanz nicht die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung, im Rahmen derer die bundesweite Geltung der Verträge auch mit Blick auf die Mobilität der Versicherten zwingend notwendig ist. Im Übrigen ist für den Fall der Geltung über das einzelne Bundesgebiet hinaus, dies in den jeweiligen Gesetzen explizit normiert ([§§ 83, 109 Abs. 1 Satz 3, § 115a Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Hiervon ist nicht deshalb abzuweichen, weil dies zur Folge hat, dass die jeweiligen Hochschulambulanzen mit einer Vielzahl von Kassen in verschiedenen Bundesländern Verträge zu schließen haben. Dies mag zwar aufwändig sein, allein dies bedingt jedoch nicht, deshalb eine Geltung des für ein Bundesland abgeschlossenen Vertrags auch auf andere Bundesländer zu erstrecken. Etwas anderes lässt sich auch nicht darauf stützen, dass es sich beim Kläger um das Speziallabor handelt, das insbesondere auch Screenings für R.-Pf. durchführte. Dieser Aspekt hätte vielmehr sowohl den Kläger als auch die Beklagte erst Recht veranlassen müssen, Vertragsverhandlungen aufzunehmen. Es handelte sich insoweit nicht um eine - nicht zwingend vorhersehbare - Leistungserbringung im Rahmen der allgemeinen Krankenbehandlung, sondern um eine Spezialbehandlung, die absehbar vom Kläger auch für Versicherte aus R.-Pf. erbracht wurde.

Da der Kläger seine Ansprüche nicht auf [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) stützen kann, kommt es darauf, ob das Neugeborenencreening unter die allgemeinen Krankenhausleistungen fällt und damit über die DRG abgerechnet worden wäre, nicht an. Offen lässt der Senat des Weiteren, ob auch die auf Überweisung der Hebammen und niedergelassenen Ärzte vom Kläger erbrachten Leistungen über die DRG abgegolten wären. Nicht von Belang ist deshalb auch, dass der Kläger die Rechnungen vom 15.06.2010 Nr. 90035980 und 90036004 sowie vom 15.09.2010 Nr. 90037715 doppelt geltend macht.

Entgegen den Ausführungen des SG hat die fehlende Bindungswirkung der Vereinbarungen mit Blick auf die Beklagte jedoch nicht zur Folge, dass die Klage deshalb unzulässig ist, weil eine Entscheidung der Schiedsstelle nach [§ 120 Abs. 4 SGB V](#), die einen Verwaltungsakt darstellt, der mit der Anfechtungsklage angefochten werden kann, fehlt. Die Schiedsvereinbarung nach [§ 120 Abs. 4 SGB V](#) enthält eine Konfliktlösungsregelung. Sie kommt nur dann zum Tragen, wenn sich die Vertragsparteien nicht einigen können und eine Vertragspartei einen Antrag stellt. Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor. Der Kläger und die Beklagte haben mit Blick auf eine Vereinbarung nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) überhaupt nicht verhandelt, auch fehlt ein Antrag auf Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG. Die Zulässigkeit der Leistungsklage ergibt sich daraus, dass der Kläger seine Ansprüche auf [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) in Verbindung mit den mit den Landesverbänden der Krankenkassen in Baden-Württemberg geschlossenen Vereinbarungen stützt. Die fehlende Bindungswirkung der Vereinbarungen mit Blick auf die Beklagte hat die Unbegründetheit, jedoch nicht die Unzulässigkeit der Klage zur Folge.

2. Der Kläger hat auch weder einen Anspruch aus dem Recht der Geschäftsführung ohne Auftrag noch einen öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung. Die unmittelbare oder auch nur entsprechende Anwendung der Geschäftsführung ohne Auftrag oder des Bereicherungsrechts scheidet aus, wenn Vorschriften des öffentlichen Rechts eine erschöpfende Regelung enthalten, die einen Rückgriff auf solche Ansprüche nicht erlaubt (BSG, Urteil vom 18.11.2014, - [B 1 KR 12/14 R](#) -, in juris mit Nachweisen zur weiteren Rechtsprechung). So liegt der Fall hier. [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) regelt abschließend die Leistungsansprüche der Hochschulambulanzen und mithin auch des Klägers gegenüber den Krankenkassen. Der Kläger steht auch nicht schutzlos da. [§ 120 Abs. 4 SGB V](#) enthält für den Fall, dass eine Vereinbarung nicht oder nur teilweise zustande kommt, eine Konfliktregelung. Auf Antrag einer Vertragspartei setzt in diesem Fall die Schiedsstelle die Vergütung fest.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Revision wird zugelassen.

4. Die endgültige Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren folgt aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2](#), [52 Abs. 1](#) und 3 sowie [§ 47 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-04