

L 7 KA 12/06

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 83 KA 284/02-71
Datum
07.12.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 12/06
Datum
02.06.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die Landesverbände der Krankenkassen, die Verbände der Ersatzkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen sind nicht berechtigt, in Wirtschaftlichkeitsprüfungen nach [§ 106 SGB V](#) die Personen einzubeziehen, für die eine Krankenkasse nach [§ 264 SGB V](#) in der bis zum 21. Dezember 2003 geltenden Fassung bzw. nach [§ 264 Abs. 1 SGB V](#) in der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung die Krankenbehandlung auftragsweise übernommen hat. Denn die ärztliche Behandlung dieses Personenkreises gehört nicht zur vertragsärztlichen Versorgung, die nach [§ 106 Abs. 1 SGB V](#) allein der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegt.

Die für eine Einbeziehung dieses Personenkreises in die Wirtschaftlichkeitsprüfung erforderliche gesetzliche Ermächtigung ist auch nicht in den Vorschriften der §§ 37, 38 Abs. 3 BSHG (bzw. seit dem 1. Januar 2005 in [§ 52 Abs. 3 SGB XII](#)) zu erblicken. Denn diese überführen das Leistungserbringerrecht des SGB V in das Sozialhilferecht und nicht das Leistungsrecht der Sozialhilfe in das Vertragsarztrecht.

Die Berufung der Beklagten und der Beigeladenen zu 1) und 2) gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 7. Dezember 2005 werden zurückgewiesen. Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1) und 2) tragen die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu 3) bis 6), die diese selber tragen. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit eines Schiedsspruchs des beklagten Landesschiedsamtes für die vertragsärztliche Versorgung.

Die AOK Berlin als Rechtsvorgängerin der Beigeladenen zu 2) und der Beigeladene zu 1) als Träger der Sozialhilfe schlossen am 6. März 1992 eine "Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung der ambulanten gesundheitlichen Versorgung von hilfebedürftigen Personen einschließlich des beigetretenen Teils des Landes Berlin einschließlich West-Staaken, auf Grund derer die Beigeladene zu 2) auftragsweise gegen Ersatz der Aufwendungen im Einzelfall sowie eines angemessenen Verwaltungskostenanteils die Durchführung und Abrechnung von Leistungen bei dem genannten Personenkreis übernahm. Der Umfang der Leistungen sollte

sich nach den für Versicherte der Beigeladenen zu 2) geltenden Vorschriften und Bestimmungen richten. Die AOK Berlin und die Klägerin hatten bereits unter dem 9. Dezember 1976 einen Gesamtvertrag geschlossen, der u.a. in § 1 Abs. 3 regelte, dass die Bestimmungen des Vertrages auch für auftragsweise versorgte Personen gelten.

Die zwischen den Landesverbänden der Krankenkassen, den Verbänden der Ersatzkassen und der Klägerin, der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin, am 10. Januar 1994 geschlossene und mit Wirkung zum 31. Dezember 1997 gekündigte Vereinbarung zur Umsetzung der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß § 106 des Sozialgesetzbuchs/Fünftes Buch (SGB V) - Prüfvereinbarung - sah eine Anwendung der Prüfvereinbarung auf den von der AOK Berlin im Auftrag des Sozialhilfeträgers betreuten o.g. Personenkreis nicht vor. Seit dem Jahr 2000 verhandelten die Beigeladenen zu 2) bis 4) bzw. ihre Rechtsvorgänger als Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassenverbände in Berlin mit der Klägerin über den Abschluss einer neuen Prüfvereinbarung. § 1 Nr. 1, § 10 und § 18 Nr. 1 der Prüfvereinbarung sollten nach den unterschiedlichen Vorstellungen der Vertragsparteien dabei folgenden Inhalt haben:

Kassenärztliche Vereinigung Berlin Verbände der Krankenkassen und der Ersatzkassen § 1 Grundsätze Nr. 1 Diese Vereinbarung regelt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der KV Berlin gem. [§ 106 SGB V](#). Die Prüfung der ärztlichen Versorgung für andere Kostenträger ist nicht Gegenstand dieser Vereinbarung. § 1 Grundsätze Nr. 1 Diese Vereinbarung regelt die Prüfung der Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der KV Berlin gem. [§ 106 SGB V](#). In die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen ist ferner die ärztliche Versorgung für die Personen, für die eine Krankenkasse nach [§ 264 SGB V](#) die Krankenbehandlung

übernommen hat. § 10 Art und Inhalt der Prüfungen Für die Prüfung nach [§ 106 Absatz 2 Nr. 1 SGB V](#) erstellt die KV Berlin die in Abschnitt 5 § 1 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern vorgesehenen Übersichten. § 10 Art und Inhalt der Prüfungen Für die Prüfung nach [§ 106 Absatz 2 Nr. 1 SGB V](#) erstellt die KV Berlin unter Einbeziehung der Behandlungsfälle für nach [§ 264 SGB V](#) auftragsweise von einer Krankenkasse betreuten Personen, die in Abschnitt 5 § 1 des Vertrages über den Datenaustausch auf Datenträgern vorgesehenen Übersichten. § 18 Arztbezogene Prüfung bei Überschreiten der Richtgrößen 1. Prüfgegenstand Prüfungsgegenstand sind die richtgrößenrelevanten Verordnungskosten bei Überschreitung der ermittelten Richtgrößensumme. Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen verordneten Arzneimittel, Verbandstoffe und Heilmittel, unabhängig davon, ob es sich um eine Einzelverordnung oder um Sprechstundenbedarfsanforderungen handelt. Der Sprechstundenbedarf ist in der Höhe um die Kosten für angeforderte Hilfsmittel und um den Anteil, der auf die "auftragsweise versorgten Personen" entfällt, zu bereinigen.

§ 18 Arztbezogene Prüfung bei Überschreiten der Richtgrößen 1. Prüfgegenstand Prüfungsgegenstand sind die richtgrößenrelevanten Verordnungskosten bei Überschreitung der ermittelten Richtgrößensumme. Richtgrößenrelevant sind alle in der vertragsärztlichen Versorgung für Versicherte der gesetzlichen Krankenkassen und für nach [§ 264 SGB V](#) betreute Personen verordneten Arzneimittel, Verbandstoffe und Heilmittel, unabhängig davon, ob es sich um eine Einzelverordnung oder um Sprechstundenbedarfsanforderungen handelt. Der Sprechstundenbedarf ist in der Höhe um die Kosten für angeforderte Hilfsmittel und um den Anteil, der auf andere als nach [§ 264 SGB V](#) auftragsweise versorgten Personen entfällt, zu bereinigen.

Nachdem keine Einigung zustande kam, beantragten die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen mit Schriftsatz vom 25. Juli 2002 die Durchführung eines schiedsamtlichen Verfahrens u.a. wegen dieses Punktes. Der Beklagte entschied am 28. August 2002 nach mündlicher Verhandlung unter Nr. 1 seines Beschlusses:

" In § 1 Nr. 1 der Prüfvereinbarung gilt der Text der rechten Spalte der Vereinbarung mit der Maßgabe, dass in Satz 2 im Anschluss an das Wort "ferner" die Worte "auf der Grundlage des § 38 Abs. 4 BSHG" eingefügt werden. Folgerichtig gilt in § 10 und § 18 Nr. 1 des Entwurfs der Text der rechten Spalte."

Zur Begründung führte er aus, nach dem Willen des Gesetzgebers, der sich aus den Gesetzesmaterialien ergebe, sollten mit den zum 1. Juli 2001 erfolgten Änderungen der §§ 37, 38 des Bundessozialhilfegesetzes (BSHG) die Krankenhilfe für Sozialhilfeempfänger sowohl hinsichtlich des Leistungsrechts als auch des Leistungserbringerrechts an die gesetzliche Krankenversicherung angeglichen und mit in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden. Nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 38 Abs. 4 BSHG gelten die Regelungen des SGB V über die Leistungserbringung mit Ausnahme der Vorschriften des Drittel Titels des Zweiten Abschnitts, die nicht die Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung betreffen, entsprechend. Somit sei auch [§ 106 SGB V](#) als Rechtsgrundlage für die Wirtschaftlichkeitsprüfungen anzuwenden.

Mit der Klage gegen den Beschluss hat die Klägerin vorgetragen, der Beklagte habe seine Kompetenzen überschritten, da [§ 106 SGB V](#) nur die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung erfasse. Diese umfasse aber nur die Behandlung eines in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) versicherten Patienten durch einen Vertragsarzt, nicht aber die auftragsweise Behandlung eines nichtversicherten Sozialhilfeempfängers. Die §§ 37, 38 BSHG regelten nur die Rechtsbeziehung zwischen Sozialhilfeträger und Sozialhilfeberechtigten. Es gebe im Gesetz keine Anhaltspunkte dafür, dass die Prüfkompetenz den gemeinsamen Prüfungsgremien der Krankenkassen und der Vertragsärzte übertragen worden sei. Auch wenn dies Wille des Gesetzgebers gewesen sein sollte, so finde dieser jedenfalls kein Niederschlag im Gesetz. Daran ändere auch nichts, dass auf Grund des Vertrages zwischen der AOK Berlin und ihr, der Klägerin, Verträge bestehen, nach denen "technisch" die Abrechnung der ärztlichen Leistungen für Sozialhilfeempfänger in die Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen einbezogen sei. Denn es gebe keine ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung, die die Vertragsparteien zu einer Übertragung ermächtigten. Eine solche sei aber aus verfassungsrechtlichen Gründen erforderlich. Sie sei auch nicht in § 2 Abs. 7 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) zu sehen. Darüber hinaus sei der Schiedsspruch auch deshalb rechtswidrig, weil der Prüfvereinbarung Regelungen hinsichtlich der Durchführung des Prüfverfahrens fehlten. So hätte geregelt werden müssen, ob das Prüfverfahren nach gesetzlich Krankenversicherten und Sozialhilfeempfängern getrennt oder gemeinsam durchzuführen ist, da sich dies in anderen Ergebnissen niederschläge. Letztlich sei die Kompetenz des gemeinsamen Prüfungsgremiums [§ 106 SGB V](#) auch nicht allumfassend; für bestimmte Bereiche gebe es gesonderte Kompetenzzuweisungen, wie z.B. die Regelung des [§ 113 Abs. 4 SGB V](#) belege.

Der Beklagte ist dem entgegengetreten und hat vertiefend dargelegt, dass sich die Ermächtigung aus der Entstehungsgeschichte des Gesetzes ergebe.

Die Beigeladene zu 2) hat vorgetragen, die vertragsärztliche Versorgung erfasse jedes Tätigwerden des Vertragsarztes, so dass die aus [§ 106 SGB V](#) folgende Prüfkompetenz auch Leistungen, die für Sozialhilfeempfänger erbracht werden, umfasse. Sie ergebe sich aber auch aus der Vorschrift des § 2 Abs. 7 BMV-Ä, nach der zur vertragsärztlichen Versorgung auch die nach Maßgabe besonderer vertraglicher Regelungen vereinbarte Leistungen gehörten. Eine solche besondere vertragliche Regelung sei der zwischen der Beigeladenen zu 2) und der Klägerin geschlossene Gesamtvertrag, nach dessen § 13 für die Prüfung der Behandlungs- und Verordnungsweise auf die Prüfvereinbarung hingewiesen werde.

Die auf Grundlage des Schiedsspruchs am 20. Juni 2003 vereinbarte Prüfvereinbarung trat am 1. Oktober 2002 in Kraft. Sie wurde abgelöst durch die Prüfvereinbarungen vom 22. Dezember 2005 und 20. April 2007. Diese enthielten in § 1 Nr. 1 jeweils gleichlautende Regelungen entsprechend der Prüfvereinbarung vom 20. Juni 2003 mit dem Zusatz, dass die Bestimmung hinsichtlich der in [§ 264 Abs. 1 SGB V](#) genannten Personen nicht angewandt werde, solange die Klage der KV gegen die Entscheidung des Landesschiedsamtes anhängig sei und die Anordnung der aufschiebenden Wirkung fortdauere.

Das Sozialgericht hat mit Urteil vom 7. Dezember 2005 den Beschluss des Beklagten zu Nr. 1 des Beschlusstextes aufgehoben und zur Begründung ausgeführt, der Schiedsspruch sei rechtswidrig. Zwar habe der Beklagte einen weiten Gestaltungsspielraum, jedoch dürfe er nur das festsetzen, was auch die Parteien vertraglich vereinbaren könnten. Für eine Regelung, mit der die Prüfungsgremien ermächtigt werden, außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung tätig zu werden, bestehe keine Rechtsgrundlage. [§ 106 SGB V](#) erfasse nur die vertragsärztliche Versorgung, zu denen die Behandlung von nichtversicherten Sozialhilfeempfängern nicht gehöre. § 38 Abs. 4 BSHG stelle ebenfalls keine

geeignete Rechtsgrundlage dar. Zum einen sei bereits der Wortlaut der Vorschrift unklar und ungenau. Zum anderen bestünden keine Anhaltspunkte für einen Systembruch dahingehend, dass in der Ausgestaltung der Beziehung zwischen Ärzten und Sozialhilfeträgern die Gremien der Selbstverwaltung tätig werden sollen. Solches ergebe sich auch nicht aus der Begründung des Gesetzesentwurfes. Aus diesem werde vielmehr deutlich, dass der Gesetzgeber die unterschiedlichen Strukturen gesehen und deshalb keine vollständige Integration von Sozialhilfeempfängern in das System der gesetzlichen Krankenversicherung vorgenommen habe. Einer solche hätte es aber bedurft. Auch aus [§ 264 SGB V](#) ergebe sich nichts anderes. Wenn die Krankenkasse auftragsweise Leistungen für Sozialhilfeempfänger erbringe, so würden diese damit nicht Leistungsempfänger der GKV. Soweit sich die Beigeladene zu 2) auf die Vorschrift des § 2 Abs. 7 BMV-Ä beziehe, so erfasse diese nur besondere Leistungen für Patienten, die bereits in die vertragsärztliche Versorgung integriert seien. Nach § 3 Abs. 2 Nr. 4 BMV-Ä seien Leistungen, für die ein Träger der Unfall-, der Rentenversicherung, der Sozialhilfe oder ein anderer Träger (z.B. Versorgungsbehörde) zuständig sei oder dem Arzt einen Auftrag gegeben habe, aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen.

Gegen das Urteil haben der Beklagte (ihm zugestellt am 1. Februar 2006) am 21. Februar 2006, der Beigeladene zu 1) (ihm zugestellt am 16. Januar 2006) am 15. Februar 2006 und die Beigeladene zu 2) (ihm zugestellt am 26. Januar 2006) am 21. Februar 2006 Berufung eingelegt.

Der Beklagte führt unter Berufung auf bisheriges Vorbringen aus, durch Schaffung des § 38 Abs. 4 BSHG sei zum 1. Juli 2001 eine Ermächtigung zur Einbeziehung der ärztlichen Versorgung von Sozialhilfeempfängern in die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgt. Der Beigeladene zu 2) bringt vor, die vom Sozialgericht angenommene Unklarheit der Vorschrift bestehe nicht. Der Träger der Sozialhilfe habe die Möglichkeit erhalten, die bestehenden Prüfsysteme anzuwenden. Dann habe er aber auch das Recht haben, die erfassten Personenkreise in die Wirtschaftlichkeitsprüfung der GKV-Versicherten einzubeziehen. Hier hätten sie und die Klägerin vereinbart, dass die ärztliche Behandlung im Rahmen der vertragsärztlichen Behandlung erfolge und dass die jeweiligen Prüfvereinbarungen Anwendung finden. Insoweit erfolge die Honorierung der ärztlichen Behandlung von Sozialhilfeempfängern auch über die Klägerin. Der Beigeladene zu 1) weist darauf hin, dass er durch das Urteil des Sozialgerichts beschwert sei. Durch unwirtschaftliche Behandlungs- und Ordnungsweise könne dem Sozialhilfeträger ein Schaden entstehen. Wenn er nicht in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbezogen werden könne, sei es ihm nicht möglich, den Schaden geltend zu machen.

Der Beklagte und die Beigeladenen zu 1) und 2) beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 7. Dezember 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angegriffene Urteil für rechtmäßig. Eine Übertragung der Prüfkompetenz durch den zwischen ihr und der Beigeladenen zu 2) geschlossenen Gesamtvertrag vom 9. Dezember 1976 sei nicht möglich, u.a. weil die Vertragspartner der Prüfvereinbarung die Landesverbände und nicht die einzelnen Krankenkassen seien. Durch die Einführung des [§ 264 Abs. 2 bis 6 SGB V](#) zum 1. Januar 2004 sei der praktische Anwendungsbereich der Vorschrift gering geworden. Auf Grundlage der Prüfvereinbarung seien noch diverse Prüfverfahren anhängig. Sie betreffen Anträge der Beigeladenen zu 2) aus dem Zeitraum Juli/August 2003 auf Feststellung eines sonstigen Schadens und neun Vertragsarztpraxen sowie eine Gesamtschadenssumme von 11.670,73 EUR. Da das Sozialgericht Berlin die aufschiebende Wirkung der Klage angeordnet habe, hätten die Prüfungsgremien über die Anträge noch nicht entscheiden können.

Die Beigeladenen zu 3) bis 6) haben sich nicht an dem Verfahren beteiligt.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichts- sowie der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren.

Entscheidungsgründe:

Die Berufungen sind zulässig. Auch kann der Beigeladene zu 1) - wie die anderen Berufungsführer auch - sich auf eine materielle Beschwerde durch das Urteil des Sozialgerichts berufen. Eine solche liegt vor, wenn er geltend machen kann, durch die Bindungswirkung des angefochtenen Urteils nach [§ 141 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) unmittelbar in seinen subjektiven Rechten verletzt zu sein (BSG, [SozR 3-1500 § 75 Nr. 31](#)). Als beigeladener Träger der Sozialhilfe hat er die Einbeziehung derjenigen Personen in die Wirtschaftlichkeitsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung begehrt, die ihm gegenüber leistungsberechtigt sind und die er auftragsweise durch die Beigeladene zu 2) betreuen lässt. Der angefochtene Schiedsspruch begünstigte ihn (mittelbar), da bei Festsetzung eines Regresses gegen einen Vertragsarzt auf Grundlage der zwischen ihm und der Beigeladenen zu 2) geschlossenen Vereinbarung eine Weiterreichung des Regressbetrages an ihn in Betracht kommt. Damit erscheint eine Verletzung eines eigenen Rechts im Sinne des [§ 54 Abs. 2 S. 1 SGG](#) durch die vom Sozialgericht erfolgte Aufhebung des Schiedsspruchs zumindest möglich.

Die Berufungen sind aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht den Schiedsspruch aufgehoben, da dieser rechtswidrig war.

I. Die Klage ist zulässig. Die Festsetzung des Inhalts eines Vertrags über die vertragsärztliche Versorgung zwischen einer Kassenärztlichen Vereinigung und Krankenkassen durch ein Schiedsamt stellt einen Verwaltungsakt im Sinne des § 31 des Sozialgesetzbuchs/Zehntens Buch (SGB X) dar, den die Vertragspartner zulässiger Weise im Klagewege angreifen können, wenn sie geltend machen können, der Schiedsspruch sei rechtswidrig (Vgl. BSG, [SozR 3-2500 § 85 Nr. 20](#)). Die Klägerin als Vertragspartnerin der Prüfvereinbarung nach [§ 106 Abs. 2 S. 4 i.V.m. Abs. 3 S. 1 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung kann geltend machen, durch den Schiedsspruch in ihren Rechten verletzt zu sein und ist daher klagebefugt i.S.d. [§ 54 Abs. 1 S. 2 SGG](#). Richtige Klageart war die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, gerichtet auf Erlass eines neuen Schiedsspruchs. Denn nach Aufhebung des Schiedsspruchs, wie sie vom SG vorgenommen wurde, tritt nicht automatisch die von der Klägerin gewünschte Fassung der Prüfvereinbarung in Kraft. Es entstünde vielmehr insoweit ein vertragsloser Zustand, so dass der Beklagte erneut einen Schiedsspruch unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts fassen müsste. Es dürfte jedoch unschädlich sein, dass die Klägerin einen reinen Anfechtungsantrag gestellt und das Sozialgericht nur den

Schiedsspruch aufgehoben hat, ohne den Beklagten zur erneuten Entscheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verurteilen. Denn wegen des nach Aufhebung des Schiedsspruchs offenen Schiedsverfahrens ist der Beklagte auch ohne ausdrückliche Verurteilung verpflichtet, erneut zu entscheiden.

Es ist auch keine Erledigung des Rechtsstreits durch zwischenzeitliche zum 1. Januar 2004 bzw. 1. Januar 2005 in Kraft getretene Rechtsänderungen oder aber auf Grund des Inkrafttretens neuer Prüfvereinbarungen eingetreten. Eine Erledigung liegt allgemein vor, wenn ein Ereignis den prozessualen Anspruch gegenstandslos macht oder eine Lage eingetreten ist, die eine Entscheidung erübrigt oder ausschließt. Sie ist mit dem Wegfall des Rechtsschutzinteresses gleichzusetzen (vgl. [BSGE 42, 212](#) [216]). Von der Wirksamkeit der auf Grundlage des Schiedsspruchs in Kraft getretenen Prüfvereinbarung vom 20. Juni 2003 hängt noch der Ausgang von anhängigen Prüfverfahren wegen der Feststellung eines sonstigen Schadens in Bezug auf die Behandlung nichtversicherter Sozialhilfeempfänger ab, so dass der prozessuale Anspruch nicht gegenstandslos ist.

II. Der Schiedsspruch des Beklagten zu Nr. 1 des Tenors ist rechtswidrig, da der Beklagte die sich aus [§ 106 SGB V](#) und § 38 Abs. 4 BSHG ergebenden Grenzen seines Gestaltungsspielraums nicht beachtet hat.

Schiedssprüche unterliegen gemäß [§ 89 SGB V](#) - auf Anfechtung der Gesamtvertragsparteien hin - nur in eingeschränktem Umfang gerichtlicher Kontrolle (vgl. BSG, [SozR 4-2500 § 85 Nr. 3](#), Rn. 11; BSG, SozR 4-5500 Art 11 Nr. 1, Rn. 11). Denn das Schiedsamt hat bei der Festsetzung von Gesamtverträgen, zu denen auch die Verträge über die Wirtschaftlichkeitsprüfung gehören, einen Gestaltungsspielraum. Seine Schiedssprüche sind ebenso wie die von ihnen ersetzten Vereinbarungen der vorrangig zum Vertragsabschluss berufenen Vertragsparteien auf Interessenausgleich angelegt und haben Kompromisscharakter (vgl. vorgenannte BSG-Urteile, a.a.O.). Dementsprechend sind sie nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. In formeller Hinsicht wird geprüft, ob das Schiedsamt den von ihm zu Grunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und sein Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis ausreichend erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle ist darauf beschränkt, ob der vom Schiedsspruch zu Grunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d.h. insbesondere die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (BSG, a.a.O.).

Hieran gemessen ist der Schiedsspruch materiell rechtswidrig, da die getroffene Regelung vertraglich nicht durch die Gesamtvertragsparteien hätte getroffen werden können. Denn die Einbeziehung in die Wirtschaftlichkeitsprüfung von Leistungen für Berechtigte, für die eine Krankenkasse die Krankenbehandlung nach [§ 264 SGB V](#) in der bis 31. Dezember 2003 geltenden Fassung (a.F.) bzw. nach [§ 264 Abs. 1 SGB V](#) in der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung übernommen hat, war unzulässig, da es an einer Ermächtigungsgrundlage für eine derartige Einbeziehung fehlt. Bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung und den sich hieraus für Ärzte ergebenden Belastungen handelt es sich um eine die Berufsausübung regelnde Maßnahme, weil sie zumindest mittelbar den Umfang ärztlicher Tätigkeit und damit die Berufsausübung im Sinne des [Art. 12 Abs. 1 S. 2](#) des Grundgesetzes begrenzt (vgl. BSG, SozR 3-2500 § 106, Nr. 26). Es gilt daher der Gesetzesvorbehalt, so dass es einer gesetzlichen und nicht nur untergesetzlichen Ermächtigung bedarf. Maßgeblich für die Beurteilung ist dabei die zum Zeitpunkt der Beschlussfassung geltende Rechtslage.

1.) Die Befugnis zur Einbeziehung des genannten Personenkreises ergibt nicht aus der Vorschrift des [§ 106 Abs. 1 SGB V](#). Danach überwachen die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung. Diese umfasst aber nicht jegliches Tätigwerden eines Vertragsarztes, sondern allein die ärztliche Behandlung von Versicherten der GKV. Nicht krankenversicherte Erwerbs- und Arbeitslose, für die die Krankenkasse die Krankenbehandlung nach [§ 264 SGB V](#) a.F. bzw. [§ 264 Abs. 1 SGB V](#) übernimmt, sind jedoch keine Versicherten der GKV.

a.) Dass zur vertragsärztlichen Versorgung, die allein der Wirtschaftlichkeitsprüfung des [§ 106 SGB V](#) unterfällt, nur die Behandlung von Versicherten der GKV zählt, ergibt sich aus verschiedenen Normen des Vertragsarztrechts, die die Stellung der Versicherten im System der vertragsärztlichen Versorgung regeln. So bestimmt z.B. [§ 70 Abs. 1 S. 1 SGB V](#), dass die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben. Nach Satz 2 der Vorschrift muss die Versorgung der Versicherten ausreichend und zweckmäßig sein, darf das Maß des Notwendigen nicht überschreiten und muss in der fachlich gebotenen Qualität sowie wirtschaftlich erbracht werden. Nach [§ 72 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) wirken Ärzte, Zahnärzte, Psychotherapeuten, medizinische Versorgungszentren und Krankenkassen zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten zusammen. Die Versicherten können gemäß [§ 76 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten sowie den weiteren dort genannten Leistungsträgern frei wählen.

Demgegenüber erweitert [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) den Sicherstellungsauftrag, indem die Kassenärztlichen Vereinigungen ermächtigt werden, mit Zustimmung der Aufsichtsbehörden weitere Aufgaben der ärztlichen Versorgung, insbesondere für andere Träger der Sozialversicherung zu übernehmen. Damit werden auch andere als Versicherte der GKV in den Sicherstellungsauftrag einbezogen, ohne dass diese (vollständig) in das System der vertragsärztlichen Versorgung einbezogen werden (vgl. SG Marburg, Urteil vom 29. März 2006, [S 12 KA 638/05](#), zitiert nach juris, Rn. 28). Sie erhalten zwar in diesem Rahmen Krankenbehandlung durch Vertragsärzte, werden jedoch dadurch nicht Versicherte und damit Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung.

b.) Die Vorschrift des [§ 106 Abs. 1 SGB V](#) kann auch nicht dahingehend erweiternd ausgelegt werden, dass die Krankenkassen und die Kassenärztlichen Vereinigungen die Wirtschaftlichkeit der Vertragsärzte auch insoweit überwachen, als die Krankenkassen die Behandlung für andere Personen als Versicherte der GKV übernehmen. [§ 106 SGB V](#) soll die Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung steuern und damit das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 2 SGB V](#) umsetzen. Dieses wiederum ist kein Selbstzweck sondern dient der Verwirklichung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Denn nach [§ 71 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) haben die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten. Die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung an den Personenkreis, für den die Krankenkasse nach [§ 264 SGB V](#) a.F. bzw. [§ 264 Abs. 1 SGB V](#) die Krankenbehandlung übernommen hat, ist jedoch nicht beitragsatzrelevant, da die Übernahme nur gegen Ersatz der vollen Kosten erfolgen kann. Der Sozialhilfeträger hat daher jegliche anfallende Kosten zu tragen, so dass eine nicht wirtschaftliche Behandlungsweise keine finanziellen Auswirkungen auf die Krankenkasse

hat. Daher bedarf es nach Sinn und Zweck des [§ 106 SGB V](#) auch keiner Einbeziehung von Nichtversicherten in das von Krankenkassen und Kassenärztlichen Vereinigungen durch besondere Gremien durchzuführende Prüfverfahren.

2.) Eine Ermächtigung ergibt sich auch nicht aus den Regelungen des BSHG. Nach § 37 Abs. 1 BSHG in der seit dem 1. Juli 2001 geltenden Fassung werden vom Träger der Sozialhilfe Leistungen zur Krankenbehandlung entsprechend dem Drittel Kapitel, Fünften Abschnitt, Ersten Titel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch gewährt. § 38 Abs. 4 BSHG in der vom 1. Juli 2001 bis 31. Dezember 2003 geltenden Fassung (a.F.) bzw. § 38 Abs. 3 BSHG in der ab dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung bestimmten – ebenso wie nunmehr § 52 Abs. 3 des Sozialgesetzbuch/Zwölftes Buch (SGB XII) –, dass bei der Erbringung der Leistungen die für die gesetzlichen Krankenkassen nach dem Vierten Kapitel des Fünften Buches Sozialgesetzbuch geltenden Regelungen mit Ausnahme des Zweiten Abschnitts des Dritten Titels anzuwenden sind. Diese Vorschriften regeln aber nur das Verhältnis des Hilfeberechtigten gegenüber dem Träger der Sozialhilfe (vgl. SG Marburg, a.a.O.). Sie überführen dabei das Leistungserbringerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung in das BSHG bzw. das SGB XII (vgl. Grube/Wahrendorf, Kommentar zum SGB XII, 2. Auflage, § 52 Rn. 19) und konkretisieren damit den Inhalt des Leistungsanspruchs des Hilfebedürftigen gegen den Träger der Sozialhilfe. Sie implementieren dagegen nicht das Sozialhilfeleistungsrecht in das Vertragsarztrecht.

a.) Der Träger der Sozialhilfe hatte nach dem bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Recht mehrere Möglichkeiten, die Krankenbehandlung für nichtversicherte Hilfebedürftige zu erbringen. Entweder erbrachte er die Leistungen in eigener Zuständigkeit. Dann hatte er die sich aus § 38 Abs. 3 BSHG ergebenden Einschränkungen des Leistungsanspruchs des Hilfebedürftigen zu beachten. In diesem Rahmen konnte er mit der Kassenärztlichen Vereinigung Verträge über die Sicherstellung nach [§ 75 Abs. 6 SGB V](#) schließen. Es kann dahingestellt bleiben, ob bei einem solchen Vorgehen auf Grund der nach dem Wortlaut des § 38 Abs. 3 BSHG erfolgten Verweisung auf [§ 106 SGB V](#) der Sozialhilfeträger, der insoweit an die Stelle der Krankenkasse träte, und die Kassenärztliche Vereinigung tatsächlich ermächtigt waren, in entsprechender Anwendung des [§ 106 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) eine Vereinbarung über ein Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit zu schließen (dagegen: SG Marburg, a.a.O.). Denn der Beigeladene zu 1) und die Klägerin hatten eine derartige Vereinbarung gerade nicht geschlossen. Der Träger der Sozialhilfe war seiner ihm nach den §§ 37, 38 BSHG obliegenden Leistungsverpflichtung vielmehr in der Weise nachgekommen, dass er die beigeladene Krankenkasse gemäß [§ 264 SGB V](#) a.F. beauftragt hatte, für ihn die Krankenbehandlung gegen Ersatz der vollen Kosten zu übernehmen. Bei einer derartigen Vorgehensweise hatte er die Leistungserbringung aber vollständig aus der Hand gegeben und damit keine Möglichkeit der Einflussnahme auf die Art und Weise der Leistungserbringung mehr. Wenn aber die Krankenkasse die Leistungen eigenverantwortlich erbringt, bedarf es einer Konkretisierung des Leistungsanspruchs des Hilfeempfängers durch die Regelungen des BSHG nicht mehr, da die Krankenkasse für die betroffenen Hilfeempfänger Leistungen wie für ihre eigenen Versicherten erbringt. Die Verweisung des § 38 Abs. 3 BSHG auf das Leistungserbringerrecht des SGB V geht bei einer auftragsweisen Erbringung der Krankenbehandlung durch die Krankenkasse somit ins Leere. Da aber – wie unter 1. dargelegt – die Hilfeempfänger durch die Beauftragung der Krankenkasse nicht Teil der vertragsärztlichen Versorgung werden, findet für den hier betroffenen Personenkreis eine Wirtschaftlichkeitsprüfung im Ergebnis nicht statt.

b.) Etwas anderes ergibt sich auch aus der Begründung des Gesetzesentwurfs zur Änderung der §§ 37, 38 BSHG zum 1. Juli 2001 ([BT-DrS 14/5074, S. 122](#), 123). Aus ihr wird allein deutlich, dass der Gesetzgeber eine Angleichung der Leistungsansprüche für Hilfeempfänger und Versicherte der GKV beabsichtigte, um eine vermeintliche leistungsrechtliche Besserstellung von Hilfeempfängern zu beseitigen. Dies ergibt sich bereits aus der Einleitung der Begründung zu § 38 BSHG, nach der durch die Gesetzesänderung klarer als bisher werden sollte, welche Leistungen der gesamten Hilfen zu gewähren sind. Dass auch die Rechtsverhältnisse der Leistungserbringer zum Träger der Sozialhilfe oder aber zu den Krankenkassen, soweit sie über § 264 die Krankenhilfe erbringen, geregelt werden sollten, ergibt sich nicht. Die Begründung zu Absatz 4 des § 38 BSHG verweist allein darauf, dass bei der Leistungserbringung (und nicht etwa umfassend) das Leistungserbringerrecht der GKV Anwendung finden sollte. Hier wird insbesondere auf die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nach [§ 92 SGB V](#) hingewiesen, die Leistungsansprüche der Versicherten konkretisieren. Es ergibt sich aus der Begründung kein Hinweis darauf, dass mit § 38 Abs. 4 BSHG die Hilfebedürftigen Teil der vertragsärztlichen Versorgung werden sollten oder aber die Prüfungsgremien ermächtigt, für von der Krankenkasse im Wege des Auftrags betreute Personen eine Wirtschaftlichkeitsprüfung zu vereinbaren.

Daran ändert auch der Hinweis des Beklagten auf die Vorschrift des Art. 28 des bereits zum 1. Januar 1992 in Kraft getretenen Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) nichts. Danach sollten vom 1. Januar 1997 an Personen, die laufende Hilfe zum Lebensunterhalt nach dem BSHG erhalten, mit Ausnahme von asylsuchenden Ausländern und ähnlichen Personengruppen in die Versicherungspflicht nach [§ 5 Abs. 1](#) des SGB V einbezogen werden. Dies stellte aber allein eine Absichtserklärung dar, die noch der Konkretisierung durch ein besonderes Gesetz bedurfte (vgl. Art. 28 Abs. 2 GSG). Das Vorhaben wurde jedoch niemals gesetzgeberisch verwirklicht, so dass Hilfebedürftige nach dem BSHG bzw. nunmehr nach dem SGB XII weiterhin nicht der GKV angehören, soweit sie nicht aus anderen Gründen freiwillig oder pflichtversichert sind. Unabhängig von den Gründen hierfür ergibt sich daher aus dem Willen des Gesetzgebers des GSG nichts für die Frage, ob die Vertragsparteien die nach [§ 264 SGB V](#) a.F. auftragsweise Betreuten in die Wirtschaftlichkeitsprüfung einbeziehen durften.

c.) Durch die Schaffung der Absätze 2 bis 7 des [§ 264 SGB V](#) zum 1. Januar 2004 hat sich daran nichts geändert. Zwar hat die Krankenkasse nunmehr gemäß [§ 264 Abs. 2 SGB V](#) die Krankenbehandlung vom Empfänger von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetz und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, zu übernehmen. Gleichfalls hat der Gesetzgeber bestimmt, dass die Gewährung von Krankenbehandlung durch die Krankenkasse vorrangig vor der Leistungserbringung durch den Sozialhilfeträger ist. Daher wird ein wesentlicher Teil der Hilfebedürftigen nach dem BSHG bzw. ab dem 1. Januar 2005 nach dem SGB XII nunmehr kraft gesetzlichen Auftrags (vgl. hierzu: BSG, Urteil vom 17. Juni 2008, [B 1 KR 30/07 R](#), zitiert nach juris) von der Krankenkasse betreut. Darüber, dass eine Einbeziehung dieses Personenkreises in die Wirtschaftlichkeitsprüfung erfolgen kann, besteht zwischen den Vertragsparteien kein Streit. Insoweit haben sie mit der Prüfvereinbarung vom 22. Dezember 2005 einvernehmlich die Einbeziehung geregelt. Dieser Personenkreis ist nicht Gegenstand des Rechtsstreits. Hinsichtlich des von [§ 264 Abs. 1 SGB V](#) noch erfassten Personenkreises, für den die Krankenkasse weiterhin nur auf Grund eines vertraglichen Auftrags Krankenhilfe erbringt, hat sich indes keine Änderung ergeben. Dieser Personenkreis dürfte praktisch aber nur eine geringe Bedeutung haben. d.) Für die Richtigkeit des hier gefundenen Ergebnisses, spricht auch folgende Erwägung: [§ 106 Abs. 4a S. 7 SGB V](#) in der seit dem 1. Januar 2004 geltenden Fassung bestimmt, dass die Krankenkassen und die Kassenärztliche Vereinigung die Kosten der Prüfungsgremien jeweils zur Hälfte tragen. Bei einer Einbeziehung würden die Kosten der Wirtschaftlichkeitsprüfung bezüglich des hier in Rede stehenden Personenkreises nicht nur der beauftragten Krankenkasse, sondern allen Krankenkassen und somit systemwidrig der Versichertengemeinschaft der GKV aufgebürdet. Eine Umwälzung derartiger Kosten, die den

Sozialhilfeträger wirtschaftlich zu Gute kommt, auf die Versichertengemeinschaft hätte eine ausdrückliche gesetzliche Regelung erfordert.

3.) Eine Ermächtigung ergibt sich entgegen der Auffassung der Beigeladenen zu 2) schließlich auch nicht aus § 2 Abs. 7 BMV-Ä. Unabhängig davon, dass nach Auffassung des Senats die Vorschrift nicht den Personenkreis regelt, für den Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbracht werden können, sondern allein die Leistungen, die ihrer Art nach Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sind, kann die Vorschrift aus folgendem Grund keine Ermächtigung darstellen: Bei dem Bundesmantelvertrag handelt es sich um einen Normsetzungsvertrag (vgl. [BSGE 71, 42](#)). Dessen Regelungen müssen an die gesetzliche Ermächtigung halten und dürfen nicht gegen Gesetzesrecht verstoßen. Soweit ein Normsetzungsvertrag eine die Berufsausübung regelnde Maßnahme im Sinne des [Art. 12 Abs. 1 S. 2 GG](#) enthält, bedarf es einer gesetzlichen Ermächtigung, die hier – wie oben dargelegt – fehlt. Die untergesetzliche Norm des BMV-Ä kann daher keine Ermächtigungsgrundlage für eine Wirtschaftlichkeitsprüfung in Bezug auf die Behandlung von nicht in der GKV versicherten Personen darstellen.

Gleiches gilt für den zwischen dem Beigeladenen zu 1) und der Beigeladenen zu 2) geschlossenen Vertrag sowie für den zwischen der Klägerin und der Beigeladenen geschlossenen Gesamtvertrag aus dem Jahre 1976. Unabhängig davon, ob diese vertraglichen Regelungen überhaupt einschlägig wären, könnten sie als Vertragsnormen keine Ermächtigungsgrundlage für eine gesetzlich nicht vorgesehene Wirtschaftlichkeitsprüfung darstellen.

4.) Selbst wenn man eine Ermächtigung annähme, überschritte der Inhalt der Prüfvereinbarung die Grenzen des § 38 Abs. 4 BSHG a.F. bzw. § 37 Abs. 3 BSHG, [§ 52 Abs. 3 SGB XII](#) und führte daher zur Rechtswidrigkeit des Schiedsspruchs.

Ein wesentlicher Teil der Prüfungsvereinbarung ist die arztbezogene Prüfung bei Überschreitung der Richtgrößen (§ 18 der Prüfvereinbarung). Diese basieren auf den nach [§ 84 Abs. 6 SGB V](#) zu vereinbarenden Richtgrößenvolumina, deren Überschreitung die Wirtschaftlichkeitsprüfung auslöst ([§ 84 Abs. 6](#) letzter Satz SGB V in der bis 27. November 2003 geltenden Fassung). Wie bereits unter 2a) dargelegt, ist wegen der unterschiedlichen Strukturen der Leistungsträger die Anwendung der [§§ 82](#) bis [87d SGB V](#) durch § 38 Abs. 4 BSHG ausdrücklich ausgeschlossen. Damit können Richtgrößenvolumina für die Versorgung von nichtversicherten Arbeits- und Erwerbslosen, die nach [§ 264 SGB V](#) a.F. von der Krankenkasse betreut werden, nicht vereinbart werden, weder von dem Sozialhilfeträger noch von den Gesamtvertragsparteien. Nach der Begründung des Gesetzesentwurfs ([BT-DrS 14/5074, S. 123](#)) sollten Budgetierungsregelungen gerade keine Anwendung finden. Damit ist aber einer Wirtschaftlichkeitsprüfung insbesondere nach Richtgrößen der Boden entzogen.

Mit der Fassung des § 1 der Prüfvereinbarung, die diese durch den Schiedsspruch erhalten hat, wird die gesamte Prüfvereinbarung auch für Leistungen an die nach [§ 264 SGB V](#) a.F. Leistungsberechtigten anwendbar und damit auch die Richtgrößenprüfung des § 18. Mit der konkreten durch den Schiedsspruch ausgestalteten Fassung des § 18 werden dagegen sogar ausdrücklich die nach [§ 264 SGB V](#) a.F. betreuten Personen als richtgrößenrelevant angesehen.

III. Die Kostenentscheidung beruht auf Anwendung des [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 154 Abs. 2](#), [162 Abs. 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor, insbesondere hat die Rechtssache in Anbetracht der zwischenzeitlich eingetretenen Rechtsänderungen zum 1. Januar 2004 und 1. Januar 2005 keine grundsätzliche Bedeutung.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2010-09-15