L 24 KA 37/17 KL

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
24
1. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 24 KA 37/17 KL
Datum
12.10.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens einschließlich der Kosten der Beigeladenen zu 1). Alle übrigen Beigeladenen haben für ihre eigenen Kosten jeweils selbst aufzukommen. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 102.360,35 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen einen Schiedsspruch der Beklagten vom 16. Juni 2016, der Schiedsstelle nach § 18a KHG für das Land Brandenburg, mit welchem Vergütungsregelungen für das von der Beigeladenen zu 1) betriebene sozialpädiatrische Zentrum (SPZ) für die Jahre 2015 und 2016 festgelegt wurden.

Die Beigeladene zu 1) auf der einen und die Klägerin und die Beigeladenen zu 2) bis 6) auf der anderen Seite hatten sich für das Jahr 2014 noch auf eine Vereinbarung zur Vergütung der Leistungen des SPZ geeinigt. Zur Regelung der Vergütung für die Jahre 2015 und 2016 rief die Beigeladene zu 1) die Beklagte an. Sie beantragte dort u. a. die Festsetzung einer Fallpauschale in Höhe von 522,01 EUR pro Fall und Quartal für das Jahr 2015. Die Gegenseite beantragte u. a., für das Jahr 2015 eine Vergütungspauschale in Höhe von 296,16 EUR je Patient und Quartal bis zu einer Behandlungsfallzahl von 2200 pro Kalenderjahr festzusetzen und in Höhe von 236,93 EUR je Patient und Quartal für darüber hinausgehende Behandlungsfälle.

Die Beklagte beschloss aufgrund mündlicher Verhandlung am 16. Juni 2016 u. a., für 2015 eine Fallpauschale in Höhe von 348,43 EUR für eine maximale Fallzahl pro Kalenderjahr von 2200 Fällen. Bei einer Überschreitung der vereinbarten Fallzahl sollten die mehr erbrachten Fälle mit einer um 20 v. H. reduzierten Fallpauschale vergütet werden. Zur Begründung führte sie u. a. aus, der Vergütungsanspruch der Antragstellerin gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sei umfassend. Alle Leistungen, die ein SPZ an seinen Patienten erbringe, seien in die Bemessung der Vergütung nach § 120 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 SGB V einzubeziehen. Eine finanzielle Ausgliederung einzelner Leistungen innerhalb der Behandlung eines Patienten finde nicht statt. Soweit zu einer sozialpädiatrischen Behandlung im SPZ Frühförderleistungen gehörten, d. h. solche Leistungen, die bei isolierter Betrachtung an sich auch eine Frühförderstelle erbringen könnte, handele es sich um eine von den Krankenkassen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 1 SGB V zu finanzierende Leistung, da der Patient in der Behandlung des SPZ stehe. Das SPZ könne nicht darauf verwiesen werden, für einen Teil der sozialpädiatrischen Gesamtbehandlung die Sozialhilfeträger in Anspruch nehmen zu müssen. Das Leistungsspektrum des SPZ der Beigeladenen zu 1) umfasse nur solche Leistungen, die von den Krankenkassen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 SGB V zu finanzieren seien. Dies ergebe sich aus den Ausführungen der Ärztlichen Leiterin des SPZ. In der mündlichen Verhandlung am 16. Juni 2016 habe diese dargelegt, dass sich ihr SPZ auf solche Leistungen konzentriere. Es erbringe keine anderweitig zu finanzierenden Leistungen wie z. B. sogenannte Komplexleistungen im Sinne der §§ 8, 9 Frühförderungsverordnung (in der Fassung v. 24. Juni 2003; BGBl. I Seite 998 = FrühV). Es ergäben sich keine Anhaltspunkte für Zweifel an der Richtigkeit dieser Angaben. Mehr als eine solche Vernehmung sei selbst bei Zugrundelegung des Amtsermittlungsgrundsatzes nicht erforderlich. Anhaltspunkte für eine mangelnde Glaubhaftigkeit der ärztlichen Leiterin seien nicht ersichtlich. Da die Leistungen gemäß § 120 Abs. 2 Satz 2, Abs. 3 Satz 1 SGB V von den gesetzlichen Krankenkassen zur Gänze zu finanzieren seien, sei kein Raum dafür, das SPZ ganz oder auch nur teilweise auf andere Zahler zu verweisen. In der Vergütungsvereinbarung 2014 sei dies jedoch hinsichtlich der Regelung in Anlage 5 der Fall gewesen. Darin habe es – in Fortführung gleichartiger Vertragsformulierungen jedenfalls seit 1998 – geheißen: "Die Vertragspartner vereinbaren (...) eine Fallpauschale in Höhe von 339,83 Euro. Die zu Lasten der Krankenkassen abrechnungsfähige Fallpauschale beträgt (...) 288,85 Euro (85 v. H.). Der von Seiten der Krankenversicherung nicht gedeckte Betrag ist von den Sozialhilfeträgern aufzubringen." In einem Vertrag mit einem Leistungserbringer, der keine Komplexleistungen im Sinne der §§ 8, 9 FrühV erbringe und daher keinen Vergütungsanspruch gegen Sozialhilfeträger haben könne, den Anschein zu erwecken, er würde trotz einer nur 85-prozentigen Zahlung der Krankenkassen dennoch ein 100-prozentiges

Vergütungsvolumen einfahren, könne nicht akzeptiert werden. Demgegenüber greife auch der Einwand nicht, die Beigeladene zu 1) selbst habe sich auf die Formulierung einer 85% zu 15% -Aufteilung eingelassen. Ihr könne nicht vorgehalten werden, sie hätte überblicken müssen, bei ihrer Leistungsstruktur letztlich nur 85 % der Vergütung erhalten zu können. Die Antragsgegner des Schiedsverfahrens hätten mit der Vertragsformulierung Verantwortung dafür übernommen, dass es wirklich so funktioniere, dass das SPZ den Gesamtbetrag von 339,83 EUR erhalten könne. An diesem von ihnen gesetzten Anschein müssten sie sich festhalten lassen. Als Folgerung sei die 2014 vereinbarte Fallpauschale in Höhe von 339,83 EUR in voller Höhe die Grundlage für die Vergütungssteigerungen gemäß der Veränderungsrate. Die Steigerungsrate für 2015 betrage 2,53 % und die für 2016 2,95 %. Daraus errechneten sich Vergütungspauschalen von 348,43 EUR für 2015 und 358,71 EUR für 2016. Aus der in der Vergangenheit erfolgten eigenen Zahlung nur von 85 % könnten die Antragsgegner nicht herleiten, auch in Zukunft nur gemäß der Ausgangsbasis von 85 % zzgl. Veränderungsraten zahlen zu müssen.

Gegen diesen ihr am 1. August 2016 zugegangenen Schiedsspruch erhob die Klägerin am 30. August 2016 Klage.

Am 1. Dezember 2016 hat die Beigeladene zu 1) beim hiesigen Gericht einen Antrag nach § 86b Abs. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) gestellt.

Der Senat hat mit Beschluss vom 27. Juni 2017 (Aktenzeichen L 24 KA 35/17 KL ER) die sofortige Vollziehung des Beschlusses der Beklagten angeordnet.

Zur Klagebegründung führt die Klägerin aus, der Vergütungsstruktur von 85:15 liege eine langjährige einvernehmliche Vertragspraxis mit allen SPZ in Brandenburg zugrunde. Während die ersten Vergütungsverträge mit der Antragstellerin ab Januar 1993 noch ausschließlich die zu Lasten der Krankenkassen abrechnungsfähigen Fallpauschalen vereinbart hätten (Fallpauschale: 265,00 DM), seien durchgehend seit 1998 (Fallpauschale: 414,80 DM) nach der Aufteilungsregelung 85: 15 festgelegt worden. Sie sei auf Wunsch der Brandenburger SPZ eingefügt worden. Grundlage der Vergütungsvereinbarung ab 1998 mit der prozentualen Kostenaufteilung sei eine Erörterung zwischen dem Bundesministerium für Gesundheit, dem Deutschen Städtetag, der Deutschen Krankenhausgesellschaft, der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und den Spitzenverbänden der Krankenkassen vom 24. Juni 1992 zur Umsetzung des § 43a SGB V gewesen. Dabei hätten sich die Beteiligten pragmatisch ohne Anerkennung einer Rechtspflicht auf eine Kostenaufteilung von 85: 15 zwischen Krankenkassen und Sozialhilfeträgern geeinigt. Der Vergütungsanspruch richte sich nach seinem Aufgabenspektrum gemäß § 119 SGB V, also ausschließlich nach leistungserbringerrechtlichen Vorschriften. Der Umfang müsse sich ausschließlich am Umfang des Leistungsrechts, d. h. hier an § 43a SGB V, orientieren. Die Vergütungspflicht der Krankenkasse könne nicht weiter reichen als die der Vergütung zugrunde liegenden leistungsrechtlichen Verpflichtungen. Das Tätigwerden des Leistungserbringers sei darauf beschränkt, bestehende Leistungsansprüche des Versicherten für die Krankenkasse gegen Vergütung zu erfüllen. Die Ansprüche des Leistungserbringerrechtes nach §§ 119, 120 SGB V verhielten sich daher akzessorisch zum Leistungsrecht. Die Beklagte habe sich für ihre Entscheidung ausschließlich auf die Erklärung der Ärztlichen Leiterin des SPZ, Frau Dr. M, gestützt. Deren Behauptung, dass im SPZ keine Leistungen der Frühförderung erbracht würden, auch keine Komplexleistungen im Sinne der §§ 8, 9 FrühV, sei zuvor weder schriftsätzlich noch in den Vertragsverhandlungen erhoben worden. Obwohl die Krankenkassen auf die Historie auch bezüglich anderer SPZ und zum Zahlungsverhalten seitens der anderen Träger vorgetragen hätten, habe die Beklagte keine weiteren Ermittlungen angestellt. Die Aussage der Ärztlichen Leiterin hätte als Parteivortrag gewürdigt werden müssen. Die Beigeladene zu 1) müsse sich fragen lassen, weshalb sie SPZ Abrechnungen gegenüber den Sozialhilfeträgern vorgenommen habe, wenn das SPZ nach eigenem Bekunden gerade keine Leistungen der Frühförderung und solche im Sinne der §§ 7, 8 FrühV erbracht habe. Wenn es solche Leistungen nicht gegeben habe, bleibe klärungsbedürftig, was tatsächliche Grundlage für erfolgte Abrechnungen gewesen sei. Die Beigeladene zu 1) habe im Schiedsverfahren selbst drei Ablehnungsschreiben von Sozialhilfeträgern beigefügt. Die selektive Auswahl der vorgelegten Ablehnungsschreiben zeige, dass das vermittelte Bild einer generell fehlenden Bereitschaft der Sozialhilfeträger zur Tragung des übrigen Anteiles nicht zutreffe. Ablehnungsschreiben von Sozialhilfeträgern des unmittelbaren Einzugsgebietes des SPZ habe die Antragstellerin nicht vorgelegt. Hingegen zeigten die exemplarisch vorgelegten Schreiben, dass die Mehrheit der Träger dem Grunde nach bei Einhaltung bestimmter Voraussetzungen zur Tragung des übrigen Anteiles weiterhin bereit sei. Im Ergebnis sei die zentrale Annahme, das SPZ erbringe keine Leistungen der Frühförderungen und auch keine Leistungen im Sinne der §§ 7, 8 FrühV erbringe, zweifelhaft und nicht frei von Widersprüchen. Es könne nicht ausgeschlossen werden, dass weitergehende Ermittlungen zu einer anderen Sachlage führten. Mit der Einführung der 85: 15 Regel seien die Finanzierungsverpflichtungen der Krankenkassen weiterhin zu 100 % abgedeckt gewesen. Selbst wenn es sich so verhalten sollte, dass die Beigeladene zu 1) keine Leistungen nach der FrühV, auch keine Komplexleistungen im Sinne der §§ 8, 9 FrühV erbringe, bleibe es dabei, dass vieles dafür spreche, dass die Antragstellerin für erbrachte Leistungen in jedem Fall Einnahmen über die Sozialhilfeträger erziele. Je nach Verständnis würden diese Leistungen nicht nur als Leistungen nach der FrühV bzw. als Komplexleistungen qualifiziert. Auf Grundlage einer solchen Einnahmesituation gebe es keine Auslegungsnotwendigkeit zu Lasten der Krankenkassen. Unter Beachtung dieser Einnahmesituation habe die vertraglich vereinbarte Kostenteilung bis heute ihre Berechtigung. Rein vorsorglich werde vorgetragen, dass die Kostenaufteilungsregel entgegen der Auffassung der Antragstellerin zumindest mittelbar im Ergebnis auch die Sozialhilfeträger binde. Gleichzeitig liege ein Verstoß gegen die Angemessenheitsvermutung vor, wonach vereinbarte oder festgesetzte Vergütungsregelungen der Vorjahre die Vermutung ihrer Angemessenheit in sich trügen. In der Sache sei ferner die Antragsgegnerin nicht zu einer Vertragsauslegung der Vergütungsvereinbarung 2014 berufen gewesen. Streitigkeiten über die Auslegung von bereits geschlossenen Verträgen seien nämlich nicht schiedsfähig. Die von der Beklagten vorgenommene Auslegung überschreite den eindeutigen Wortlaut sowie die erkennbare Regelungsabsicht. Dem Wortlaut des Abs. 1 Satz 2 der Vergütungsvereinbarung 2014 sei zu entnehmen, dass die Krankenkassen rechtlich verpflichtet würden, ausschließlich 288,85 EUR zu vergüten. Davon abweichend entnehme die Beklagte der Vereinbarung eine zusätzliche Einstandsverpflichtung der Krankenkassen für Vergütungen seitens der Träger der Sozialhilfe. Sie begründe eine Art gesamtschuldnerische Haftung der Krankenkassen neben den Träger der Sozialhilfe. Die Beklagte hätte sich fragen müssen, ob das Angebot von Komplexleistungen im Sinne der §§ 8, 9 FrühV durch ein SPZ zu dessen Kern Leistungsspektrum gehöre. Wenn es sich um eine wesentliche Leistung handele, die zwingend vorzuhalten sei, könne ein teilweises Nichtvorhalten von Kernleistungen nicht zur Folge haben, weit überproportionale Vergütungserhöhungen vorzunehmen. Ein teilweises Nichtvorhalten bedinge insoweit ein reduziertes Leistungsspektrum. Genau dieses behauptete eingeschränkte Leistungsspektrum sei ursächlich für die Entscheidung der Schiedsstelle gewesen, den Ausgangsbetrag künstlich zu erhöhen. Auch liege mit einer Erhöhung bzw. Vergütungssteigerungen von 20,62 % bzw. 24,18 % ein Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragsstabilität vor. Der Schutz der Versichertengemeinschaft für Beitragserhöhungen infolge überproportionaler Vergütungssteigerungen wiege höher als der Schutz von Krankenhäusern vor den Folgen ihres eigenen Verhaltens in der Vergangenheit.

Die Klägerin beantragt,

den Beschluss vom 16. Juni 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, über die Anträge der Beteiligten unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie führt aus, sie habe bislang keine neuen Erkenntnisse gefunden, welche sie veranlassen könnte, von ihrem Schiedsspruch abzurücken. § 43a SGB V sei ohne Relevanz für den hier maßgeblichen Maßstab für die Bestimmung der Vergütungsansprüche in § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V. Dieser habe sich – wie immer ausgeführt - am Leistungsspektrum gemäß § 119 SGB V zu orientieren. § 43a SGB V regele anderes, nämlich den Leistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse. § 43a SGB V sei ohne Bedeutung für den Umgang des Vergütungsanspruches des SPZ gegenüber den Krankenkassen. § 119 SGB V weise dem SPZ die "sozialpädiatrische Behandlung" zu. Zu möglichen Ausgrenzungen nicht-ärztlicher Leistungen aus dem Finanzierungsanspruch des SPZ für Leistungen nach § 119 SGB V nach § 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V sei darauf hinzuweisen, dass es für sogenannte Komplexleistungen Sonderregelungen gäbe, vgl. §§ 26 Abs. 2 Nr. 2, 30 Abs. 1 Satz 2, Abs. 3 Satz 2, 56 Abs. 2 SGB IX i. V. m. § 32 SGB IX, §§ 6, 9 FrühV. Dabei handele es sich um die Kombination von Leistungen einer Frühförderstelle und eines SPZ. Dafür gelte eine Mischfinanzierung. Entgeltmäßig seien sowohl der Sozialhilfeträger als auch der Rehabilitationsträger unter Berücksichtigung auch von Landeszuwendungen eingebunden, so dass sich insoweit wohl ergeben könne, dass Leistungen des SPZ letztlich von anderen Institutionen als den Krankenkassen (mit) finanziert würden. Diesen Sonderregelungen, die möglicherweise eine Modifikation der an sich den Krankenkassen obliegenden Finanzierungspflicht gemäß §§ 119, 120 Abs. 2 Satz 1 ergeben könnten, brauche im vorliegenden Verfahren aber nicht weiter nachgegangen zu werden. Denn das hier betroffene SPZ erbringe keine Komplexleistungen. Auf die Rahmenvereinbarung zur Umsetzung der FrühV im Land brauche nicht eingegangen zu werden. Im Übrigen könnte sich in den Regelungen über Komplexleistungen auch nur in sehr geringem Umfang eine Ausgrenzung nicht-ärztliche Leistungen aus der Finanzierungspflicht gemäß §§ 119, 120 Abs. 2 Satz 1 SGB V ergeben. Denn die Frühförderungsregelungen erfassten nur Kinder bis zum Schuleintritt. Die Praxis der Aufteilung könne nur historisch erklärt werden.

Sie verweist ergänzend auf einen weiteren Schiedsspruch vom 9. Mai 2017, der ein anderes Brandenburger SPZ betrifft. Der Schiedsspruch stelle in weiten Teilen eine verbessernde Weiterentwicklung des hier streitgegenständlichen dar. Dieser Schiedsspruch sei bestandskräftig.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung trägt sie vor: Zutreffend habe die Beklagte als Grundlage für die Steigerung der Vergütung die für das Jahr 2014 vereinbarte Fallpauschale zu 100 % angesetzt. Die dort vereinbarte Absenkung auf 85 % sei als Vertrag zu Lasten Dritter nicht mit den §§ 137, 242 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) vereinbar. Die Aussage ihrer Ärztlichen Leiterin des SPZ sei richtig. Das SPZ erbringe keine anderweitig zu finanzierenden Leistungen wie z. B. Komplexleistungen im Sinne der §§ 8, 9 FrühV. Der vertragliche Leistungsumfang und die tatsächlichen Leistungen seien identisch. Ihr – der Beigeladenen zu 1) – könne auch nicht vorgehalten werden, sich bis 2014 nur mit 85 % des ihr zustehenden Vergütungsvolumens begnügt zu haben. Auch der Grundsatz der Beitragsstabilität sei nicht durchgreifend. Die Klägerin könne sich nicht auf eine -nicht vorgelegte- Handlungsempfehlung zur Umsetzung des § 43a SGB V des Bundesministeriums für Gesundheit berufen, da sich aus den Gesetzesmaterialien ergebe, dass die Vergütungspflicht der Krankenkassen ausdrücklich festgestellt sei. Die Vorschrift stellt klar, dass versicherte Kinder unter ärztlicher Verantwortung erbrachte nicht-ärztliche sozialpädiatrische Leistungen, die der Diagnostik und Aufstellung eines Behandlungsplanes dienen, in Anspruch nehmen können und diese Leistungen von den Krankenkassen zu vergüten sind (BT Drs. 12/1154 Seite 6 zu § 43a SGB V). Auch die Materialien zu § 120 Abs. 2 SGB V ergäben dies (Bezugnahme auf BT Drs. 12/1526 Seite 2). Seit Jahren bestehe eine finanzielle Unterdeckung im SPZ der Antragstellerin. Dies resultiere im großen Umfang daraus, dass die Sozialhilfeträger den 15 % Anteil nicht an das SPZ entrichteten. Eine Quersubventionierung des SPZ durch das Krankenhaus der Antragstellerin sei im Hinblick darauf, dass auch die Krankenhausbudgets gedeckelt seien, nicht möglich. Seit mehreren Jahren sei auf zusätzliche Leistungen ein sogenannter Mehrleistungsabschlag von 25 % zu zahlen. Dies bedeute, dass die Kliniken die vereinbarten Mehrleistungen nicht zu 100 % vergütet bekämen, sondern nur jeweils anteilig. Es bestehe die reelle Gefahr, dass das SPZ zum Nachteil der behandelten Kinder den bisherigen Umfang nicht weiter aufrechterhalten könne. Der notwendige Ausbau des SPZ zum Abbau der Wartezeiten von derzeit sechs bis zwölf Monaten könne nicht vorgenommen werden.

Entscheidungsgründe:

Es konnte im schriftlichen Verfahren entschieden werden, §§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Alle Beteiligten haben sich mit einer solchen Vorgehensweise einverstanden erklärt.

Die Klage ist zulässig.

Für Klagen gegen Schiedsstellen sind erstinstanzlich die Landessozialgerichte zuständig, §§ 51 Abs. 1 Satz 2 SGG, 29 Abs. 2 Nr. 1 SGG.

Zuständig ist der Senat als solcher für Vertragsarztrecht. Nach § 10 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGG gehören zu den Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten (Vertragsarztrecht) einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände (§ 10 Abs. 2 Satz 1 SGG) unter anderem Klagen wegen der Vergütung nach § 120 SGB V. Die Formulierung "Klagen wegen der Vergütung nach § 120 SGB V" erfasst nicht nur Leistungsbegehren im Einzelfall, sondern auch Streitigkeiten im Zusammenhang mit den nach § 120 Abs. 2 SGB V zu treffenden Vergütungsvereinbarungen. Da die Schiedsstelle nach § 120 Abs. 4 SGB V an die Stelle der Vertragsparteien tritt, wenn eine Vereinbarung nicht zustande kommt, gehören auch die Klagen gegen die Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle zum Vertragsarztrecht. Dass die Entscheidung von der nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zu bildenden Schiedsstelle getroffen wird, steht dem nicht entgegen, obgleich im Schiedsverfahren die Krankenkassen und die Träger der Einrichtungen beteiligt sind, nicht aber Vertreter der Vertragsärzte. Entscheidend ist jedoch, dass die SPZ im Wege der Ermächtigung

nach § 119 Abs. 1 SGB V in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden sind (BSG, Urteil vom 13. Mai 2015 – B 6 KA 20/14 R –, BSGE 119, 43-57, Rdnr. 16 mit Bezugnahme auf BT-Druck 17/6764 S. 26 u. Rdnr. 20).

Statthaft ist ein Neubescheidungsbegehren gemäß § 54 Abs. 1 i. V. m. § 131 Abs. 3 SGG mit dem Ziel, einen inhaltlich neuen Schiedsspruch zu erreichen, die richtige Klageart. Die Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle nach § 120 Abs. 4 SGB V erfolgt durch Verwaltungsakt. Die Schiedsstelle nach § 18a KHG wird als Stelle tätig, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung nach § 1 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) wahrnimmt und damit als Behörde im funktionalen Sinne (BSG, a. a. O. Rdnr. 21) Die Schiedsstelle trifft hier eine Regelung mit unmittelbarer Rechtswirkung (§ 31 Satz 1 SGB X). Anders als nach der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) ist aber nach § 54 Abs. 1 S. 1 SGG nicht nur die Leistungsklage zu erheben, sondern eine Anfechtungs- und eine Neubescheidungsklage. Der Zulässigkeit der Klage steht auch nicht entgegen, dass ein Vorverfahren nach § 78 SGG nicht durchgeführt worden ist. Zwar liegt einer der in § 78 Abs. 1 Satz 2 SGG ausdrücklich genannten Fälle, in denen es eines Vorverfahrens nicht bedarf, nicht vor. Eine gesetzliche Vorschrift, die ausdrücklich bestimmt, dass es für Entscheidungen der Schiedsstelle nach § 120 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 18a Abs. 1 KHG eines Vorverfahrens nicht bedarf, gibt es nicht. Die Entbehrlichkeit der Durchführung eines Vorverfahrens ergibt sich aber aus der Eigenart der Tätigkeit der Schiedsstelle, die bei der Vergütungsfestsetzung an die Stelle der Vertragsparteien tritt. Der Zweck des Vorverfahrens, im Interesse des Rechtsschutzes des betroffenen Bürgers eine Selbstkontrolle der Verwaltung zu ermöglichen, wird bei der Überprüfung einer Festsetzung durch diejenigen, die dieses Ergebnis in einer bestimmten Verhandlungssituation erzielt haben, nicht erreicht. In der besonderen Situation der Vertragsgestaltung durch eine Schiedseinrichtung kann eine Überprüfung nur im gerichtlichen Verfahren erfolgen. Für die Entscheidung der Schiedsstelle nach § 120 Abs. 4 SGB V i. V. m. § 18a Abs. 1 KHG gilt insofern nichts anderes als für die Entscheidung des Schiedsamtes nach § 89 SGB V (BSG, a. a. O. Rdnr. 24). Die Klägerin ist klagebefugt. Sie macht geltend, möglicherweise einen Anspruch auf Neubescheidung mit dem Ziel einer niedrigeren Vergütungsverpflichtung zu haben.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Der angefochtene Schiedsspruch ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Nach § 119 Abs. 2 SGB V soll ein SPZ die Versorgung derjenigen Kinder sicherstellen, die wegen der Art, Schwere oder Dauer ihrer Krankheit oder einer drohenden Krankheit nicht von geeigneten Ärzten oder in geeigneten Frühförderstellen behandelt werden können und deshalb auf die Leistungen gerade eines SPZ angewiesen sind. Seine Aufgabe und Versorgungsfunktion liegt in der gleichzeitigen integrierten multidisziplinären Arbeit von ärztlichen und nichtärztlichen Fachkräften. Dies betrifft die gesamte Behandlung, also Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie (vgl. Marburger, jurisPR-SozR 4/2012 Anm. 5). Für die Vergütung der ärztlichen und nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen der SPZ bei Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie sind die Regelungen des § 120 Abs. 2 ff SGB V maßgebend (BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 – B 6 KA 34/10 R Rdnr. 10 mit Bezugnahme auf Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, Stand April 2011, K § 85 Rdnr.106a).

Nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V wird die Vergütung der Leistungen eines SPZ von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nach § 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs. 1 KHG auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest (§ 120 Abs. 4 SGB V), in Brandenburg die Beklagte.

In materieller Hinsicht muss nach § 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V die Vergütung die Leistungsfähigkeit des SPZ bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Die Vergütung kann pauschaliert werden, § 120 Abs. 3 Satz 1 SGB V.

Der Schiedsstelle kommt bei der Festsetzung der Vergütung für SPZ ein Gestaltungsspielraum zu. Deshalb unterliegt der Schiedsspruch nur in eingeschränktem Umfang einer gerichtlichen Kontrolle. Die Schiedssprüche sind ebenso wie die von ihnen ersetzten Vereinbarungen der vorrangig zum Vertragsabschluss berufenen Vertragsparteien auf Interessenausgleich angelegt und haben Kompromisscharakter. Insofern gelten die gleichen Maßstäbe wie bei der Überprüfung der Entscheidungen der Schiedsämter nach § 89 SGB V (BSG, Urteil vom 13. Mai 2015 – B 6 KA 20/14 R – Rdnr. 26). Sie sind nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. Die inhaltliche Kontrolle ist darauf beschränkt, ob der vom Schiedsspruch zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob -insoweit auch in materieller Hinsicht- das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, insbesondere die maßgeblichen rechtlichen Vorgaben beachtet hat, die auch für die Vertragsparteien gelten (BSG, a. a. O.).

Formelle und materielle Mängel vermag der Senat hier nicht zu erkennen.

In formeller Hinsicht geht es primär darum, ob die Schiedsstelle den von ihr zugrunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis wenigstens andeutungsweise erkennen lässt. (Sonnhoff in: Hauck/Noftz, SGB, 08/16, § 120 SGB V Rdnr. 32).

Es ist hier nicht ersichtlich, dass die Beklagte im Schiedsverfahren der Klägerin nicht ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben hat und/oder deren Vortrag nicht gewürdigt hat. Der -recht umfassend begründete- Schiedsspruch nimmt zu den hier streitigen Punkten (Notwendigkeit weiterer Sachverhaltsaufklärung [?], Vergütungsanhebung "um 15% und zudem die Veränderungsraten") dezidiert Stellung.

Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der von der Schiedsstelle zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob die Schiedsstelle den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d. h. die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (Sonnhoff in: Hauck/Noftz, SGB, 08/16, § 120 SGB V Rdnr. 32).

Maßgeblicher Gesichtspunkt für die Vergütung nach § 120 Abs. 2 SGB V ist die Leistungsfähigkeit des SPZ bei wirtschaftlicher Betriebsführung (BSG, a. a. O. Rdnr. 28). Der Senat folgt dabei der Auffassung der Beklagten und der Beigeladenen, dass für die Berechnung der Vergütung alle vom SPZ nach § 120 Abs. 2 Satz 1, Abs. 3 Satz 1 SGB V erbrachten Leistungen der Diagnostik, Beratung, Förderung und Therapie einzubeziehen sind (BSG, Urteil vom 29. Juni 2011 – B 6 KA 34/10 R , juris Rdnr. 10).

Soweit die Beklagte als hierfür relevant die Leistungen angesehen hat, welche im Vertrag für 2014 100% der Kosten ausmachten, obgleich die Krankenkassen davon nur 85% übernehmen sollten, hat sie aus Sicht des Senats nicht den Vertrag für 2014 ausgelegt, sondern für 2015

eine neue Regelung dazu getroffen, von welchen Kosten 2015 auszugehen ist. Bereits deshalb kann sich die Klägerin nicht erfolgreich auf das Urteil des BSG vom 31. Mai 2016 B 1 KR 39/15 R – (Rdnr. 16) berufen und ausführen, Abrechnungsbestimmungen seien eng am Wortlaut orientiert auszulegen und allenfalls unterstützend durch systematische Erwägungen, Bewertungen und Bewertungsrelationen blieben hingegen außer Betracht. Die Ausführungen des BSG haben sich zudem speziell auf die Anwendung des EBM bezogen.

Die Beklagte durfte im Rahmen der Vereinbarung für 2015 die bisherige Regelung beenden und als Vergütungsbasis 100 % statt wie bisher 85% ansetzen:

Dass sich bereits in den Vorjahren der Gegenstand der Vergütungsvereinbarung ("die 100%") zusätzlich auf Kosten für weitere Leistungen des SPZ erstreckt hat (welche nicht von den Krankenkassen, sondern von anderen zu tragen waren), lässt sich bereits dem Vertragswerk für 2014 nicht entnehmen

In der Vereinbarung des Jahres 2014 sind die Leistungen als Grundlage der Vereinbarung in § 3 ausdrücklich definiert.

"Die Leistungen des SPZ umfassen die ärztlich verantwortete Diagnostik, Behandlungsplanung und Therapie sowie die auf ärztliche Veranlassung erbrachten nicht-ärztlichen sozialpädiatrischen Leistungen, soweit sie gemäß § 119 SGB V i. V. m. § 43a SGB V in den Leistungsrahmen der gesetzlichen Krankenversicherung fallen."

Soweit die Klägerin vortragen will, ein SPZ erbringe Leistungen, welche zwar zum Aufgabengebiet nach § 119 SGB V gehörten, wofür aber nicht die Krankenkassen aufzukommen hätten, weil der Leistungsanspruch der versicherten Kinder und Jugendliche aus § 43a SGB V nur einen Teil des Aufgabengebietes umfasse, widerspricht es der angeführten Rechtsprechung, wonach Gegenstand der Vergütung nach § 120 Abs. 2 SGB V alle Aufgaben nach § 119 SGB V sind.

"Belastbare Ansätze" dafür, dass -wie die Klägerin meint- das BSG in seinem Urteil vom 29. Juni 2011 (B 6 KA 34/10 R) den von der Schiedsstelle herangezogenen "Umfassungsgrundsatz" möglicherweise doch nicht so gesehen habe, weil es sich insoweit nicht um einen entscheidungserheblichen Rechtssatz gehandelt habe, sieht der hier erkennende Senat nicht. Er folgt dem BSG, auch soweit es sich nur um ein obiter dictum gehandelt hat.

Nicht ersichtlich ist aber auch, dass die streitgegenständliche Vergütungsvereinbarung überhaupt Leistungspositionen umfasst, auf die die versicherten Kinder und Jugendlichen nicht nach § 43a Abs. 1, Abs. 2 SGB V einen Anspruch hätten.

Die Beklagte konnte also –mit anderen Worten- konstatieren, dass die Beigeladene zu 1) bis einschließlich 2014 auf 15% der ihr gegenüber den Kassen zustehenden Vergütung verzichtet hat, weil die Vertragspartner der Annahme waren, die Sozialhilfeträger würden hierfür -aus welchen Gründen auch immer- aufkommen.

Nach den Vorgaben des BSG im Urteil vom 13. Mai 2015 (B 6 KA 20/14 R – Rdnr. 32, 35; ähnlich für eine andere Materie: Urteil vom 13. August 2014 – B 6 KA 6/14 R Rdnr. 40 und 44) sind Steigerungen der Vergütungen auch über die bloße Veränderungsrate aufgrund gestiegener Lohn- und Sachkosten etc. hinaus unter anderem dann möglich, wenn in den Vorjahren fehlerhaft kalkuliert wurde und jetzt höhere Kostensätze verwendet werden. Einen solchen Sachverhalt hat hier der Sache nach die Beklagte zutreffend angenommen. Eine Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität scheidet aus, wenn die Krankenkassen bisher gesetzwidrig zu wenig leisten mussten.

Auch die Frage, ob ein SPZ mit einer Begrenzung seines Leistungsspektrums auf die Aufgaben nach § 119 SGB V seine Aufgaben voll erfülle bzw. ob ein Angebot von Komplexleistungen (vgl. § 30 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch -SGB IX) mit zum Leistungsspektrum eines SPZ gehören müsste, ist nicht im Rahmen des Schiedsverfahrens um den Vergütungsanspruch nach § 120 SGB V zu klären.

Soweit die Klägerin vortragen will, die Beigeladene zu 1) verlange eine Vergütung ausschließlich von den Krankenkassen, obgleich für einen Teil (15%) auch der jeweilige Sozialhilfeträger gesamtschuldnerisch mit der jeweiligen Krankenkasse verpflichtet sei und es deshalb rechtswidrig sei, von einem Gesamtschuldner die Gesamtsumme zu fordern, ist dem nicht zu folgen. Die Beklagte darf als Schiedsstelle an Stelle der Vertragsparteien alle Regelungen treffen, welche diese selbst vereinbaren könnten. Ein Gesamtschuldner kann sich gegenüber dem Gläubiger verpflichten, die Gesamtschuld zu übernehmen. Nach dem Bürgerlichen Recht kann sich der Gläubiger sowieso an einen seiner Schuldner alleine halten, § 421 S. 1 BGB. Die Beantwortung der Frage durch die Beklagte, ob die Kassen aus Vertrauensschutzgründen darauf vertrauen durften, die bisherige Verteilung werde auch künftig beachtet, mit "Nein" ist gerichtlich nicht überprüfbar sondern gehört hier zum Gestaltungsfreiraum der Schiedsstelle.

Im Kern wendet sich die Klägerin gegen den streitgegenständlichen Schiedsspruch, weil sie darin ihren Vorwurf gegen die Beigeladene zu 1) nicht relevant berücksichtigt sieht, diese trage zu den Abrechnungen ihres SPZ gegenüber Sozialhilfeträgern unrichtig vor bzw. erhalte Gelder von diesen, für welche sie nunmehr aufgrund der Aufstockung von 85% zu 100% auch solche von den Krankenkassen fordere.

Auch diese Angriffe gegen die Aufklärung des Sachverhaltes durch die Beklagte und deren Schluss, nicht von unwahren Aussagen der Beigeladenen zu 1) auszugehen, greifen nicht.

Zu Recht weist die Beklagte darauf hin, die gebotene Sachverhaltsermittlung durch Vernehmung der ärztlichen Leiterin des SPZ vorgenommen zu haben. Die Klägerin regt nur Ermittlungen ins Blaue an und erhofft sich davon lediglich, Indizien für ihre Behauptung einer Falschaussage aufzufinden.

Der Senat sieht –wie bereits im Verfahrens des vorläufigen Rechtsschutzes- keinen Anlass an der Richtigkeit der Aussage der Ärztlichen Leiterin des SPZ der Beigeladenen zu 1) zu zweifeln. Darin ändert sich auch nichts dadurch, dass der Vorhalt, es spreche vieles dafür, dass die Beigeladene zu 1) auch für Leistungen, die sich nicht als solche der FrühV darstellten, Gelder der Sozialhilfeträger vereinnahme, nur als Vorwurf ungerechtfertigter Doppelabrechnung angesehen werden kann, letztlich als Vorwurf eines (versuchten) Abrechnungsbetruges. Alleine, weil sich damit die Klägerin bzw. die für sie Handelnden ihrerseits möglicherweise dem Vorwurf einer Straftat aussetzen, ändert sich nichts an dessen ungenügendem Substanzgehalt. Es ist bislang weder vorgetragen oder belegt, dass das SPZ dieselbe Leistung tatsächlich

doppelt in Rechnung gestellt hat. Alleine aus dem Umstand, dass ungeachtet des Vortrages, keine Leistungen zu erbringen, die nicht unter §§ 119, 120 II SGB V fielen, Rechnungen an Sozialhilfeträger aktenkundig sind, folgt dies nicht. Denn es kann sich aus Sicht der Beigeladenen zu 1) um die vergeblichen Bemühungen gehandelt haben, von einem unzuständigen Leistungsträger Gelder zu erhalten, weil sie bis einschließlich 2014 gegenüber den Kassen auf 15% der ihr zustehenden Vergütung verzichtet hat.

Nach § 4 Abs. 2 der Vereinbarung 2014 hatte das SPZ pro Quartal eine Leistungsdokumentation zu erstellen und den Krankenkassen zu übersenden. In der Anlage 2 der Vergütungsvereinbarung sind die vom SPZ zu erbringenden und dem Leistungsrahmen der GKV unterfallenden Leistungen genannt. In dieser Leistungsaufstellung sind keine Komplexleistungen und keine als Frühförderleistung gekennzeichneten Maßnahmen aufgeführt. Dies stützt die Aussage der Beigeladenen zu 1).

Auch das Argument Klägerin, die 85% zu 15%-Regelung sei vor vielen Jahren auf Wunsch der SPZ unter Hinweis auf eine Erörterung zwischen dem zuständigen Bundesministerium und den einschlägigen Verbänden zur Umsetzung des § 43a SGB V eingeführt worden, ist ohne Beweisrelevanz.

Der Senat braucht nicht dazu Stellung zu nehmen, ob der Schiedsspruch der Beklagten hinsichtlich der eigentlichen Veränderungsrate und der Abschlagsregelung bei Überschreiten der Regelfallzahl im vollen Umfang rechtmäßig ist. Dies ist nicht angegriffen worden.

Die Kostenentscheidung ergeht nach § 197a SGG i. V. m. §§ 154 Abs. 1 und Abs. 3, 162 Abs. 3 VwGO. Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG sind nicht ersichtlich.

Der Beschluss über den Streitwert, der nicht mit der Beschwerde an das Bundessozialgericht anfechtbar ist, folgt aus § 52 Abs. 1, Abs. 3 Gerichtskostengesetz. Auszugehen ist gemäß den Angaben der Klägerin im Schriftsatz vom 26.06.2017 im vorläufigen Rechtsschutzverfahren von einem Streitvolumen in Höhe von 284.334,30 EUR in den Jahren 2015 und 2016. Der Anteil der Klägerin betrug dabei nach Angabe der Beigeladenen zu 1) im Mittel der zwei Jahre 36%.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2018-12-17