

## L 5 KA 1601/11 ER-B

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
S 10 KA 5806/10 ER  
Datum  
16.03.2011  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KA 1601/11 ER-B  
Datum  
02.08.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

Die Beschwerde der Antragstellerinnen gegen den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 16.03.2011 wird zurückgewiesen.

Die Antragstellerinnen tragen die Kosten des Verfahrens sowie die Kosten der Beigeladenen in beiden Rechtszügen.

Gründe:

A.

Die Antragstellerinnen wenden sich mit ihrer Beschwerde gegen die Ablehnung der von ihnen beantragten Anordnung der aufschiebenden Wirkung ihrer Klage gegen den Schiedsspruch des Antragsgegners in den Verfahren über die Festsetzung von Verträgen zur Hausarztzentrierten Versorgung (i. F. HzV-V) gemäß [§ 73b Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) vom 10.04.2010.

Die Antragstellerinnen sind Krankenkassen, die seit April 2009 mit den beigeladenen Gemeinschaften von Vertragsärzten in Verhandlungen über den Abschluss von Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung nach [§ 73b Abs. 4 SGB V](#) standen. Nachdem eine Einigung nicht zustande gekommen war, beantragten die Beigeladenen im Mai 2009 beim Bundesversicherungsamt die Bestimmung einer Schiedsperson. Das Bundesversicherungsamt bestimmte daraufhin den Antragsgegner zur Schiedsperson. Zur Begründung wird in dem Bescheid ausgeführt, die Voraussetzungen für die Bestimmung einer Schiedsperson seien erfüllt. Die Beigeladenen bildeten eine Gemeinschaft i. S. d. [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#), die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV Baden-Württemberg vertrete. Gegen diesen Bescheid haben die Antragstellerinnen Klage erhoben, die derzeit ruht (Az.: S 10 KA 1198/10).

Aufgrund mündlicher Verhandlungen vom 02.03.2010 und 23.03.2010 setzte der Antragsgegner am 10. April 2010 den Vertragsinhalt zwischen den Antragstellerinnen und den Beigeladenen gemäß den der Entscheidung anliegenden Vertragsmustern (Vertrag, Anlage 1, Anlage 2, Anlage 3 mit Anhängen 1, 2 und 5, Anlage 4, Anlage 5, Anlage 6, Anlage 7, Anlage 8, Anlage 9, Merkblatt zum Hausarztprogramm) fest. Der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß [§ 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) enthält 23 Paragraphen (§ 1 Allgemeines, § 2 Vertragsgegenstand, § 3 Teilnahmevoraussetzungen und besondere Qualifikations- und Qualitätsanforderungen für die HzV, § 4 Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV, § 5 Teilnahme des HAUSARZTES an der HzV und Beendigung der Teilnahme, § 6 Teilnahme der Versicherten an der HzV, § 7 Organisation der Teilnahme der Hausärzte an der HzV, § 8 Software (Vertragssoftware), § 9 Verwaltungsaufgaben der Krankenkasse zur Durchführung der HzV, § 10 Anspruch des HAUSARZTES auf die HzV-Vergütung, § 11 Abrechnungsverfahren, § 12 Abrechnungsnachweis, Überzahlungen, § 13 Praxisgebühr, § 14 Verwaltungskostenpauschale, § 15 Beirat, § 16 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung, § 17 Verfahren zur Vertragsänderung, § 18 Schiedsklausel, § 19 Haftung und Freistellung, § 20 Datenschutz, § 21 Qualitätssicherung und Prüfwesen, § 22 Schlussbestimmungen, § 23 Anlagenverzeichnis sowie die folgenden 9 Anlagen zum Teil mit Anhängen: Anlage 1 Vertragssoftware, Anlage 2 Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen, Anlage 2a Wirtschaftliches Hilfsmittelmanagement (in gemeinsamer Absprache noch zu erstellen), Anlage 3 HzV-Vergütung und Abrechnung, Anlage 4 Prozessbeschreibung, Anlage 5 Infopaket und Starterpaket, Anlage 6 Teilnahmeerklärung Versicherter und Teilnahmebedingungen Versicherte, Anlage 7 Schiedsverfahren, Anlage 8 Datenschutzvertrag, Anlage 9 Prüfwesen im Sinne von [§ 73 b Abs. 5 Satz 5 SGB V](#)).

Die Verträge traten - mit Ausnahme der Regelungen zur Vergütung und Abrechnung in Anlage 3, die erst am 01.10.2010 Wirksamkeit erlangten - am 15.04.2010 in Kraft (§ 16 HzV-V). Die Entscheidung enthält nach der Begründung folgende Rechtsmittelbelehrung: "Die Festsetzung des Vertragsinhaltes durch Schiedsspruch ist gerichtlich überprüfbar. Diese kann gem. [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), [§ 61 Satz 2 SGB X](#) i.V.m. der entsprechenden Anwendung des [§ 319 BGB](#) stattfinden. Nach [§ 319 Abs. 1 BGB](#) ist die getroffene Bestimmung für die

Vertragschließenden nicht verbindlich, wenn sie offenbar unbillig ist. Die Bestimmung kann in diesem Fall durch Urteil erfolgen ([§ 319 Abs. 1 Satz 2 BGB](#)). Zutreffende Klageart ist die Gestaltungsklage (Palandt/Grüneberg, aaO, § 315 Rn. 17; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer. SGG, 8. Aufl. 2008, § 54 Rn. 1, 3), für die keine Ausschlussfrist gilt (Planholz, RsDE 64 (2007), 1, 21 - für die Leistungsklage). Sie ist von dem Vertragspartner, der mit der Festsetzung des Vertragsinhaltes durch die Schiedsperson nicht einverstanden ist, gegen den anderen Vertragspartner zu richten. Zudem ist eine Überprüfung der Vertragsfestsetzung im Wege der Inzidentkontrolle mit einer Leistungsklage möglich, etwa wenn über die "offenbare Unbilligkeit" einer im Vertrag festgesetzten und von einer Vertragspartei geforderten Vergütung gestritten wird. Der Rechtsweg ist gem. [§ 51 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) zu den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit eröffnet."

Die Antragstellerinnen zu 1 bis 4 haben am 16.09.2010 und die Antragstellerin zu 5 am 28.02.2011 beim Sozialgericht Stuttgart (SG) Anfechtungsklage gegen den Schiedsspruch (S 10 KA 5805/10) erhoben und gleichzeitig beantragt, die aufschiebende Wirkung ihrer Klage anzuordnen. Zur Begründung haben sie im Wesentlichen vorgetragen, der Schiedsspruch sei bereits deshalb rechtswidrig, weil das Schiedsverfahren unzulässig gewesen sei. Die Beigeladenen erfüllten nicht das gesetzlich vorgeschriebene Quorum der Allgemeinärzte. Voraussetzung sei eine rechtsgeschäftliche Vertretungsmacht zum Abschluss eines HzV-Vertrags. Für den Nachweis der Vertretungsmacht sei die Vorlage einer rechtsgeschäftlich erteilten Vollmacht erforderlich, welche die Gemeinschaft ermächtigte HzV-Verträge mit unmittelbarer Wirkung für die Ärzte abzuschließen. Die von den Beigeladenen vorgelegten Erklärungen genügten diesen Anforderungen nicht.

Der Schiedsspruch sei auch wegen Verletzung des Gebots der finanziellen Selbsttragung der hausarztzentrierten Versorgung rechtswidrig. Das in [§ 53 Abs. 3](#) und 9 SGB V normierte Gebot der Selbsttragung des Wahltarifs verbiete eine Quersubventionierung der Kosten des Wahltarifs durch das allgemeine Beitragsaufkommen. Diese Regelung betreffe zwar unmittelbar nur das Verhältnis zwischen Versicherten und Krankenkasse. Der Krankenkasse sei es jedoch verboten Verträge mit Leistungserbringern abzuschließen, die zu einem Verstoß gegen ihre Pflichten im Verhältnis zu den Versicherten führten. Die Regelungen müssten daher auch im Rahmen des [§ 73b Abs. 8 SGB V](#) beachtet werden. Erhöhte Aufwendungen für zusätzliche Leistungen seien nur dann zulässig, wenn sich diese aus Effizienzsteigerungen und aus Einsparungen finanzieren ließen, die sich aus den Maßnahmen von HzV-Verträgen ergäben. Hinweise auf möglicherweise mittel- oder langfristig eintretende Einsparungen reichten nicht aus. Die Betrachtung müsse zeitraumunabhängig erfolgen. Zum Nachweis reichten die in der Begründung des Schiedsspruchs aufgeführten möglichen Einspareffekte nicht aus. Eine Refinanzierungsmöglichkeit sei vorliegend weder nachgewiesen noch erkennbar. Der Antragsgegner habe den Sachverhalt nicht hinreichend ermittelt. Außerdem habe der Antragsgegner den Antragstellerinnen zu den genannten Refinanzierungsmöglichkeiten kein rechtliches Gehör gewährt. Die in der Begründung aufgeführten Einsparpotentiale seien zudem nicht belegt. Die sog. Gatekeeper-Funktion des Hausarztes führe nicht zu Einsparungen. Ebenso könne aus einem Sinken der Facharztkonsultationen nicht auf Einsparpotentiale geschlossen werden. Die bloße Möglichkeit von Einsparungen genüge nicht.

Ferner liege ein Verstoß gegen das Gebot der Beitragsatzstabilität vor. Dieser Grundsatz gelte auch im Rahmen von HzV-Verträgen und müsse umfassend geprüft werden. Auf eine konkrete Gefährdung des Gebotes komme es nicht an. Eine Verletzung liege bereits dann vor, wenn nicht refinanzierte Mehrausgaben nicht verlässlich ausgeschlossen werden könnten. Den Antragstellerinnen entstünden erhebliche Mehrkosten durch die festgesetzten HzV-Verträge. Vertraglich abgesicherte Maßnahmen zur Verhinderung beitragsatzrelevanter Mehrkosten enthalte der Schiedsspruch nicht. Denn ein Budget als Ausgabenobergrenze sei nicht festgesetzt worden. Die festgesetzte Fallwertobergrenze sei mit 76,00 EUR viel zu hoch angesetzt. Die Hinweise in der Begründung auf mögliche längerfristige Einspareffekte seien rein hypothetischer Natur. Die gesetzlich vorgeschriebenen Abrechnungs- und Wirtschaftlichkeitsprüfungen würden vereitelt und der Abschluss wirksamer Arznei- und Heilmittelvereinbarungen verhindert.

Desweiteren liege eine Verletzung des Wirtschaftlichkeitsgebots dadurch vor, dass für Leistungen der Regelversorgung eine höhere Vergütung gewährt werde. Das Wirtschaftlichkeitsgebot lasse jedoch eine entsprechende Erhöhung der Vergütung nur zu, soweit im Rahmen der besonderen hausarztzentrierten Versorgung qualitativ bessere oder zusätzliche Leistungen im Vergleich zur Regelversorgung erbracht würden. Die festgesetzten Vergütungen würden diesen Vorgaben nicht gerecht. Dies gelte namentlich für die Chroniker-Pauschale P3. Wie der von den Antragstellerinnen erstellte Kostenvergleich belege, würden die festgesetzten Leistungen durchgehend - zum Teil um mehr als 73 % - höher vergütet, als die entsprechenden Leistungen in der Regelversorgung.

Der Schiedsspruch sei auch deshalb rechtswidrig, da er gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstoße. Dies werde durch Einschätzungen durch die Landesdatenschutzbeauftragten anderer Bundesländer, insbesondere Schleswig-Holstein bestätigt. Mittlerweile habe auch das zuständige Innenministerium Baden-Württemberg zu erkennen gegeben, dass die Datenschutzaufsichtsbehörden die Bedenken des Landesdatenschutzbeauftragten Schleswig-Holstein teilten. Unzulässig seien die Einbindung der Beigeladenen in die Abrechnung der HzV-Vergütung sowie die Übertragung der gesamten Verarbeitung der Abrechnungsdaten auf ein privates Rechenzentrum im Wege einer Kette von Unterauftragsverhältnissen. Die Einbindung der Beigeladenen in die Verarbeitung personenbezogener Abrechnungsdaten stelle keine Auftragsdatenverarbeitung sondern vielmehr eine Funktionsübertragung dar. Die Beigeladenen hätten mit der Verarbeitung selbst nichts zu tun, sondern wollten die gesamten Datenverarbeitungsprozesse über die HÄVG auf die HÄVG-R. AG und gegebenenfalls weitere Subunternehmer delegieren. Dies verstoße gegen die gesetzlichen Vorgaben. Dabei ginge die Aufgabenübertragung auf die HÄVG weit über die Beauftragung eines Inkassounternehmens hinaus, da sie nach den Regelungen des HzV-Vertrags zu einer weitgehend selbstständig agierenden Institution zur Klärung von Grundsatzfragen der Vergütung und zur Durchsetzung von Rechtsansprüchen werde. Die Tätigkeiten des HÄVG würden zudem ein erhebliches strafrechtliches Risiko bergen. Außerdem sei mit datenschutzrechtlichen Bestimmungen nicht vereinbar, dass die HÄVG und das von ihr eingesetzte Rechenzentrum in den Prozess der Einschreibung der Versicherten eingebunden seien. Die gesetzlichen Regelungen ließen eine Weitergabe von personenbezogenen Daten nur im Rahmen der Abrechnung von Leistungen zu.

Der Schiedsspruch sei auch deshalb rechtswidrig, weil der Antragsgegner einen unzutreffend ermittelten Sachverhalt zugrunde gelegt habe. Die Annahme, dass weniger als 70 % der Versicherten an den HzV-Verträgen teilnehmen würden, sei unzutreffend und basiere auf einer Momentaufnahme aus dem Jahr 2008. Zudem sei die Erwägung, dass durch eine Teilnehmerquote von weniger als 70 % und weitere Umstände das Risiko der Antragstellerinnen begrenzt werde, sachwidrig. Der Antragsgegner habe außerdem unzutreffende pauschale Vergleiche mit anderen HzV-Verträgen angestellt. Die wirtschaftlichen Verhältnisse der verschiedenen Krankenkassen seien unterschiedlich, weshalb sich eine pauschale Übertragung verbiete. Auch soweit der Antragsgegner auf einen in Bayern gültigen Add-on-Vertrag abstelle, ginge er von einem unzutreffenden Sachverhalt aus. Jedenfalls sei die Bezugnahme auf den Add-on-Vertrag sachfremd.

Schließlich sei der Schiedsspruch rechtswidrig, weil sachlich unangemessene Regelungen festgesetzt worden seien. Es habe kein angemessener Ausgleich der beiderseitigen Interessen stattgefunden. Der Antragsgegner habe sich ganz überwiegend die Sichtweise der Beigeladenen zu Eigen gemacht. Ein Abwägungsfehler liege darin, dass eine versichertenbezogene Ausgabenobergrenze festgesetzt worden sei und keine fallwertbezogene Obergrenze. Zudem sei die Höhe der Obergrenze fehlerhaft festgesetzt. Der durchschnittliche Fallwert werde um beinahe 10,00 EUR pro Behandlungsfall überschritten. Außerdem seien bei der Festsetzung der Obergrenze die Verhältnisse in Baden-Württemberg, die von den bayerischen Verhältnissen abwichen, nicht hinreichend berücksichtigt worden. Ferner sei die Festsetzung von Festpreisen für die Mindestvertragslaufzeit von drei Jahren zur Begrenzung des finanziellen Risikos der Antragstellerinnen keine sachgerechte Ausübung des Beurteilungsermessens des Antragsgegners. Außerdem fehle es an einer Begründung des Schiedsspruchs, soweit eine höhere Vergütung für Leistungen der Regelversorgung festgesetzt werde. Schließlich habe sich der Antragsgegner auch nicht mit berechtigten Einwänden der Antragstellerinnen zu verschiedenen Vertragsformulierungen näher auseinandergesetzt.

Weiter wird ausgeführt, die festgesetzten Verträge seien auch deshalb rechtswidrig, weil die Antragstellerinnen verpflichtet würden, die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und innen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit zu unterstützen. Diese Verpflichtung widerspräche den gesetzlichen Vorgaben.

Da der Schiedsspruch demnach offensichtlich rechtswidrig sei, müsse die aufschiebende Wirkung der Klage angeordnet werden. Aber auch eine Interessenabwägung ginge zugunsten der Antragstellerinnen aus. Der Schiedsspruch sei mit erheblichen finanziellen Belastungen für die Antragstellerinnen verbunden. Im Falle eines späteren Erfolges der Klage sei eine Rückabwicklung der gezahlten Vergütungen nicht oder nur mit einem unverhältnismäßigen Aufwand möglich. Die Antragstellerinnen würden sämtliche Zahlungen an die teilnehmenden Ärzte unter Vorbehalt leisten. Wegen der Verletzung datenschutzrechtlicher Bestimmungen entstünde bei Vertragsdurchführung zudem für die teilnehmenden Ärzte ein erhebliches strafrechtliches Risiko. Demgegenüber seien die Nachteile, die einträten, wenn dem vorläufigen Rechtsschutz stattgegeben werde, die Klage aber später abgewiesen werde, nicht gravierend. Die hausärztliche Regelversorgung sei gesichert. Erhebliche Folgen für die Hausärzte bestünden nicht. Das finanzielle Interesse der Ärzte sei über die Teilnahme an der Regelversorgung gewahrt. Soweit im Vertrauen auf den Bestand des Vertrages Investitionen getätigt worden seien, sei das Vertrauen der Ärzte vor Rechtskraft des Schiedsspruchs nicht schützenswert. Es seien auch keine Nachteile für die Attraktivität des Arztberufes zu befürchten. Ein Eigeninteresse der Beigeladenen sei schließlich nicht erkennbar. Wirtschaftliche Interessen der HÄVG seien nicht mit in die Abwägung einzustellen.

Der Antragsgegner ist dem Antrag entgegengetreten und hat zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung sei unzulässig, jedenfalls unbegründet. Es sei unzutreffend, dass der Antragsgegner das vertragliche System der Beigeladenen übernommen habe und den Anträgen der Beigeladenen vollständig gefolgt sei. Er habe sich an dem von der Vertragsarbeitsgemeinschaft des B.-Landesverbandes Baden-Württemberg mit den Gemeinschaften von Allgemeinärzten ausgehandelten und freiwillig vereinbarten HzV-Vertrag orientiert. Zu Gunsten der Krankenkassen sei dieser Vertrag modifiziert und verbessert worden.

Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung sei bereits unzulässig, da der Schiedsspruch kein Verwaltungsakt sei. Der Antragsgegner sei keine Behörde und habe keine hoheitliche Maßnahme getroffen. Der Schiedsperson nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) seien nicht die Wahrnehmung öffentlicher Aufgaben übertragen. Sie werde lediglich als Vertragshelfer tätig. Jedenfalls sei der Antrag unbegründet. Nach dem insoweit zutreffenden Kontrollmaßstab nach [§ 319 BGB](#) sei eine getroffene Bestimmung für die Vertragsschließenden nur dann nicht verbindlich, wenn sie offenbar unbillig ist. Dies sei vorliegend nicht der Fall. Dies zeige bereits der große Argumentationsaufwand der Antragstellerinnen.

Der Schiedsspruch sei auch bei Anlegung eines anderen Kontrollmaßstabes nicht rechtswidrig. Die Voraussetzungen für die Durchführung eines Schiedsverfahrens hätten vorgelegen. Der Antragsgegner habe dies ordnungsgemäß geprüft. Mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte würden von den Beigeladenen vertreten. Dabei sei die Voraussetzung des Vertretens bereits durch die Mitgliedschaft der Ärzte in einem der Verbände der Hausärzte erfüllt. Nach unbestrittenen Angaben hätten die Beigeladenen zusammen 3.492 Fachärzte für Allgemeinmedizin und damit deutlich mehr als 50 % der 5.089 im Bezirk der KV Baden-Württemberg zugelassenen und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte als Mitglieder. Mehr als 50 % hätten zudem die Beigeladenen mit dem Abschluss von Verträgen ausdrücklich beauftragt. Eine Vertretungsmacht im Sinne des [§ 164 BGB](#) sei nicht erforderlich, da es dem einzelnen Allgemeinarzt überlassen sei, ob er dem Vertrag beitrete oder nicht. Den gesetzlichen Regelungen läge das Prinzip der Freiwilligkeit zugrunde.

Es läge auch kein Verstoß gegen das Gebot der finanziellen Selbsttragung des Wahltarifs vor. Das Gebot betreffe nur den Wahltarif, nicht die hausarztzentrierte Versorgung selbst. [§ 59 Abs. 9 SGB V](#) besage lediglich, dass, soweit ein Wahltarif besondere Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen einräume, sich daraus ergebende Aufwendungen durch Einnahmen, Einsparungen oder Effizienzsteigerungen finanziert werden müssten. Darüber hinausgehende Ausgaben einschließlich der Kosten für ärztliche Leistungen seien hiervon nicht umfasst. Nach [§ 73b Abs. 8 SGB V](#) sei es den Vertragspartnern freigestellt, ob sie vereinbarten, dass Aufwendungen für Leistungen, die über die Regelversorgung hinausgehen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den HzV-Verträgen herrühren, finanziert werden. Dieses Verständnis werde durch die geplante Änderung des [§ 73b Abs. 8 SGB V](#), wonach künftig in den HzV-Verträgen sicherzustellen sei, dass die Vergütung aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu finanzieren ist, bestätigt. Es bestünde für die Krankenkassen auch keine Verpflichtung Wahltarife mit Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen anzubieten. Im Übrigen böten die Antragstellerinnen ihren Versicherten ohnehin keine HzV-Wahltarife an.

Ferner liege kein Verstoß gegen das Gebot der Beitragssatzstabilität vor. Dieses Gebot habe für HzV-Verträge keine zwingende Geltung. Nach [§ 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V](#) könne Abweichendes von den Vorschriften der [§§ 69 ff. SGB V](#) vereinbart werden. Hiervon sei auch das Gebot der Beitragssatzstabilität nach [§ 71 SGB V](#) erfasst. Bestätigt werde dies wiederum von der geplanten Gesetzesänderung, wonach für Verträge, die nach dem 22.09.2010 zustande gekommen seien, nunmehr der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten sei. Im Übrigen liege kein Verstoß gegen diesen Grundsatz vor. Erfahrungen zeigten, dass sich die bereits laufenden Verträge selbst finanzierten. Zudem hätten Aufsichtsbehörden die festgesetzten Verträge bislang nicht beanstandet.

Auch sei das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht verletzt. Der HzV-Fallwert liege 12,38 EUR über dem Fallwert in der Regelversorgung. Dieser höhere Fallwert sei durch ein verbessertes Angebot und zahlreiche Verpflichtungen der Hausärzte gerechtfertigt. Durch eine weitgehende

Pauschalierung sei zudem eine Mengenausweitung nahezu ausgeschlossen. Festzuhalten sei zudem, dass kein einziger der von dem Antragsgegner festgesetzten Schiedsverträge von einer Aufsichtsbehörde beanstandet worden sei.

Außerdem sei eine datenschutzrechtliche Unzulässigkeit der festgesetzten Verträge nicht gegeben. Insoweit fehle es bereits an einem Rechtsschutzbedürfnis, da die Datenschutzproblematik nur das Verhältnis der Beigeladenen zur HÄVG betreffe. Sie beträfe auch nur die Umsetzung des Vertrages, nicht aber den Vertrag selbst. In späteren Schiedsverfahren sei davon abgesehen worden, in Schiedssprüchen eine Datenschutz-Anlage festzulegen. Die Ermächtigungsgrundlage für die Einschaltung privater Rechnungsstellen sei im Übrigen bis 01.07.2011 verlängert worden. Der Gesetzgeber sei demnach nicht den Bedenken des Landesbeauftragten für Datenschutz Schleswig-Holstein gefolgt. Sofern die datenschutzrechtlichen Regelungen in den festgesetzten Verträgen tatsächlich rechtswidrig seien, habe dies jedenfalls nicht die Rechtswidrigkeit der übrigen Vertragsteile zur Folge. Zudem schrieben die Verträge in § 20 Abs. 1 ausdrücklich die Einhaltung der datenschutzrechtlichen Vorschriften vor. Widersprüche die Regelungen in Anlage 8 den gesetzlichen Bestimmungen, sehe § 20 Abs. 2 Satz 2 die Anpassung des Vertrages vor, was sich auch aus § 22 Abs. 3 der Verträge ergebe.

Der Schiedsspruch beruhe auch nicht auf einem unzutreffend ermittelten Sachverhalt oder sachfremden Erwägungen. Die Ausführungen des Antragsgegners zu der potentiellen Teilnehmerzahl betreffe eines von mehreren Begründungselementen. Alle Beteiligten seien davon ausgegangen, dass eineeteiligungsquote von 100 % nicht erreicht werden würde. Bei der A. Baden-Württemberg habe sich gezeigt, dass über zwei Jahre knapp ein Viertel aller Versicherten sich für die HzV entschieden hätten. Die Teilnahme hänge zudem davon ab, ob die Antragstellerinnen den HzV-Vertrag bewerben und die Teilnahme ihrer Versicherten fördern. Auch die Bezugnahme auf den Add-on-Vertrag Bayerns stelle lediglich ein Begründungselement dar, womit der Antragsgegner habe deutlich machen wollen, dass zahlreiche Krankenkassen bereit gewesen seien, finanzielle Mehrleistungen auch bei solchen Verträgen zu tragen, bei denen der "Gegenwert" nur in unbestimmten Leistungszusagen bestehe.

Der Antragsgegner habe schließlich nicht seinen Beurteilungsspielraum überschritten. Die Ausgabenobergrenze von 76 EUR sei nach intensiver Erörterung mit den Antragstellerinnen festgelegt worden. Die Angaben der Antragstellerinnen zur Höhe des Fallwertes in der hausärztlichen Regelversorgung seien nicht nachvollziehbar.

Für den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung fehle es im Übrigen an einem überwiegenden Aussetzungsinteresse. Es müsse berücksichtigt werden, dass der Gesetzgeber mit [§ 73b SGB V](#) gerade das Ziel verfolgt habe, möglichst zeitnah eine flächendeckende Einführung der hausarztzentrierten Versorgung zu gewährleisten. Das öffentliche Interesse an der schnellen Sicherstellung überwiege daher grundsätzlich. Besondere Umstände, die ausnahmsweise zu einem überwiegenden Aussetzungsinteresse führen könnten, seien von den Antragstellerinnen nicht substantiiert vorgetragen worden.

Die Beigeladene zu 1 trägt im Wesentlichen vor, der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung sei unzulässig und unbegründet. Den streitgegenständlichen Verträgen seien bereits 2.353 Hausärzte (Stand: 11.11.2010) in Baden-Württemberg beigetreten. 28.607 Versicherte nähmen an der hausarztzentrierten Versorgung teil.

Das Schiedsverfahren sei zulässig gewesen. Dies ergebe sich bereits aus dem bindenden Bescheid des Bundesversicherungsamts, mit dem der Antragsgegner zur Schiedsperson bestimmt worden sei. Das Bundesversicherungsamt habe dabei auch die Voraussetzungen für die Einleitung eines Schiedsverfahrens geprüft. Die Schiedsperson könne die Durchführung eines Schiedsverfahrens danach nicht mehr mit der Begründung ablehnen, die Voraussetzungen hierfür seien nicht erfüllt. Im Übrigen erfüllten die vorgelegten Mandatierungserklärungen die Anforderungen an ein "Vertreten" im Sinne von [§ 73b Abs. 4 SGB V](#). Eine rechtsgeschäftliche Vollmacht sei nicht erforderlich. Auch der Gesetzgeber ginge davon aus, dass die Verträge nicht unmittelbar mit den Ärzten zu schließen seien. Eine gesetzliche Bindung an einen unbekanntem Vertrag sei ohnehin mit Blick auf die Grundrechte der Ärzte bedenklich. Hilfsweise wird ausgeführt, dass die Mandatierungserklärungen die Voraussetzungen für eine rechtsgeschäftliche Vollmacht erfüllten.

Der Antragsgegner habe die Grenzen seines Gestaltungsspielraums nicht verletzt, indem er einen Vollversorgungsvertrag festgelegt habe. Er habe dies mit Zweckmäßigkeitserwägungen begründet. Ein Ermessensausfall liege nicht vor. Unabhängig davon, sei der Gesetzgeber davon ausgegangen, dass HzV-Verträge als Vollversorgungsverträge ausgestaltet werden. Die hausarztzentrierte Versorgung sei ein Aliud zur hausärztlichen Regelversorgung, nicht lediglich ein Plus. Die Formulierung des [§ 73b SGB V](#) und der Zusammenhang mit weiteren Regelungen lasse auf Vollversorgungsverträge schließen.

Auch liege kein Verstoß gegen [§ 53 Abs. 9 SGB V](#) vor. Ein "Gebot der finanziellen Selbsttragung der hausarztzentrierten Versorgung" existiere nicht. Die Vorschrift binde die Krankenkassen bei ihrer Tarifgestaltung, nicht die Schiedsperson bei der Ausgestaltung der hausarztzentrierten Versorgung. Die Kosten der Versorgung würden nicht von dieser Regelung umfasst. Dieses Ergebnis entspreche der Auffassung der Aufsichtsbehörden und stünde mit der Rechtsprechung im Einklang.

Ferner verstoße der Schiedsspruch nicht gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Dieser Grundsatz fände auf HzV-Verträge keine Anwendung. Zudem sei die Beitragssatzstabilität ohnehin nicht konkret gefährdet. Eine konkrete Gefahr sei substantiiert darzulegen, was nicht der Fall sei. Nur bei Veränderungen von Vergütungsvereinbarungen sei eine Prüfung der konkreten Gefährdung der Auswirkungen solcher Veränderungen auf die Beitragshöhe nach der gesetzlichen Regelung nicht erforderlich, da das Gesetz für Veränderungen konkrete (mathematische) Vorgaben mache. Für den Fall erstmaliger Vergütungsfestlegungen gelte dies nicht. Hier sei ein mathematischer Abgleich anhand von Veränderungen naturgemäß nicht möglich. Zudem folge aus [§ 73b Abs. 8 SGB V](#), dass die Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung nicht schon im Zeitpunkt des Vertragsabschlusses nachweislich durch eine Refinanzierung abgesichert sein müssten. Die Antragstellerinnen hätten zudem nicht einmal eine abstrakte Gefährdung dargelegt. Entgegen der Auffassung der Antragstellerinnen bestünde auch weiterhin die Möglichkeit, Arznei- und Heilmittelvereinbarungen abzuschließen. Solche Vereinbarungen könnten auch ohne Beteiligung der KV abgeschlossen werden. Außerdem werde das Vertragsmonopol der KV nicht durch den Schiedsspruch, sondern durch die gesetzlichen Regelungen aufgeweicht.

Der Schiedsspruch sei auch nicht deshalb rechtswidrig, weil die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen angeblich unmöglich werde. Zunächst dürfe gemäß [§ 73b Abs. 5 Satz 4 SGB V](#) von den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V abgewichen werden, also auch von den Regelungen in den [§§ 106, 106a SGB V](#). Desweiteren ermöglichten die festgesetzten Verträge Prüfungen durch die

Antragstellerinnen. Hinsichtlich der Regelleistung sei die KV nach wie vor in der Lage die Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen durchzuführen. Nach der Richtlinie zu [§ 106a SGB V](#) könne die Krankenkasse die KV über die HzV-Leistungen informieren, damit die Wirtschaftlichkeitsprüfung zu einem validen Ergebnis gebracht werden könne. Abgesehen davon werde der Aufgabenbereich der KV nicht durch den Schiedsspruch, sondern durch das Gesetz beschnitten. Die gesetzliche Neuregelung in [§ 106 Abs. 2 SGB V](#) trage dem Rechnung. Es liege auch kein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot vor. Bei der Bewertung der Wirtschaftlichkeit müsse der besondere Zweck der HzV-Verträge beachtet werden, der entscheidend in der Verbesserung der Versorgungsqualität liege. Das Vergütungssystem der HzV dürfe andere Gewichtungen aufweisen als das der Regelversorgung. Ein finanzieller Anreiz für bestimmte Leistungen sei wirtschaftlich, solange die Mischkalkulation insgesamt nicht zu einer unwirtschaftlichen Versorgung führe. Dabei seien auch die Verbesserung der Versorgungsqualität und das erhöhte Leistungsangebot zu berücksichtigen. Nach [§ 73b Abs. 8 SGB V](#) könnten die Vertragspartner eine Refinanzierung durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen vereinbaren. Verpflichtend sei dies nicht. Ein zwingender Ausgleich widerspräche auch der Intention des Gesetzgebers, den Wettbewerb zwischen den Krankenkassen zu intensivieren. Den Vertragspartnern werde eine bewusst größere Flexibilität eingeräumt, was auch für die Vergütungs- und Leistungsstrukturen gelte. Dabei seien bei einem Systemwechsel Einsparungen und Effizienzsteigerungen in aller Regel nicht prospektiv zum Zeitpunkt der Finanzwirksamkeit nachweisbar. Die Vertragsfreiheit beziehe sich auch auf die Vergütungshöhe. Die HzV-Vergütung müsse nicht am Maßstab der Regelversorgung gemessen werden. Mehrkosten im Vergleich zur Regelversorgung stellten daher nicht schon für sich betrachtet einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot dar. Eine mittelfristige Refinanzierung durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen sei zulässig. Auch der Gesetzgeber wolle erst nach drei Jahren die HzV-Verträge hinsichtlich der Einsparungen und Effizienzsteigerungen bewerten. Der Schiedsspruch sehe vor, dass die HzV-Verträge zum 30.06.2013 gekündigt werden könnten. Die von den Antragstellerinnen vorgelegte Aufstellung zu den finanziellen Auswirkungen gebe ein verzerrtes Bild wieder, da es sich bei der Vergütungsstruktur um eine abgeschlossene Mischkalkulation handele. Entscheidend sei allein, dass die Kalkulation insgesamt in der gebotenen Zweck-Mittel-Betrachtung wirtschaftlich sei. Der Schiedsspruch sei auch nicht wegen eines unzutreffenden Sachverhalts oder sachfremder Erwägungen rechtswidrig. Die vom Antragsgegner angenommene potentielle Teilnehmerzahl von unter 70 % werde von Erfahrungswerten bestätigt. Derzeit nähmen 1,92 % der Versicherten der Antragstellerinnen an den HzV-Verträgen teil. Selbst beim Vertrag der A. Baden- Württemberg betrage der Anteil der Versicherten nur 25,58 %. Beim ebenfalls intensiv beworbenen Vertrag der A. Bayern, die HzV-Versicherte von der Praxisgebühr befreit und damit einen Teilnahmeanreiz geschaffen habe, läge der Anteil bei 60,8%.

Auch die festgesetzte Ausgabenobergrenze sei sachgerecht. Es handele sich um ein versichertenbezogenes Budget. Ein Budget unabhängig von der Anzahl der Versicherten sei nicht sinnvoll. Auch der Refinanzierungsbetrag aus der Bereinigung beziehe sich auf Versicherte, nicht auf Fälle. Das Budget pro Versicherten folge damit der Bereinigungssystematik. Eine Obergrenze hätte es zudem gar nicht bedurft. Andere HzV-Verträge enthielten keine Ausgabenobergrenze. Die Höhe der vom Antragsgegner festgesetzten Obergrenze berücksichtige das Morbiditätsrisiko der Antragstellerinnen. Demgemäß habe der Antragsgegner die Obergrenze im Vergleich zu der in Bayern gültigen Obergrenze abgesenkt. Die Versicherten der A. Baden-Württemberg seien mit den Versicherten der Ersatzkassen in Baden-Württemberg vergleichbar. In dem A.-Vertrag sei jedoch gar keine Obergrenze vorgesehen. Der Antragsgegner habe insoweit in Ausübung seines Ermessens sachgerechte Vergleiche zu anderen Vollversorgungsverträgen und Add-on-Verträgen gezogen. Es sei nicht naheliegend, dass die anderen Kassen jeweils abseits von jeder Wirtschaftlichkeitserwägung voringen und unwirtschaftliche Verträge abschlossen. Soweit der Antragsgegner einen Add-on-Vertrag der KV Bayern herangezogen haben, zeige eine bundesweite Betrachtung, dass in diesen Verträgen trotz geringerer Leistungsanforderungen ein erheblich höheres Vergütungsniveau vereinbart worden sei. Schließlich sei die Laufzeit von drei Jahren für die Festlegung von "Festpreisen" nicht zu beanstanden und der von den Antragstellerinnen gezogene Vergleich der HzV-Vergütung mit der Vergütung in der Regelversorgung verfehlt.

Der Schiedsspruch verstoße auch nicht gegen datenschutzrechtliche Vorgaben. Die zuständige Behörde für Baden-Württemberg habe anders als der Landesdatenschutzbeauftragte Schleswig- Holstein keine Beanstandungen nach [§ 38 Abs. 5 BDSG](#) ausgesprochen. Die Beigeladenen seien befugt, Unterauftragnehmer einzubeziehen. Die gesetzliche Regelung erlaube ausdrücklich Unterauftragsverhältnisse. Auftragsdatenverarbeitung sei dabei nicht auf "technische Hilfsfunktionen" beschränkt. Hauptmerkmal sei die Weisungsgebundenheit des Auftragnehmers und die Verarbeitung personenbezogener Daten (ausschließlich) für Zwecke des Auftraggebers. Diese Voraussetzungen lägen vor. Unter anderem seien keine eigenen Ermessensspielräume der Auftragnehmer vorgesehen. Es liege daher auch keine Funktionsübertragung vor. Zudem lasse das Gesetz (auch mehrere) Unterauftragsverhältnisse zu. Dabei verblieben der weit überwiegende Teil der Daten beim Auftraggeber, dem Hausarzt. Ob [§ 80 Abs. 5 SGB X](#) Anwendung fände sei ohnehin fraglich. Der Vertrag genüge darüber hinaus den Anforderungen des [§ 80 Abs. 7 SGB X](#). Auch die Geltendmachung von Vergütungsansprüchen durch die HÄVG sei unbedenklich. Diese solle im Wege gewillkürter Prozessstandschaft in Musterprozessen Abrechnungstreitigkeiten klären lassen, um eine Vielzahl von Einzelausinandersetzungen zu vermeiden. Zu einer Abtretung komme es nur, wenn eine Prozessstandschaft wider Erwarten nicht zulässig sei. Es handele sich um einen Teil der gesetzlich zulässigen Auftragsdatenverarbeitung. Strafrechtliche Konsequenzen drohten nicht. Schließlich dürfe die HÄVG auch in den Prozess der Einschreibung einbezogen werden. Bereits die Einschreibung sei Teil der Abrechnungstätigkeit, da bereits zu diesem Zeitpunkt eine fallunabhängige Pauschale anfallt. Die Einbeziehung Privater in die Einschreibung werde bereits im Rahmen anderer HzV-Verträge bundesweit praktiziert.

Der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung sei auch deshalb unbegründet, weil kein überwiegendes Aussetzungsinteresse gegeben sei. Es müsse berücksichtigt werden, dass der Sofortvollzug gesetzlich angeordnet sei. Es müssten besondere Umstände vorliegen, um hiervon abzuweichen. Solche Umstände hätten die Antragstellerinnen weder vorgetragen noch glaubhaft gemacht. Für die Antragstellerinnen ergäben sich keine gravierenden Folgen bei einer sofortigen Vollziehung. Die Erforderlichkeit von Zusatzbeiträgen sei weder dargelegt noch gegeben. Aus der Gemeinsamen Erklärung des Schätzerkreises ergebe sich, dass für 2011 die Erhebung von Zusatzbeiträgen nicht erforderlich sei. Der Anteil des hausärztlichen Honorars habe im Jahr 2008 zudem lediglich einen Anteil von 5,8 % an den GKV-Ausgaben ausgemacht. Zu berücksichtigen sei auch, dass die teilnehmenden Ärzte bereits im Vertrauen auf den Bestand des Vertrags investiert hätten. Zudem bliebe den teilnehmenden Versicherten die hausarztzentrierte Versorgung vorenthalten. Die spätere Rückabwicklung könne nicht als Argument angeführt werden. Mit einer solchen Argumentation würde die gesetzgeberische Entscheidung entwertet. Die Folgen des Sofortvollzugs könnten nur insoweit Beachtung finden, als sie nicht schon als regelmäßige Folge der gesetzlichen Anordnung des Sofortvollzugs in der gesetzgeberischen Grundentscheidung Berücksichtigung gefunden hätten. Demgegenüber drohten bei Anordnung der aufschiebenden Wirkung schwerwiegende Folgen für die Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung. Nach [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bestünde die Verpflichtung, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten.

Mit Schriftsatz vom 05.02.2011 legte die Beigeladene zu 1 eine von den Beigeladenen unterschriebene Aussetzungsvereinbarung vor.

Danach soll der HzV-Vertrag rückwirkend ab dem 01.01.2011 bis zum 30.06.2011 ausgesetzt werden. Die Aussetzung diene der Herbeiführung einer Einigung der zwischen den Parteien streitigen Punkte sowie zur Ergänzung bzw. Anpassung der Regelungen zur Leistungsabrechnung, insbesondere für die Zeit nach dem 30.06.2011. Sollte eine Einigung bis zum 01.07.2011 nicht zustande kommen, verständigten sich die Vertragspartner über eine angemessene Verlängerung der Aussetzung. Näheres, insbesondere zur Information der Versicherten, solle in einer gesonderten Vereinbarung geregelt werden. Der Antragsgegner stimmte diesem Vorgehen ausdrücklich zu. Die Antragstellerinnen lehnten dagegen den Abschluss der Aussetzungsvereinbarung ab. Die angebotene Vereinbarung bliebe hinter dem Begehren der Antragstellerinnen zurück. Die vertragliche Bindung könne möglicherweise auch Belastungen für die Antragstellerinnen mit sich bringen. Der Antragsgegner sei nicht beteiligt an der Vereinbarung, weshalb der Schiedsspruch nach wie vor vollziehbar sei. Außerdem sei der Umfang der Aussetzung unklar. Es könne angesichts der Komplexität des Vertragswerkes nicht ausgeschlossen werden, dass Teile des Vertrages nicht erfasst seien, was Risiken berge. Zudem bliebe die zeitliche Befristung der Aussetzung hinter einer gerichtlichen Anordnung der aufschiebenden Wirkung zurück. Für die Zeit vor dem 01.01.2011 würden schwierige rechtliche Fragen aufgeworfen. Die Regelung bedeute auch, dass dieser Zeitraum legalisiert werde und nicht mehr korrigiert werden könne. Zudem entstünde ein vertraglicher Einigungsdruck. Die Antragstellerinnen begehrten jedoch die Aufhebung des Schiedsspruchs und die Einleitung eines neuen Schiedsverfahrens. Auch soweit die Antragstellerinnen mit den Beigeladenen "Näheres" vereinbaren sollen, müssten sie sich vertraglich unterwerfen, was im Verfahren nach [§ 86b](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) nicht der Fall sei. Schließlich bestünden Haftungsrisiken. Käme es nicht zu den von den Beigeladenen gewünschten Modifikationen und näheren vertraglichen Regelungen, könne dies möglicherweise Schadensersatzansprüche auslösen.

Mit Beschluss vom 16.03.2011 hat das SG die Anträge abgelehnt und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage der Antragstellerinnen gegen den Schiedsspruch des Antragsgegners vom 10.04.2010 sei mangels Rechtsschutzbedürfnisses abzulehnen. Zwar sei der Antrag statthaft. Die Antragstellerinnen hätten in der Hauptsache Anfechtungsklage nach [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#), 1. Var. SGG erhoben, da sie mit ihrer Klage die Aufhebung eines Verwaltungsaktes begehrten. Der Schiedsspruch sei ein Verwaltungsakt im Sinne des [§ 31 Satz 1 SGB X](#). Allerdings fehle es vorliegend aufgrund des Einverständnisses des Antragsgegners und der Beigeladenen, die streitgegenständlichen Verträge vorübergehend auszusetzen, an einem Rechtsschutzbedürfnis für eine gerichtliche Sachentscheidung über den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung. Denn die Antragstellerinnen hätten die Möglichkeit, mit Abschluss der von den Beigeladenen angebotenen Aussetzungsvereinbarung ihr Antragsziel auf einfachere und ebenso wirksame Weise zu erreichen. Sowohl der Antragsgegner als auch die Beigeladenen seien damit einverstanden, dass die Wirkungen des durch Schiedsspruch festgesetzten Vertrages jedenfalls vom 01.01.2011 bis 30.06.2011 suspendiert würden. Mit der Erklärung, ebenfalls damit einverstanden zu sein, könnten die Antragstellerinnen das Antragsziel erreichen, ohne, dass eine gerichtliche Entscheidung erforderlich sei. Ein Rechtsschutzbedürfnis sei entgegen der Auffassung der Antragstellerinnen auch nicht deshalb zu bejahen, weil sich die angebotene Aussetzung auf den Zeitraum vom 01.01.2011 bis zum 30.06.2011 beschränke. Auch für eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung ab dem 01.07.2011 gebe es derzeit keine Veranlassung. Es sei nicht ersichtlich, ob zu diesem Zeitpunkt Bedarf für eine Suspendierung des Schiedsspruches bestehe. Die Beigeladenen hätten zu erkennen gegeben, dass sie sich mit den Antragstellerinnen einigen möchten. Zudem hätten sie ihr Einverständnis mit einer Aussetzung der Wirkungen des HzV-Vertrages über den 30.06.2011 hinaus in Aussicht gestellt für den Fall, dass eine Einigung bis zu diesem Zeitpunkt nicht zustande kommen sollte. Ein Rechtsschutzbedürfnis für eine gerichtliche Entscheidung hinsichtlich der Zeit nach dem 30.06.2011 könne mithin derzeit nicht bejaht werden.

Schließlich könne gerichtlicher Eilrechtsschutz auch nicht allein deshalb begehrt werden, weil die Aussetzungsvereinbarung nicht über den 01.01.2011 hinaus zurückwirken solle. Zum einen sei der streitgegenständliche HzV-Vertrag ohnehin erst seit dem 01.10.2010 "finanzwirksam", da die Vergütungsregelungen in Anlage 3 des Vertrages erst zu diesem Zeitpunkt Gültigkeit erlangt hätten. Inwieweit der HzV-Vertrag somit überhaupt schon "vollendete Tatsachen" geschaffen habe, sei nicht ersichtlich. Desweiteren wäre die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage für einen zurückliegenden Zeitraum nur dann erforderlich, wenn zur Wahrung überwiegender Interessen der Antragstellerinnen eine vorläufige Rückgängigmachung der bereits eingetretenen Folgen der Vollziehung des Schiedsspruchs notwendig wäre. Gründe, die so schwer wögen, dass sie ein überwiegendes Interesse an einer vorläufigen Rückabwicklung begründen könnten, seien jedoch nicht zu erkennen. Insoweit könnten die Antragstellerinnen zumutbar auf das Hauptsacheverfahren verwiesen werden. Eine - wie die Antragstellerinnen meinten - "Legalisierung" des vergangenen Zeitraumes trete dadurch nicht ein. Sollte der Schiedsspruch von Anfang an rechtswidrig sein, müsste der HzV-Vertrag insgesamt rückabgewickelt werden.

Mit Beschluss vom 05.04.2011 hat das SG den Streitwert für das vorläufige Rechtsschutzverfahren auf 2.500 EUR festgesetzt.

Gegen den den Antragstellerinnen am 16.03.2011 zugestellten Beschluss vom 16.03.2011 haben sie am 14.04.2011 Beschwerde beim SG eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen geltend gemacht, entgegen der Auffassung des Antragsgegners sei er als Schiedsperson gemäß [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) passiv legitimiert. Denn der von den Antragstellerinnen im Hauptsacheverfahren und im Eilverfahren angegriffene Schiedsspruch sei ein Verwaltungsakt. Aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 25.11.2010 ([B 3 KR 1/10 R](#), juris, im Folgenden kurz "BSG-Urteil" genannt) ergebe sich nichts anderes. Soweit dieses Urteil die generelle Einschätzung enthalte, dass Schiedsämter eher Verwaltungsakte erließen, Schiedspersonen eher nicht in Form eines Verwaltungsakts handelten und Schiedsstellen im Prinzip zwischen diesen beiden Organen einzuordnen seien, sei dies eine sehr allgemein gehaltene Richtschnur. Der im Einzelnen herausgearbeitete Normbefund zeige, dass der Gesetzgeber das Schiedswesen nicht einheitlich ausgestaltet habe und dass es deshalb stets auf die Besonderheiten jeder einzelnen Regelung ankomme. Es sei somit nicht ausgeschlossen, dass eine Schiedsperson vom Gesetzgeber mit der Befugnis ausgestattet werde, durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Das BSG weise ausdrücklich auf diese Möglichkeit hin (BSG-Urteil, Rn. 16 und Rn. 26). Im Ergebnis träfen die Erwägungen, mit denen das BSG die Verwaltungsaktseigenschaft des Schiedsspruchs nach [§ 132a SGB V](#) verneint habe, auf [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) nicht zu. [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) sehe kein freiwilliges, vertraglich zu vereinbarendes Schlichtungsverfahren vor, sondern eine gesetzlich normierte Zwangsschlichtung. Den Gesetzesmaterialien lasse sich nicht entnehmen, dass die Schiedsperson als bloßer öffentlich-rechtlicher Schlichter tätig werden solle. Der Gesetzeswortlaut lege mit der für Verwaltungsakte typischen Formulierung, dass Klagen keine aufschiebende Wirkung haben, vielmehr nahe, dass der Gesetzgeber den Schiedsspruch der Schiedsperson nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) als Verwaltungsakt ansehe.

Auch sonst seien keine Gesichtspunkte erkennbar, die der Qualifizierung des Schiedsspruchs nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) als Verwaltungsakt entgegenstünden. Die Schiedsperson nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) werde durch Satz 1 dieser Vorschrift die öffentlich-rechtliche Befugnis verliehen, "den Inhalt des Vertrags nach Abs. 4 Satz 1" festzulegen. Wie das BSG hervorhebe, sei diese Befugnis im Fall des [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) gesetzlich normiert und nicht nur - was für eine Beleihung nicht ausreiche - wie in [§ 132a SGB V](#) vertraglich zu regeln (BSG-Urteil, Rn.

26). Dass die Vertragsparteien die Person des Beliehenen einvernehmlich festlegen könnten, ändere an der gesetzlichen Beleihung dieser festzulegenden Person nichts, zumal die Schiedsperson im Streitfall durch die Aufsichtsbehörde festzulegen sei. Die Anbindung an einen übergeordneten Verwaltungsträger sei keine Voraussetzung des funktionalen Behördenbegriffs. Ein Beliehener sei nicht an einen übergeordneten Verwaltungsträger angebunden. Eine Beleihung setze auch nicht voraus, dass über den Beliehenen die Rechtsaufsicht ausgeübt werden könne. Abgesehen davon unterliege die Schiedsperson insoweit einer unmittelbaren Aufsicht, als die Aufsichtsbehörde sie wieder abberufen könne, insbesondere, wenn sie ihre Aufgaben als Schiedsperson nicht in rechtmäßiger Weise erfülle. Weiterhin bestehe auch eine Aufsicht dergestalt, dass Partei des festzulegenden Vertrags zwingend eine Krankenkasse sei. Krankenkassen unterstünden u.a. hinsichtlich ihrer Verträge der staatlichen Aufsicht (§§ 87 ff. SGB IV). Dies gelte auch für durch Schiedsspruch zustande gekommene Verträge. Durch die Aufsicht über die beteiligte Krankenkasse unterliege auch die Schiedsperson einer staatlichen Rechtsaufsicht. Der Gesetzgeber habe mittlerweile in § 73b Abs. 9 SGB V eine Überprüfung des Schiedsspruchs durch die für die Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde vorgeschrieben. Der Gesetzgeber habe hiermit klargestellt, dass die Schiedsperson der Rechtsaufsicht der Aufsichtsbehörde der Krankenkasse unterliegt. Die Regelung ist zwar für das vorliegende Verfahren nicht unmittelbar anwendbar, weil sie erst für nach dem 22.09.2010 festgesetzte Verträge gelte. Sie erlaube aber Rückschlüsse auf die zuvor geltende Gesetzeslage. Eine Beleihung setze weiterhin nicht voraus, dass das Verfahren, nach dem die beliehene Person handelt, im Beleihungsakt geregelt werde. Die Gesetze enthielten für die Schiedsämter, Schiedsstellen und Schiedspersonen nur sehr rudimentäre Verfahrensregelungen. Meist werde nur die Besetzung dieser Spruchkörper ausführlich geregelt. Bislang sei nicht beanstandet worden, dass Schiedsstellen sich eine Geschäftsordnung gäben und ihren Verfahrensgang selbst regelten. Ob das Gesetz oder aufgrund Gesetzes ergangene Rechtsverordnungen Einzelheiten des Verfahrens regelten, spiele für die Frage der Beleihung und Verwaltungsaktsqualität auch deshalb keine Rolle, weil rechtsstaatliche Verfahrensgrundsätze wie das Gebot des fairen Verfahrens, das Gebot rechtlichen Gehörs oder die Beschränkung der Schiedsbefugnis durch die Anträge der Parteien allgemeine Geltung beanspruchten (vgl. BSG-Urteil, Rn. 37 f.: Maßstab für Rechtmäßigkeit des Schiedsspruchs einer Schiedsperson nach § 132a SGB V).

Auch eine beliehene natürliche Person könne als Behörde Verwaltungsakte erlassen. Eine Beleihung zum Erlass von Verwaltungsakten setze auch nicht voraus, dass die Beleihung für eine gewisse Dauer erfolge. Für die Beantwortung der Frage, ob die Schiedsperson nach § 73b Abs. 4a SGB V einen Verwaltungsakt erlasse, sei allein maßgeblich, dass § 73b Abs. 4a SGB V der Schiedsperson eine öffentlich-rechtliche Befugnis zur rechtsverbindlichen Festlegung von Verträgen einräume. Die Befugnis mit Wirkung für die Vertragsparteien einen rechtlich bindenden Vertrag zu begründen, könne nur durch vertragliche Vereinbarung i.V.Medi §§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V, 317 BGB oder durch Beleihung begründet werden. Eine vertragliche Vereinbarung sei in § 73b Abs. 4a SGB V anders als in den Fällen der §§ 132a SGB V, 76 Abs. 6 SGB XI nicht vorgesehen. Entweder habe der Schiedsspruch als Verwaltungsakt damit einen Vertrag zwischen den Antragstellerinnen und den Beigeladenen hervorgebracht oder er sei ein reiner Vertragsentwurf und es bestehe zwischen den Antragstellerinnen und den Beigeladenen kein wirksamer HzV-Vertrag. Die Begründung eines wirksamen Vertrags durch Realakt der Schiedsperson sei rechtlich ausgeschlossen.

Es sei auch ein Rechtsschutzbedürfnis bezüglich des Antrags auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klagen gegen die HzV-V gegeben. Wenn der Antragsgegner eine Aussetzung der Vollziehung ablehne, sei dies keine "Bereitschaft zum Nichtvollzug". Festzuhalten sei, dass ihnen die Möglichkeit, über den Antrag nach § 86a Abs. 3 Satz 1 SGG ihr Rechtsschutzziel im einstweiligen Rechtsschutzverfahren zu erreichen, nicht zur Verfügung stehe. Das Rechtsschutzbedürfnis sei auch nicht deshalb entfallen, weil die Beigeladenen am 05.02.2011 eine Aussetzungsvereinbarung angeboten hätten. Unklar sei zunächst, ob dieses Angebot aufrechterhalten werde. Es bedürfte in Bezug auf den Umfang der Aussetzung zumindest der Klarstellung (s. dazu die Beschwerdebegründung). Die zeitliche Begrenzung bis 30.06.2011 bleibe weit hinter ihrem Rechtsschutzziel zurück und mache den Vorschlag mit fortschreitender Zeit bedeutungslos. Sie könnten einstweiligen Rechtsschutz auch für die Zeit ab dem 01.07.2011 verlangen. Nach dem Willen der Beigeladenen solle der Aussetzungsvertrag der Heilung rechtlicher Mängel des HzV-Vertrags dienen. Solche Forderungen dürften sie ablehnen, weil sie über den Inhalt einer gerichtlichen Aussetzung hinausgingen. Eine solche Ablehnung sei entgegen der Auffassung des Antragsgegners nicht rechtsmissbräuchlich. Die Beigeladenen seien nach ihrem aktuellen Vortrag entweder überhaupt nicht mehr oder nur noch zu einer zeitlich unbedeutenden Aussetzung bereit. Andere Möglichkeiten für eine Aussetzung des Schiedsspruchs und der festgesetzten Verträge gebe es nicht.

Die Beschwerde sei auch begründet, insoweit werde auf den bisherigen Vortrag verwiesen. Zu ergänzen sei, dass der Schiedsspruch und der festgesetzte HzV-Vertrag offenkundig rechtswidrig seien, weil sie gegen datenschutzrechtliche Vorgaben verstießen. Das OVG Schleswig habe dies in aller Deutlichkeit festgestellt. Die Beigeladenen räumten dies auch ein. Diese hätten die Aussetzung des Vertrags angeboten und die Datenübermittlung an die HÄVG und ihr Rechenzentrum eingestellt. Angesichts dessen sei offensichtlich, dass der Schiedsspruch und der festgesetzte HzV-Vertrag rechtswidrig seien. Schon aus diesem Grund ist die aufschiebende Wirkung der Klage anzuordnen. Ob der Gesetzgeber das Datenschutzrecht des SGB V zugunsten der Beigeladenen ändere, stehe noch nicht fest. Selbst wenn es zu einer Gesetzesänderung kommen sollte, bedeute dies nicht, dass hierdurch Rechtsfehler des erlassenen Schiedsspruchs geheilt würden. Hierzu müsste das neue Recht mit Rückwirkung vor Erlass des Schiedsspruchs in Kraft gesetzt werden, wovon nicht auszugehen sei.

Der Schiedsspruch und der festgesetzte HzV-Vertrag sind weiterhin rechtswidrig, weil sie zu Mehrkosten führten, die unwirtschaftlich und durch Einsparungen nicht gedeckt seien und damit gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verstießen. Der streitgegenständliche HzV-Vertrag sei seit dem 01.10.2010 finanzwirksam. Bis heute hätten die Beigeladenen ihnen keine Abrechnungsdaten übermittelt. Die Daten des Quartals IV/2010 seien seit drei Monaten überfällig. Sie könnten deshalb selbst keine aktuellen Daten zur Wirtschaftlichkeit des HzV-Vertrags vorlegen. Allerdings zeigten die bereits vorgetragenen Umstände, dass die festgesetzten Verträge erhebliche Mehrkosten verursachten, die durch Einsparungen nicht zu finanzieren seien. Die A. Baden-Württemberg gebe an, der durchschnittliche HzV-Fallwert liege 25 EUR über dem GKV-Fallwert. In einem Rundschreiben von MEDI vom 10.05.2011 heiße es, "jede beteiligte Hausarztpraxis [habe] in 2010 durchschnittlich ca. 25.000 EUR mehr Honorar durch die Hausarztverträge erzielt." Bei ca. 3.500 teilnehmenden Ärzten bedeute dies Ausgaben von rund 87,5 Mio. EUR. Die Beigeladenen hätten bisher — obwohl ihnen Daten zahlreicher Hausarztverträge, auch jener mit der A. Baden-Württemberg vorlägen — in keiner Weise nachgewiesen, dass sie Einsparungen in dieser Größenordnung erreichten. Herr Dr. H. (A. Baden-Württemberg) verweise in seinem am 12.05.2011 gehaltenen Vortrag zwar auf erschlossene Effizienzpotenziale, nenne aber nur eine höhere Verordnungsquote von Rabattarzneimitteln in 2010 und beziffere kein Einsparvolumen. Dass hinreichende Einsparungen nicht erzielt würden, zeigten auch die Vorstöße, mit denen Vertreter der Beigeladenen die neuen Regelungen in § 73b Abs. 5a SGB V zur Selbsttragung der HzV und zur Beitragssatzstabilität bekämpften.

Die Antragstellerinnen beantragen, den Beschluss des Sozialgerichts Stuttgart vom 16.03.2011 aufzuheben und die aufschiebende Wirkung

ihrer Klage gegen den Schiedsspruch des Antragsgegners vom 10.04.2010 anzuordnen.

Der Antragsgegner und die Beigeladenen beantragen, die Beschwerde als unzulässig zu verwerfen, hilfsweise sie als unbegründet zurückzuweisen.

Der Antragsgegner hat im Wesentlichen geltend gemacht, die Anträge seien bereits deshalb unzulässig, weil er als Schiedsperson nicht als Beschwerdegegner passiv legitimiert sei. In der Entscheidung vom 25.11.2010 — [B 3 KR 1/10 R](#) – lege das Bundessozialgericht u.a. dar, dass die Schiedsperson gemäß [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) kein Beliehener sei, weil es an einem öffentlich-rechtlichen Akt der Verleihung der Befugnis zur Konfliktentscheidung nach [§ 132a SGB V](#) fehle; es existiere keine Anbindung an einen übergeordneten Verwaltungsträger und es gebe auch keine Rechtsaufsicht, der die herkömmlichen Schiedsämter und Schiedsstellen unterlägen. Für das Schiedsverfahren selbst gebe das Gesetz keine Leitlinien vor; auch hierüber disponierten die Vertragsparteien selbst, und bei fehlender Einigung würden die Grundsätze des Schiedsverfahrens nicht durch die Aufsichtsbehörde, sondern durch die Schiedsperson selbst bestimmt. Die für die vertragsschließende Krankenkasse zuständige Aufsichtsbehörde habe lediglich die Aufgabe, im Falle der Nichteinigung der Vertragsparteien eine Schiedsperson zu benennen, um ein vertragliches - nicht ein gesetzliches - Schiedsverfahren überhaupt durchführen zu können. Die Funktion als Schiedsperson sei an die Person des Berufenen gebunden, es existiere also keine vom Wechsel der Person unabhängige Institution einer Schiedsstelle. Die Berufung erfolge grundsätzlich nur anlassbezogen, also von Fall zu Fall. Alle diese Kriterien würden auch für die Schiedsperson nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) gelten, der es danach ebenfalls an der Behördeneigenschaft fehle. In der Entscheidung werde dies zwar offen gelassen (vgl. BSG, aaO, Rn. 26). Zu beachten sei, dass der 3. Senat des Bundessozialgerichts für die Materie des Vertragsarztrechts, dem die Streitigkeiten nach [§ 73b SGB V](#) zuzuordnen seien, nicht zuständig sei und dass die Frage, ob die Schiedsperson nach [§ 73b SGB V](#) Vertragshelfer oder Behörde sei, auch nicht Streitgegenstand des entschiedenen Verfahrens gewesen sei. Jedoch führten die dort herangezogenen Gesichtspunkte zu keiner anderen Beurteilung. Insbesondere sei die Formulierung des [§ 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V](#) keine Ermächtigungsgrundlage für den Erlass von Verwaltungsakten durch die Schiedsperson, sondern nur eine gesetzliche Klarstellung, dass der Richterspruch gemäß [§ 315 Abs. 3 Satz 2 BGB](#) nur für die Zukunft gelten solle. Hinsichtlich der fehlenden weiteren Kriterien für die Annahme, dass es sich bei der Schiedsperson um eine Behörde handele, werde auf die früheren Ausführungen Bezug genommen.

Die Beschwerde sei darüber hinaus ohne Rücksicht auf die Frage, ob der Schiedsspruch einen Verwaltungsakt darstelle, unzulässig, weil den Antragstellerinnen das Rechtsschutzbedürfnis fehle. Sowohl er als Schiedsperson als auch die Beigeladenen hätten einer Aussetzung des streitgegenständlichen Vertrages ausdrücklich zugestimmt (für den Beschwerdegegner im Schriftsatz vom 6. Februar 2011 auf Seite 3). Die Antragstellerinnen hätten eine solche außergerichtliche Aussetzung mit Schriftsatz vom 03.03.2011 abgelehnt und stattdessen eine Fortführung des Eilverfahrens erbeten. Nach der erstinstanzlichen Entscheidung hätten sie schließlich bei ihm die Aussetzung der Vollziehung des Schiedsspruchs gemäß [§ 86a Abs. 3 Satz 1 SGG](#) beantragt. Einem solchen Antrag habe er nicht nachkommen können. Denn er halte trotz der Ausführungen des SG an seiner Auffassung fest, dass er als Schiedsperson keine Verwaltungsbehörde sei und auch keinen Verwaltungsakt erlassen habe, sondern lediglich als Vertragshelfer tätig geworden sei. An dieser im Schriftsatz vom 05.01.2011 auf Seite 2 ff. ausführlich dargelegten Rechtsauffassung halte er auch im Beschwerdeverfahren ausdrücklich fest. Er habe dem Antrag auf Aussetzung der Vollziehung außerdem deswegen nicht nachkommen müssen, weil er dem Abschluss einer Aussetzungsvereinbarung zwischen den Antragstellerinnen und den Beigeladenen im Schriftsatz vom 06.02.2011 auf Seite 3 ausdrücklich zugestimmt gehabt habe. Er habe damit deutlich gemacht, dass er die Vollziehung des streitgegenständlichen Vertrages nicht durchsetzen wolle, was er im Übrigen als Schiedsperson (und eben nicht als behördliche Schiedsstelle) auch gar nicht könnte. Eine solche eindeutige, wenn auch nicht förmliche Bereitschaft zum Nichtvollzug schließe bereits das Rechtsschutzbedürfnis für ein gerichtliches Verfahren aus. Dies habe das SG ausführlich begründet, und zwar selbst unter Zugrundelegung der Annahme, der Schiedsspruch sei ein Verwaltungsakt einer Behörde. Erst recht gelte dies also bei der Annahme, der Beschwerdeführer sei lediglich Vertragshelfer ohne eigene Vollziehungsmöglichkeiten.

Parallel zum Aussetzungsantrag hätten die Antragstellerinnen die Beigeladenen um den Abschluss der als Anlage AS 17 vorgelegten neuen Aussetzungsvereinbarung gebeten. Insbesondere die Vorbemerkungen dieser Aussetzungsvereinbarung seien einseitig aus der Sicht der Antragstellerinnen geschrieben. Dagegen sei die von dem Beigeladenen zu 1 während des erstinstanzlichen Verfahrens als Anlage 1 zum Schriftsatz vom 05.02.2011 vorgelegte Vereinbarung neutral gehalten und habe gemäß ihrer Ziff. II Abs. 1 ausdrücklich "der Herbeiführung einer Einigung der zwischen den Parteien streitigen Punkte aus dem am 10.04.2010 durch Schiedsentscheidung festgesetzten Vertrages" dienen sollen. Beide Beigeladenen hätten einem Erörterungstermin zugestimmt, um diese Aussetzungsvereinbarung zwischen den Parteien des Eilverfahrens abzustimmen. Bei dem von den Beigeladenen vorgelegten Entwurf sei es also um die Herbeiführung einer Einigung zwischen den Parteien im Sinne des [§ 73b Abs. 4 SGB V](#) gegangen, die letztlich auch im Interesse der Antragstellerinnen liegen sollte. Die Vorlage ihres Entwurfs schein demgegenüber prozesstaktisch motiviert gewesen zu sein, um ein Beschwerdeverfahren zu erzwingen, ohne eine inhaltliche Klärung anzustreben. Letztere hatte sie auch bereits im erstinstanzlichen Verfahren mit Schriftsatz vom 3. März 2011 abgelehnt (Seite 1). Die Vorlage dieses neuen Entwurfs bei gleichzeitiger Ablehnung des Entwurfs der Beigeladenen sei daher als rechtsmissbräuchlich anzusehen und könne das vom SG zurecht abgelehnte Rechtsschutzbedürfnis für das Eilverfahren auch in der zweiten Instanz nicht begründen (Zur Rechtsmissbräuchlichkeit beim Weiterbetreiben eines Rechtsstreits trotz angebotenen Vergleichs des Gegners, siehe auch Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl. § 192 Rn. 9).

Schließlich könne die Beschwerde selbst bei Annahme eines Rechtsschutzbedürfnisses keinen Erfolg haben, da sie unbegründet sei. Weder sei der Schiedsspruch offensichtlich rechtswidrig, noch überwiege das Aussetzungsinteresse gegenüber dem Vollzugsinteresse. Zur Vermeidung von Wiederholungen und wegen der Einzelheiten werde auf den erstinstanzlichen Vortrag (insbesondere Schriftsätze vom 15.11.2010, vom 05.01.2011 und vom 06.02.2011) sowie auf die zutreffenden Ausführungen des SG in seinem Beschluss vom 16. März 2011 auf Seiten 24 f. verwiesen.

Ergänzend hat der Antragsgegner mit Schriftsatz vom 16.06.2011 vortragen lassen, ungeachtet der Ausführungen der Antragstellerinnen zur Beschwerdebegründung sei die Beschwerde als unzulässig abzuweisen, weil er nicht passiv legitimiert sei, wie nunmehr durch eine anstehende Gesetzesänderung klargestellt werde. Überdies sei auch die datenschutzrechtliche Grundlage derzeit Gegenstand eines Gesetzgebungsverfahrens, das darauf abziele, die HzV-Verträge nicht am Datenschutz scheitern zu lassen. Es fehle die Passivlegitimation. Er habe als Schiedsperson lediglich das festgelegt, was zwischen den Parteien (also den Antragstellerinnen auf der einen Seite und den Beigeladenen auf der anderen Seite) selbst hätte geregelt werden sollen. Klagen bezüglich des Inhalts solcher Verträge seien gemäß [§§ 317, 319 BGB](#) jeweils gegen die andere Vertragspartei zu richten, nicht aber gegen den Dritten, der die Leistung bestimmt habe. Auch der Gesetzgeber bestätige nun nochmals, dass Klagen gegen Entscheidungen der Schiedspersonen nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) nicht gegen die

Schiedsperson selbst, sondern gegen den anderen Vertragspartner des HzV-Vertrages zu richten seien. Dies werde in einer geplanten Gesetzesänderung klargestellt. Gemäß dem zwischen den Koalitionsparteien abgestimmten Referentenentwurf (Stand: 06.06.2011) für ein "Gesetz zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung" — GKV-Versorgungsstrukturgesetz - solle in [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) folgender Satz angefügt werden: "Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts richten sich gegen eine der beiden Vertragsparteien, nicht gegen die Schiedsperson", (Art. 1 Nr. 13 des Entwurfs). Diese Regelung solle auch nicht erst nach Inkrafttreten des GKV-Versorgungsstrukturgesetzes gelten, sondern ex tunc. In der Begründung zu dieser Einfügung in [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) heiße es nämlich dazu ausdrücklich:

"Nach § 73b Absatz 4 Satz 2 besteht die Möglichkeit der Einleitung eines Schiedsverfahrens, wenn sich die Vertragsparteien über den Inhalt eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung (HzV) nicht einigen können. In diesem Fall wird der Inhalt des HzV-Vertrages von der Schiedsperson festgelegt (§ 73 Absatz 4a Satz 1). Mit dem neuen Satz 5 im § 73b Absatz 4a wird klargestellt, dass sich eine Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhalts nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten hat. Eine entsprechende Klarstellung ist erforderlich, da zu dieser Frage unterschiedliche Rechtsprechung ergangen ist. Die Regelung orientiert sich am Wortlaut der vergleichbaren Regelung des [§ 77 Absatz 1 Satz 5 SGB XII](#)".

Die geplante Gesetzesänderung belege, dass es sich bei der Annahme, dass die Schiedsperson als Behörde handle und der Schiedsspruch einen Verwaltungsakt darstelle, um eine Fehlinterpretation des [§ 73b SGB V](#) handle und dass er jedenfalls nicht passiv legitimiert sei, so dass auch ein einstweiliges Rechtsschutzverfahren gegen ihn keinen Erfolg haben könne.

Nur ergänzend sei darauf hingewiesen, dass sich derzeit ebenso der Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze ([BT-Drucks. 17/6141](#)) im Gesetzgebungsverfahren befinde. Der Entwurf sei am 09.06.2011 im Bundestag verabschiedet worden und solle am 08.07.2011 im Bundesrat verhandelt werden. Nach der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit zu diesem Gesetzentwurf werde für die Datenverarbeitung u.a. bei den Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung mit dem neuen [§ 295a SGB V](#) eine bereichsspezifische Ermächtigungsgrundlage geschaffen, die an die Regelung des [§ 295 Abs. 1b SGB V](#) ansetze und diese ersetze (Art. 3 Nr. 9 des Gesetzentwurfs zum Infektionsschutzgesetz). Die neue Regelung zeige auf, dass der Gesetzgeber weder die Verträge nach [§ 73b und c SGB V](#) noch die Verträge zur integrierten Versorgung nach [§ 140a SGB V](#) an datenschutzrechtlichen Problemen scheitern lassen wolle. Er werde deshalb - ebenso wie für die vergleichbare Problematik der Abrechnung von Notfalldienstleistungen durch Krankenhäuser - eine klarstellende datenschutzrechtliche Regelung erlassen. Zur Begründung wird in der Beschlussempfehlung und dem Bericht des Bundestags-Ausschusses für Gesundheit hierzu ausgeführt:

"Die Besonderheiten dieser Versorgungsform erfordern es, einen Abrechnungsweg über die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite zusätzlich zu der direkten Abrechnung zwischen Leistungserbringer und Krankenkasse zu ermöglichen. Die hierzu erforderliche Datenerhebung, -bearbeitung und -nutzung bedarf einer gesetzlichen Ermächtigung. Zudem ist es für die Vertragspartner auf Leistungserbringerseite gegebenenfalls erforderlich zur Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Abrechnung eine andere Stelle, zum Beispiel ein privatrechtlich organisiertes Rechenzentrum, einzuschalten. Auch hierzu werden die gesetzlichen datenschutzrechtlichen Befugnisse geschaffen und die datenschutzrechtlichen Anforderungen aus dem geltenden Recht übernommen" ([BT-Drucks. 17/6141, S. 50](#)).

Eine Übergangsregelung sei nicht erforderlich gewesen, weil [§ 295a SGB V](#) i.d.F. des Gesetzentwurfs an die Bestimmung des [§ 295 Abs. 1b SGB V](#) anknüpfe. Aus dem Umstand, dass eine neue bereichsspezifische Datenschutzregelung für Selektivverträge geschaffen werde, folge nicht, dass die Ausgestaltung der datenschutzrechtlichen Regelungen in den HzV-Verträgen den bisherigen Anforderungen des [§ 295 Abs. 1b SGB V](#) nicht entsprochen hätte.

Die Antragstellerinnen haben hierauf mit Schriftsatz vom 28.06.2011 erwidert, anders als der Antragsgegner meine, werde durch das Gesetzgebungsverfahren nicht "klargestellt", dass er nicht passiv legitimiert sei. Das Gegenteil sei der Fall. Die Erwägungen im Referentenentwurf bestätigten, dass der Schiedsspruch nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) ein Verwaltungsakt sei. Der Referentenentwurf solle lediglich den Klagegegner einer Klage gegen einen solchen Verwaltungsakt ändern. Der Referentenentwurf sei im Übrigen noch lange nicht Gesetz. Mithin sei der Antragsgegner noch passiv legitimiert. Sollte der Referentenentwurf als Gesetz beschlossen werden und vor Beendigung des laufenden Gerichtsverfahrens in Kraft treten, führe er zu einem gesetzlichen Parteiwechsel. Die Klage und die Eilanträge der Antragstellerinnen richteten sich dann gegen die Beigeladenen. Der Antragsgegner scheide aus diesen Verfahren aus. Die Verfahren blieben aber zulässig.

Die Begründung des Referentenentwurfs lasse offen, worin die Klarstellung zu sehen sein solle. Es werde nur geregelt, wer Klagegegner einer Klage gegen die Festlegung des Vertragsinhalts sei. Die Frage der Verwaltungsaktsqualität richte sich jedoch nicht danach, wer Klagegegner sei. Das zeige gerade die vom Referentenentwurf als Vorbild herangezogene Bestimmung des [§ 77 Abs. 1 Satz 5 SGB XII](#). Mit Blick auf diese Bestimmung müsse man die geplante Änderung in [§ 73 b SGB V](#) als Klarstellung verstehen, dass die Schiedsperson einen Verwaltungsakt erlasse. [§ 77 Abs. 1 Satz 5](#) und 6 SGB XII regelten den Rechtsschutz gegen Entscheidungen der Schiedsstelle nach [§ 80 SGB XII](#) und entsprächen wörtlich den früheren § 93b Abs. 1 Satz 4 und 5 BSHG. In das BSHG sei die Regelung, wonach Klagen gegen den Schiedsspruch gegen eine der beiden Vertragsparteien zu erheben seien, mit Wirkung zum 01.01.1999 eingefügt worden. Davor seien Klagen gegen die Schiedsstelle zu führen gewesen. In der Gesetzesbegründung zur früheren Fassung des BSHG heiße es: "Die Entscheidung der Schiedsstelle ist ein gerichtlich anfechtbarer Verwaltungsakt, gegen den unmittelbar die Klage zulässig ist." ([BT-Drucks. 12/5510, S. 11](#))

Das Bundesverwaltungsgericht (BVerwG) habe unter Bezugnahme auf diese Gesetzesbegründung entschieden, dass die Entscheidung der Schiedsstelle einen Verwaltungsakt darstelle ([BVerwGE 108, 47, 49](#)). Es habe an dieser Auffassung nach Inkrafttreten der Neufassung des § 93b Abs. 1 Satz 4 BSHG zum 01.01.1999 festgehalten ([BVerwGE 116, 78](#); Beschl. vom 12.01.2004 — [5 AV 2.03](#) -). In seinem Beschluss vom 28.02.2002 ([BVerwGE 116, 78](#)) habe das BVerwG u.a. ausgeführt, mit dem Inkrafttreten der Vorschrift sei ein gesetzlicher Parteiwechsel auf der Beklagtenseite eingetreten ([BVerwGE 116, 78, 80](#)). Der Gesetzgeber habe Aufgabe, Organisation und Struktur der Entscheidung der Schiedsstelle mit Einfügung des § 93 b Abs. 1 Satz 4 BSHG nicht berührt. Das Schiedsstellenverfahren sei nach wie vor nicht Ausdruck von Vertragsautonomie und einer freiwilligen Unterwerfung unter ein vertragliches Schlichtungsverfahren. Es beruhe nicht auf einer vertragsautonomen Entscheidung der Verfahrensbeteiligten, sondern auf staatlicher Setzung ([BVerwGE 116, 78, 80](#); [108, 47, 51](#)). Die Schiedsstellenentscheidung sei ein vertragsgestaltender Verwaltungsakt ([BVerwGE 116, 78, 81](#); [108, 47, 49](#)). Die Regelung, wonach es einer Nachprüfung der Entscheidung in einem Vorverfahren nicht bedürfe, sei in § 93 b Abs. 1 Satz 5 BSHG wörtlich übernommen worden. Dem

liege erkennbar die Vorstellung des Gesetzgebers zu Grunde, dass die Schiedsstellenentscheidung einen Verwaltungsakt darstellt ([BVerwGE 116, 78](#), 81). Der Gesetzgeber habe mit der Neuregelung dem Umstand Rechnung tragen wollen, dass die Schiedsstellen weder personell noch sachlich für eine Prozessführung ausgerüstet seien. Er wolle sie aus der gerichtlichen Auseinandersetzung über den Bestand ihrer Entscheidung heraushalten und die Prozessführung einschließlich der damit verbundenen finanziellen Risiken und Lasten der am Fortbestand der Schiedsstellenentscheidung nicht interessierten Vertragspartei auferlegen ([BVerwGE 116, 78](#), 84). Einem Rückgriff auf [§ 61 SGB X](#) i.V.m. [§§ 317, 319 BGB](#) stehe [§ 93b Abs. 1 BSHG](#) entgegen. Gegenstand der Klage gegen die andere Vertragspartei sei nach dem eindeutigen Wortlaut des Gesetzes die Entscheidung der Schiedsstelle. Der Gesetzgeber habe zum Ausdruck gebracht, dass er eine sach- und interessengerechte Lösung von der Schiedsstelle und nicht vom Richter erwarte. Dem Gericht sei deshalb ein eigener vertragsgestaltender Hoheitsakt versagt. Es sei auf die Kontrolle beschränkt, ob die Schiedsstelle bei ihrer Entscheidung die ihr vorgegebenen rechtlichen Maßstäbe eingehalten habe ([BVerwGE 116, 78](#), 85). Bei der Überführung des Sozialhilferechts in das SGB XII habe der Gesetzgeber [§ 93b BSHG](#) weitgehend unverändert übernehmen wollen ([BT-Drucks. 15/1514, S. 64](#) zu [§ 72](#)). Demgemäß sei auch die bisherige Rechtsprechung des BVerwG zu [§ 93 b Abs. 1 BSHG](#) grundsätzlich auf [§ 77 Abs. 1 SGB XII](#) übertragbar. Die Gesetzesänderung ändere im Übrigen nichts daran, dass [§ 73 b SGB V](#) anders als [§ 132a SGB V](#) kein vertragliches Schiedsverfahren vorsehe, sondern ein gesetzliches Verfahren. Hätten die Vertragsparteien der Schiedsperson die Entscheidungsmacht nicht wie im Fall des [§ 317 BGB](#) vertraglich übertragen, könne die Schiedsperson einen Vertrag nur durch Verwaltungsakt festsetzen. Lehne man diese Möglichkeit ab, sei der Schiedsspruch rechtlich unverbindlich.

Der Antragsgegner weise außerdem auf den Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze hin. Die Gesetzesänderung und die Ausführungen hierzu in der Gesetzesbegründung zeigten, dass sich der Gesetzgeber der Auffassung des OVG Schleswig, der Landesdatenschutzbeauftragten und der Kläger im Verfahren gegen Schiedssprüche des Antragsgegners angeschlossen hätten. Die Gesetzesänderung diene offenkundig dazu, eine gesetzliche Ermächtigung für die Datenverarbeitung im Rahmen von Verträgen nach [§ 73 b SGB V](#) zu schaffen, die bislang nicht gegeben sei. Die beabsichtigte Gesetzesänderung bestätige somit, dass der Schiedsspruch des Antragsgegners gegen datenschutzrechtliche Vorschriften verstoße und bereits aus diesem Grund rechtswidrig sei. Sollte die Gesetzesänderung in Kraft treten und [§ 295a SGB V](#) in der vom Antragsgegner vorgelegten Fassung Gesetz werden, würden die rechtlichen Mängel des Schiedsspruchs hierdurch nicht geheilt. Ein Verwaltungsakt werde nicht dadurch rechtmäßig, dass eine gesetzliche Vorschrift, gegen die beim Erlass verstoßen worden sei, nach Erlass des Verwaltungsakts gestrichen oder geändert werde. Die Gesetzesänderung biete zwar eine rechtliche Grundlage für neue Schiedssprüche oder neue HzV-Verträge. Sie habe auf bereits erlassene Schiedssprüche jedoch keine Auswirkungen.

Die in [§ 295a SGB V](#) vorgesehene gesetzliche Ermächtigung zur Datenverarbeitung durch Dritte sei zudem inhaltlich beschränkt. Bereits auf den ersten Blick sei ersichtlich, dass das Abrechnungs- und Datenverarbeitungssystem, das der Antragsgegner mit seinem Schiedsspruch festgelegt habe, den Ermächtigungsrahmen des [§ 295a SGB V](#) überschreite. Denn nach Abs. 2 dieser Vorschrift dürfe der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite (hier: HÄV und MEDI) eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung der in Abs. 1 genannten Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragen. Diese andere Stelle sei im vorliegenden Fall die HÄVG. Nach [§ 295a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) in der Fassung des Änderungsgesetzes seien aber "Unterauftragsverhältnisse ausgeschlossen". Der Gesetzgeber reagiere hiermit auf die gegen das Vertragssystem der Hausarztverbände vorgebrachte Kritik. Das vom Antragsgegner festgesetzte Vertragssystem sehe nämlich mehrfache Unterauftragsverhältnisse vor. Beispielsweise solle die HÄVG berechtigt sein, weitere Abrechnungsdienstleister zu beauftragen, darunter ein Rechenzentrum Dies seien nach [§ 295a Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) in der Fassung des Änderungsgesetzes unzulässige Unterauftragsverhältnisse.

Der Beigeladene zu 1 hat im Wesentlichen vorgetragen, der Beschluss des SG sei im Rahmen der dort getroffenen Feststellungen nicht zu beanstanden und komme im Ergebnis zu der zutreffenden rechtlichen Würdigung, dass es bereits an einem Rechtsschutzbedürfnis für eine gerichtliche Sachentscheidung über den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage fehle. Dem vorwiegend richtig geschilderten Sachverhalt in der Beschwerdeschrift (Teil A.) müsse insoweit entgegengetreten werden, als die Antragstellerinnen ihre eigene rechtliche Würdigung der Aussetzungsvereinbarung (vgl. Seite 5, 1. Absatz der Beschwerdeschrift) als feststehenden Sachverhalt darstellten mit dem Ergebnis, dass die angebotene Aussetzungsvereinbarung als "hinter der gerichtlichen Aussetzung" zurückbleibend gewertet werde. Dies treffe jedoch nicht zu, da auch das Gericht nach Maßgabe des [§ 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) die aufschiebende Wirkung mit Auflagen versehen oder befristen könne. Darüber hinaus entfalte eine Anordnung oder Wiederherstellung der aufschiebenden Wirkung auch nicht unmittelbar eine Rückwirkung. Eine solche könne das Gericht durch Anordnung der Aufhebung einer vollzogenen Maßnahme bewirken, müsse es aber nicht. Da der Vertrag bereits seit dem Quartal 4/2010 finanzwirksam umgesetzt werde und sowohl teilnehmende Ärzte als auch Versicherte von den Wirkungen des Rechtsstreits betroffen seien, sei eine Mitwirkung der Antragstellerinnen an einer eventuellen Aussetzung des Vertrages zwingend notwendig gewesen. Diese hätten es allerdings vorgezogen, gar nicht zu reagieren und stattdessen im gerichtlichen Verfahren lediglich das Angebot zur Vertragsaussetzung und zur Erörterung durch ihre Prozessbevollmächtigten ablehnen zu lassen. Erst nachdem die mit der Beschwerde angefochtene Entscheidung des SG ergangen sei, hätten sie sich veranlasst gesehen, außergerichtlich auf die Beigeladenen zuzugehen Sie hätten mit Schriftsatz der Bevollmächtigten vom 29.03.2011 die mit der Beschwerdeschrift vorgelegte "modifizierte" Aussetzungsvereinbarung eingereicht und eine Frist zur Unterzeichnung dieser Vereinbarung bis zum 13.04.2011 gesetzt. Dem Unterschriftenbegehren hätte er nicht entsprechen können. Die nun verlangte Vertragsaussetzung habe nicht die durch Zeitablauf geschaffenen Tatsachen berücksichtigt und gehe zudem weit über das Aussetzungsangebot des Beigeladenen hinaus, da die Aussetzung bis zu einer rechtskräftigen gerichtlichen Entscheidung hinaus ausgedehnt würde. Dies würde bedeuten, dass die Wirkung der Aussetzung auf unbestimmte Zeit, nämlich bis zu einer rechtskräftigen Entscheidung der Obergerichte prolongiert werden könnte. Er hätte mit Rücksicht auf das ihm erteilte Verhandlungsmandat durch die Ärzteschaft in Baden-Württemberg einer solchen Vereinbarung mit Wirkung für die teilnehmenden Ärzte nicht zustimmen können. Dies gelte sowohl im Hinblick auf die Dauer der Aussetzungswirkung als auch für die nach Quartalsende (Q1/2011) geforderte Rückwirkung. Der Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung berechtige und verpflichte die an dem Vertrag teilnehmenden Hausärzte unmittelbar. Diese hätten ihrerseits das Recht, aber auch insbesondere die - immer noch andauernde - Pflicht, die Versicherten nach den besonderen Vorgaben des HzV-Vertrages und seiner Anlagen im Rahmen der Hausarztzentrierten Versorgung zu behandeln. Diesen Pflichten seien die teilnehmenden Hausärzte nun bereits seit zwei Quartalen vertragskonform nachgekommen. Sie hätten diese besondere und im Übrigen verbesserte Versorgungsform gegenüber dem Versicherten, der sich gemäß den satzungsrechtlichen Vorgaben seiner Kasse für den Wahltarif entschieden und für mindestens ein Versichertenteilnahmehjahr gebunden habe, auch nicht verweigern dürfen. Als Leistungserbringer im Selektivvertragssystem sei der Vertragsarzt ebenso Sachleistungserbringer wie in der Regelversorgung. Die von ihm erbrachten Sachleistungen könne er nicht zurücknehmen, und der Versicherte nicht die an ihm stattgefundenene Behandlung und Versorgung ungeschehen machen. Eine Rückwirkung

auf den Zeitpunkt vor dem 1. Quartal 2011 sei damit völlig ausgeschlossen, da das Quartal abgeschlossen sei. Eine Aussetzung könne konsequent nur in die Zukunft gerichtet sein. Diese hätte also spätestens vor Auszahlung des 1. Abschlags für das 1. Quartal erfolgen können. Dies sei von den Beigeladenen angeboten worden, ohne dass die Antragstellerinnen hierauf reagiert hätten. Die Beigeladenen hätten parallel hierzu die teilnehmenden Ärzte in Baden-Württemberg mit Rundschreiben vom 10.02.2011 aufgefordert, bis zur Umsetzung einer mit der Landesdatenschutzbehörde an die veränderten Gegebenheiten verbindlich abgestimmten datenschutzkonformen Lösung, keine patientenbezogenen Abrechnungsdaten an die HÄVG eG bzw. der HÄVG R. AG zu versenden. Die Dienstleistungsgesellschaft der Beigeladenen habe den Antragstellerinnen mit Schreiben vom 09.05.2011 eine Vertragsanpassung angeboten, welche den datenschutzrechtlichen Bedenken der Gegenseite Rechnung trage. Die HÄVG eG habe zwischenzeitlich mit der A. Baden-Württemberg in Abstimmung mit den zuständigen Landesdatenschützern eine datenschutzkonforme Vertragsanpassung vorgenommen, die sämtliche datenschutzrechtlichen Aspekte im Bereich des Sozialdatenschutzes und der Auftragsdatenverarbeitung berücksichtige. Mit dem vorgenannten Schreiben habe sie daher angeboten, unter diesen datenschutzrechtlichen Vorgaben eine Anpassung des durch Schiedsspruch des Beklagten geschlossenen Vertrages zur HzV vorzunehmen. Hierzu hätten sich die Antragstellerinnen bisher nicht geäußert. Soweit eine Möglichkeit bestehe, das Recht außerprozessual durchzusetzen, bestehe daher kein Anlass, die Hilfe des Gerichts in Anspruch zu nehmen. Wenn ein Antragsteller sein Begehren einfacher, schneller und billiger durchsetzen könne, sei gerichtlicher Rechtsschutz somit nicht erforderlich.

Es bestehe auch kein überwiegendes Aussetzungsinteresse. Auch wenn der Schiedsspruch die Vertragsparteien grundsätzlich an den Vertrag binde, seien die Vertragsparteien in ihrer Funktion berechtigt, den Vertragsinhalt zu ändern. Die Vertragsparteien seien nach § 17 des festgelegten Vertrags gemeinsam berechtigt, den Vertrag und seine Anlagen nach dem dort festgelegten Verfahren zu ändern. Sie seien nach Maßgabe des § 22 Abs. 3 des festgelegten Vertrages über diese Berechtigung hinaus auch verpflichtet, eine unwirksame, rechtswidrige oder nicht durchführbare Regelung des Vertrages durch eine solche zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck der ursprünglichen Regelung in wirtschaftlicher und rechtskonformer Weise am nächsten komme. Von den vertraglich vorgesehenen Möglichkeiten und ggf. Pflichten machten die Antragstellerinnen keinen Gebrauch. Es komme ihnen erkennbar nicht auf die Herstellung eines rechtskonformen Zustandes eines von ihnen als rechtswidrig betrachteten datenschutzrechtlichen Vertragsbestandteils an. Es gehe ihnen offensichtlich nur um die Umgehung der vom Gesetzgeber verbindlich festgeschriebenen Pflicht, ihren Versicherten eine besondere Hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Die konsequente Ablehnung jeder diesseits gezeigter Kompromissbereitschaft überschreite damit die Grenzen des Rechtsmissbrauchs.

Mit dem neu gefassten [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) habe der Gesetzgeber die flächendeckende Versorgung durch einen "Abschlusszwang" mit einer qualifizierten Gemeinschaft durchzusetzen versucht und habe zur möglichst raschen Sicherstellung eines flächendeckenden Angebots der hausarztzentrierten Versorgung geregelt, dass Klagen gegen die Bestellung der Schiedsperson und gegen ihre Schiedssprüche keine aufschiebende Wirkung haben. Die bisherige Umsetzung der Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung habe überdies zu keinem (erheblichen) Nachteil für die Antragstellerinnen geführt. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sei durch die Verträge weder verletzt, noch sei eine konkrete (nicht einmal abstrakte) Gefahr einer Erhebung von Zusatzbeiträgen dargelegt worden. Bereits aus dem Volumen der Verträge ergebe sich, dass diese nicht zur Erhebung von Zusatzbeiträgen führen könnten. Die Ausgaben für die hausärztliche Vergütung betrügen insgesamt in der GKV jährlich 6 %, zudem nähmen weniger als 2 % der Versicherten der Antragstellerinnen an der hausarztzentrierten Versorgung teil, so dass nicht ernsthaft behauptet werden könnte, die Stabilität der Beitragssätze würde hierdurch in Frage gestellt.

Eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung hätte mit Rücksicht auf die laufenden Verträge und die berechtigt am Wahltarif teilnehmenden Versicherten zur Folge, dass ein rechtswidriger Zustand entstehe. Auch die weitere Interessenabwägung müsse dazu führen, dass eine Anordnung der aufschiebenden Wirkung nicht in Betracht komme.

Der Antrag sei zudem unbegründet. Ungeachtet der Frage, ob der Schiedsspruch als Verwaltungsakt im Sinne des [§ 39 Abs. 2 SGB X](#) wirksam bleibe, weil er nicht aufgehoben, zurückgenommen, widerrufen oder auf anderer Weise erledigt sei, sei jedenfalls ein Anspruch zur Aufhebung des Schiedsspruchs aus keinem Gesichtspunkt begründet. Auf die Ausführungen zur Aussetzung der Verträge und zur Anpassung der datenschutzrechtlichen Regelungen werde insoweit Bezug genommen. Ebenso werde zur Vermeidung von Wiederholungen auf das gesamte Vorbringen in erster Instanz, insbesondere die erstinstanzlichen Schriftsätze der Prozessbevollmächtigten des Beigeladenen vom 15.10.2010 und den Schriftsatz vom 05.02.2011 ausdrücklich verwiesen. Für eine offensichtliche Rechtswidrigkeit des Schiedsspruches des Beklagten sei im Hinblick auf dessen ausführlich dargelegten Entscheidungsgründe kein Raum.

Der Beigeladene zu 2 hat sich dem Vortrag des Beigeladenen zu 1 angeschlossen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

B.

Die nach [§ 173](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Beschwerde der Antragstellerinnen ist zulässig; insbesondere ist sie gemäß [§ 172 Abs. 3 Nr. 1 SGG](#) statthaft.

Die Beschwerde der Antragstellerinnen ist jedoch nicht begründet. Das SG hat ihren Antrag mit dem angegriffenen Beschluss zwar zu Unrecht als unzulässig abgelehnt, der Schiedsspruch der Schiedsperson ist bei der im einstweiligen Anordnungsverfahren vorzunehmenden nur summarischer Prüfung aber auch in der Sache rechtlich nicht zu beanstanden.

I. Die Anträge auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage gegen die Schiedsentscheidung des Antragsgegners sind zulässig.

1. Zu Recht verfolgen die Antragstellerinnen ihr Rechtsschutzziel mit einem Antrag nach [§ 86b Abs. 1 Satz 2 SGG](#). Es handelt sich bei der angefochtenen Schiedsentscheidung um einen Verwaltungsakt i.S. des [§ 31 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) zur Gestaltung des Vertrages zwischen den Antragstellerinnen und den Beigeladenen. Insoweit gilt zur Verwaltungsaktsqualität von Beschlüssen der Schiedsperson nach [§ 73b Abs. 4b SGB V](#) nichts anderes als zu Entscheidungen der Schiedsämter gem. [§ 89 SGB V](#) und der Schiedsstellen

(zur Landesschiedsstelle nach [§ 114 SGB V](#) vgl. Urteil des Senats vom 09.03.2011 - zur Veröffentlichung vorgesehen). Nach Rechtsauffassung des Senats ist die höchstrichterliche Rechtsprechung zu den Schiedsämtern gemäß [§ 89 SGB V](#) auch auf die Entscheidungen der Schiedspersonen gemäß [§ 73b Abs. 4b SGB V](#) entsprechend zu übertragen. Gründe, die dagegenstehen, sind nicht ersichtlich. Sowohl bei den Verträgen, die nach [§ 89 SGB V](#) von den Schiedsämtern festzusetzen sind, als auch bei den Verträgen nach [§ 73b Abs. 4b SGB V](#) hat der Gesetzgeber das Regelungskonzept verfolgt, den Beteiligten die Ausfüllung eines gesetzlichen Rahmens zu übertragen. Kommen Institutionen, die aufgrund ihrer praktischen Sachkenntnisse diese Verträge abschließen sollen, diesem gesetzlichen Auftrag nicht nach, soll an ihrer Stelle und mit Verbindlichkeit für sie eine Entscheidung durch eine neutrale Stelle getroffen werden. Wenn [§ 73b Abs. 4b SGB V](#) eine Schiedsperson anstelle der im Vertragsarztrecht tätigen Schiedsämter oder Schiedsstellen hierfür vorsieht, ändert dies nichts daran, dass in [§ 73b Abs. 4b Satz 2 SGB V](#) ein förmliches Schiedsverfahren geregelt ist, das die qualifizierten Gemeinschaften einleiten können, damit die Verpflichtung der Krankenkassen zum Abschluss von Verträgen zur HzV durchgesetzt werden kann (vgl. [BT-Drucks. 16/10609, S. 54](#) zu Nummer 1f, Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa), nachdem entsprechende Verträge trotz der bereits seit dem 01.04.2007 bestehenden Verpflichtung der Krankenkassen, eine hausarztzentrierte Versorgung anzubieten, nicht in ausreichender Form zustande gekommen waren (vgl. [BT-Drucks. 16/10609 S. 53](#) zu Nummer 1f, Buchstabe b, Doppelbuchstabe aa). Vor diesem Hintergrund besteht für den Senat kein Zweifel, dass der Gesetzgeber hinsichtlich der hier streitigen Schiedsentscheidung über die die vertragsärztliche Versorgung durch zugelassene Hausärzte betreffenden Selektivverträge eine in gleicher Weise verbindliche Regelung einer neutralen Instanz ermöglichen wollte, wie dies auch an anderer Stelle im Leistungserbringerrecht des SGB V durch Schiedsämter und Schiedsstellen vorgesehen ist.

Dementsprechend steht für den Senat auch fest, dass der Gesetzgeber, der die Bestimmungen des [§ 73b Abs. 4 Satz 2 und Abs. 4a SGB V](#) in Kenntnis der Regelungen in [§ 39a Abs. 1 Satz 7 SGB V](#), [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) und [§ 76 Abs. 6 SGB XI](#) geschaffen hat, ohne sich dabei an diesen zu orientieren, nicht allein über den Begriff der "Schiedsperson" an diese anknüpfen wollte. Mit den Schiedspersonen nach [§ 39a Abs. 1 Satz 7 SGB V](#) und [§ 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) ist die hier vorgesehene schon deswegen nicht zu vergleichen, weil nach [§ 39a Abs. 1 Satz 7 SGB V](#) und [§ 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) in Verträgen zu regeln ist, dass im Falle der Nichteinigung eine von den Parteien zu bestimmende unabhängige Schiedsperson den Vertragsinhalt festlegt. Entsprechendes gilt für die Schiedsperson nach [§ 76 Abs. 6 SGB XI](#), die abweichend von [§ 85 Abs. 5 SGB XI](#), der die Entscheidung durch die Schiedsstelle vorsieht, nur von den Parteien der Pflegesatzvereinbarung gemeinsam bestellt werden kann, um die Pflegesätze und den Zeitpunkt ihres Inkrafttretens festzusetzen und deren Entscheidung gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbar ist. Die Schiedsperson nach [§ 73b Abs. 4 Satz 2, Abs. 4a SGB V](#) wird dagegen im Rahmen eines gesetzlich normierten Schiedsverfahrens tätig und steht schon aus diesem Grund den Schiedsämtern und -stellen, die im SGB V und SGB XI bestimmt werden, näher als den genannten Schiedspersonen (BSG, Urteil vom 25.11.2010 [a.a.O.](#)). Zudem hat das BSG für den hier einschlägigen Bereich des Vertragsarztrechts seit jeher die Verwaltungsaktsqualität des Schiedsspruchs bejaht (BSG, Urteil vom 14.12.2000 - [B 3 P 19/00 R](#) -, veröffentlicht in Juris unter Hinweis auf [BSGE 20, 73](#), 75 = SozR Nr. 1 zu § 368h Reichsversicherungsordnung (RVO)).

Die Verwaltungsaktsqualität bestätigt [§ 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V](#), wonach Klagen gegen u.a. die Festlegung des Vertragsinhalts keine aufschiebende Wirkung haben. Dieser Bestimmung liegt erkennbar die Vorstellung zugrunde, dass der Schiedsspruch einer Schiedsperson nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) einen Verwaltungsakt darstellt (BSG, Urteil vom 25.11.2010 [a.a.O.](#)) und insoweit von dem Ausnahmeverbehalt in [§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#) Gebrauch gemacht werden muss, um das Entfallen der aufschiebenden Wirkung von Klagen gegen den Schiedsspruch zu bewirken, das zur möglichst raschen Sicherstellung eines flächendeckenden Angebotes der hausarztzentrierten Versorgung als geboten angesehen wurde ([BT-Drucks. 16/10609, S. 54](#) zu Nummer 1f [§73b], zu Buchstabe c). Die Regelung entspricht damit dem Ausschluss der aufschiebenden Wirkung, der für Klagen gegen bestimmte Verwaltungsakte von Schiedsstellen in [§ 85 Abs. 5 Satz 4 SGB XI](#), [§ 113b Abs. 1 Satz 4 SGB XI](#), [§ 115 Abs. 3 Satz 4 SGB XI](#), [§ 129 Abs. 9 Satz 7 SGB V](#), [§ 130b Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) und [§ 291a Abs. 7a Satz 5 SGB V](#) angeordnet wird und der allgemein für Entscheidungen der Schiedsämter gilt ([§ 89 Abs. 1 Satz 6, Abs. 1a Satz 4 SGB V](#)).

In konsequenter Fortführung der Orientierung der seit dem 01.01.2009 geltenden Regelungen der [§ 73b Abs. 4 Satz 2, Abs. 4a SGB V](#) an den Verfahren der Schiedsstellen und der Schiedsämter hat der Gesetzgeber in Absatz 9 (eingefügt durch Art. 1 Nr. 5 Buchst. c des Gesetzes GKV-FinG vom 22.12.2010 ([BGBl. I 2309](#)) mit Wirkung zum 22.10.2010 auch die Rechtsaufsicht in Bezug auf Verträge nach Absatz 4 eingeführt, die der Aufsichtsbehörde, wenn sie in einem Schiedsverfahren nach Abs. 4 Satz 2, Abs. 4a Satz 1 festgelegt wurden, von der Schiedsperson vorzulegen sind.

Schließlich ergibt sich auch aus dem vom Antragsgegner zitierten Referentenentwurf nichts anderes. Zutreffend haben die Antragstellerinnen insoweit darauf hingewiesen, dass die ausdrückliche Bezugnahme auf [§ 77 Abs. 1 Satz 5 SGB XII](#) in der Begründung des Entwurfs gegen die Annahme spricht, dass der Schiedsspruch - in Zukunft - nicht als Verwaltungsakt anzusehen wäre. Denn auch das Inkrafttreten des § 93b Abs. 1 Satz 4 Bundessozialhilfegesetz (dessen Nachfolgevorschrift [§ 77 Abs. 1 Satz 5 SGB XII](#) ist) führte, obwohl das BSG zunächst angenommen hatte, diese könne der höchstrichterlichen Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts zur Rechtsnatur des Schiedsspruchs die Grundlage entziehen (BSG, Urteil vom 14.12.2000 - [B 3 P 19/00 R](#) -, Rn. 19, - veröffentlicht in Juris), nicht zu einer Änderung der Rechtsprechung des Bundesverwaltungsgerichts hinsichtlich der Verwaltungsaktsqualität der Schiedsentscheidung nach § 93b Abs. 1 Satz 4 Bundessozialhilfegesetz. Dieses hielt vielmehr in der von den Antragstellerinnen zitierten Entscheidung (BVerwG, Beschluss vom 28.02.2002 - [5 C 25/01](#) -, veröffentlicht in Juris) insoweit ausdrücklich an seinem Urteil vom 01.12.1998 (- [5 C 17/97](#) -, veröffentlicht in Juris) fest, dass das BSG im Hinblick auf [§ 77 Abs. 1 SGB X](#) nun in seiner Entscheidung vom 25.11.2011 (a.a.O. Rn. 21) jedenfalls auch weiterhin für einschlägig hält.

Auch im Übrigen bestehen gegen die Statthaftigkeit der Anträge keine Bedenken. In der Hauptsache begehren die Antragstellerinnen mit ihren isolierten Anfechtungsklagen die ersatzlose Aufhebung der Schiedsentscheidung und stellen insoweit bereits das Vorliegen der Voraussetzungen für die Durchführung des Schiedsverfahrens in Abrede. Soweit Inhalte des festgesetzten Vertrags beanstandet werden, kommt die Anfechtungs- und Neubescheidungs-Vpflichtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 131 Abs. 3 SGG](#) in Betracht. Ob die Antragstellerinnen sich vorliegend in zulässiger Weise auf eine reine Anfechtungsklage beschränken können, bedarf im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes keiner abschließenden Entscheidung. Vielmehr können insoweit im Hauptsacheverfahren noch sachdienlich gefasste Anträge gestellt werden.

Im vorläufigen Rechtsschutzverfahren kann sich einer der Vertragspartner, auch soweit er in der Hauptsache ein Anfechtungs- und Neubescheidungsbegehren gemäß [§ 54 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 131 Abs. 3 SGG](#) verfolgt, auf einen Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung nach [§ 86b Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) beschränken. Dem Rechtsschutzziel, vorläufig nicht durch den inhaltlich festgesetzten Vertrag

gebunden zu sein, insbesondere nicht gegenüber dem anderen Vertragspartner aus dem Vertrag verpflichtet zu sein, wird bereits durch die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage in vollem Umfang Rechnung getragen (s. unten). Diese bewirkt nämlich, dass der angefochtene Schiedsspruch nicht vollziehbar ist. Einen darüber hinaus gehenden Schutz in Form der vorläufigen Verpflichtung des Antragsgegners, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts einen neuen Schiedsspruch zu erlassen, könnten die Antragstellerinnen nicht beanspruchen. Angesichts dessen ist das isolierte Begehren auf Aussetzung der Vollziehung bzw. hier Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage im anhängigen Eilverfahren als zulässig zu bewerten (vgl. Landessozialgericht für das Land Niedersachsen, Beschluss vom 15.04.1998 - [L 5 KA 4/98 ER](#) -; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 15.07.2009 - [L 7 B 74/08 KA ER](#) -, veröffentlicht in Juris; Beier in: jurisPK-SGB V, [§ 89 SGB V](#) Rn. 44).

2. Für die Anträge der Antragstellerinnen liegt auch ein Rechtsschutzbedürfnis vor.

Dies ergibt sich zunächst ohne weiteres aus dem Umstand, dass die Antragstellerinnen Adressaten eines Verwaltungsaktes (hier des Schiedsspruches) sind, der ihre Pflichten in der Hausarztzentrierten Versorgung festlegt, wobei dieser Verwaltungsakt auch sofort vollziehbar ist.

Soweit Widerspruch und Klage keine aufschiebende Wirkung haben, kann das Gericht der Hauptsache gemäß [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) die aufschiebende Wirkung ganz oder teilweise anordnen. Der angegriffene Bescheid ist kraft Gesetzes sofort vollziehbar. Gemäß [§ 86a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) haben Widerspruch und Anfechtungsklage (grundsätzlich) aufschiebende Wirkung. Die aufschiebende Wirkung entfällt gem. [§ 86a Abs. 2 Nr. 4 SGG](#) in Fällen, in denen dies durch Bundesgesetz vorgeschrieben ist. Dies ist hier in [§ 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V](#) der Fall. Dementsprechend ist die streitgegenständliche Schiedsentscheidung sofort vollziehbar.

Entgegen der Auffassung des SG sind die Anträge der Antragstellerinnen nicht mangels Rechtsschutzbedürfnis unzulässig. Das Fehlen eines Rechtsschutzbedürfnisses kann zunächst nicht daraus abgeleitet werden, dass sich der Antragsgegner mit der Aussetzung der Durchführung des durch ihn zwischen den Antragstellerinnen und den Beigeladenen festgesetzten Vertrags durch die damit zu Vertragsparteien gewordenen Beteiligten einverstanden erklärt bzw. hierin eingewilligt hat. Zwar wird mit der behördlichen Aussetzung ein Antragsteller nicht mehr durch die sofortige Vollziehbarkeit des angegriffenen Bescheids beschwert. Ihm fehlt deshalb regelmäßig ein rechtsschutzwürdiges Interesse an dem von ihm weiter betriebenen Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes. Als eine behördliche Aussetzung können die Äußerungen des Antragsgegners aber schon deswegen nicht gewertet werden, weil dieser den von ihm erlassenen Schiedsspruch nicht als Verwaltungsakt ansieht und dementsprechend erklärt hat, dass er schon aus diesem Grunde eine Aussetzungsentscheidung im Sinne des [§ 86a Abs. 3 Satz 1 SGG](#) nicht treffen kann. Dem schlichten Einverständnis einer zuständigen Behörde mit der Nichtbeachtung eines Verwaltungsaktes - in der Annahme es sei keine unmittelbar nach außen wirkende verbindliche Regelung ergangen - kommt keine rechtliche Bedeutung hinsichtlich der rechtlichen Folgen der Verletzung der durch diesen begründeten Rechten und Pflichten zu. Es kann damit einer behördlichen Aussetzungsentscheidung nicht gleichgesetzt werden.

Auch ein - hier nicht zustande gekommenes - Einvernehmen der Vertragsparteien über den Nichtvollzug des festgesetzten Vertrags lässt das Rechtsschutzbedürfnis an der gerichtlichen Aussetzung nicht entfallen, weil der Vollzug des Vertrags nicht in der Disposition der Vertragsparteien liegt. Die Wirksamkeit eines rechtsgestaltenden Verwaltungsaktes, wie hier der vertragsgestaltenden Schiedsentscheidung, tritt zu dem Zeitpunkt ein, zu dem er dem Adressaten oder dem Betroffenen bekannt gegeben wird ([§ 37 Abs. 1 SGB X](#)). Die fristgerecht erhobene Klage beeinträchtigt diese Wirksamkeit nicht. Für die Adressaten des vertragsgestaltenden Verwaltungsaktes hat dieser zur Folge, dass mit dessen Wirksamwerden zwischen ihnen ein Vertrag des festgesetzten Inhalts besteht. Damit ist auch hier die Gestaltung eingetreten und der Vertrag zwischen den Antragstellerinnen und den Beigeladenen zustande gekommen.

Etwas anderes würde ausschließlich im Falle der Nichtigkeit des festgesetzten Vertrags gelten. Diese könnte sich nur aus [§ 58 SGB X](#) ergeben. Koordinationsrechtliche öffentlich-rechtliche Verträge i.S. von [§ 53 Abs. 1 Satz 1 SGB X](#) (vgl. näher Engelmann in: von Wulffen (Hrsg), SGB X, 5. Aufl. 2005, § 53 Rn. 4a ff.) können nach [§ 58 Abs. 1 SGB X](#) nichtig sein, wenn sich die Nichtigkeit aus der entsprechenden Anwendung von Vorschriften des BGB ergibt. Um den besonderen Bestandsschutz öffentlich-rechtlicher Verträge zu gewährleisten, kann die Nichtigkeit nicht durch jeden Verstoß gegen Rechtsvorschriften ausgelöst werden (Engelmann, a.a.O., § 58 Rn. 6). Lediglich qualifizierte Rechtsverstöße können die Nichtigkeit des entsprechenden Vertrages zur Folge haben, etwa, wenn zwingende Rechtsnormen bestehen, die einer vertraglichen Gestaltung nicht zugänglich sind, oder wenn ein bestimmtes Ziel nicht durch einen Vertragsschluss erreicht werden darf. Dabei kommt in erster Linie der Verstoß gegen ein gesetzliches Verbot i.S. des [§ 134 BGB](#) in Frage (BSG, Urteil vom 28.09.2005 - [B 6 KA 71/04 R](#) -, veröffentlicht in Juris). Steht fest, dass es keine wirksame Bestimmung hinsichtlich notwendiger Regelungen gibt und kommt eine einvernehmliche Anpassung des Vertrags nicht zustande, wäre erneut eine Schiedsperson einzuschalten und die Änderung des Schiedsspruchs zu beantragen, da dann ein Vertrag weiterhin - teilweise - nicht zustande gekommen wäre. Die Vertragsparteien sind in diesem Fall auch in der Zwischenzeit nicht an die nichtigen Regelungen gebunden, ohne dass es einer Vereinbarung über den Nichtvollzug oder der Aussetzung der Vollziehung des Schiedsentscheids bedürfte. So schwerwiegende Verstöße, die hier zur (Teil-)Nichtigkeit des Vertrages führen könnten, lassen sich jedoch bei summarischer Prüfung nicht erkennen.

Führt die - geltend gemachte - Rechtswidrigkeit des Schiedsspruchs lediglich dazu, dass auch der Vertrag teilweise rechtswidrig ist, sind die Vertragsparteien bis zur erfolgten Änderung dagegen weiterhin an den Vertrag gebunden. Die hierin vereinbarten Rechte und Pflichten sind für beide Vertragspartner verbindlich. Sie haben damit lediglich die im Vertrag selbst vorgesehenen Möglichkeiten der Änderung und Anpassung des Vertragsinhalts sowie die dort vorgesehenen Kündigungsrechte. Soweit sie sich insoweit nicht einigen können, sind sie dementsprechend auf das vertraglich vorgesehene Schiedsverfahren zu verweisen. Demgegenüber liegt es nicht in der Dispositionsfreiheit der Vertragsparteien, sich über eine Nichtbeachtung eines durch Verwaltungsakt wirksam oder bindend festgesetzten Vertrags zu verständigen.

Ist der Schiedsspruch, wie hier, noch nicht bindend geworden, kann ein Vertragsanpassungsbegehren auch im Wege einer gegen den Schiedsspruch gerichteten Bescheidungsklage verfolgt werden. Auch dies berechtigt die Vertragsparteien aber nicht zur Nichtbeachtung des gesamten Vertrags oder einzelner Bestimmungen, solange der Schiedsspruch aufgrund des Ausschlusses der aufschiebenden Wirkung der Klage vollziehbar ist. Solange der den Vertrag gestaltende Verwaltungsakt vollziehbar ist, können die Antragstellerinnen und die Beigeladenen auch nicht einvernehmlich dessen Inkrafttreten ganz oder teilweise verschieben oder auf die Vertragsdurchführung verzichten und die Rechte und Pflichten aus dem Vertrag wirksam suspendieren. Dies gilt umso mehr als im hier streitigen Vertrag nicht nur Rechte

und Pflichten der Adressaten der Schiedsentscheidung geregelt, sondern u.a. auch die Voraussetzungen für die zur kassenärztlichen Versorgung zugelassener Hausärzte und die bei den Antragstellerinnen Versicherten zur Teilnahme an der HzV festgelegt werden. Es liegt auf der Hand, dass die Vertragsparteien den Hausärzten und Versicherten diese Möglichkeit auch einvernehmlich nicht entziehen können, da ihnen mit dem Schiedsspruch auf der Grundlage des [§ 73b Abs. 4 Satz 2](#) und 4a SGB V konkrete Rechtspositionen wirksam und verbindlich eingeräumt worden sind.

Mit der begehrten Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage kann dagegen für die Zeit bis zur Entscheidung in der Hauptsache erreicht werden, dass keine Maßnahme angeordnet oder vollzogen werden darf, die die durch den Schiedsspruch Betroffenen belastet und seine Rechtswirksamkeit voraussetzt. Da der hier streitige Vertrag allein aufgrund der vertragsgestaltenden Wirkung der Schiedsentscheidung und nicht durch entsprechende Willenserklärungen der Vertragspartner zustande gekommen ist, bedeutet dies, dass die durch den Schiedsspruch geregelten vertraglichen Rechte und Pflichten bis zur Entscheidung in der Hauptsache nicht durchgesetzt werden könnten. Damit könnte nicht nur eine Leistungsklage der Beigeladenen, soweit sie Ansprüche gegen die Antragstellerinnen auf vertragliche Regelungen stützen, solange die Anordnung der aufschiebenden Wirkung bestünde, keinen Erfolg haben, sondern es könnten auch Dritte (hier: zur kassenärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und bei den Antragstellerinnen Versicherte) die ihnen im Vertrag eingeräumten Optionen vorläufig nicht wirksam wahrnehmen bzw. die bereits erworbenen Rechte vorläufig nicht durchsetzen. Vor diesem Hintergrund kann den Antragstellerinnen das Rechtsschutzbedürfnis nicht abgesprochen werden.

3. Die Anträge sind auch im Übrigen zulässig.

Die Anträge auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klagen sind gegen den richtigen Antragsgegner gerichtet. Ist, wie hier, der Verwaltungsakt von einer mit entsprechendem öffentlich-rechtlichen Befugnissen ausgestatteten Schiedsperson erlassen worden, ist diese dementsprechend Beklagte bzw. Antragsgegner. Sie ist in entsprechender Anwendung von [§ 70 Nr. 4 SGG](#) beteiligtenfähig (vgl. BSG, Urteil vom 25.11.2010 – [B 3 KR 1/10 R](#) –, Rn. 32 veröffentlicht in Juris -, in dem die Beteiligungsfähigkeit des nicht als Privat-, sondern als Schiedsperson nach [§ 76 Abs. 6 SGB XI](#) notwendig Beizuladenden vorausgesetzt wird) und prozessfähig. Im SGB V und SGB XI ist zwar zwischen dem Schiedsamt, Schiedsstellen und Schiedspersonen, die als Behörde bzw. Beliehene hoheitlich tätig werden und deren Schiedsentscheidungen Verwaltungsakte sind, und Schiedspersonen, die lediglich als öffentlich-rechtliche Schlichter handeln, zu unterscheiden. Ergibt die Schiedsentscheidung aber in Form eines Verwaltungsakts ist dieser Gegenstand der Klage mit der Folge, dass das Schiedsamt oder die Schiedsstelle beklagt sind, deren Beteiligungs- und Prozessfähigkeit sich aus den [§§ 70 Nr. 4](#) und 71 Abs. 4 SGG ergibt. Hieraus folgt, dass nach derzeitiger Rechtslage im vorliegenden Fall nur die Schiedsperson als Beklagter und Antragsgegner in Betracht kommt, da die [§§ 70 Nr. 4](#) und 71 Abs. 4 SGG hier analog anzuwenden sind, wohingegen eine Analogie zu Sonderregeln (s. unten), die weder im Prozessrecht noch im Vertragsarztrecht, sondern lediglich im SGB VIII und SGB XII enthalten sind, ausscheidet. Soweit der Antragsgegner auf einen Referentenentwurf hinweist, wonach mit einem neuen Satz 5 im [§ 73b Abs. 4a](#) klargestellt wird, dass sich die Klage nicht gegen die Schiedsperson, sondern gegen eine der beiden Vertragsparteien zu richten habe, vermag dies an der dargestellten, derzeitigen Rechtslage nichts zu ändern. Zudem dürfte damit eine wenig nachvollziehbare Sonderregelung geschaffen werden, entsprechend den bereits im SGB VIII und SGB XIII vorhandenen (BSG, Urteil vom 25.11.2010 [a.a.O.](#), Rn. 21), die aber im Vertragsarztrecht, im Übrigen SGB V und selbst im SGB XI bisher keine Entsprechung haben.

II.

Die zulässigen Anträge sind jedoch nicht begründet.

Über die Aussetzung der Vollziehbarkeit ist daher nach [§ 86a Abs. 3 Satz 1](#) bzw. [§ 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) zu entscheiden. Die Frage, wer hier bis zur Hauptsacheentscheidung das Risiko der Herbeiführung vollendeter Tatsachen tragen muss, bestimmt sich nach dem materiellen Recht, also der Erfolgsaussicht des Hauptsacherechtsbehelfs. Die Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klagen der Antragstellerinnen ist aufgrund von [§ 86 b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG](#) anhand einer Interessenabwägung zu beurteilen. Die öffentlichen Interessen am sofortigen Vollzug des Verwaltungsakts und die privaten Interessen an der Aussetzung der Vollziehung sind gegeneinander abzuwägen (Krodel, Der sozialgerichtliche Rechtsschutz in Anfechtungssachen, NZS 2001, 449, 453). Dabei ist zu beachten, dass der Gesetzgeber in [§ 73b Abs. 4a Satz 4 SGB V](#) durch den ausdrücklichen Ausschluss der aufschiebenden Wirkung der Klage das öffentliche Interesse an einem Sofortvollzug höher eingeschätzt hat als das Interesse der Vertragspartei, vorläufig nicht an den durch Schiedsentscheidung festgesetzten Inhalt des Vertrags gebunden zu sein. Diese typisierend ausgestaltete Interessenabwägung kann aber im Einzelfall auch zu Gunsten des Betroffenen ausfallen. Die gegeneinander abzuwägenden Interessen ergeben sich in der Regel aus den Erfolgsaussichten des Hauptsacheverfahrens, dem Vollziehungsinteresse und der für die Dauer einer möglichen aufschiebenden Wirkung drohenden Rechtsbeeinträchtigung.

Die Klagen der Antragstellerinnen werden wahrscheinlich keinen Erfolg haben.

1. Gegen die Zulässigkeit der Klagen bestehen keine grundsätzlichen Bedenken.

a) Der Durchführung eines Widerspruchsverfahrens bedurfte es nicht. Gemäß [§ 78 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGG](#) sind vor Erhebung der Anfechtungs- und Verpflichtungsklage Recht- und Zweckmäßigkeit des Verwaltungsaktes grundsätzlich in einem Vorverfahren nachzuprüfen. Das Vorverfahren ist gemäß [§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 2](#) und 3 SGG demgegenüber ausnahmsweise entbehrlich, wenn der Verwaltungsakt von einer obersten Bundesbehörde, einer obersten Landesbehörde oder von dem Vorstand der Bundesagentur für Arbeit erlassen worden ist, außer wenn ein Gesetz die Nachprüfung vorschreibt, oder wenn ein Land, ein Versicherungsträger oder einer seiner Verbände klagen will. Bei dem angefochtenen Schiedsspruch handelt es sich zwar nicht um einen Verwaltungsakt einer obersten Bundes- oder Landesbehörde, für die Antragstellerinnen entfällt das Vorverfahrenserfordernis jedoch, weil es sich bei diesen um Versicherungsträger i.S.v. [§ 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGG](#) handelt.

b) Die Klagen sind nicht verfristet. An sich hätten die Antragstellerinnen die Schiedsentscheidung zwar binnen eines Monats nach dessen Bekanntgabe anfechten müssen ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)). Ihnen stand jedoch gemäß [§ 66 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) eine Frist von einem Jahr seit der ihnen gegenüber erfolgten Bekanntgabe des Bescheides vom 10.04.2010 zur Verfügung. Denn dieser Bescheid enthielt keine zutreffende Rechtsbehelfsbelehrung. Die Jahresfrist haben sie mit ihren Klagen vom 16.09.2010 und vom 28.02.2011 gewahrt.

2. Bei summarischer Prüfung ist jedoch nicht davon auszugehen, dass die Klagen Erfolg haben werden; die angegriffene Entscheidung dürfte rechtlich nicht zu beanstanden sein.

Die beteiligungsfähige Schiedsperson ist allerdings passivlegitimiert. Sie hat die angegriffene Entscheidung erlassen und hat, soweit Inhalte des Schiedsspruchs beanstandet werden, ggf., jedenfalls soweit sie einer Neuregelung bedürfen, weil sonst der gesetzlich vorgegebene Rahmen nicht eingehalten werden kann, eine erneute Schiedsentscheidung hierzu zu treffen (zum Schiedsamt vgl. BSG, Urteil vom 23.06.2010 - [B 6 KA 4/09 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

Schiedssprüche sind auch im Hauptsacheverfahren nur in eingeschränktem Umfang gerichtlicher Kontrolle zugänglich. Die Beschränkung der gerichtlichen Kontrolle berücksichtigt, dass die Schiedsstellen, deren Sprüche fehlende Vereinbarungen der zum Vertragsabschluss berufenen Vertragspartner ersetzen, eine weite Gestaltungsfreiheit haben. Dies trägt dem Wesen der Schiedssprüche Rechnung, die auf Interessenausgleich angelegt sind und Kompromisscharakter haben. Dementsprechend sind sie nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. Mithin ist in formeller Hinsicht zu prüfen, ob die Schiedsstelle den von ihm zu Grunde 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. Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der vom Schiedsspruch zu Grunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob die Schiedsstelle den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d.h. die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (BSG, Urteil vom 16.07.2003 [B 6 KA 29/02 R](#) -, zu [§ 89 SGB V](#) m.w.N., veröffentlicht in Juris). Da vorliegend es sich um die erstmalige Festsetzung eines HzV-V handelt und die Schiedsperson bezüglich einzelner seiner Festsetzungen teilweise nur auf eingeschränkt aussagefähiges statistisches Zahlenmaterial oder gesicherte Erfahrungswerte zurückgreifen konnte, kommt die Rechtsprechung des BSG über den erweiterten Gestaltungsspielraum bei Einführung neuer Regelungen zur Anwendung (vgl. zum Beurteilungsspielraum des Bewertungsausschusses BSG Urt. v. 29.1.1997 - [6 Rka 3/96](#)). Die entsprechende Übernahme dieser Rechtsprechung ist gerechtfertigt, denn in den Vergütungsregelungen des HzV-Vertrags hat die Schiedsperson bezüglich der Hausärzte ein den EBM ablösendes und daher vergleichbares Regelwerk entwerfen müssen. Die Schiedsperson darf deshalb im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität einer Regelung verallgemeinern, typisieren und pauschalieren. Bei der Neuregelung komplexer Materien (wie hier) erweitert sich danach der Gestaltungsspielraum der Schiedsperson, während die Schiedsperson bei einer eventuellen Nachfolgeregelung die bis dahin gewonnenen Erfahrungen und Auswirkungen eingehend zu analysieren und zu bewerten haben wird.

Zumindest bei kombinierten Anfechtungs- und Verpflichtungsklagen ist maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage in diesen Fällen die letzte mündliche Verhandlung.

a) Das Anfechtungsbegehren begründet bei summarischer Prüfung keine Zweifel an der Rechtmäßigkeit des Schiedsspruchs. Die Voraussetzungen für die Durchführung des Schiedsverfahrens lagen vor. Nach [§ 73b Abs. 1 SGB V](#) sind die Krankenkassen zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebotes verpflichtet, allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen spätestens bis zum 30.06.2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KÄV vertreten ([§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#)). Konnten Verträge zur HzV nicht vereinbart werden, kann die Gemeinschaft von Hausärzten die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach [§ 73b Abs. 4a SGB V](#) beantragen ([§ 73b Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)). Beantragt eine Gemeinschaft von Hausärzten, die die Voraussetzungen des Abs. 4 Satz 1 erfüllt, die Einleitung eines Schiedsverfahrens, haben sich die Parteien auf eine unabhängige Schiedsperson zu verständigen, die den Inhalt des Vertrages nach [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) festlegt. Einigen sich die Parteien nicht auf eine Schiedsperson, so wird diese von der für die Krankenkasse zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt ([§ 73b Abs. 4a](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#)).

Die Antragstellerinnen und die Beigeladenen konnten sich in dem in [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) vorgesehenen Zeitraum bis 30.06.2009 nicht über den Abschluss von Verträgen zur HzV einigen. Die Beigeladenen beantragten daraufhin die Einleitung von Schiedsverfahren. Nachdem sich die Antragstellerinnen und die Beigeladenen auch nicht auf eine unabhängige Schiedsperson hatten verständigen können ([§ 73b Abs. 4a Satz 1 SGB V](#)), bestimmte das Bundesversicherungsamt durch Bescheid vom 26.01.2010 in allen Verfahren der Antragstellerinnen und der Beigeladenen Dr. E. als Schiedsperson.

In der angegriffenen Entscheidung selbst wird ausführlich und ohne die Antragstellerinnen belastende Rechtsfehler begründet, dass die Voraussetzungen für die Durchführung des Schiedsverfahrens und den Erlass der Schiedsentscheidung vorlagen, die Beigeladenen insbesondere die Voraussetzungen des [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) erfüllten, da sie mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KÄV Baden-Württemberg vertreten. Aus der gesetzlichen Formulierung in [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#), dass die Gemeinschaften mindestens die Hälfte der Allgemeinärzte "vertreten" müssten, könne nicht gefolgert werden, dass damit eine rechtsverbindliche Einbeziehung der Allgemeinärzte beim Abschluss des Vertrages geboten und das "Vertreten" damit im Sinne einer rechtsgeschäftlichen Vertretung ([§ 164 Abs. 1 BGB](#)) zu verstehen sei. Wie der Gesamtzusammenhang der gesetzlichen Neuregelung belege, sei mit der Formulierung des "Vertretens" nämlich nur gemeint, dass diese Gemeinschaften eine gewisse soziale Mächtigkeit haben müssten, damit eine flächendeckende Versorgung mit Hausarztverträgen wahrscheinlich sichergestellt werden könne. Dabei sei die Voraussetzung des Vertretens i. S. des [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bereits durch die Mitgliedschaft in einem Verband der Hausärzte erfüllt, wobei nicht erforderlich sei, dass die Satzung der Gemeinschaft eine Klausel enthalte, wonach auch Aufgabe des jeweiligen Verbandes der Abschluss von HzV-Verträgen sei. Diese Voraussetzung sei hier gegeben, da nach den unbestrittenen Angaben der Antragsteller, des Landesverbands Baden-Württemberg des Deutschen Hausärzterverbandes und MEDI Baden-Württemberg, zusammen 3.492 Fachärzte für Allgemeinmedizin und damit deutlich mehr als 50% der 5.089 im Bezirk der KÄV Baden-Württemberg zugelassenen und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte als Mitglieder hätten.

Darüber hinaus hätten mehr als 50% der im Bezirk der KÄV Baden-Württemberg an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte den Hausärzterverband und MEDI Baden-Württemberg mit dem Abschluss von Verträgen zur HzV beauftragt. Die von der Schiedsperson unter Mitwirkung von Vertretern der Antragstellerinnen und der Beigeladenen durchgeführte Überprüfung der Mandatierungsschreiben habe ergeben, dass mindestens 2.566 - und damit mehr als die Hälfte - der im Bezirk der KÄV Baden-Württemberg an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte die Beigeladenen mit dem Abschluss eines Vertrages zur HzV beauftragt hätten. Die Mandatierungen erfüllten ebenfalls und erst recht die Voraussetzung des Vertretens i.S. des [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#). Aus dieser Tatbestandsvoraussetzung könne nicht hergeleitet werden, dass bereits im Vorfeld von Vertragsverhandlungen mindestens die Hälfte

der Allgemeinärzte sich zur Teilnahme an einem Vertrag, dessen Inhalt sie noch nicht kennen könnten, unmittelbar verpflichten müssten. Für diese Rechtsauffassung finde sich im Gesetz kein Anhalt. Das gesetzgeberisch vorgegebene Prinzip sei ein anderes. Die Gemeinschaft schließe einen HzV-Vertrag mit der Kasse und der einzelne Vertragsarzt, der die Gemeinschaft mit den Vertragsverhandlungen beauftragt habe, entscheide danach, ob er diesem Vertrag beitrete oder nicht. Dieses Prinzip der Freiwilligkeit habe der Gesetzgeber im Auge gehabt, denn er habe die Attraktivität der HzV-Verträge für Ärzte und Versicherte steigern wollen. Eine Auslegung des "Vertretens", die den Vertragsarzt verpflichtete, sich bereits vor Abschluss eines HzV-Vertrages verbindlich zur Teilnahme an dem Vertrag zu verpflichten, stünde dem entgegen.

Der Einwand der Antragstellerinnen, die Beigeladenen seien schon deshalb keine geeignete Gemeinschaft im Sinne des [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#), weil es sich nicht um eine, sondern um zwei Gemeinschaften handle, greife nicht durch. Das Gesetz fordere mit dem Quorum von 50% der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzten im Bezirk einer KÄV, das die Gemeinschaften erfüllen müssten, eine bestimmte soziale Mächtigkeit dieser Gemeinschaften, um sicherzustellen, dass diese auch die Gewähr für eine flächendeckende Versorgung der Versicherten bieten könnten. Dabei könne nicht entscheidend sein, ob diese bestimmte soziale Mächtigkeit durch eine Gemeinschaft oder durch mehrere, vertraglich verbundenen Gemeinschaften von Allgemeinärzten erreicht werde. Ebenso wie Krankenkassen nach [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) in Kooperation mit anderen Krankenkassen HzV-Verträge schließen könnten, müsse dies auch auf Seiten der Leistungserbringer möglich sein, um so die geforderte Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung gewährleisten zu können.

Der in der Literatur vertretene Auffassung, die gesetzliche Einräumung einer Vorrangstellung für diejenigen Gemeinschaften, die die Voraussetzungen des [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) erfüllten, begegne im Hinblick auf verfassungs- und europarechtliche Gewährleistungen Bedenken, sei ebenfalls nicht zu folgen. Diese Ansicht berücksichtige nicht in hinreichenden Umfang, dass es sich bei der hausarztzentrierten Versorgung um eine Grundversorgung mit ambulanten medizinischen Leistungen handle, die - wenn sie nach den gesetzlichen Vorstellungen an die Stelle der Regelversorgung trete - notwendigerweise flächendeckend sichergestellt werden müsse. Genau das fordere [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#). Diese Voraussetzung der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung finde sich im Übrigen auch bei einer weiteren Art von Selektivverträgen, nämlich den Verträgen zur integrierten Versorgung (IV) ([§ 140a Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Bei den IV-Verträgen solle mit der Gewährleistung einer flächendeckenden Versorgung die Etablierung einer eigenständigen, neben der Regelversorgung stehenden Versorgungsorganisation durchgesetzt werden. Eine entsprechende Zielsetzung gebe das Gesetz auch für die HzV-Verträge vor. Mit der Voraussetzung der flächendeckenden Sicherstellung solle daneben auch vermieden werden, dass Versorgungsverträge nur für solche Regionen geschlossen würden, in denen es für die Leistungserbringer von besonderem, insbesondere wirtschaftlichem Interesse sei. Die geforderte flächendeckende Sicherstellung der Versorgung in der HzV könnten, ohne dass es dazu der Regelung einer "Vorrangstellung" bedürft hätte, ohnehin nur solche Gemeinschaften gewährleisten, die über einen hohen Organisationsgrad unter den Hausärzten verfügen. Lasse man im System der GKV überhaupt die umfassende - nicht nur auf einzelne Erkrankungen beschränkte - Versorgung der Versicherten über das Institut von Selektivverträgen zu, müsse die gesetzliche Regelung zugleich gewährleisten, dass diese Versorgung auch allen Versicherten zugute kommen könne. Das fordere den Abschluss von Verträgen nur mit solchen Gemeinschaften von Ärzten, die hierfür von ihrem Organisationsgrad her die Gewährleistung übernehmen könnten. Mit der Einführung eines selektivvertraglichen Systems gehe damit zwangsläufig eine "Vorrangstellung" solcher Gemeinschaften von Ärzten einher, die über ihre Mitglieder einer flächendeckenden Versorgung im Selektivvertragssystem sicherstellen könnten. Nicht eine „Vorrangstellung“ ärztlicher Gemeinschaften könne sich danach als problematisch darstellen, sondern allenfalls die - allerdings nicht bestrittene Befugnis des Gesetzgebers zur Neuorganisation der GKV durch die Einführung von Selektivverträgen.

Der Senat schließt sich dieser Begründung vollumfänglich an. Nach der Konzeption der gesetzlichen Regelung ist eine rechtsgeschäftliche Bevollmächtigung der qualifizierten Gemeinschaft nicht erforderlich. Mit der Neuregelung wird bezweckt, das mit dem GKV-WSG eingeführte eigenständige Verhandlungsmandat der Gemeinschaften von Hausärzten zu stärken. Die Krankenkassen werden verpflichtet, Vertragsverhandlungen in erster Linie mit diesen Gemeinschaften aufzunehmen, soweit diese die gesetzliche Quote erfüllen und damit gewährleisten, dass sie mindestens die Hälfte der in dem Bezirk der KV an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten ([BT-Drucks. 16/10609, S. 54](#)). Dass mehr als die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der KV von diesen vertreten werden, soll gewährleisten, dass eine flächendeckende Sicherstellung mit Verträgen zur hausarztzentrierten Versorgung durch den Vertragsabschluss erreicht werden kann ([BT-Drucks. 16/10609, S. 53 f.](#)). Der Gesetzgeber knüpft damit an die Mächtigkeit der Gemeinschaft und das Gewicht ihres Verhandlungsmandats an, fordert dagegen kein "Vertragsabschlussmandat" für eine unmittelbar vertragliche Bindung der in der Gemeinschaft organisierten Hausärzte. Damit wird aber keine rechtsgeschäftliche Bevollmächtigung vorausgesetzt, die einerseits die bezweckte Durchsetzung der Einführung der HzV durch die Sonderstellung der qualifizierten Gemeinschaften erschweren würde und andererseits für die Schaffung der Grundlage für ein auf dem Grundsatz der freiwilligen Teilnahme beruhendes Angebot der Krankenkassen nicht erforderlich ist. Weiterhin geht der Gesetzgeber auch mit der Verwendung des Plural davon aus, dass die geforderte Mächtigkeit durch mehrere gemeinsam handelnde Gemeinschaften zusammen erreicht werden kann und dies für einen gemeinsamen Vertragsschluss mit der Krankenkassen den Vorgaben nach Sinn und Zweck genügt. Die Sonderstellung der qualifizierten Gemeinschaften ist nach dem Sinn und Zweck der Regelung erforderlich. Schließlich hat auch die Vorrangstellung der Hausärzte ausreichend sachliche Gründe. Hierzu wird in der Gesetzesbegründung dargelegt, die Vorrangstellung der Allgemeinärzte in [§ 73b SGB V](#) folge der bereits in [§ 103 Abs. 4 Satz 5](#) getroffenen Vorrangstellung der Allgemeinärzte. So sei die auf fünf Jahre verlängerte Weiterbildungszeit Grundlage für die besondere Qualifizierung von Allgemeinärzten für die spezifischen Anforderungen in der hausärztlichen Versorgung. Dies rechtfertige eine Vorrangstellung als Vertragspartner bei Verträgen zur besonderen hausärztlichen Versorgung ([BT-Drucks. 16/10609, S. 53 f.](#)). Diese Erwägungen können im Zusammenhang mit der hier beabsichtigten HzV nicht als willkürlich angesehen werden.

b) Das in der Sache als Neubescheidungsbegehren zu verstehende Vorbringen, mit dem die Antragstellerinnen die Rechtswidrigkeit der Wahl der Vollversorgung sowie einzelner Vertragsteile, insbesondere der Vergütungsregelungen und der Bestimmungen des Abrechnungsverfahrens rügen, hat bei summarischer Prüfung ebenfalls keinen Erfolg, auch nicht hinsichtlich der Datenübermittlung im Rahmen des Abrechnungsverfahrens. Die Schiedsperson ist im Rahmen eines fairen Verfahrens auf der Grundlage eines zutreffenden Sachverhalts zu einer Entscheidung gekommen, die den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum nicht überschreitet.

aa) Soweit die Antragstellerinnen die Wahl des Vollversorgungskonzepts anstelle eines Add-on-Vertrags beanstanden, werden sie hiermit voraussichtlich im Hauptsacheverfahren nicht erfolgreich eine Neubescheidungsverpflichtung begründen können. Die Schiedsperson hat

diese Entscheidung nicht getroffen, weil sie von der Unzulässigkeit von Add-on-Verträgen ausgegangen ist, so dass es auch hier darauf nicht ankommt, sondern hat diese Frage offengelassen und sich in Ausübung ihres billigen Ermessens für einen Vollversorgungsvertrag entschieden, weil dieser den Krankenkassen und den Hausarztgemeinschaften die Möglichkeit eröffne, strukturelle Verbesserungen in der Leistungserbringung für die Versicherten vorzunehmen. Add-on-Verträge, die nur punktuelle Ansätze böten, könnten solche strukturellen Verbesserungen nicht gewährleisten. Zudem gehe die Annahme fehl, dass Add-on-Verträge in der HzV per se zu niedrigeren Vergütungen der hausärztlichen Leistungen als bei Vollversorgungsverträgen führen würden. Das sei nicht der Fall. So erhielten nach Pressemeldungen (Ärztzeitung vom 18.01.2010, S. 5, Ärztzeitung vom 12./13.02.2010, S. 7) bei dem in Niedersachsen geschlossenen Add-on-Vertrag, bei dem es sich ebenfalls um einen HzV-Vertrag handeln sollte, die teilnehmenden Ärzte zusätzlich zur vertragsärztlichen Vergütung neben einer Einschreibepauschale in Höhe von 10,00 EUR eine kontakunabhängige Vertragsmanagementpauschale in Höhe von 5,50 EUR je Patient und Quartal sowie einen gestuften kontaktabhängigen Zuschlag von 3,5 und 9 EUR, höchstens aber von 15 EUR je Patient und Quartal. Damit fielen bei dieser Vertragsgestaltung deutlich höhere Kosten je Patient und Quartal an, als sie sich nach dem hier festgesetzten Vollversorgungsvertrag ergeben. Auch die von den beiden bayerischen Landwirtschaftlichen Krankenkassen bei dem Add-on-Vertrag mit der KÄV Bayerns ab 01.04.2010 gezahlten Steuerungspauschalen in Höhe von 15 EUR je eingeschriebenem Versicherten/Quartal lägen über den zusätzlichen Kosten, die auf der Grundlage des hier durch Schiedsspruch festgesetzten Vertrages anfielen.

Diese Erwägungen sind nicht zu beanstanden. Vielmehr geht auch der Gesetzgeber davon aus, dass – zukünftige – Prüfungen der Aufsichtsbehörde (vgl. dazu unten), ob vertraglich sichergestellt ist, dass Vergütungen für Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach [§ 73 SGB V](#) hinausgehen, aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, die sich aus Maßnahmen des Vertrages ergeben, insbesondere relevant für so genannte "Add-on-Verträge", d.h. für Verträge über eine hausarztzentrierte Versorgung, die nicht als Vollversorgungsverträge abgeschlossen werden, sein werden ([BR-Drucks. 581/10, S. 31](#) zu Nummer 5 [§ 73b] zu Buchstabe c). Denn Gegenstand von Add-on-Verträgen dürfen ausschließlich Leistungen sein, die über die kollektivvertragliche Regelversorgung hinausgehen ([BR-Drucks. 581/10, S. 31](#) zu Nummer 5 [§ 73b] zu Buchstabe c). Dies rechtfertigt es, sie vom Bereinigungsverfahren auszunehmen. Ob daneben auch unvollständige Vollversorgungsverträge, die (nur) Teile der Regelversorgung betreffen und dem Bereinigungsverfahren zu unterwerfen wären, zulässig sind, kann offenbleiben, da solche Verträge aus den in der Entscheidung genannten Gründen unzweckmäßig und sicherlich nicht wirtschaftlicher als die festgesetzten Vollversorgungsverträge wären. Den von den Antragstellerinnen gezogenen Schluss, die Schiedsperson habe mit diesen Erwägungen zu erkennen geben, dass ihnen Kostensteigerungen von 15 EUR je Versicherten/Quartal zuzumuten seien, weil eine entsprechende Steuerungspauschale in dem genannten Vertrag akzeptiert worden sei, deren Rechtmäßigkeit sie unterstelle, kann der Senat nicht nachvollziehen.

bb) Ebenso können die Antragstellerinnen mit ihrem Begehren nicht durchdringen, soweit sie hinsichtlich der Vergütungsregelungen Beurteilungsfehler rügen. Hieraus ergeben sich im summarischen Verfahren keine Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Vergütungsregelungen.

Die für die Vergütung maßgeblichen Regelungen enthalten § 10 HzV-V sowie die Anlagen 3 mit den Anhängen 1 bis 5. § 10 Anspruch des HAUSARZTES auf die HzV-Vergütung (1) Der HAUSARZT hat gegen die Krankenkasse einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nach Maßgabe des § 11 sowie der Anlage 3 vertragsgemäß für die HzV-Versicherten erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten hausärztlichen Leistungen. Die HzV-Vergütung ist innerhalb der in Anlage 3 geregelten Zahlungsfrist fällig.

(2) Durch die Teilnahmeerklärung erkennt der Hausarzt an, dass seine Ansprüche auf Auszahlung der HzV-Vergütung nach Ablauf von 12 Monaten verjähren. Diese Frist beginnt mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals, in dem der HAUSARZT die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht hat.

(3) Die Krankenkasse leistet als Bestandteil der HzV-Vergütung drei monatliche Abschlagszahlungen pro Quartal. Die Höhe der Abschlagszahlungen bemisst sich nach den in Anlage 3 in der jeweils gültigen Fassung getroffenen Bestimmungen. Die Zahlung erfolgt monatlich jeweils zum 1. Kalendertag für den Vormonat (z. B. für das 1. Quartal: 1. Februar, 1. März, 1. April; z. B. für das 2. Quartal: 1. Mai, 1. Juni, 1. Juli, usw.).

(4) Kommt die Krankenkasse mit der Auszahlung der HzV-Vergütung nach Maßgabe dieses § 10 sowie der Anlage 3 in Verzug, ist der Betrag der dem jeweiligen HAUSARZT geschuldeten HzV-Vergütung gemäß [§ 288 Abs. 2 BGB](#) zu verzinsen. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens bleibt unberührt.

(5) Die Vergütungsverpflichtung der Krankenkasse nach dem vorstehenden Abs. 1 und ein Vergütungsanspruch des HAUSARZTES entstehen erst ab dem Zeitpunkt, ab dem mit der zu-ständigen KV eine Bereinigungsregelung nach [§ 73b Abs. 7 SGB V](#) zu diesem HzV-Vertrag getroffen wurde oder das zuständige Schiedsamt den zu bereinigenden Behandlungsbedarf festgelegt hat, wonach die Krankenkasse von ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber der KV durch diesen HzV-Vertrag insoweit befreit ist. Die Krankenkasse ist verpflichtet, unverzüglich nach Inkrafttreten des HzV-Vertrages eine Bereinigungsregelung mit der KV anzustreben. Sofern eine Einigung der Krankenkasse mit der KV über eine Bereinigungsregelung nicht zu Stande kommt, ist die Krankenkasse verpflichtet, im Anschluss an die Nicht-Einigung unverzüglich das Schiedsamt anzurufen. Bis zu dem Zeitpunkt, zu dem die Vergütungsverpflichtung nach Satz 1 in Kraft tritt, ist der HAUSARZT von seinen vertraglichen Verpflichtungen nach § 3 dieses Vertrages freigestellt. Er ist solange berechtigt, Leistungen gegenüber Versicherten der Krankenkasse gegenüber der zuständigen KV abzurechnen. Die Verpflichtung zur Einschreibung von Versicherten nach § 6 Abs. 3 bleibt unberührt.

(6) Die Regelung der HzV-Vergütung gemäß Anlage 3 tritt – unbeschadet der Regelung in Absatz 5 – am 1. Oktober 2010 in Kraft. Sie gilt zunächst bis zum 30. September 2013. Einigen sich die Krankenkasse und der Hausärzteverband/MEDI e.V. bis spätestens 30. September 2013 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung gemäß Anlage 3, gilt die bisherige Vergütungsregelung – eine Weitergeltung des HzV-Vertrages vorausgesetzt – zunächst bis zum 31. Dezember 2014 fort. Einigen sich die Krankenkasse und der Hausärzteverband/MEDI e.V. bis spätestens 30. September 2014 nicht über eine neue Vergütungsregelung, sind sowohl die Krankenkasse als auch der Hausärzteverband/MEDI e.V. berechtigt, gegenüber der jeweils anderen Partei das Schiedsverfahren gemäß § 18 einzuleiten. § 16 Abs. 5 Satz 2 und Absatz 8 gelten entsprechend. Eine Weitergeltung des HzV-Vertrages vorausgesetzt, gelten die Regelungen der Sätze 3 und 4 für sämtliche weitere Ein-Jahreszeiträume, für die die Vergütungsregelungen gemäß der §§ 1 bis 3 der Anlage 3 oder eine geänderte Vergütungsregelung über den 31. Dezember 2014 fortbesteht.

(7) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des HAUSARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung der Krankenkasse mit dem Hausärzterverband und MEDI e.V. mit Wirkung für den HAUSARZT und die HÄVG geregelt werden. Der Hausärzterverband und MEDI e.V. und die Krankenkasse werden dem HAUSARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen des HAUSARZTES und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.

(8) Einigen sich die Krankenkasse, der Hausärzterverband und MEDI e.V. über eine Änderung der Vergütungsregelung gemäß Anlage 3, die nicht Absatz 7 unterfällt, teilen der Hausärzterverband, MEDI e.V. und die Krankenkasse dem HAUSARZT den vereinbarten Beginn einer solchen Regelung ebenfalls unter Berücksichtigung der Interessen des HAUSARZTES und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mit. Ist der HAUSARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am HzV-Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zu kündigen (Sonderkündigungsrecht). Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der HAUSARZT nicht innerhalb der Kündigungsfrist und rechnet er seine Leistungen weiterhin gegenüber dem Hausärzterverband und MEDI e.V. ab, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird der Hausärzterverband und MEDI e.V. den HAUSARZT in der Teilnahmeerklärung HAUSARZT sowie bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung ausdrücklich hinweisen.

(9) Die Vertragspartner sind sich einig, dass der finanzielle Rahmen von 76,00 EUR (durchschnittliche direkte Vergütung des HAUSARZTES pro eingeschriebenem Versicherten und Quartal) für die Leistungen aus diesem HzV-Vertrag nicht überschritten werden soll. Stellen die Vertragspartner nach Eingang einer Quartalsabrechnung fest, dass die Obergrenze von 76,00 EUR überschritten worden ist, so wird im Folgequartal unter Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung im hausärztlichen Bereich die kontaktabhängige Pauschale P 2 so angepasst, dass der Grenzwert von 76,00 EUR nicht überschritten wird. Im Hinblick auf die Vergütungssystematik (Abrechnung Pauschale P 1 im ersten Teilnahmequartal des eingeschriebenen Versicherten, Verrechnung mit Pauschale P 2 im ersten Inanspruchnahmequartal) muss die Durchschnittsberechnung so durchgeführt werden, dass die sich ggf. ergebende Differenz zwischen P 1 und P 2 auf 4 Quartale verteilt wird. Das Nähere regelt Anhang 5 der Anlage 3 des HzV-Vertrages.

Anlage 3 enthält u.a. folgende Regelungen:

§ 1 HzV-Vergütungspositionen Die Vertragspartner vereinbaren für die in Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (EBM-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende HzV-Vergütung: Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, das Folgende: n Alle Leistungen sind sowohl vom Betreuarzt als auch vom Vertreterarzt abrechenbar. n Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro HAUSARZT und pro HzV-Versicherten abrechenbar. n Alle Leistungen sind miteinander am selben Tag pro HAUSARZT und pro HzV Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

Leistung/ Bezeichnung Leistungsinhalt Abrechnungsregeln Betrag Pauschalen P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale n n Leistungen gemäß § 3 des HzV-Vertrages Leistungsinhalt der P2 im ersten Kontaktquartal des Versichertenteilnahmejahres res ist von der P1 umfasst • n n 1 x pro Versichertenteilnahmejahr P1 wird jeweils im Zuge der Abrechnung des ersten Versichertenteilnahmequartals in voller Höhe ausbezahlt. Für die Berechnung wird immer das aktuelle HzV Versichertenverzeichnis gemäß § 9 Abs. 2 des HzV-Vertrages zugrunde gelegt Erfolgt vor Ablauf des Versicherten teilnahmejahres ein Wechsel des HAUSARZTES/Ausscheiden des HAUSARZTES (§ 5 des HzV Vertrages) oder des HzV Versicherten aus der HzV wird dem HAUSARZT für jedes Quartal des Versichertenteilnahmejahres, in dem er nicht mehr Betreuarzt des HzV Versicherten war, 6,25 EUR von der P1 abgezogen, sofern in dem un vollständigen Versichertenteilnahmejahr, in dem der Arztwechsel/Ausscheiden des HAUSARZTES oder des HzV-Versicherten aus der 65,00 EUR HzV stattgefunden hat, auch mindestens 1 Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Hat in einem solchen Fall kein Arzt-Patienten Kontakt stattgefunden, wird dem HAUSARZT für jedes Quartal, in dem er nicht mehr Betreuarzt war, ein Betrag von 16,25 EUR von der P1 abgezogen Voraussetzung: Wird nur dem Betreuarzt ("Betreuarzt") vergütet P2 Hausärztliche Versorgung n Max. 1 x pro Quartal 40,00 Kontaktabhängige Pauschale des Patienten gemäß n Max. 3 x pro Versichertenteilnahme- EUR Schale Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt "Einzelleistungen" aufgeführten Leistungen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung Jahr n Im ersten Versichertenteilnahmequartal eines Versichertenteilnahmejahres, in dem ein oder mehrere Arzt-Patienten-Kontakte stattfinden, wird die P2 nicht vergütet, da die Vergütung bereits mit der Grundpauschale P1 abgedeckt ist n Information der Versicherten zur HzV sowie die Mindest 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 Abs. 4 und 5 des HzV-Vertrages Abrechnungsquartal sowie mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt in einem der Vorquartale des Versichertenteilnahmejahres Wird nur dem Betreuarzt vergütet P3 • Betreuung von chronisch n Max. 1 x pro Quartal 30,00 Zuschlag für chronisch kranken Patienten n Max. 4 x pro Versichertenteilnahme- EUR kranke Patienten n Ein chronisch kranker Patient im Sinne dieser Voraussetzung: Anlage 3 ist derjenige Patient, der mindestens eines der nachfolgenden Krankheitsbilder aufweist: n Nur für chronisch kranke Patienten gemäß dieser Anlage 3 mit mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal n Wird nur dem Betreuarzt vergütet • Herzinsuffizienz • Chronische Niereninsuffizienz • Schlaganfall und Folgeschäden • Demenz • Hypertensive Herz- und Nierenerkrankungen • Depression und für den mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose gemäß Anhang 2 zu dieser Anlage 3 übermittelt wurde Vertreterpauschale Hausärztliche Versorgung n Max. 1 x pro Quartal 17,50 des Patienten gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage 3 ohne Berücksichtigung der im Abschnitt "Einzelleistungen" aufgeführten Leistungen n Nicht am selben Tag mit der Zielauftragspauschale abrechenbar n Bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: EUR gen sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung n Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal n Wird nur dem Vertreterarzt ("Vertreterarzt") vergütet Zielauftragspauschale Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inklusive Befundübermittlung n Nicht am selben Tag mit der Vertreterpauschale abrechenbar n Zielauftrag innerhalb einer 17,50 EUR BAG/eines MVZ nicht abrechenbar Voraussetzung: mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal Zuschlag Z1 Durchführung einer der folgenden - Max. 1 x pro Quartal 04,00 Präventions-Zuschlag gen den Leistungen: Voraussetzung: EUR • Hautkrebsvorsorge (GOP 01745 oder 01746 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu n Der Betreuarzt oder in zu begründendem Ausnahmefall der Vertreterarzt hat eine der folgenden Präventionsleistungen durchgeführt: dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen der Haut gem. - Hautkrebsvorsorge: max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr Abschnitt B.1 (Frauen) bzw. C.1 (Männer) der - Gesundheitsuntersuchung: Krebsfrüherkennungs-Richtlinien • Gesundheitsuntersuchung max. 1 x innerhalb von 2 Kalenderjahren, ab dem vollendeten 35. Lebensjahr (GOP 01732 gemäß - Krebsfrüherkennung Mann: EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 45. Lebensjahr - Krebsfrüherkennung Frau: gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinie •

Krebsfrüherkennung Frau max. 1 x pro Kalenderjahr, ab dem vollendeten 20. Lebensjahr (GOP 01730 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einer Frau gemäß Abschnitt B. 1. der Krebsfrüherkennungsrichtlinien • Krebsfrüherkennung Mann (GOP 01731 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): Untersuchung zur Früherkennung von Krebserkrankungen bei einem Mann gemäß Abschnitt C. 1. der Krebsfrüherkennungsrichtlinien Z2 Betreuung chronisch kranker n Zuschlag auf jede vergütete P3 05,00 VERAH-Zuschlag auf P3 Patienten durch eine VERAH-geprüfte MFA (Versorgungsassistentin in der hausärztlichen Praxis) (max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr) n Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des VERAH-Zuschlages werden in Anhang 4 zu dieser Anlage 3 geregelt EUR Voraussetzung: n Eine MFA/Arzthelferin des Betreuers verfügt über die Qualifikation VERAH n Wird nur dem Betreuer vergütet Z3 Wirtschaftliche Verordnung n Zuschlag auf jede vergütete P2 04,00 Zuschlag zur rationalen von Arzneimitteln mittels (max. 3 x pro Versichertenteilnahmejahr) n EUR Pharmakotherapie auf P2 einer Vertragssoftware (mehrjährig), sofern die in Anhang 3 zu dieser Anlage 3 genannten Quoten erfüllt sind. n Wird nur dem Betreuer vergütet Einzelleistungen 01100 Unvorhergesehene Inanspruchnahme n Grundsätzlich nicht am selben Tag 25,00 Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden mit Zielauftrag abrechenbar EUR spruchnahme I Zeiten (GOP 01100 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): - Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden • zwischen 19:00 und 22:00 Uhr oder • an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 7:00 - 19:00 Uhr 01101 Unvorhergesehene Inanspruchnahme n Grundsätzlich nicht am selben Tag 40,00 Unvorhergesehene Inanspruchnahme zu folgenden mit Zielauftrag abrechenbar EUR spruchnahme II Zeiten (GOP 01101 gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3): n Kann in zu begründenden Ausnahmefällen mehrfach am Tag abgerechnet werden • zwischen 22:00 und 07:00 Uhr oder • an Samstagen (sofern die Inanspruchnahme nicht in einer vorgesehene Terminsprechstunde liegt) oder Sonntagen oder gesetzlichen Feiertagen oder am 24. Dezember oder am 31. Dezember zwischen 19:00 - 07:00 Uhr 01611 Gemäß Leistungslegende 38,00 Verordnung von medizinischer Rehabilitation gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP EUR 01611) 02300 Kleinchirurgischer Eingriff I und/oder primäre Gemäß Leistungslegende gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP • Nicht am selben Tag abrechenbar mit 02301 und 02302 n Kann in Ausnahmefällen am selben 08,00 EUR Wundversorgung und/oder Epilation 02300) Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden - 02301 Gemäß Leistungslegende • Nicht am selben Tag abrechenbar 16,00 Kleinchirurgischer Eingriff II und/oder primäre zu dieser Anlage 3 (GOP n Kann in Ausnahmefällen am selben

Wundversorgung und/oder Epilation 02301) Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden - 02302 Gemäß Leistungslegende • Nicht am selben Tag abrechenbar 30,00 Kleinchirurgischer Eingriff III und/oder primäre zu dieser Anlage 3 (GOP n Kann in Ausnahmefällen am selben Wundversorgung und/oder Epilation 02302) Tag neben 02300, 02301 und 02302 abgerechnet werden - 03240 Gemäß Leistungslegende Max. 2 x pro Versichertenteilnahmejahr 17,00 Hausärztlich-geriatriisches Basis-assessment gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 03240) Jahr EUR 03321 Gemäß Leistungslegende 26,00 Belastungs-Elektrokardiographie gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP EUR (Belastungs-EKG) 03321) 33012 Gemäß Leistungslegende 11,00 Schilddrüsen-Sonographie gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP EUR 33012) 33042 Gemäß Leistungslegende Max. 1 x pro Quartal 21,00 Abdominelle Sonographie gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP EUR 33042) 35100 Gemäß Leistungslegende Nicht am selben Tag abrechenbar mit 20,00 Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 (GOP 35100) 35110 EUR 35110 Gemäß Leistungslegende • Nicht am selben Tag abrechenbar 20,00 Verbale Intervention bei gemäß EBM, vgl. Anhang 1 mit 35100 EUR psychosomatischen zu dieser Anlage 3 (GOP n Max. 3 x am Tag Krankheitszuständen 35110) Überprüfung Impfstatus Überprüfung Impfstatus Max. 1 x innerhalb von 2 Kalender- 10,00 (inkl. "Abstempeln" Bonus-heft) Jahren Voraussetzung: Wird nur dem EUR Betreuer vergütet

- Anmerkung: Ausnahmefall bedeutet: Die Gebührenordnungspositionen 02300, 02301 und 02302 sind bei Patienten mit den Diagnosen Nävuszellnävusyndrom (ICD-10-GM: D22.-) und/oder mehreren offenen Wunden (ICD-10-GM: T01. ) mehrfach in einer Sitzung - auch nebeneinander, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag - abrechenbar.

Nach § 8 sind die folgenden Anhänge Bestandteil dieser Anlage 3: Anhang 1 zu Anlage 3: Leistungsbeschreibung gemäß EBM, vgl. Anhang 1 zu dieser Anlage 3 Anhang 2 zu Anlage 3: Diagnosen zur Abrechnung des Zuschlages für chronisch Kranke (P3) Anhang 3 zu Anlage 3: Rationaler Pharmakotherapie-Zuschlag Anhang 4 zu Anlage 3: VERAH-Zuschlag Anhang 5 zu Anlage 3: Berechnung der Obergrenze gemäß § 10 Abs. 9 HzV-Vertrag

In der Begründung der Schiedsentscheidung wird hierzu ausgeführt, hinsichtlich der Vergütung der in der HzV zu erbringenden Leistungen habe die Schiedsperson in Ausübung ihres billigen Ermessens die Vergütungsregelung im Schiedsspruch für die Ersatzkassen in Bayern, die sich wiederum an der des B.-Vertrages Baden-Württemberg orientiert habe, übernommen. Vergleichbare Vergütungsstrukturen fänden sich im Übrigen nicht nur bei den Vergütungsregelungen der A.-Verträge in Bayern und Baden-Württemberg, sondern darüber hinaus in einer Reihe weiterer HzV-Verträge von Krankenkassen mit Gemeinschaften von Hausärzten. Bei der Festsetzung der Höhe der Vergütung seien der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit (§§ 2, 70 SGB V) und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V) zu beachten, letzterer nach der Einführung des Gesundheitsfonds mit der Festsetzung des Beitragssatzes durch Rechtsverordnung vor allem im Hinblick auf die Erhebung eines kassenindividuellen Zusatzbeitrages. Dem würden Vergütungsstruktur und erzielbare Vergütungshöhe des HzV-Vertrages gerecht, der die wirtschaftlichen Risiken der Krankenkassen durch verschiedene Maßnahmen beschränke. Die finanziellen Risiken der Krankenkassen seien schon dadurch begrenzt, dass an den HzV-Verträgen deutlich weniger als 100% der Versicherten teilnahmen. Nach der Versichertenbefragung der KBV 2008 seien 84% aller deutschsprachigen Bürgerinnen und Bürger im Alter zwischen 18 und 79 Jahren in den letzten 12 Monaten bei einem Arzt in der Praxis gewesen, um sich selbst behandeln oder beraten zu lassen. In Baden-Württemberg seien dies nach dieser Befragung 81% gewesen. Im Bundesgebiet hätten sich 43% der Versicherten nur zum Hausarzt begeben, in Baden-Württemberg 46%. Von denjenigen Versicherten, die einen Arztkontakt gehabt hätten, hätten im Bundesgebiet 17% nur einen Facharzt aufgesucht, in Baden-Württemberg 16%. Das bedeute, dass für die Einschreibung in HzV-Verträge von vornherein weniger als 70% der Versicherten überhaupt in Betracht kämen. Dabei hänge die Teilnahmebereitschaft der Versicherten auch davon ab, inwieweit die jeweilige Krankenkasse die Teilnahme an diesen Verträgen privilegiere. Somit könnten die Krankenkassen in gewissem Umfang selbst steuern, in welchem Ausmaß sich ihre Versicherten in HzV-Verträge einschrieben. Die Antragsgegnerinnen gingen bei ihren Berechnungen von einer Teilnahmequote von 30% der Versicherten aus. Ein Merkmal des HzV-Vertrages sei die weitgehende Pauschalierung der Vergütung. Sie wirke Tendenzen zur Leistungsmengenausweitung entgegen. Diese Vergütungsstruktur stehe in Übereinstimmung mit den für die vertragsärztliche Versorgung in § 87 Abs. 2b SGB V vorgegebenen Vergütungsparametern. Dort werde bestimmt, dass die im EBM aufgeführten Leistungen der hausärztlichen Versorgung als Versichertenpauschalen abgebildet werden sollten. (Nur) für Leistungen, die besonders gefördert werden sollten, könnten Einzelleistungen oder Leistungskomplexe vorgesehen werden. Soweit nach dem HzV-Vertrag

überhaupt Einzelleistungen vergütet würden, sei die Möglichkeit zur Ausweitung dieser Leistungen begrenzt, da diese entweder anlassbezogen seien oder ihre Abrechnung vielfach durch Abrechnungsbeschränkungen limitiert werde. Umstritten sei vor allem die Vereinbarung der kontaktunabhängigen Pauschale P 1 in Höhe von 65 EUR, die einmal pro Versichertenteilnahmejahr gezahlt werde. Verfehlt sei allerdings die weit verbreitete Argumentation, dass diese Vergütung ohne Gegenleistung anfallt. Hierbei sei zunächst zu berücksichtigen, dass die Pauschale P 1 mit der ersten in einem Versichertenteilnahmejahr anfallenden kontaktabhängigen Pauschale P 2 in Höhe von 40 EUR verrechnet werde. Das werde typischerweise in den meisten Einschreibungsfällen der Fall sein, denn Versicherte, die nicht zum Hausarzt gingen, würden sich von vornherein nicht einschreiben. Die Schiedsperson habe sich in Ausübung ihres billigen Ermessens den entsprechenden Regelungen in zahlreichen HzV-Verträgen mit Gemeinschaften von Hausärzten angeschlossen, die ebenfalls kontaktunabhängige Pauschalen in Höhe zwischen 60 und 66 EUR vorsähen oder - wie in dem Eckpunktepapier der TK und des Deutschen Hausärzterverbandes - von 30 EUR ohne Verrechnung. Mit der Pauschale P 1, die sich nach dem ersten Arztkontakt auf 25 EUR reduziere, solle insbesondere das Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung, die Ausstattung der Praxis mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem, die Ausstattung der Praxis mit Vertragssoftware und Hardware, das Angebot einer werktäglichen Sprechstunde sowie Termine außerhalb der Sprechstunde für berufstätige HzV-Versicherte sowie die zeitnahe Vermittlung von Facharztterminen vergütet werden. Die Schiedsperson habe diese Pauschale daher in Ausübung ihres billigen Ermessens als sachgerecht beurteilt. Nicht nachvollziehbar sei, was von der Schiedsperson in der mündlichen Verhandlung vom 23.03.2010 auch ausdrücklich angesprochen worden sei, die Argumentation der Antragstellerinnen, der für 2010 hochgerechnete Ersatzkassen-Fallwert betrage 53,84 EUR, so dass unter Berücksichtigung möglicher Einsparungen durch die HzV sich ein maximaler Fallwert von 61,72 EUR finanzieren lasse. Insbesondere begegne, ohne dass dies im Einzelnen aufgeklärt werden müsste, die Herleitung eines Ersatzkassen-Fallwertes von 53,84 EUR in 2010 bei einem Ausgangsfallwert im Quartal III/2008 von 55,36 EUR gewichtigen Zweifeln. So erweise sich nach Auffassung der Schiedsperson bereits die Zugrundelegung des Quartals III/2008 als Ausgangsbasis als fehlerhaft, da es sich bei dem 3. Quartal typischerweise um dasjenige Quartal eines Jahres mit dem niedrigsten Leistungsumfang und damit auch mit der niedrigsten Vergütung handele. Dieses könne daher nicht als Maßstab für eine Hochrechnung auf einen Jahresfallwert herangezogen werden. Erforderlich wäre deshalb die Berechnung auf der Grundlage von vier aufeinander folgenden Quartalen gewesen, wie dies in den bayerischen Parallelverfahren vom v. auch durchgeführt worden sei. Der im Verhältnis zum Ausgangsfallwert des Quartals III/2008 von 55,36 EUR um 1,52 EUR niedrigere Fallwert des Jahres 2010 sei auch ansonsten im Ergebnis nicht nachvollziehbar, da er aufgrund der zwischenzeitlich erfolgten Vergütungssteigerungen im Jahr 2010 hätte höher liegen müssen als im Jahr 2008. Dies werde auch dadurch belegt, dass nach den Berechnungen in dem Parallelverfahren der I. sich der Fallwert für 2010 höher darstellte. Der nach den Berechnungen der Antragstellerinnen niedrigere Ersatzkassen-Fallwert für 2010 erkläre sich möglicherweise dadurch, dass bei dem Ausgangsfallwert des Quartals III/2008 bereits die HVV-Quote in Ansatz gebracht worden sei, so dass ein nochmaliger Ansatz diese Quote für 2010 nicht zulässig sei. Nach den - den Beteiligten bekannten - Berechnungen des v. Bayern für die Parallelverfahren der Ersatzkassen mit Versicherten in Bayern habe sich ein Fallwert in der HzV von 66,11 EUR ergeben. Dieser könne im Wesentlichen auf die baden-württembergischen Verhältnisse übertragen werden. Dieser Fallwert liege unter dem von den Beigeladenen geforderten Fallwert von 85,00 EUR aber oberhalb des Fallwertes in der hausärztlichen Regelversorgung. Er berücksichtige, dass die an der HzV teilnehmenden Hausärzte eine Reihe zusätzlicher Qualifikationen und Leistungen erbringen müssten und ihnen dafür auch eine höhere Honorierung zustehen müsse. Im Übrigen führte ein - von den Antragstellerinnen geltend gemachter - niedrigerer Behandlungsbedarf der Versicherten der E. in Baden-Württemberg auch in der HzV zu niedrigeren Fallwerten als in Bayern. Bei der Beurteilung der finanziellen Auswirkungen des HzV-Vertrages sei zu berücksichtigen, dass die Vergütungsvereinbarung eine Laufzeit bis zum 30.09.2013 habe (§ 2 der Anlage 3 des Vertrages), die getroffene Vergütungsvereinbarung bis zu diesem Zeitpunkt mithin nur einvernehmlich abgeändert werden könne. Es handele sich somit um eine Festpreisvereinbarung für die nächsten drei Jahre. Auch dies sei ein zusätzlicher Schutz gegen eine finanzielle Überforderung der Krankenkassen. Weitere Regelungen der Vergütungsanfrage beschränkten das finanzielle Risiko der Antragstellerinnen. Eine der maßgeblichen Indikatoren für die Vergütungshöhe im HzV-Vertrag sei die für die Behandlung von Chronikern anfallende Vergütungspauschale (P 3), die sich für die Betreuung eines chronisch kranken Patienten auf 30 EUR belaufe und die maximal 1 x pro Quartal und maximal 4 x pro Versichertenteilnahmejahr abgerechnet werden könne. Je weiter der für die Vergütung maßgebliche Chroniker-Begriff gefasst werde, wie etwa in den HzV-Verträgen der A. Bayern und der A. Baden-Württemberg, die sich an der Chroniker-Definition des Gemeinsamen Bundesausschusses (Richtlinie zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte (Chroniker-Richtlinie)) orientierten, desto größer seien die finanziellen Auswirkungen. Die Schiedsperson habe in Ausübung ihres billigen Ermessens die Chroniker-Regelung des v.-Schiedsspruchs für Bayern übernommen, der sich wiederum an den B.-Vertrag Baden-Württemberg angelehnt habe. Danach fielen unter chronische Krankheiten, deren Behandlung die Pauschale P 3 auslösen könne, die Krankheiten Herzinsuffizienz, chronische Niereninsuffizienz, Schlaganfall und Folgeschäden, Demenz, hypertensive Herz- und Nierenerkrankungen und Depression. Dieser enge Chroniker-Begriff führe nach den - den Beteiligten bekannten - Berechnungen des v. in Bayern dazu, dass nur bis zu 12% der Patienten unter diesen Chroniker-Begriff fielen, also auch nur in diesem Prozentsatz die Chronikerpauschale abgerechnet werden könne. Damit sei das finanzielle Risiko der Krankenkassen deutlich begrenzt. Die Schiedsperson habe zudem eine Fallwertobergrenze eingeführt, um die finanziellen Risiken für die Krankenkassen weiter zu begrenzen. Insofern unterscheide sich der Schiedsspruch von einer Reihe frei vereinbarter HzV-Verträge, in denen von der Festlegung einer Fallwertobergrenze abgesehen worden sei. Im Schiedsspruch für den vergleichbaren v.-Vertrag für Bayern habe die Schiedsperson die Fallwertobergrenze auf 80,00 EUR festgelegt. Die Antragstellerinnen machten insoweit geltend, der Gesamtbehandlungsbedarf in Punkten je Versichertem liege in Baden-Württemberg um 756,67 Punkte (= 7,65 %) unter dem entsprechenden Behandlungsbedarf in Bayern. Dies ergebe sich aus dem Datenmaterial des Instituts des Bewertungsausschusses. Deshalb müsse auch die Fallwertobergrenze im Verhältnis zu Bayern um 7,65 % abgesenkt werden. Dem sei nicht in vollem Umfang zu folgen gewesen. Die Schiedsperson habe es in Ausübung ihres billigen Ermessens als angemessen angesehen, die Fallwertobergrenze niedriger als in Bayern, nämlich auf 76 EUR festzulegen. Unabhängig davon, dass ein niedriger Behandlungsbedarf in Punkten nicht zwangsläufig etwas über eine niedrigere finanzielle Belastung der Krankenkassen aussage, habe sie berücksichtigt, dass die von einer großen Ersatzkasse in einem Eckpunktepapier mit dem Deutschen Hausärzterverband vereinbarte Fallwertobergrenze ebenfalls bei 76 EUR liege. Insoweit sei der höchst hilfsweise gestellte Antrag der Antragstellerinnen auf Festsetzung einer Fallwertobergrenze von 73,88 EUR zum Teil zurückzuweisen gewesen.

Diese Ausführungen lassen bei summarischer Prüfung keine Überschreitung des maßgeblichen Beurteilungsspielraums erkennen. Zunächst entspricht es dem Gedanken der hier vorliegenden hausarztzentrierten Vollversorgung, eine Vergütung in Form von Pauschalen vorzunehmen, um Tendenzen zur Leistungsmengenausweitung entgegenzuwirken.

Weiterhin überzeugt auch die Begründung in der angegriffenen Entscheidung für die kontakt-unabhängige Pauschale P 1 in Höhe von 65 EUR pro Versichertenteilnahmejahr. Sie soll den persönlichen Anforderungen Rechnung tragen, deren Erfüllung bereits für die Teilnahme an der HzV vorausgesetzt wird und insbesondere den Aufwand der teilnehmenden Ärzten honorieren, der unabhängig vom Patientenkontakt

durch Vorhaltung von Ausstattung (Geräte, Software etc.) entsteht. Es lag auch im billigen Ermessen hier, insbesondere im Hinblick auf die Planungssicherheit der teilnehmenden Ärzte, keine entsprechend höhere kontaktabhängige Pauschale und eine entsprechend niedrigere kontaktunabhängige Pauschale ggf. ohne Verrechnung, sondern eine zunächst kontaktunabhängige Pauschale, die beim ersten Patientenkontakt mit der Pauschale P 2 in Höhe von 40 EUR verrechnet wird, festzulegen. Dies ist insbesondere aufgrund der zutreffenden Erwägung, dass Fälle, in denen Patienten an der HzV teilnehmen, ohne den Hausarzt aufzusuchen, bei der Betrachtung vernachlässigt werden können, nicht zu beanstanden.

Auch die Darlegungen zur "Chronikerpauschale" P 3 in Höhe von 30 EUR begegnen keinen Bedenken. Insbesondere ist die Überlegung sachgerecht, dass der hier vorgegebene enge Chroniker-Begriff das finanzielle Risiko der Krankenkassen deutlich begrenzt, weil er nach den Berechnungen des v. in Bayern dazu führt, dass nur maximal 12% der Patienten unter diesen Chroniker-Begriff fallen. Insoweit ist davon auszugehen, dass im Unterschied hierzu der Morbiditätszuschlag von 495 Punkten (17,33 EUR) im EBM 2008 (Nr. 03212), den Hausärzte außerhalb der HzV für die Behandlung chronisch Kranker i.S.v. § 2 Abs. 2 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Umsetzung der Regelungen in § 62 für schwerwiegend chronisch Erkrankte ("Chroniker-Richtlinie" - in der Fassung vom 22.01.2004, zuletzt geändert am 19.06.2008) erhalten, bei dem überwiegenden Teil der "Dauerpatienten" abrechenbar sein dürfte. So wird in einem Artikel (Michael Reischmann, Hausarztprogramm: Ärzte, A. und Patienten sind zufrieden) in der Medical Tribune vom 21.05.2011 ([www.Medical-tribune.de/.../hausarztprogramm-aerzte-A.-und-patienten-sind-zufrieden.html](http://www.Medical-tribune.de/.../hausarztprogramm-aerzte-A.-und-patienten-sind-zufrieden.html)) mitgeteilt, dass die HzV-Patienten im Schnitt 60 Jahre alt sind - durchschnittlich zehn Jahre älter als die in der Regelversorgung verbliebenen - und laut A., in deren HzV-Verträgen die Definition der Chroniker-Richtlinie zugrundegelegt wird, ihr Chroniker-Anteil in der HzV mit 65 % etwa doppelt so hoch ist wie in der A.-Kundschaft insgesamt. Dies rechtfertigt es, ausgehend davon, dass in der HzV chronische Dauerpatienten in der Regel (d.h. bei Vernachlässigung nicht voraus kalkulierbarer Steuerungseffekte von Seiten der Hausärzte) in der Mehrzahl sein dürften, einen Zuschlag nur für eine begrenzte, über Diagnosen definierte Gruppe zu gewähren, diesen aber im Hinblick auf den durch diese Patienten bedingten besonderen Aufwand dementsprechend höher festzulegen.

Weiterhin ist die Begrenzung der HzV-Vergütung auf einen durchschnittlichen Höchstbetrag pro teilnehmenden Versicherten und Quartal nicht zu beanstanden, wobei auch die gegen die Höhe dieses Betrags von 76 EUR vorgebrachten Einwände der Antragstellerinnen nicht durchgreifen. Hierbei ist insbesondere zu beachten, dass der an der HzV teilnehmende Hausarzt alle Leistungen des EBM-Ziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 3) zu erbringen hat und alle diese Leistungen durch die Pauschalen, Zuschläge und Einzelleistungen gemäß Anlage 3 abgedeckt werden. In der Begründung der angegriffenen Schiedsentscheidung wird zudem zutreffend dargelegt, dass die in dieser festgelegten Kriterien der notwendigen Qualität der besonderen hausarztzentrierten Versorgung über die gesetzlich vorgegebenen deutlich hinausgehen. Auch die hiermit im Zusammenhang stehenden Aufwendungen werden von dem genannten Höchstbetrag erfasst, der ausführlich und sachgerecht begründet wurde. Damit ist grundsätzlich von einem Fallwert auszugehen, der über dem der Regelversorgung liegt. Auf der von den Antragstellerinnen zitierten S. 31 der Entscheidung setzt sich die Schiedsperson mit deren Forderung nach einem durchschnittlichen maximalen Fallwert von 61,72 EUR eingehend und überzeugend auseinander.

Die Begründung für die "Fallwertobergrenze" im Sinne einer Vergütungsobergrenze von 76 EUR findet sich auf S. 33 der Gründe. Diese ist nicht zu beanstanden. Insoweit kann dahinstehen, ob die Bezeichnung der hier bestimmten Höchstgrenze als Fallwertobergrenze zutrifft. Denn es wird Bezug genommen auf Regelungen in bayerischen HzV-Verträgen (vgl. HzV-Vertrag gemäß § 73 b SGB V zwischen BHÄV und A. Bayern i.d.F. vom 03.09.2009, Anlage 10 VIII. Eventuelle Vergütungsanpassung), in denen sich die Vertragsparteien einig sind, dass der (dortige) finanzielle Rahmen von 80,09 EUR (durchschnittliche direkte Vergütung des Arztes pro eingeschriebenem Versicherten/Patient und Quartal) für die Leistungen aus dem HzV-Vertrag nicht überschritten werden soll. Wird nach Eingang einer Quartalsabrechnung festgestellt, dass dieser Finanzrahmen von 80,09 EUR um mehr als 5 % überschritten wird (entspricht mehr als 84,09 EUR, "Grenzwert"), sieht der genannte Vertrag vor, dass im Folgequartal unter Berücksichtigung der Fallzahlentwicklung im hausärztlichen Bereich bezogen auf das jeweilige Vorjahresquartal die Besondere Betreuungspauschale soweit anzupassen ist, dass der Grenzwert von 84,09 EUR erreicht wird. Damit wird erreicht, dass der jeweilige Grenzwert nicht für mehr als ein Quartal überschritten werden kann. Auch hier handelt es sich damit um einen Grenzwert für die durchschnittliche direkte Vergütung des Arztes pro eingeschriebenem Versicherten/Patient und Quartal und im Vergleich hierzu wurde - bei gleichen Korrekturmechanismen (§ 10 Abs. 9 HzV-V) - die Grenze im vorliegenden Vertrag deutlich niedriger angesetzt.

Dabei erscheint es auch nachvollziehbar und konsequent, die Vergütungsgrenze in der HzV nicht auf den Behandlungsfall zu beziehen. Hierbei ist zu bedenken, dass Patienten, die im Quartal mehrere Hausärzte konsultieren, in der Regelversorgung jeweils einen Fall und damit ein Budget auslösen. Im Hausarztvertrag wird der Patient dagegen an einen Hausarzt gebunden, d.h., worauf die Antragstellerinnen zutreffend hinweisen, dass er damit in der HzV nur einen Behandlungsfall je Quartal auslösen kann. Dies allein rechtfertigt es aber, sich nicht an den Fallwerten der Regelversorgung zu orientieren, in der sich die Behandlung eines Patienten auf mehrere Ärzte und damit mehrere Fälle verteilen kann. Die Arztbindung und die anzunehmende Patientenstruktur (vgl. oben zur Chroniker-Pauschale) rechtfertigen zudem die Annahme, dass die weit überwiegende Anzahl der Patienten in der HzV mindestens einmal pro Quartal ihren Hausarzt aufsuchen. Im Übrigen gelten auch hier hinsichtlich der "Vorhaltekosten" die gleichen Erwägungen, die auch für eine kontaktunabhängige Pauschale sprechen. Auch diese lassen es sachgerecht erscheinen, die Vergütungsobergrenze nicht abhängig vom Patientenkontakt pro Quartal als Fallwertobergrenze festzulegen. Ein von den Antragstellerinnen bevorzugtes persönliches Budget wäre dagegen demgegenüber zu diskutieren gewesen, wenn mit der HzV zu erzielende Einsparungen praxisintern oder jedenfalls innerhalb der HzV wirksam würden, was jedoch nicht der Konzeption der HzV entspricht.

Eine weitere wichtige Begrenzung der finanziellen Auswirkungen der HzV für die Antragstellerinnen ergibt sich aus der vertraglich vorausgesetzten Bereinigung, die nun in § 73b Abs. 7 SGB V zur Vermeidung der Doppelfinanzierung verpflichtend ausgestaltet ist. Damit vermindern sich die Aufwendungen der Krankenkassen für die HzV von vornherein um die Einsparungen, die sich für sie aus einer nach erfolgter Bereinigung geringeren Gesamtvergütung ergeben. Die angegriffene Entscheidung koppelt die Vergütungsverpflichtung ausdrücklich an die vorherige Festlegung des Bereinigungsbedarfs, um den die Krankenkasse von ihrer Zahlungsverpflichtung gegenüber der KV durch den HzV-Vertrag insoweit befreit ist. Danach haben die Vertragspartner der Gesamtverträge eine Bereinigung der Gesamtvergütungen um den Betrag vorzunehmen, den die Erfüllung des hausärztlichen Versorgungsauftrages bezogen auf die selektivvertraglich versorgten Versicherten im Rahmen der kollektivvertraglich organisierten vertragsärztlichen Leistungserbringung gekostet hätte. Für die Finanzierung der Leistungen aus Verträgen nach § 73b Abs. 4 SGB V gibt Absatz 7 ab dem Jahre 2009 eine Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfes vor (Satz 2). Zu bereinigen ist um solche Leistungsbereiche, die aus der

vertragsärztlich organisierten hausärztlichen Versorgung in die selektiv-vertraglich organisierte hausarztzentrierte Versorgung übergehen. Das bedeutet, dass bei der Bereinigung des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs nur solche Leistungen zu berücksichtigen sind, die in der vertragsärztlichen Versorgung ebenfalls abrechenbar sind. Für die Leistungsdefinition zur Bestimmung des Umfangs des Bereinigungsvolumens ist auf die einschlägigen Gebührenpositionen des einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen abzustellen. Weiter ist davon auszugehen, dass die Leistungen für die Berechnung des Bereinigungsbetrages mit dem von der KV der Krankenkasse in der letzten verfügbaren Abrechnung maßgeblichen Punktwert bewertet werden ([BT-Drucks. 16/3100, S. 113](#) Zu Nummer 45 [§ 73b]). Für die Bereinigung für das Jahr 2010 ist insoweit der Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 16.12.2009 maßgeblich. Durch dieses Bereinigungsverfahren beschränkt sich die Kostenrelevanz des festgesetzten Vertrags auf die Vergütung für zusätzliche oder besser vergütete Leistungen der hausarztzentrierten Versorgung, denen keine Leistungseinsparungen an anderer Stelle gegenüberstehen.

Soweit die Antragstellerinnen beanstanden, die vorgesehenen Vergütungen für Leistungen der hausärztlichen Regelversorgung seien im Vergleich zum EBM teilweise höher, kann ihnen im Grundsatz nicht gefolgt werden. Die mit dem Schiedsspruch vorgesehene HzV als Vollversorgung ist mit einem eigenständigen Vergütungssystem ausgestattet, in dem es aufgrund der bereits mehrfach angeführten zusätzlichen Anforderungen, die neben qualitativen Verbesserungen u.a. auch dazu dienen sollen, im Vergleich zur Regelversorgung die Inanspruchnahme von Fachärzten zu verringern, auch gerechtfertigt ist, die Erbringung von der Regelversorgung umfasster Leistungen höher zu vergüten, ohne sich hierauf zu beschränken. Dass dies auch den gesetzgeberischen Vorstellungen entspricht, ergibt sich schon daraus, dass unter der Vorgabe gleicher Vergütung von Leistungen der Regelversorgung wohl nur Add-on-Verträge ohne Bereinigungsverfahren Sinn machen dürften. Der höheren Vergütung von Leistungen der Regelversorgung steht schließlich nicht entgegen, dass behandlungsunabhängige "Vorhaltekosten" bereits mit der kontaktunabhängigen Pauschale berücksichtigt werden. Ob bei der Bestimmung der Vergütung einzelner von den Antragstellerinnen genannter Leistungen (z.B. Inanspruchnahme zur Unzeit) auch im Rahmen des besonderen Vergütungssystems der Beurteilungsspielraum überschritten wurde, wird ggf. im Hauptsacheverfahren näher zu prüfen sein. Insoweit ist ihnen zuzumuten, bezüglich allenfalls zu erwartender kleinerer Änderungen einzelner Vergütungssätze das Ergebnis des Hauptsacheverfahrens abzuwarten. Die vorgesehenen Pauschalen entsprechen allerdings denen im HzV-A.-Vertrag Baden-Württemberg, in dem aber wohl pro Tag nur eine einmalige Abrechnung einer der beiden Pauschalen für die Inanspruchnahme zur Unzeit vorgesehen ist.

Dass ein Vertrag - wie von den Antragstellerinnen vorgeschlagen - ohne konkrete Vergütungsregelung nicht geeignet ist, das Angebot einer ausreichenden HzV entsprechend dem gesetzlichen Auftrag sicherzustellen, bedarf keiner Darlegung.

Entgegen ihrem Vorbringen ist auch die Erwägung der Schiedsperson, dass die finanziellen Risiken der Antragstellerinnen dadurch begrenzt seien, dass an HzV-Verträgen deutlich weniger als 100% der Versicherten teilnahmen, nicht zu beanstanden. Auch der Gesetzgeber wollte die hausärztliche Versorgung nicht vollständig aus der Gesamtversorgung herausnehmen und diese ausschließlich zum Gegenstand von Selektivverträgen machen ([BT-Drucks. 15/1525, S. 97](#) Zu Nummer 49 [§ 73b]). Dies ergibt sich insbesondere aus der Freiwilligkeit der Teilnahme der Versicherten, an der auch mit der Änderung des [§ 73b SGB V](#) festgehalten wurde ([BT-Drucks. 16/3100, S. 111](#) f. Zu Nummer 45 [§ 73b]). Auch die Festschreibung der Vergütungshöhe auf die vorgegebene Laufzeit von drei Jahren lässt Abwägungsfehler nicht erkennen. Die hiermit gewährleistete Planungssicherheit ist nicht davon abhängig, dass die Möglichkeit sinkender Vergütungen in der Regelversorgung im genannten Zeitraum nicht von vorneherein auszuschließen ist. Schließlich greifen die in Bezug auf die Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen von den Antragstellerinnen vorgebrachten Bedenken nicht durch. Die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung ist in § 1 des Anhangs 9 zu den HzV ausdrücklich vorgesehen. Dort wird in Absatz 1 zudem bestimmt, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist. Hinzuzufügen ist, dass Auskunftsrechte im notwendigen Umfang von den eingeräumten Prüfungsrechten umfasst sind, auch wenn sie nicht ausdrücklich geregelt werden. Eine Einschränkung des [§ 106 SGB V](#) durch § 1 des Anhang 9 ist nicht ersichtlich und wäre zumindest im Rahmen einer gesetzeskonformen Auslegung zu vermeiden. Dass die HzV-Vergütung aus der Verantwortung der KÄV für die Gesamtvergütung herausgenommen wird, liegt in der Natur der Sache. Entsprechendes gilt für die Arzneimittel- und Hilfsmittelvereinbarungen. Insoweit sind die Antragstellerinnen auf [§ 84 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) zu verweisen.

cc) Vor diesem Hintergrund liegen bei summarischer Prüfung auch die gerügten Verstöße gegen höherrangige gesetzliche Vorgaben nicht vor.

Dies gilt zunächst bezüglich des Gebots der Wirtschaftlichkeit. Weder eine gegenleistungslose noch eine doppelte Vergütung von Leistungen sind Folge der dargestellten Regelungen. Zudem ist der Höhe der jeweiligen Pauschalen nach sachlichen Kriterien nach billigem Ermessen festgelegt worden. Allein ggf. verbleibende Mehrkosten, die durch eine qualitativ verbesserte hausärztliche Versorgung entstehen, können nicht bereits eine Unwirtschaftlichkeit begründen.

Mit den vertraglichen Vergütungsregelungen werden bei summarischer Prüfung auch keine Verstöße gegen das Gebot der finanziellen Selbsttragung/Verbot der Querfinanzierung gleichsam vorprogrammiert. Es kann offenbleiben, ob diese Grundsätze hier anzuwenden sind und ob [§ 73b Abs. 8 SGB V](#) hier speziellere Vorgaben für die vertraglichen Regelungen der HzV enthält. Gemäß [§ 53 Abs. 9 SGB V](#) müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, die durch diese Maßnahmen erzielt werden. Wahltarife haben sich selbst zu tragen und dürfen nicht durch Quersubventionen durch die übrigen Versicherten refinanziert werden. Es muss jeder einzelne Wahltarif für sich eigenfinanziert sein (vgl. Höfler, in Kasseler Kommentar, [§ 53 SGB V](#), Rn. 53 ff.). Nach [§ 73b Abs. 8 SGB V](#), in der seit dem 22.09.2010 geltenden Fassung, haben (zuvor: können) die Vertragsparteien bei Vereinbarungen über Leistungen, die über die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen und insoweit nicht unter die Bereinigungspflicht nach Absatz 7 fallen, jetzt vertraglich sicherzustellen, dass Aufwendungen für diese Leistungen aus Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von HzV-Verträgen erzielt werden, finanziert werden. Anders als die Antragstellerinnen meinen, liegt ein Verstoß gegen diese Grundsätze nicht schon immer dann vor, wenn die mit der Teilnahme an diesem Wahl-/HzV-Verträgen verbundenen Kosten für die ärztlichen Leistungen über denen der Regelversorgung liegen, ohne durch nachgewiesene Einsparungen und Effizienzsteigerungen refinanziert zu werden, weil die Mehrkosten dann durch Beiträge nicht am Wahl-/HzV-Tarif teilnehmender Versicherter gedeckt werden müssten. Maßgeblich ist, dass die angegriffene Entscheidung keine mit der Selbsttragung nicht zu vereinbarende Finanzierungsregelungen enthält und nach derzeitigem Kenntnisstand auch nicht vorhersehbar zu einer Quersubventionierung zwingt. Zum einen werden die nicht zu bereinigenden Beträge begrenzt durch den vertraglich vorgesehenen Höchstbetrag der HzV-Gesamtvergütung pro teilnehmenden Versicherten und Quartal. Zum anderen sind Einsparungen insbesondere beim Vergütungsanteil der fachärztlichen

Versorgung durch eine Reduzierung von entsprechenden Überweisungen oder aus einer Reduzierung der von Hausärzten durch die Verordnung von Drittleistungen insbesondere für Arzneimittel ausgelösten Versorgungskosten zu erwarten. Eine in diesem Zusammenhang gerügte Verletzung des rechtlichen Gehörs kann der Senat nicht erkennen. Es handelt sich insoweit um Erwägungen, den Erwartungen und Prognosen zugrunde liegen, die zum Zeitpunkt der Schiedsentscheidung mangels ausreichender und für den maßgeblichen Bereich aussagekräftiger Daten nicht bezifferbar waren. Nicht konkret belegbare Befürchtungen, dass diese unzutreffend sind, reichen insoweit nicht aus, der Schiedsperson eine Überschreitung seines Gestaltungsspielraums vorzuwerfen. Sollte sich herausstellen, dass die Aufwendungen nicht durch die mit dem Tarif erreichten Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen gedeckt werden, dürfte dies bei summarischer Prüfung den Schiedsspruch bzw. Vertrag nicht rückwirkend rechtswidrig machen. Auch mit dem Bestandsschutz für vor dem 22.09.2010 zustande gekommene Verträge wird der Tatsache Rechnung getragen, dass ausreichende Vergleichsdaten für entsprechende Prognosen bei die Alt-Verträgen kaum verfügbar waren, was auch hinsichtlich der Bestimmung des [§ 73b Abs. 8 SGB V](#) zu berücksichtigen ist.

Auch hinsichtlich des Gebots der Beitragssatzstabilität bedarf es im summarischen Verfahren keiner Entscheidung darüber, ob diese Grundsätze in gleicher Weise auf Selektivverträge anzuwenden sind und insbesondere auf die hier im Streit stehende Schiedsentscheidung anzuwenden war. Denn jedenfalls hat der Gesetzgeber mit der Einfügung des Abs. 5a in § 73b mit Gesetz zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz – GKV-FinG) vom 22.12.2010 – [BGBl. I, S. 2309](#) -, der mit Wirkung zum 22.09.2010 (Art. 15 Abs. 4) HzV-Verträge, die wie die vorliegenden, die vor dem 22.09.2010 zustande gekommen sind, hiervon ausgenommen. Soweit nach dieser Regelung für HzV-Verträge, die nach dem 22.09.2010 zustande kommen, bei der nach Absatz 5 Satz 1 zu vereinbarenden Vergütung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) zu beachten ist, wird zudem bestimmt, dass dieser insbesondere erfüllt wird, wenn die Vertragsparteien vereinbaren, dass der rechnerische durchschnittliche Fallwert nicht den sich in der KV ergebenden rechnerischen durchschnittlichen Fallwert aller an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte überschreitet; der sich in der KV ergebende Fallwert ist dabei um Vergütungsanteile für Leistungen zu bereinigen, die nicht Gegenstand des Vertrages nach Absatz 4 sind. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird auch erfüllt, wenn die Vergütung je Versicherten nicht den Bereinigungsbetrag je Versicherten, der auf Grund des Verfahrens nach Absatz 7 Satz 2 ermittelt wird, überschreitet. Die in den Sätzen 2 und 3 genannten Werte können überschritten werden, wenn vertraglich sichergestellt wird, dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den Maßnahmen von Verträgen nach Absatz 4 erzielt werden, finanziert werden. Bei Verträgen, die vor dem 22.09.2010 zustande gekommen sind, ist auch bei Anschlussvereinbarungen mit Geltungsdauer bis einschließlich 30.06.2014 § 73b in der bis zum 21.09.2010 geltenden Fassung weiter anzuwenden.

dd) Zweifel an der Rechtmäßigkeit des angegriffenen Schiedsentscheids bestehen auch nicht hinsichtlich des dort geregelten Abrechnungsverfahrens; der Senat vermag nicht zu verkennen, dass die dort vorgesehene Datenübermittlung gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstößt. Zweifel bestehen allein hinsichtlich der datenschutzrechtlichen Zulässigkeit der Beauftragung privat betriebener Abrechnungszentren als weitere Unter- bzw. Unter-Unterauftragnehmer bestehen, was der Senat jedoch offenlassen kann. Denn selbst eine eventuelle Verletzung datenschutzrechtlicher Vorschriften bei der Abwicklung des Vertrags vermag den Antragstellerinnen nicht zum Erfolg zu verhelfen. Der Abrechnungsweg zwischen dem an der HzV teilnehmenden Hausarzt und der HÄVG als Dienstleister kann in datenschutzrechtlicher Hinsicht allein Rechte des Hausarztes oder des Patienten (hinsichtlich der dem Hausarzt anvertrauten Daten) verletzen, nicht aber Rechte der gesetzlichen Krankenkassen und damit auch nicht Rechte der Antragstellerinnen.

Der Verwaltungsakt, den die Schiedsperson erlassen hat, regelt insoweit die Zusammenarbeit zwischen den Hausärzten und der HÄVG als Erfüllungsgehilfen der Beigeladenen. Rechte der Antragstellerinnen sind nicht schon dadurch verletzt, dass der HzV-Vertrag auch die HÄVG in den Vertrag einbezieht, obwohl diese nicht Vertragspartner im Sinne von [§ 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) ist. Die Rechtsgrundlage für die Einbeziehung der HÄVG in den Vertrag bildet [§ 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#). Danach ist in den Verträgen nach Absatz 4 das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der HzV, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Abs. 2 sowie die Vergütungen zu regeln. Ebenso wie in [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) für Honorarverteilungsverträge der Begriff der "Verteilung der Gesamtvergütung" weit auszulegen ist und dabei insbesondere die Rechtsgrundlage für detaillierte Vorschriften zum Abrechnungsverfahren bildet, erlaubt der Begriff der "Durchführung" in [§ 73b Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) eine Vertragsfestsetzung, die eine vollständige Abwicklung der hausarztzentrierten Versorgung ohne Zusatzregelungen außerhalb des Vertrags ermöglicht. Geregelt und damit von der Schiedsperson auch festgesetzt werden können somit sämtliche Verfahrensschritte, die zu einer Vertragsabwicklung erforderlich sind. Damit ist auch die Einbeziehung der HÄVG als Erfüllungsgehilfen der vertragsabschließenden ärztlichen Gemeinschaften gerechtfertigt, zumal für ihre Einbeziehung in das Abrechnungsgeschehen in [§ 295 Abs. 1b Satz 5 SGB V](#) der Gesetzgeber eine ausdrückliche Ermächtigungsgrundlage geschaffen hat.

Der Abrechnungsweg ist im HzV-Vertrag wie folgt geregelt: § 11 des Vertrages bestimmt, dass die Abrechnung des Hausarztes über die HzV-Vergütung gegenüber der Krankenkasse durch die HÄVG als Abrechnungsdienstleister des Hausärzterverbandes und MEDI e.V. erfolgt. Die Krankenkasse zahlt die HzV-Vergütung mit schuldbefreiender Wirkung an die HÄVG. Der Hausärzterverband und MEDI e.V. sind berechtigt und verpflichtet, die HzV-Vergütung von der Krankenkasse entgegen zu nehmen und zu Abrechnungszwecken zu verwalten. Die HÄVG ist verpflichtet, die von der Krankenkasse erhaltene Zahlung an den Hausarzt zum Zwecke der Abrechnung weiterzuleiten. Einzelheiten sind in Anlage 3 zum HzV-Vertrag geregelt. § 3 II Anlage 3 HzV-V bestimmt, dass der Hausarzt alle Diagnosen gem. [§ 295 Abs. 1 SGB V](#) nach Anwendung der geltenden Kodierrichtlinien der HÄVG zu übermitteln hat. Es sind dies im Einzelnen neben der Abrechnungsnummer des Patienten, die Tage, an denen der Patient behandelt wurde, die berechneten Leistungen, sowie die Diagnosen in verschlüsselter Form (vgl. [§ 295 Abs. 1 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#)). Diese Daten werden nach § 6 Abs. 4 der Anlage 3 HzV-V von der HÄVG auf Plausibilität sowie auf sachlich-rechnerische Richtigkeit unter Anwendung der Abrechnungsprüfkriterien von § 7 Abs. 2 Anlage 3 HzV-V überprüft. Die HÄVG leitet die solchermaßen geprüfte und korrigierte Abrechnung des Hausarztes an die Krankenkasse weiter, die ihrerseits eine Abrechnungsprüfung gem. § 4 Abs. 1 HzV-Vertrag vornimmt, unter Umständen eine Abrechnungsrüge erhebt, und danach die Zahlung an die HÄVG leistet. Über die erhaltene Abrechnung stellt die HÄVG dem Hausarzt einen Abrechnungsnachweis aus, der vom Hausarzt unverzüglich nach Erhalt auf seine Richtigkeit hin zu überprüfen ist (§ 6 Abs. 6 und 7 Anlage 3 HzV-V). Einwendungen des Hausarztes sind ggfs. unverzüglich zu erheben (§ 7 Anlage 3 HzV-V). Dieses Abrechnungsverfahren ist hinsichtlich der Einschaltung der HÄVG als zwischengeschalteter Dienstleister zwischen Hausarzt und Krankenkasse nicht zu beanstanden.

Nach [§ 295 Abs. 1b SGB V](#) in der zum Zeitpunkt des Erlasses der Schiedsentscheidung geltenden Fassung (a.F.) übermitteln Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der KV mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge u. a. nach [§ 73b SGB V](#) a.F. abgeschlossen haben, die in Abs. 1 genannten Angaben an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer

Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Speziell für die ärztlichen Leistungen, die im Rahmen von Verträgen nach Satz 1 erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, erlaubt [§ 295 Abs. 1b Satz 5 SGB V](#) a.F., dass eine andere Stelle mit der Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung dieser Leistung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt wird. [§ 291 a SGB V](#) bleibt unberührt. § 80 des Zehnten Buches ist nach [§ 295 Abs. 1b Satz 6](#) entsprechend anzuwenden; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach [§ 38](#) des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Auftragnehmer darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken für Arbeiten nutzen.

Letztere Voraussetzung liegt hier in jedem Fall vor. Das ganze oben beschriebene Verfahren dient allein der Abrechnung der Leistungen des Hausarztes und der - auch im Interesse der Krankenkasse liegenden - vorhergehenden Kontrolle durch eine unter ärztlicher Leitung stehenden Stelle. Bei den zuvor beschriebenen zu übermittelnden Daten handelt es sich um die für eine Abrechnung notwendigen Angaben, denn ohne diese Angaben ist eine auch nur pauschale Überprüfung der Abrechnung nicht möglich. Die gleichen Daten (Patient, Tag der Behandlung, erfüllte Gebührentatbestände und Diagnosen) sind im Übrigen in jeder Abrechnung über privatärztlich erbrachte Leistungen ebenfalls zu finden und werden vom Gesetzgeber auch für die vertragsärztliche Abrechnung gefordert, wie [§ 295 Abs. 1 SGB V](#) zeigt.

Auf Grund der genannten Vorschrift besteht für die Zwischenschaltung der HÄVG eine ausdrückliche gesetzliche Erlaubnis. Die HÄVG (in Ersatzfall die MEDI-GmbH) ist eine andere Stelle im Sinne von [§ 295 Abs. 1b Satz 5 SGB V](#) a.F. in der zum 10.04.2010 noch geltenden Fassung. Insoweit ist der Gesetzgeber den Anforderungen nachgekommen, die das BSG im Urteil vom 12.12.2008 - [B 6 KA 37/07](#) aufgestellt hat, wonach für die Zulässigkeit der Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen gegenüber der zuständigen KÄV über eine private Abrechnungsstelle eine gesetzliche Ermächtigung gefordert wurde. Der Gesetzgeber hat als Reaktion auf diese Entscheidung des BSG mit dem Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften vom 17.7.2009 ([BGBl. I S. 1990](#)) die Regelung in [§ 295 Abs. 1b Satz 5](#) für den Zeitraum bis zum 30.06.2010 als Ermächtigungsgrundlage für die Einschaltung privater Verrechnungsstellen gerade bei HzV-Verträgen geschaffen. Die Geltung dieser Vorschriften ist durch das Gesetz zur Änderung krankensicherungsrechtlicher und anderer Vorschriften vom 24.07.2010 ([BGBl. I S. 983](#)) bis zum 30.06.2011 verlängert worden.

Nach Auffassung des Senats werden im Verhältnis zwischen dem Hausarzt und der HÄVG auch die Anforderungen des [§ 80 SGB X](#) eingehalten. [§ 80 Abs. 1 SGB X](#) stellt den allgemeinen Grundsatz auf, dass der Auftraggeber für die Einhaltung der Vorschriften über den Datenschutz verantwortlich ist, wenn Sozialdaten in seinem Auftrag durch andere Stellen erhoben, verarbeitet oder genutzt werden. Speziell in Absatz 5 wird die Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Sozialdaten im Auftrag durch nichtöffentliche Stellen nur dann als zulässig erachtet, wenn u.a. die übertragenen Arbeiten beim Auftragnehmer erheblich kostengünstiger besorgt werden können und der Auftrag nicht die Speicherung des gesamten Datenbestandes des Auftraggebers umfasst. Davon kann nach Auffassung des Senats ausgegangen werden. Es trifft nicht zu, dass der Hausarzt 100 % der personenbezogenen Daten bezogen auf den Patienten, für den er erbrachte Leistungen abrechnet, der HÄVG zugänglich macht. Zugänglich gemacht werden allein die in [§ 295 Abs. 1 SGB V](#) für jedwede Art ärztlicher Leistungsabrechnung unverzichtbar notwendigen Mindestdaten (Bezeichnung des Patienten, Tag der Behandlung, dabei erbrachte Leistungen sowie gestellte Diagnosen). Die weitaus sensibleren Daten über den Patienten verbleiben jedoch beim Hausarzt, also sämtliche persönlichen Angaben zur Vorgeschichte, die erhobenen Befunde und Befunddokumentationen, die Art der gewählten Behandlung sowie alle Informationen von in die Behandlung eingeschalteter Fachärzte, einschließlich deren Prognosen zum Krankheitsverlauf. Dass die Übertragung und Verarbeitung durch eine zentrale Stelle für den Hausarzt wesentlich kostengünstiger ist, bedarf keiner näheren Erläuterung. Dem Hausarzt steht durch die Arbeit der HÄVG Zeit für die Behandlung seiner Patienten zur Verfügung, die er ansonsten für die Erstellung ordnungsgemäßer Abrechnungen und für Korrespondenz (incl. Rechtsstreitigkeiten) mit der jeweiligen Krankenkasse aufwenden müsste.

Der Senat vermag der Auffassung des Schleswig Holsteinischen Datenschutzbeauftragten sowie des OVG Schleswig Holstein (vgl. Beschluss vom 12.01.2011 - [4 MB 56/10](#)) deswegen nicht zu folgen. Denn [§ 80 Abs. 5 SGB X](#) forderte jedenfalls bei seiner Anwendung im Rahmen des [§ 295 Abs. 1b Satz 5 SGB V](#) a.F. (sowie jetzt im Rahmen des [§ 295a Abs. 2 SGB V](#)), der für die ärztlichen Leistungen, die im Rahmen von Verträgen nach Satz 1 erbracht und mit den Krankenkassen abgerechnet werden, die Beauftragung einer anderen Stelle mit der Verarbeitung und Nutzung der maßgeblichen Daten zulässt, um auch für die Abrechnung von selektiv-vertraglichen Leistungen eine konzentrierte Abrechnung zu ermöglichen, nicht, dass der Auftraggeber (bisher der Hausarzt, jetzt die Beigeladenen) die Wahl zwischen verschiedenen Abrechnungsstellen haben und sich verschiedener Abrechnungsdienstleister bedienen können muss. Dementsprechend waren im Rahmen des [§ 295 Abs. 1b Satz 5 SGB V](#) a.F. auch an die Voraussetzungen des [§ 80 Abs. 2 Satz 3](#) und 4 SGB X keine überspannten Anforderungen zu stellen.

Nach dem Gesagten bestehen entgegen der Auffassung der Antragstellerinnen damit insoweit keine Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit des vorgesehenen Abrechnungsverfahrens. Wie oben begründet wird die Zwischenschaltung der HÄVG durch [§ 295 Abs. 1b Satz 5 SGB V](#) a.F. i.V.m. [§ 80 SGB X](#) gerechtfertigt. Dasselbe gilt auch für die Präambel zu Anlage 8, soweit dort nochmals die Zwischenschaltung der Dienstleistungsgesellschaft HÄVG als Erfüllungshilfe vereinbart wird.

Rechtlich durchgreifende Bedenken könnten nach Auffassung des Senats allein gegen die Vorschriften über die beabsichtigte Einschaltung von Unterauftragnehmern nach [§ 8 Abs. 1](#) der Anlage 8 zum HzV-Vertrag bestehen.

[§ 8 Abs. 1](#) Unterauftragnehmer, die für die Auftragnehmer unmittelbar Daten des Auftraggebers erheben, verarbeiten oder nutzen, dürfen von den Auftragnehmern nur mit vorheriger, schriftlicher Einwilligung des Auftraggebers eingeschaltet werden. Die Vertragsparteien und der Auftraggeber erklären hiermit ihr Einverständnis, dass a) die Dienstleistungsgesellschaft als Unterauftragnehmerin des Hausärztesverbandes und MEDI e.V. tätig wird, b) der MEDIVERBUND als Unterauftragnehmer des Hausärztesverbandes und MEDI e.V. tätig wird, wenn er im Falle eines Ausscheidens der Dienstleistungsgesellschaft aus dem HzV-Vertrag gemäß [§ 2 Abs. 5 Satz 5](#) des HzV-Vertrags Erfüllungshilfe des Hausärztesverbandes und von MEDI e.V. wird und in deren vertraglichen Pflichten und Rechte als Dienstleistungsgesellschaft eintritt, c) das Rechenzentrum als Unterauftragnehmer der Dienstleistungsgesellschaft tätig wird und d) in Anhang D dieses Rahmenvertrages aufgeführten Stellen zulässige Unterauftragnehmer sind.

Insoweit haben die Antragstellerinnen zutreffend darauf hingewiesen, dass Zweifel an der Rechtmäßigkeit im Hinblick auf die Unterbeauftragung auch nach Einfügung des [§ 295a Abs. 2 SGB V](#) durch Art. 3 Nr. 9 des Gesetzes zur Änderung des Infektionsschutzgesetzes und weiterer Gesetze vom 28.07.2011 ([BGBl. I S. 1622](#)) mit Wirkung zum 04.08.2011 (Art. 7 Abs. 1) bestehen

bleiben. Denn nach Abs. 2 des [§ 295a SGB V](#) darf nun der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite als Auftraggeber auftreten und eine andere Stelle beauftragen, wobei weiterhin [§ 80 SGB X](#) anzuwenden ist, allerdings mit der Maßgabe, dass weitere Unterauftragsverhältnisse ausgeschlossen sind. Es ist fraglich, ob hiermit vereinbar ist, dass die von den Beigeladenen beauftragte HÄVG ihrerseits die HÄVG R. AG, ein gemeinsames Unternehmen der HÄVG und der ARZ S. GmbH, als Unterauftragnehmer einsetzt.

Diese den Vertrag nach Anlage 8 betreffenden Zweifel könnten die Rechte der Antragstellerinnen allerdings im Wesentlichen nur deshalb berühren, weil § 20 Abs. 2 bestimmt, dass die Krankenkassen mit dem Hausärzterverband, der HÄVG, dem MEDI e.V. und dem MEDIVERBUND zur Durchführung des HzV-Vertrages den in der Anlage 8 geregelten gesonderten Datenschutzvertrag schließen und damit eine Verpflichtung der Antragstellerinnen zum Abschluss des Datenschutzvertrags (Anlage 8) regelt. Dies rechtfertigt es jedoch nicht die aufschiebende Wirkung der Klage hinsichtlich der - vom übrigen Vertragsinhalt trennbaren - Regelung des § 20 Abs. 2 HzV-V und/oder der Regelungen zur Datenweitergabe in Anlage 8 anzuordnen. Denn ausgehend davon, dass im Hauptsacheverfahren zu klären sein wird, ob § 20 Abs. 2 HzV-V von der Rechtsgrundlage des [§ 73b Abs. 4 SGB V](#) gedeckt ist, geht die bei lediglich insoweit offenen Verfahrensausgang hier vorzunehmende Interessenabwägung zu Lasten der Antragstellerinnen aus. Diesen ist insoweit zuzumuten, den Ausgang des Hauptsacheverfahrens, zumindest aber das Ergebnis der Überprüfung durch die zuständigen Aufsichtsbehörden abzuwarten, zumal die Beigeladenen selbst eine Änderung des Inhalt des Vertrags nach Anlage 8 anstreben und im Falle der Aufhebung des § 20 Abs. 2 HzV-V ein Vertrag zwischen den Beigeladenen und ihren Dienstleistern (wie z.B. im HzV-V der B. G., D., K.-A., H. in Schleswig-Holstein) genügen würde, ohne dass die Antragstellerinnen unmittelbare Vertragspartner auch des Vertrags nach Anlage 8 werden müssten.

Der Wegfall der Vollziehbarkeit der aus datenschutzrechtlichen Gründen hier umstrittenen Regelungen brächte auch für die Antragstellerinnen selbst erhebliche rechtliche und tatsächliche Nachteile. Denn wenn die Antragstellerinnen mit ihrer Argumentation insoweit durchdringen würden, hätte dies zur Folge, dass die Hausärzte die entsprechenden Abrechnungsdaten der jeweiligen Krankenkasse direkt übermitteln ([§ 295 Abs. 1b Satz 1 und Abs. 2a SGB V](#); vgl. auch [BT-Drucks. 15/1525, S. 146](#)) und diese für die Abrechnung und Prüfung Personal, Software und Ausstattung hierfür einrichten und vorhalten bzw. ihrerseits Dritte beauftragen müsste. Denn auch die Prüfung auf Plausibilität und sachlich-rechnerische Richtigkeit müsste dann von der Krankenkasse in eigener Zuständigkeit vorgenommen werden. Dies würde allgemeinen Rechtsgrundsätzen entsprechen, denn bei Rechnungen ist es üblicherweise Aufgabe des Rechnungsempfängers, die ihm vorgelegte Rechnung bzw. die beanspruchte Forderung sachlich und rechnerisch zu überprüfen und ggfs. gegenüber dem Rechnungssteller Einwendungen geltend zu machen bzw. Korrekturen zu verlangen. Diese Aufgabe wird im Übrigen von den Krankenkassen lediglich mit Ausnahme der Kassenärzte bei sämtlichen anderen Leistungserbringern ggf. unter Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in eigener Zuständigkeit erbracht, wobei sich die Krankenkassen ihrerseits nach Kenntnis des Senats aus anderen Streitsachen auch kommerzieller Abrechnungsdienstleister bedienen.

Damit würde die teilweise Aussetzung des Vertrags hier zu einer nicht unwesentlichen Erschwerung der Durchführung des gesetzlichen geforderten Vertrags führen, weshalb es bei der gesetzlichen Entscheidung für die sofortige Vollziehung der Schiedsentscheidung insgesamt zu bleiben hat.

III.

Gemäß [§ 197 a Abs. 1 SGG](#) gelten in Verfahren, in denen das GKG Anwendung findet, die [§§ 154 bis 161 VwGO](#) entsprechend. Gemäß [§ 154 Abs. 2 VwGO](#) trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens.

Es entsprach billigem Ermessen den Antragstellerinnen auch die Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen, da diese in beiden Verfahren selbst Anträge gestellt und damit eigene Kostenrisiken übernommen haben.

Dieser Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-11-10