L 12 KA 149/14

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
12
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 28 KA 696/12
Datum
16.07.2017
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 12 KA 149/14
Datum
14.09.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Der für den Bezirk der KV Bayern durch Schiedsspruch am 13.02.2012 festgesetzte Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung nach § 73 b Abs. 4 Satz 1 SGB V verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.
I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.07.2017 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin wendet sich gegen den Schiedsspruch vom 13.02.2012 zur Festlegung des Vertragsinhaltes eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V. Die Klägerin ist eine gesetzliche Krankenkasse, der Beklagte ein Zusammenschluss von hausärztlich tätigen Ärzten in Bayern. Die Beteiligten haben am 12.02.2009 einen Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V geschlossen, geändert durch Änderungsvereinbarung vom 03.09.2009, der zum 01.04.2009 zu laufen begann ("HzV-Altvertrag"). Am 26.09.2009 hat die Klägerin mit der BVKJ-Service GmbH, einer Gesellschaft des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ), einen "Vertrag zur Durchführung einer pädiatriezentrierten Versorgung" gemäß § 73b SGB V abgeschlossen ("PzV-Vertrag"), der am 06.12.2011 mit Wirkung zum 01.01.2012 geändert wurde. Nachdem der frühere Vorstand des Beklagten Ende 2010 alle Hausärzte Bayerns zum Systemausstieg aufgerufen hatte, kündigte die Klägerin den HzV-Altvertrag mit Wirkung zum 31.12.2010. Einstweilige Rechtsschutzanträge des Beklagten zur Fortführung des HzV-Altvertrages blieben erfolglos.

Anschließende Gespräche in Form von mindestens 15 "Verhandlungs-" bzw. "Gesprächsrunden" der Beteiligten zwischen Januar und Juli 2011 zur Fortsetzung bzw. zum Neuabschluss eines Vertrages zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung brachten keine Ergebnisse. Der Beklagte erklärte mit Schreiben vom 05.08.2011 die Verhandlungen für gescheitert und beantragte die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach § 73b Abs. 4a Satz 1 SGB V. Die Beteiligten konnten keine Einigung über eine Schiedsperson erreichen. Das BayStMUG bestimmte daraufhin mit Bescheid vom 22.09.2011 Herrn Dr. E. als Schiedsperson in den Vertragsverhandlungen zwischen den Beteiligten. Im Rahmen des Schiedsverfahrens nahmen die Beteiligten ausführlich Stellung. Mit Schiedsvertrag vom 13.02.2012 setzte die Schiedsperson aufgrund der mündlichen Verhandlungen vom 11.01.2012, 24.01.2012 und 31.01.2012 den Vertragsinhalt des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V fest ("HzV-Vertrag"). Der HzV-Vertrag trat am 15.02.2012 in Kraft und wurde zum 01.07.2012 finanzwirksam. Der Inhalt eines Vertrages zur HzV sei nach billigem Ermessen festzu-setzen gewesen. Der HzV-Vertrag sei in Anwendung des § 73b SGB V in der bis zum 21.09.2010 geltenden Fassung festzusetzen gewesen, da es sich um einen Anschlussvertrag, mithin nicht um einen "Neuvertrag" handle. Die außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grunde des HzV-Altvertrages durch die Klägerin zum 31.12.2010 stehe der Wertung als Anschlussvertrag nicht entgegen. Der Begriff der Anschlussvereinbarung in § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V sei nicht in dem Sinne zu verstehen, dass ein neuer HzV-Vertrag an den früheren HzV-Vertrag in zeitlicher Hinsicht anknüpfen müsse. Der Begriff der Anschlussvereinbarung sei im Sinne einer Folgevereinbarung zu verstehen. Dies entspreche auch der gesetzlichen Intention, den vor dem 21.09.2010 geschlossenen Verträgen und den Verträgen, die nach einer Kündigung des Vertrages diesen gefolgt seien, einen Bestandsschutz bis zum 30.06.2014 einzuräumen, um danach die Wirksamkeit dieser Verträge evaluieren zu lassen. Die Schiedsperson habe den HzV-Vertrag gemäß § 73 Abs. 4 Satz 1 SGB V, § 96 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. der entsprechenden Anwendung von § 317 Abs. 1 Satz 1 BGB in Wahrnehmung des ihr zustehenden "billigen Ermessens" festgesetzt. Die Schiedsperson hat den HzV-Vertrag in Ausübung des billigen Ermessens als sogenannten Vollversorgungs- oder Bereinigungsvertrag und nicht als sogenannten Add-on-Vertrag festgelegt. Der Vollversorgungsvertrag eröffne den Krankenkassen und den Hausarztgemeinschaften die Möglichkeit,

strukturelle Verbesserungen in der Leistungserbringung für die Versicherten vorzunehmen. Die Add-on-Verträge böten demgegenüber regelmäßig nur punktuelle Ansätze bei Leistungsverbesserungen, könnten damit solche strukturellen Verbesserungen nicht gewährleisten. Die Schiedsperson hat auch berücksichtigt, dass auch für andere KÄV-Bezirke zuständige Schiedspersonen den Vertragsinhalt von HzV-Verträgen als Vollversorgungsverträge festgelegt hätten und dass im KÄV-Bezirk Bayern sowohl eine große Ersatzkasse als auch zahlreiche Betriebskrankenkassen auf freiwilliger Basis im Wege von Anschlussvereinbarungen Vollversorgungsverträge mit dem Beklagten abgeschlossen hätten und nicht zuletzt der HzV-Altvertrag zwischen den Beteiligten als Vollversorgungsvertrag ausgestattet gewesen sei. Der festgelegte Vertragsinhalt entspreche den gesetzlichen Anforderungen an eine HzV und führe zu einer Verbesserung der hausärztlichen Versorgung der Versicherten im Verhältnis zur hausärztlichen Regelversorgung. Das von der Klägerin an die HzV-Hausärzte zu leistende Honorar werde auf ein Höchstvolumen von 70 Millionen Euro pro Jahr begrenzt. Mit dieser Honorarbegrenzung sei einem zentralen Anliegen der Klägerin Rechnung getragen worden.

Die Klägerin hat den HzV-Vertrag mit Schreiben vom 24.06.2013 zum 30.06.2014 ordentlich - wirksam - gekündigt. Für die Festlegung des Vertragsinhaltes eines neuen HzV-Vertrages zwischen den Beteiligten, der an die Stelle des HzV-Vertrages, der mit Schiedsspruch vom 13.02.2012 festgesetzt worden sei, treten solle, ist die Schiedsperson Dr. H. K. bestimmt worden. Dieser hat am 05.05.2014 einen Schiedsspruch erlassen, in dem unter anderem festgesetzt worden sei, dass bis zu dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens eines neuen HzV-Vertrages die Regelungen des zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung zwischen den Beteiligten geltenden HzV-Vertrages und seiner Anlagen ihrem Inhalt nach - unbeschadet des Wirksamwerdens der von der Klägerin ausgesprochenen Kündigung - weiterhin Anwendung finden würden.

Die Klägerin hat gegen den Schiedsspruch vom 13.02.2012 mit Schreiben vom 04.07.2012 Klage zum Sozialgericht München erhoben. Der Schiedsspruch vom 13.02.2012 verstoße in zentralen Festsetzungen gegen materiell-rechtliche Vorgaben des SGB V und die gesetzgeberische Grundkonzeption einer hausarztzentrierten Versorgung. Nach dem Willen des Gesetzgebers stelle der Schiedsspruch einer Schiedsperson nach § 73b Abs. 4a SGB V keinen Verwaltungsakt (mehr) dar. Der Gestaltungsspielraum der Schiedsperson bei gesetzlich normierten Verfahren wie dem vorliegenden sei enger als bei vertraglich vereinbarten Schiedsverfahren. Entsprechend sei auch der gerichtliche Prüfungsmaßstab breiter. Der gerichtliche Prüfungsmaßstab sei nicht auf grobe oder offenbare Unbilligkeit eingegrenzt und umfasse die Prüfung, ob 1. der Vertrag gegen zwingende materiell-rechtliche Vorgaben des SGB V verstoße und 2. Festsetzungen enthalte, die der gesetzgeberischen Konzeption einer hausarztzentrierten Versorgung zuwiderlaufen würden und die auch in Anbetracht der Erfahrungen der Parteien mit dem alten Hausarztvertrag unbillig seien. Der Schiedsspruch ordne den festgesetzten Vertrag zu Unrecht als "Anschlussvereinbarung" im Sinne des § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V ein. Weder aus dem Gesetzeswortlaut noch aus der Gesetzesbegründung ergebe sich, dass bestandsgeschützte "Anschlussvereinbarungen" auch solche Verträge sein könnten, die nach einer rechtmäßigen, außerordentlichen Kündigung eines vor dem 22.09.2010 abgeschlossenen Vertrages als Neuverträge abgeschlossen oder durch Schiedsspruch festgesetzt würden. Der durch Schiedsspruch festgesetzte Vertrag verstoße gegen die Vorgaben des § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4 und Abs. 8 SGB V, die für Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung, die nach dem 22.09.2010 zustande gekommen seien, gelten würden. Auch aus § 53 Abs. 9 SGB V ergebe sich, dass die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für die hausarztzentrierte Versorgung grundsätzlich über Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden müssten. Auch verstoße der festgesetzte Vertrag gegen zwingende Vorgaben des Sozialdatenschutzes. Bei der Einbeziehung der HÄVG Rechenzentrum AG in die Abrechnung der vertraglichen Leistungen seien die Vorgaben des § 295a SGB V missachtet worden. Der Einsatz des sogenannten "HÄVG-Prüfmoduls"/ HPM im Rahmen der in Anlage 1 vorgesehenen Vertragssoftware sei datenschutzrechtlich unzulässig. Auch bestünden Zweifel an der Vertragsabschlusskompetenz des Beklagten, wofür dieser die Beweislast trage. Zudem sei die Festsetzung eines Vollversorgungsvertrages durch die Schiedsperson unbillig. Der festgesetzte Vertrag sei darüber hinaus in weiteren zentralen Festsetzungen unbillig. So sei es unter anderem unzulässig, dass der Vertrag ein unmittelbares Abrechnungsverhältnis zwischen der Klägerin und den einzelnen teilnehmenden Hausärzten begründe, Teilnahmemöglichkeiten für alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte eröffne und der vertragliche Geltungsbereich auf alle Versicherten der Klägerin, mithin auch die Kinder und Jugendlichen, erstreckt werde.

Der Beklagte hat mit Schriftsätzen vom 31.01.2013 und 06.09.2013 vorgetragen, dass die Festlegung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson kein Verwaltungsakt sei. Daraus folge, dass die gerichtliche Kontrolle des Schiedsspruchs einem eingeschränkten Kontrollmaßstab entsprechend § 319 Abs. 1 BGB unterliege. Im Zuge der Rechts- und Inhaltskontrolle dürfe ausschließlich geprüft werden, ob die Ermittlung des Sachverhalts in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs erfolgt sei, ob zwingendes Gesetzesrecht beachtet und ob der bestehende Beurteilungsspielraum eingehalten worden sei. Hilfsweise sei von einem eingeschränkten Prüfungsmaßstab analog § 89 SGB V auszugehen, der gerade keine Billigkeitsüberprüfung umfasse. Eine Anschlussvereinbarung setze weder einen unmittelbaren zeitlichen Anschluss voraus noch sehe diese einen subjektiven Vertrauensschutz vor, der bei außerordentlichen Kündigungen gegebenenfalls ausgeschlossen wäre. Der von der Klägerin mit einem Verstoß gegen § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4 und Abs. 8 SGB V begründete vermeintliche Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität liege nicht vor. Da es keine Aufwendungen gebe, die durch die Ausgestaltung des Wahltarifs verursacht würden, könne auch nicht gegen § 53 Abs. 9 SGB V verstoßen werden. Der HzV-Vertrag sei, was sich auch aus Stellungnahmen des Bayer. Landesamtes für Datenschutzaufsicht ergebe, in jeder Hinsicht datenschutzrechtskonform. Weder die Benennung der HÄVG AG noch die Benennung der HÄVG Rechenzentrum AG im HzV-Vertrag würden rechtswidrige oder offenbar unbillige Regelungen darstellen. Die Schiedsperson habe auch in Ausübung ihres billigen Ermessens mit guter und nachvollziehbarer Begründung einen Vollversorgungsvertrag festgesetzt. Es sei auch nicht ersichtlich, woraus sich ergeben solle, dass der vertraglich vorgesehene direkte Vergütungsanspruch der teilnehmenden Hausärzte gegen die Klägerin unzulässig sei. Ebenso wenig sei dem Gesetzeswortlaut oder dem Sinn und Zweck der Regelung zu entnehmen, dass an einem HzV-Vertrag nur Fachärzte für Allgemeinmedizin teilnehmen dürften. Schließlich sehe § 73b SGB V, wie die Schiedsperson zutreffend ausgeführt habe, den Ausschluss bestimmter Versichertengruppen nicht vor.

Das Sozialgericht München hat mit Urteil vom 16.07.2014 die Klage abgewiesen. Die auf die Aufhebung des Schiedsspruchs vom 13.02.2012 gerichtete Klage sei unzulässig. Die hilfsweise erhobene Feststellungsklage sei zulässig, jedoch unbegründet. Mangels Vorliegens eines Verwaltungsaktes komme eine Anfechtungsklage nicht in Betracht, diese sei vielmehr nicht statthaft. Der auf die Aufhebung des Schiedsspruchs gerichtete Hauptantrag könnte zwar möglicherweise auch als Leistungsklage sui generis erhoben worden sein. Für diese Klageart bestehe jedoch vorliegend kein Raum, da nach der Rechtsauffassung der Kammer bei der gerichtlichen Überprüfung der Rechtmäßigkeit von Schiedssprüchen gemäß § 73b Abs. 4a SGB V grundsätzlich die Leistungsklage in Form der Ersetzungsklage gemäß § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. §§ 317 Abs. 1, 319 Abs. 1 Satz 2 BGB einschlägig sei. Sei jedoch, wie hier, zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung der durch Schiedsspruch festgesetzte Vertrag nicht mehr in Kraft, habe sich das klägerische Begehren auf Aufhebung und

Ersetzung erledigt. Daran ändere auch der Schiedsspruch vom 05.05.2014 nichts, mit dem festgesetzt worden sei, dass bis zu dem Zeitpunkt des Wirksamwerdens eines neuen HzV-Vertrages die Regelungen des streitgegenständlichen HzV-Vertrages und seiner Anlagen ihrem Inhalt nach weiterhin Anwendung fänden. Die Wirkungen dieses Schiedsspruchs müssten gegebenenfalls in einem eigenständigen (vorläufigen) Rechtsschutzverfahren geklärt werden. Die im Rahmen des § 99 Abs. 3 Nrn. 2, 3 SGG hilfsweise erhobene Feststellungsklage sei zulässig, aber unbegründet. Der Schiedsspruch vom 13.02.2012 sei nicht unbillig, insbesondere nicht rechtswidrig. Hinsichtlich der Frage des gerichtlichen Prüfungsmaßstabes wende die Kammer vorliegend die vom BSG zur gerichtlichen Überprüfung von Schiedssprüchen gemäß § 132a Abs. 2 SGB V aufgestellten Grundsätze entsprechend an. Das BSG habe entschieden, dass die bei Schiedssprüchen nach § 132a Abs. 2 SGB V maßgebliche "Unbilligkeit" sowohl darin bestehen könne, dass der Schiedsspruch auf schwerwiegenden verfahrensrechtlichen Mängeln beruhe als auch darin, dass das gefundene Ergebnis materiell unrichtig sei oder gegen Treu und Glauben (§ 242 BGB) verstoße. Die Prüfung der Frage der Billigkeit oder Unbilligkeit eines Schiedsspruchs gliedere sich in eine Rechtskontrolle und eine Inhaltskontrolle. Die bei zivilrechtlichen Leistungsbestimmungen nach § 317 BGB zusätzlich erforderlich Evidenzkontrolle entfalle jedoch, weil es hier nur auf die "Unbilligkeit" des Schiedsspruchs ankomme, nicht aber darauf, ob die Unbilligkeit "offenbar" sei. Die Beweislast für die Unbilligkeit oder Unrichtigkeit liege bei dem Beteiligten, der sie behaupte. Der Schiedsspruch vom 13.02.2012 sei nicht wegen Verstoßes gegen § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4 und Abs. 8 SGB V (i. d. F. vom 22.12.2011, im Folgenden "a. F.") unbillig. § 1 Abs. 2 HzV-Vertrag, wonach es sich bei dem vorliegenden, durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Vertrag um eine Anschlussvereinbarung im Sinne des § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V a. F. handle, auf die § 73b SGB V in der bis zum 21.09.2010 geltenden Fassung anzuwenden sei, sei nicht zu beanstanden. Die Kammer folge der von der Schiedsperson vertretenen Auffassung, wonach der Begriff der Anschlussvereinbarung nicht in dem Sinne zu verstehen sei, dass ein neuer HzV-Vertrag an den früheren HzV-Vertrag in zeitlicher Hinsicht anknüpfen müsse. Denn andernfalls könnten die Vertragspartner durch ein Hinauszögern der neuen Vertragsverhandlungen das Zustandekommen einer Anschlussvereinbarung verhindern. Der Begriff der Anschlussvereinbarung sei somit im Sinne einer Folgevereinbarung zu verstehen. Aus der Begründung zum Entwurf des GKV-FinG (BT-Drucks. 17/3040, S. 23) sei zu entnehmen, dass § 73b SGB V in seiner bisherigen Fassung bei grundsätzlich allen Anschlussverhandlungen über den Vertragsinhalt angewendet werden solle. Da es sich vorliegend um eine Anschlussvereinbarung im Sinne des § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V a. F. handle, liege ein Verstoß gegen § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4 und Abs. 8 SGB V a. F. nicht vor. Der Schiedsspruch verstoße auch weder gegen das Gebot der Selbsttragung eines Wahltarifs, § 53 Abs. 9 SGB V (i. d. F. vom 22.12.2010; im Folgenden: a. F.) noch gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot, §§ 12 Abs. 1, 70 SGB V. Unstreitig habe die Klägerin vorliegend nicht von der Möglichkeit Gebrauch gemacht, gemäß § 53 Abs. 3 Satz 2 SGB V a. F. im Rahmen des streitgegenständlichen HzV-Vertrages für die Versicherten eine Prämienzahlung oder Zuzahlungsermäßigung vorzusehen. Aus diesem Grund würden für den Wahltarif "hausarztzentrierte Versorgung" auch keine Aufwendungen im Sinne des § 53 Abs. 9 Satz 1 SGB V a. F. existieren. Die aus dem streitgegenständlichen HzV-Vertrag resultierenden Honorarleistungen der Klägerin würden keine Aufwendungen für den Wahltarif im Sinne des § 53 Abs. 9 SGB V a. F. darstellen (vgl. § 73b Abs. 8 SGB V). Auch ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 12 Abs. 1, 70 SGB V) sei nicht gegeben. Nach der Rechtsprechung des BSG könne Maßstab zur Beurteilung der "Unbilligkeit" nur das wirtschaftliche Gesamtergebnis des Schiedsspruchs sein. Daher müsse regelmäßig nicht jede einzelne Bestimmung zur Vergütung der diversen Leistungen isoliert betrachtet werden, sondern es bedürfe der Gesamtschau aller Leistungsbestimmungen unter Einschluss des festgelegten Beginns der Vergütungsanhebung sowie der festgelegten Laufzeit. Unter Zugrundelegung dieses Prüfungsmaßstabs seien keine Anhaltspunkte erkennbar und auch von Klägerseite nicht substantiiert vorgetragen worden, dass die Schiedsperson die Grenzen ihres Beurteilungsspielraums bezüglich der Wirtschaftlichkeit des HzV-Vertrages überschritten hätte. In der Begründung des Schiedsspruchs seien die prognostizierten finanziellen Auswirkungen des HzV-Vertrages näher dargestellt. Diesen Ausführungen sei zu entnehmen, dass das von der Klägerin an die HzV-Hausärzte zu leistende Honorar auf ein Höchstvolumen von 70 Millionen Euro pro Jahr begrenzt werde (vgl. auch § 10 Abs. 1 und Anhang 6 zu Anlage 3 HzV-Vertrag) und damit einem zentralen Anliegen der Klägerin Rechnung getragen worden sei. Durch diese Honorarbegrenzung seien die finanziellen Belastungen der Klägerin im Vergleich zum HzV-Altvertrag erheblich reduziert. Hinzu komme, dass die Schiedsperson zugunsten der Klägerin davon abgesehen habe, in der Vergütungsanlage des HzV-Vertrages erneut kontaktunabhängige Pauschalen zu regeln und sie sich für eine Neueinschreibung der Versicherten in den HzV-Vertrag statt einer Übernahme der bisher in den HzV-Altvertrag eingeschriebenen Versicherten entschieden habe (vgl. § 6 HzV-Vertrag und Begründung Schiedsspruch, S. 28). Die von Klägerseite beanstandete Vergütung für Leistungen im Bereich der Arzneimitteltherapieoptimierung ("AMTHO") (Anlage 3 des HzV-Vertrages, S. 12/25) könne nach der Rechtsprechung des BSG als Einzelvergütungsregelung grundsätzlich keinen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot begründen. Die Frage der Kosten, die der Klägerin durch die nicht vertragskonforme Inanspruchnahme mehrerer Hausärzte durch Versicherte (NVI) zusätzlich entstehen, sei - unabhängig davon, dass die Klägerin keine konkreten, auf den streitgegenständlichen HzV-Vertrag bezogenen Zahlen genannt habe - nicht im Rahmen der Frage der Vereinbarkeit des Schiedsspruchs mit dem Grundsatz der Wirtschaftlichkeit im engeren Sinne zu klären. Denn bei diesen Kosten handle es sich um solche, die durch Fehlverhalten der Versicherten entstehen. Indem in § 9a Abs. 3 bis 5 HzV-Vertrag die Vertragspartner verpflichtet werden, geeignete Maßnahmen zur Reduzierung dieser Mehrfachinanspruchnahmen zu ergreifen bzw. zu unterstützen, und § 12 Abs. 1 HzV-Vertrag für den Hausarzt ein Verbot der "Doppelabrechnung" statuiere, habe die Schiedsperson im Rahmen des ihr eingeräumten billigen Ermessens vom Gericht nicht zu beanstandende, sachgemäße Regelungen getroffen. Der Schiedsspruch sei auch nicht wegen Verstoßes gegen den Grundsatz der Wahrung der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) unbillig. Die Klägerin habe nicht vorgetragen, dass der streitgegenständliche HzV-Vertrag zu Beitragserhöhungen geführt oder die Gefahr von Beitragserhöhungen hervorgerufen habe. Der Schiedsspruch sei auch nicht wegen Verstößen gegen das Datenschutzrecht unbillig. Der Beklagte habe im gerichtlichen Verfahren ausführliche Stellungnahmen des Bayer. Landesamtes für Datenschutzaufsicht vorgelegt. In seiner Stellungnahme vom 30.11.2012 komme das Landesamt zu dem Ergebnis, dass die Erhebung der Einschreibedaten durch den Hausarzt und die Übermittlung dieser Daten an das Rechenzentrum des Beklagten sowie die dortige Verarbeitung auf der Grundlage des § 295a Abs. 1 SGB V i. V. m. der Einwilligung des Versicherten zulässig sei. Aufgrund der Stellungnahme des Bayer. Landesamtes für Datenschutzaufsicht vom 17.08.2012 würden auch keine Bedenken gegen den Einsatz des sogenannten "HÄVG-Prüfmoduls" (HPM) bestehen. Die Klägerin beanstande darüber hinaus zu Unrecht die gegen ihren Willen erfolgte Einbeziehung "systemfremder Dritter" in den von der Schiedsperson festgesetzten Vertrag. Gemäß § 1 Abs. 3 HzV-Vertrag seien Vertragspartner des HzV-Vertrages lediglich die Krankenkasse und der Hausärzteverband. Die HÄVG Rechenzentrum AG sei hingegen nach dem Vertragswerk das vom Beklagten nach § 295a Abs. 2 SGB V als andere Stelle zu Abrechnungszwecken beauftragte und in Anlage 3 unter § 5 Abs. 1 benannte Rechenzentrum (§ 1 Abs. 11 HzV-Vertrag). Die HÄVG sei gemäß § 1 Abs. 12 HzV-Vertrag der Erfüllungsgehilfe des Beklagten zur Erfüllung bestimmter vertraglicher Verpflichtungen aus dem HzV-Vertrag mit Ausnahme der Abrechnung. Der Schiedsspruch vom 13.02.2012 sei auch nicht wegen der Festsetzung eines sogenannten Vollversorgungsvertrages unbillig. Gemäß § 2 Abs. 1 Satz 4 HzV-Vertrag umfasse der Versorgungsauftrag nach dem HzV-Vertrag die regelhafte hausärztliche Versorgung nach § 73 Abs. 1 SGB V und die besondere hausärztliche Versorgung nach § 73b SGB V, hausärztliche Leistungen zur Prävention und Krankheitsfrüherkennung sowie allgemeine ärztliche Leistungen, die von Hausärzten zur Diagnostik und Therapie angewandt würden. Die Schiedsperson habe sich in Ausübung ihres billigen Ermessens für einen Vollversorgungsvertrag anstatt eines ebenfalls rechtlich zulässigen Add-on-Vertrages

entschieden. Unter Berücksichtigung des weiten Gestaltungsspielraums der Schiedsperson, die sich mit den Gründen für und gegen eine Vollversorgung bzw. einen Add-on-Vertrag auseinandergesetzt habe, sei die Entscheidung für einen Vertrag mit Vollversorgung nicht zu beanstanden. Auch im Übrigen würde keine Unbilligkeit des festgesetzten Vertrages vorliegen. Der Vertrag sei nicht wegen der Begründung eines unmittelbaren Abrechnungsverhältnisses zwischen der Klägerin und den einzelnen teilnehmenden Hausärzten, wie dies die §§ 10, 13 HzV-Vertrag vorsehen, unbillig. Der Vorschrift des § 73b SGB V a. F. könne nicht entnommen werden, dass die Vergütungsbeziehungen wie im Kollektivvertragssystem erfolgen müssten. Auch der Umstand, dass alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Hausärzte an dem festgesetzten HzV-Vertrag teilnehmen können (vgl. § 1 Abs. 5 HzV-Vertrag), begründe keine Unbilligkeit. Aus der Vorschrift des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V a. F. könne nicht geschlossen werden, dass hierzu nur Allgemeinärzte berechtigt sein sollen. Nur hinsichtlich der Eignung der Gemeinschaft als Vertragspartner im Sinne des § 73b Abs. 4 SGB V werde auf das Quorum der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte abgestellt. Der streitgegenständliche HzV-Vertrag erstrecke den vertraglichen Geltungsbereich auch in zulässiger Weise auf alle Versicherten der Klägerin (§ 1 Abs. 9, § 2 Abs. 1 Satz 1 HzV-Vertrag). Die von der Klägerin beanstandete Pflicht zum "doppelten Vertragsangebot" für Versicherte unter 18 Jahren, die sowohl an dem streitgegenständlichen HzV-Vertrag wie auch an dem von der Klägerin mit der BVJK-Service GmbH abgeschlossenen PzV-Vertrag teilnehmen könnten, begegne keinen Bedenken. Die Schiedsperson habe zur Begründung der Einschreibung von Versicherten unter 18 Jahren angeführt, dass die gesetzliche Regelung in § 73b SGB V den Ausschluss bestimmter Versichertengruppen nicht vorsehe. Ungeachtet dessen könne auch die Einbeziehung von Kindern und Jugendlichen in den HzV-Vertrag sinnvoll sein, wenn eine spezialärztliche Betreuung durch Kinderärzte nicht geboten sei. Weder der Wortlaut des § 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V a. F. noch die zitierte Begründung zum Entwurf des GKV-OrgWG würden es grundsätzlich ausschließen, zugunsten der Versorgung von Kindern und Jugendlichen eine hausarztzentrierte Versorgung mittels eines speziellen Vertrages mit Kinder- und Jugendärzten (bzw. deren Gemeinschaften) und zusätzlich mittels HzV-Vertrages mit einer Gemeinschaft wie den Beklagten anzubieten. Hiervon scheine auch die Klägerin auszugehen (vgl. §§ 4 Abs. 5 Satz 3, 6 Abs. 6 PzV-Vertrag). Entgegen der Auffassung der Klägerin könne § 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V a. F. nicht entnommen werden, dass bei Vorliegen eines speziellen Vertrages mit Kinder- und Jugendärzten (bzw. deren Gemeinschaften) den Krankenkassen einseitig im Sinne eines Wahlrechts die Möglichkeit eröffnet werde, im Rahmen von Vertragsverhandlungen wegen Abschluss eines HzV-Vertrages mit einer Gemeinschaft gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V a. F. zu bestimmen, ob die Versichertengruppe der Kinder und Jugendlichen auch von diesem HzV-Vertrag umfasst werden solle oder nicht. Insofern gehe der Einwand der Klägerin, die Schiedsperson habe unbefugt in das ihr zustehende Wahlrecht eingegriffen, ins Leere. Die Frage der Einbeziehung der Kinder und Jugendlichen betreffe nicht das Satzungsrecht der Klägerin (vgl. § 73b Abs. 3 Sätze 7, 8 SGB V a. F.), sondern vielmehr den Vertragsinhalt (vgl. auch BayLSG, Beschluss vom 01.12.2010, L 5 KR 261/10 KL ER, Rn. 17), auf den sich die Beteiligten zu einigen haben bzw. der durch die Schiedsperson nach billigem Ermessen festgesetzt werde. Eine Unbilligkeit aufgrund der Festsetzung der Schiedsklausel in § 19 HzV-Vertrag, wonach die Vertragspartner verpflichtet seien, bei allen Streitigkeiten, die sich aus oder im Zusammenhang mit dem HzV-Vertrag oder seiner Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, vor Klageerhebung das in der Anlage 7 näher geregelte Schiedsverfahren durchzuführen, sei - auch unter Berücksichtigung des Art. 19 Abs. 4 GG - nicht zu erkennen. Auch in dem Verzicht auf Aufnahme einer sogenannten Loyalitätsklausel in den HzV-Vertrag liege keine Unbilligkeit. Auch der Umstand, dass der streitgegenständliche HzV-Vertrag der Klägerin kein eigenes Recht einräume, "Hausärzte, die sich gegenüber der Klägerin illoyal verhalten und die Klägerin sogar öffentlich diffamieren", von der Teilnahme am Vertrag auszuschließen, verstoße nicht gegen die Billigkeit. Im Rahmen des weiten Ermessens habe die Schiedsperson in § 5 Abs. 3 HzV-Vertrag geregelt, dass der Beklagte berechtigt und gegenüber der Klägerin verpflichtet sei, den HzV-Vertrag gegenüber dem Hausarzt mit sofortiger Wirkung zu kündigen, wenn ein wichtiger Grund vorliege.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 22.09.2014, die mit Schriftsatz vom 29.12.2014 näher begründet wurde. Der durch Schiedsspruch vom 13.02.2012 festgesetzte Vertrag sei in zentralen Regelungen rechtswidrig bzw. unbillig. Die Klage sei als Feststellungsklage gemäß § 55 SGG zulässig. Die Klägerin habe ein erhebliches rechtliches Interesse an einer gerichtlichen Überprüfung des streitgegenständlichen Vertrages, sowohl im Hinblick auf zukünftige Vertragsgestaltungen als auch im Hinblick auf eine mögliche Rückabwicklung des streitgegenständlichen Vertrages.

Gerichtlicher Prüfungsmaßstab
Die Klageabweisung durch das Sozialgericht beruhe im Wesentlichen darauf, dass das Sozialgericht zu Unrecht von einer nur sehr eingeschränkten gerichtlichen Überprüfbarkeit des Schiedsspruchs vom 13.02.2012 ausgehe. Das Sozialgericht wende letztlich den Prüfungsmaßstab einer "offenbaren Unbilligkeit" an, wie er nach §§ 317, 319 BGB für die Überprüfung zivilrechtlicher Leistungsbestimmungen gelte, ohne diesen Prüfungsmaßstab entsprechend der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in einer den Erfordernissen des öffentlichen Rechts entsprechenden Weise zu modifizieren. Die "Beweislast" für die Unbilligkeit oder Unrichtigkeit sehe das Sozialgericht zudem bei der Klägerin. In Anwendung dieses unzutreffenden Prüfungsmaßstabes habe das Sozialgericht nahezu alle rechtlichen Angriffe der Klägerin gegen den streitgegenständlichen Vertrag mit der Begründung zurückgewiesen, die Schiedsperson habe "im Rahmen des ihr eingeräumten billigen Ermessens vom Gericht nicht zu beanstandende, sachgemäße Regelungen getroffen". Der angegriffene Schiedsspruch unterliege, da er im Rahmen eines gesetzlich normierten Verfahrens ergangen sei, einer umfassenderen gerichtlichen Kontrolle. Die Prüfungsbefugnis des Gerichts umfasse daher nicht nur die Überprüfung der Einhaltung zwingenden Gesetzesrechts, sondern auch die Prüfung, ob der Schiedsspruch der gesetzgeberischen Konzeption einer hausarztzentrierten Versorgung entspreche und auch insoweit "billig" sei.

Rechtswidrigkeit des festgesetzten Vertrages
Der streitgegenständliche Vertrag sei rechtswidrig, indem er die Vorgaben des § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4 SGB V i. d. F. des GKV-FinG, des § 53 Abs. 9 SGB V und des Wirtschaftlichkeitsgebots missachte und in unzulässiger Weise die HÄVG und die HÄVG Rechenzentrum AG als faktische Vertragspartner in den Vertrag einbeziehe. Die Schiedsperson und ihr folgend das Sozialgericht hätten den Vertrag zu Unrecht als "Anschlussvereinbarung" eingeordnet mit der Folge, dass der Vertrag rechtswidrig auf der Grundlage von § 73b SGB V in der bis zum 21.09.2010 geltenden Fassung statt auf der Grundlage von § 73b SGB V i. d. F. des GKV-Finanzierungsgesetzes festgesetzt worden sei. Die Frage, auf Grundlage welchen Rechts der Vertrag festzusetzen gewesen sei, sei im Übrigen rechtsdogmatisch keine Frage, deren Beantwortung einer etwaigen "Gestaltungsfreiheit" der Schiedsperson und einer nur eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle unterfalle. Der streitgegenständliche Vertrag missachte die hier anzuwendenden Vorgaben des § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4, Abs. 8 SGB V i. d. F. des GKV-FinG. Absatz 1 des Anhangs 6 zur Anlage 3 (Vergütungsbegrenzungsklausel) werde den gesetzlichen Vorgaben nicht gerecht. Der Schiedsspruch sehe vielmehr Mehraufwendungen gegenüber der hausärztlichen Regelversorgung in Höhe von jährlich 70 Millionen Euro vor, ohne dass diese Mehraufwendungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen zu finanzieren gewesen wären. Der streitgegenständliche Vertrag sei zu Unrecht als "Anschlussvereinbarung" i. S. d. § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V i. d. F. des GKV-FinG festgesetzt worden. Durch diese Regelung habe 1. sichergestellt werden sollen, dass laufende Verträge zeitlich begrenzt fortgeführt werden

könnten und nicht mit Inkrafttreten des GKV-FinG wegen Verstoßes gegen § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4 SGB V rechtswidrig würden; 2. sollte verhindert werden, dass die Krankenkassen laufende Hausarztverträge aufgrund der neuen Gesetzeslage in Ausübung eines Sonderkündigungsrechts kündigen. Die Klägerin habe dagegen den "alten" Hausarztvertrag, dem der streitgegenständliche Vertrag nach Ansicht der Schiedsperson und des Sozialgerichts als "Anschlussvereinbarung" folgen solle, bereits mit Wirkung zum 31.12.2010 außerordentlich gekündigt. Der erkennende Senat (Beschluss vom 22.02.2011, L 12 KA 2/11 B ER) habe die von der Beklagten begehrte Fortführung des gekündigten Vertrages bis zum Abschluss eines neuen Vertrages ferner abgelehnt, weil die wirksame Kündigung sonst folgenlos geblieben wäre. Vor diesem Hintergrund könne sich der Beklagte auch nicht auf einen "Bestandsschutz" nach § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V i. d. F. des GKV-FinG berufen. Der Begriff der "Anschlussvereinbarung" sei nach dem Sinn und Zweck der Regelung vielmehr so auszulegen, dass lediglich solche Verträge umfasst seien, die in zeitlicher Hinsicht Verträgen folgten, die vor dem 22.09.2010 zustande gekommen wären und durch Ablauf der Vertragslaufzeit oder durch ordentliche Kündigung beendet worden seien. Bestandsschutz sei Vertrauensschutz und nicht "objektiver Systemschutz", wie das Sozialgericht unzutreffend meine. Hätte der Gesetzgeber § 73b SGB V in der vor Inkrafttreten des GKV-FinG geltenden Fassung generell über einen Übergangszeitraum bis zum 30.06.2014 festschreiben wollen, hätte er dies unproblematisch so regeln können. Stattdessen habe der Gesetzgeber aber einen differenzierten Weg gewählt, um einerseits zu verhindern, dass bestehende Verträge im Hinblick auf die Neuregelungen des GKV-FinG in Ausübung eines "Sonderkündigungsrechts" beendet würden, um andererseits aber gleichzeitig sicherzustellen, dass Neuverträge, die "nach dem 22.09.2010 zustande gekommen seien", auch tatsächlich den neuen gesetzlichen Anforderungen genügen.

Missachtung des Gebotes der Selbsttragung eines Wahltarifs
Dass die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für die hausarztzentrierte Versorgung grundsätzlich über Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden müssten, ergebe sich ebenfalls aus dem Gebot der Selbsttragung eines Wahltarifs (§ 53 Abs. 9 SGB V). Das Sozialgericht sei dagegen der unzutreffenden Auffassung, dass das ärztliche Honorar keine "Aufwendung" i. S. d. § 53 Abs. 9 SGB V darstelle. Eine solche einschränkende Auslegung sei weder dem Wortlaut des § 53 Abs. 9 SGB V noch der vom Sozialgericht zitierten Rechtsprechung des BSG zu entnehmen. Wahltarife wie die hausarztzentrierte Versorgung müssten sich durch die erzielten Einnahmen selbst finanzieren und dürften nicht aus den allgemeinen Beiträgen der Versichertengemeinschaft quersubventioniert werden.

Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot
Der streitgegenständliche Vertrag und insbesondere die Ausgestaltung der Vergütungsstruktur würden zudem gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot (§§ 12 Abs. 1, 70 SGB V) verstoßen. Der festgesetzte Vertrag sehe in Anhang 6 zu Anlage 3 eine "Vergütungsbegrenzungsklausel" vor, die ein jährliches Budget von 70 Millionen Euro allein als zusätzliche Vergütung gegenüber der Regelversorgung beinhalte. Dieses Budget gelte allerdings völlig unabhängig von der Zahl der eingeschriebenen Versicherten. Der Begründung des Schiedsspruchs lasse sich entnehmen, dass das Budget in der Erwartung kalkuliert worden sei, dass sich etwa 1,5 Millionen Versicherte und ca. 7.000 Hausärzte in den Vertrag einschreiben würden. In diesem Fall wäre der Fallwert im Vergleich zur Regelversorgung um 11,67 Euro erhöht gewesen, was nach den Ausführungen der Schiedsperson "zu einer nicht unbeträchtlichen Verbesserung der Honorarsituation der teilnehmenden Hausärzte" führen sollte. Tatsächlich hätten an dem streitgegenständlichen Vertrag aber zuletzt nur etwa 600.000 Versicherte teilgenommen, das zusätzliche HzV-Quartalsbudget von 17,5 Millionen Euro sei dennoch nahezu ausgeschöpft worden. Mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot sei diese fehlende Rückkoppelung des Zusatzbudgets an die Zahl der eingeschriebenen Versicherten und deren tatsächliche Behandlung nicht vereinbar. Auch die in Anlage 3 zum festgesetzten Vertrag vereinbarten Pauschalen "Zuschläge für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder" in Höhe von 10,00 Euro, 27,50 Euro und 55,00 Euro seien in ihrer konkreten Ausgestaltung mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot unvereinbar. Diese Pauschalen würden zwar nicht kontaktunabhängig gewährt, seien aber bereits dann zu zahlen, wenn nur ein einziger Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal stattgefunden habe. Der Nachweis eines tatsächlich erhöhten Betreuungsaufwandes sei nach dem festgesetzten Vertrag gerade nicht erforderlich. Das Sozialgericht meine weiterhin, dass zusätzliche Kosten, die der Klägerin durch nicht vertragskonforme Inanspruchnahmen (NVI) entstehen würden, keine Unvereinbarkeit mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot begründen könnten, da diese Kosten allein durch ein Fehlverhalten der Versicherten (der Klägerin) entstünden. NVI seien gerade ein Beleg für das Scheitern der Zielsetzung einer Lotsenfunktion des Hausarztes. Vor diesem Hintergrund sei die in § 9 Abs. 3 bis 5 des festgesetzten Vertrages vorgesehene "Lösung" zur Reduzierung von "Mehrfachinanspruchnahmen" nicht sachgerecht und unbillig. Dort seien nur sehr allgemeine Absichtserklärungen ohne jede vergütungsrechtliche Konsequenz vorgesehen.

Unzulässige Einbeziehung systemfremder Dritter in den festgesetzten Vertrag
Der festgesetzte Vertrag sei des Weiteren deshalb rechtswidrig, jedenfalls unbillig, weil er die HÄVG und die HÄVG AG als faktische Vertragspartner in den Vertrag einbeziehe. Eine Pflicht zum Abschluss eines Vertrages mit systemfremden Dritten sei gesetzlich nicht vorgesehen und widerspreche auch der gesetzlichen Grundkonzeption einer regionalen hausarztzentrierten Versorgung. Das Sozialgericht habe den erstinstanzlich ausführlich begründeten Einwand der Klägerin gegen die Rechtmäßigkeit des festgesetzten Vertrages zu Unrecht allein mit formalen Überlegungen zurückgewiesen. Die faktische Vertragspartnerstellung der HÄVG zeige sich besonders deutlich daran, dass der festgesetzte Vertrag in Anlage 1 die von der HÄVG entwickelten Softwarelösungen als zwingenden Bestandteil der Vertragssoftware festschreibe. Da die Erfassung und Abrechnung der vertraglichen Leistungen zwingend unter Nutzung des "HÄVG-Prüfmoduls" erfolgen müsse, sei eine Durchführung des Vertrags ohne die HÄVG nicht möglich, was gegen die Vorgaben des § 73b SGB V verstoße und insofern auch eine unzulässige Substitution i. S. v. § 664 Abs. 1 BGB (analog) darstelle.

Unbilligkeit des festgesetzten Vertrages
Entgegen den Ausführungen des Sozialgerichts sei der streitgegenständliche Vertrag auch in zentralen Festlegungen unbillig. Die Vertragsgestaltung obliege insofern nicht vollständig der Gestaltungsfreiheit der Schiedsperson, sondern könne und müsse gerichtlich überprüft und korrigiert werden, um einen effektiven Rechtsschutz zu ermöglichen. Der durch Schiedsspruch vom 13.02.2012 festgesetzte Vertrag begründe zu Unrecht unmittelbare Leistungs- und Abrechnungsbeziehungen zwischen der Klägerin und den einzelnen, an dem Vertrag teilnehmenden Hausärzten. Dies widerspreche der Konzeption des § 73b SGB V, wonach der Beklagten die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung durch die teilnehmenden Hausärzte schulde und auch vermitteln müsse. Entgegen diesem gesetzgeberischen Konzept sehe der streitgegenständliche Vertrag zusammengefasst vor, dass die Auszahlung der HzV-Vergütung an die einzelnen Hausärzte zwar durch den Beklagten erfolge (nach Abzug der Verwaltungskosten), Erstattungsansprüche aufgrund fehlerhafter Abrechnungen von der Klägerin aber direkt gegenüber den Hausärzten geltend gemacht werden sollen. Dies sei unbillig. Nach den Regelungen des festgesetzten Vertrages müsse die Klägerin unter einem erheblichen administrativen Zusatzaufwand Zahlungsaufforderungen an alle betroffenen Hausärzte versenden, ehe sie ihren Erstattungsanspruch mit dem HzV-Vergütungsanspruch der

jeweiligen Hausärzte im nachfolgenden Abrechnungsquartal verrechnen könne (§ 12 Abs. 3 des festgesetzten Vertrages). Der streitgegenständliche Vertrag sei entgegen dem Anliegen der Klägerin als sogenannter Vollversorgungsvertrag festgesetzt worden. Die Schiedsperson habe außer Acht gelassen, dass gerade aufgrund der Erfahrungen der Klägerin mit dem gekündigten alten HzV-Vertrag vorliegend allein die Festsetzung eines Add-on-Vertrages der Billigkeit entsprochen hätte. Mit dem Vorteil eines Add-on-Vertrages habe sich der Schiedsspruch nicht auseinandergesetzt. Der streitgegenständliche Vertrag sei als "Vollversorgungsvertrag" auch deshalb unbillig, weil er eine Abrechnung von Leistungen für eingeschriebene HzV-Versicherte im Kollektivvertragssystem nicht wirksam ausschließe. Es handle sich somit gerade nicht um einen "echten" Vollversorgungsvertrag. Im Rahmen eines echten Vollversorgungsvertrages werde die kollektivvertragliche Versorgung durch eine selektivvertragliche Versorgung vollumfänglich ersetzt. Eine Abrechnung von Leistungen für eingeschriebene Versicherte gegenüber der KV sei damit ausgeschlossen. Dies sehe der Beklagte im Widerspruch zu den Erwägungen der Schiedsperson anders. Danach sollen die teilnehmenden Hausärzte für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten auch bei einem "Vollversorgungsvertrag" weiterhin all jene Leistungen gegenüber der KV Bayerns abrechnen können, die nicht explizit im Leitungsverzeichnis des festgesetzten Vertrages (Anlage 3) erfasst seien. Die dadurch entstehenden Kosten solle die Klägerin tragen zusätzlich zur HzV-Vergütung. Nach den bisherigen Auswertungen der Klägerin habe dies zu einer weiteren Erhöhung der Fallwerte um zwischen 15,00 und 19,00 Euro geführt. Die Frage nach der Struktur eines "echten" Vollversorgungsvertrages sei auch einer der zentralen Streitpunkte zwischen den Parteien im aktuellen Schiedsverfahren unter dem Vorsitz von Dr. H. K. gewesen. Der Beklagte habe in diesem aktuellen Verfahren die Auffassung vertreten, dass nur "hausarzttypische" Leistungen von einem Vollversorgungsvertrag umfasst seien und (vermeintlich) "hausarztuntypische" Leistungen, die von den teilnehmenden Hausärzten für eingeschriebene HzV-Versicherte erbracht werden, weiterhin im Rahmen der Regelversorgung über die KV Bayerns abgerechnet werden sollen. Eine solche willkürliche Differenzierung in hausarzttypische und hausarztuntypische Leistungen verbiete sich aber und widerspreche auch der Struktur des EBM. Der streitgegenständliche Vertrag sei vor diesem Hintergrund als "Vollversorgungsvertrag" insofern unbillig, als er keine Regelung enthalte, die eine Abrechnung von Leistungen für eingeschriebene HzV-Versicherte gegenüber der KV Bayerns ausschließe. Der festgesetzte Vertrag sei auch insofern unbillig und mit der Satzung der Klägerin unvereinbar, als er in § 1 Abs. 9 den Geltungsbereich auf alle Versicherten der Klägerin erstrecke. § 73b Abs. 1 SGB V verpflichte die Krankenkassen, allen ihren Versicherten eine besondere hausarztzentrierte Versorgung anzubieten. Dabei lasse der Gesetzgeber den Krankenkassen ausdrücklich die Wahl, die hausarztzentrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen entweder über Verträge mit "Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten" gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V anzubieten oder über gesonderte Verträge mit Kinderärzten. Die Klägerin sei in Ausübung ihres Wahlrechts aus § 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V befugt gewesen, die hausarztzentrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen durch einen separaten Vertrag mit dem Kinder- und Jugendärzteverband als "Gemeinschaft" der Kinderärzte i. S. v. § 73b Abs. 4 Satz 3 Nr. 2 SGB V sicherzustellen. Der streitgegenständliche Vertrag räume durch die Erstreckung des Geltungsbereichs auf alle Versicherten dem Vertrag mit dem Beklagten einen Vorrang vor speziellen Hausarztverträgen zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen ein, der gesetzlich nicht vorgesehen sei. Der festgesetzte Vertrag sehe keine Möglichkeit vor, dass die Klägerin Hausärzte, die sich ihr gegenüber illoyal verhalten oder wiederholt Falsch- oder Doppelabrechnungen von Leistungen vornehmen, von der Teilnahme am Vertrag auszuschließen. Dass die Kündigungsmöglichkeit durch den Beklagten gerade keine sachgerechte Lösung darstelle, zeige die Tatsache, dass der Beklagte sogar die Kündigung von Hausärzten ablehne, gegen die wegen diffamierender Äußerungen über die Klägerin ein rechtskräftiger Strafbefehl ergangen sei.

Die Klägerin stellt den Antrag,

1. das Urteil des Sozialgerichts München vom 16.07.2014 abzuändern und

2. festzustellen, dass der durch Schiedsspruch vom 13.02.2012 festgesetzte Vertrag zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V rechtswidrig und unbillig ist, insbesondere insoweit, als

a) der festgesetzte Vertrag gegen § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4 und Abs. 8 SGB V i. d. F. des GKV-FinG verstößt; b) der festgesetzte Vertrag mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot unvereinbar ist; c) systemfremde Dritte, insbesondere die HÄVG und die HÄVG Rechenzentrum AG, als - faktische - Vertragspartner am festgesetzten Vertrag gegen den Willen der Klägerin beteiligt werden; d) der festgesetzte Vertrag unmittelbare Vergütungsansprüche der teilnehmenden Ärzte gegenüber der Klägerin begründet; e) der als "Vollversorgungsvertrag" festgesetzte Vertrag eine Abrechnung von Leistungen für eingeschriebene HzV-Versicherte im Kollektivvertragssystem nicht wirksam ausschließt; f) der Geltungsbereich des festgesetzten Vertrages sich auf alle Versicherten der Klägerin erstreckt ohne eine Mehrfachteilnahme an verschiedenen Vertragsangeboten der Klägerin zur hausarztzentrierten Versorgung auszuschließen.

Der Beklagte stellt den Antrag,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 30.09.2015 vorgetragen, dass die Entscheidung des SG München bereits deswegen richtig bezüglich des Hauptantrags ist, weil die auf Aufhebung des streitgegenständlichen Schiedsspruchs gerichtete Klage unzulässig war. Für die vollständige Aufhebung des Urteils bestehe somit gar kein Raum. Die auf Feststellung der Rechtswidrigkeit der Regelungen im HzV-Vertrag abzielenden Anträge seien unbegründet. Entgegen der Auffassung der Klägerin habe das SG München bei seiner Entscheidung die Regelungen im HzV-Vertrag nicht nur auf ihre etwaige offenbare, sondern auch auf schlichte Unbilligkeit überprüft. Aufgrund des Ermessens der Schiedsperson könne die maßgebliche "Unbilligkeit" lediglich darin bestehen, dass der Schiedsspruch auf schwerwiegenden verfahrensrechtlichen Mängeln beruht, das gefundene Ergebnis materiell unrichtig ist oder gegen Treu und Glauben verstößt. Der streitgegenständliche Vertrag sei nach alledem nur im Hinblick auf die Einhaltung zwingenden Gesetzesrechts zu überprüfen. Soweit Lücken des HzV-Vertrages bestehen, seien die von den Vertragsparteien - gegebenenfalls unter Beiziehung einer Schiedsperson - auszufüllen. Bei dem HzV-Vertrag handle es sich um eine Anschlussvereinbarung gemäß § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V in der ab dem 22.09.2010 geltenden Fassung. Zwischen den Parteien habe seit dem 12.02.2009 ein HzV-Vertrag bestanden, den die Klägerin mit Wirkung zum 31.12.2010 gekündigt habe. Die Schiedsperson sei berechtigt gewesen, den HzV-Vertrag als Anschlussvereinbarung festzusetzen. Entgegen der Auffassung der Klägerin setze eine Anschlussvereinbarung nicht zwingend voraus, dass diese zeitlich unmittelbar an die vorhergehende Vereinbarung anschließen müsse. Der Gesetzgeber habe klargestellt (BT-Drucks. 17/3040, S. 23), dass der Begriff Anschlussvereinbarung im Sinne einer "Folgevereinbarung" im Sinne einer inhaltlichen und nicht zeitlichen Anschlussvereinbarung zu verstehen sei. Auch bei einer außerordentlichen Kündigung bestehe Bestandsschutz. Denn Sinn und Zweck der Bestandsschutzregelung nach § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V

a. F. sei ausweislich der Gesetzesbegründung die Sicherstellung einer gewissen zeitlichen Dauer der laufenden HzV-Verträge bzw. deren Anschlussvereinbarungen gewesen, um eine fundierte Evaluation der Verträge durchführen zu können. Aus diesem Grunde sei die zunächst bis zum 31.12.2012 begrenzte Bestandsschutzregelung nochmals bis zum 30.06.2014 verlängert worden (vgl. BT-Drucks. 17/3696, S. 46). Vor diesem Hintergrund sei die Annahme der Klägerin falsch, dass es sich bei dem Bestandsschutz gemäß § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V a. F. um Vertrauensschutz handle. Vielmehr sei dieser angesichts des eindeutigen Willens des Gesetzgebers als "objektiver Systemschutz zugunsten der vom Gesetzgeber gewünschten Evaluation" zu verstehen. Auch der Versuch der Klägerin, selbst bei Annahme einer Anschlussvereinbarung eine Rechtswidrigkeit des HzV-Vertrages aus einem Verstoß gegen § 53 Abs. 9 SGB V herzuleiten, gehe ins Leere. Die Regelung in § 53 Abs. 9 SGB V sei ohnehin für die Bewertung der Rechtmäßigkeit des HzV-Vertrages unerheblich und lege lediglich Vorgaben für die Kalkulation der Wahltarife fest, wobei die Kalkulation allein der Klägerin obliege und nicht Gegenstand des HzV-Vertrages sei. Die Vorschrift beziehe sich ausschließlich auf die Rechtmäßigkeit des Wahltarifs in der Satzung der Krankenkasse. Ein Verstoß gegen § 53 Abs. 9 SGB V könne deshalb nicht die Rechtmäßigkeit des HzV-Vertrages berühren, sondern allenfalls die des seitens einer Krankenkasse angebotenen Wahltarifs. Vorliegend habe die Klägerin unstreitig von der Möglichkeit gemäß § 53 Abs. 9 SGB V, Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen vorzusehen, keinen Gebrauch gemacht. Die Regelung des § 53 Abs. 9 SGB V komme insofern gar nicht erst zum Tragen. Der HzV-Vertrag und die darin festgesetzte Vergütungsstruktur würden auch nicht gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verstoßen. Da die Regelungen des § 73b Abs. 5a Satz 1 bis 4 und Abs. 8 SGB V a. F. auf den HzV-Vertrag als Anschlussvereinbarung keine Anwendung finden, seien die Allgemeinen Grundsätze der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu beachten, gegen die kein Verstoß ersichtlich sei. Die Begründung der Klägerin, warum der festgesetzte HzV-Vertrag unwirtschaftlich sein solle, erschöpfe sich in der immer noch unsubstantiierten Behauptung, aus dem HzV-Vertrag würden angeblich Mehrbelastungen resultieren, die nicht gerechtfertigt seien. Daneben würden die Zuschläge für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder einen Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot darstellen. Zudem werde bemängelt, dass die Zuschläge bereits bei nur einem Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal anfallen. Schließlich würden auch die nicht vertragskonformen Inanspruchnahmen zur Herleitung eines Verstoßes gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot herangezogen. Inwiefern aus diesen unsubstantiierten Behauptungen ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot resultieren könne, sei nicht nachvollziehbar und werde von der Klägerin auch nicht dargelegt. Es werde verkannt, dass es bei der Beurteilung nicht vordergründig auf die finanziellen Auswirkungen des HzV-Vertrages auf den Haushalt der Klägerin ankomme, sondern auf das Ergebnis der Abwägung zwischen den Kosten und dem Nutzen der hausarztzentrierten Versorgung auf Grundlage des HzV-Vertrages. Die Klägerin habe sich im Übrigen selbst ausdrücklich geweigert, erwiesene Einsparmöglichkeiten, die z. B. in dem mit der AOK Baden-Württemberg bestehenden HzV-Vertrag effektiv umgesetzt worden seien, anzuwenden, obwohl sie selbst Einsparpotenzial bei der Arzneimittelversorgung der Versicherten in einem mehrstelligen Millionenbetrag für möglich halte, ohne die Qualität der Versorgung zu verringern. Die Klägerin habe im Laufe des Schiedsverfahrens selbst vorgetragen, dass eine Summe von 55 Millionen für einen Add-on-Vertrag allein im Jahr 2012 zur Verfügung stünde. Eine Überforderung der Klägerin sei angesichts der für das Jahr 2012 auf 35 Millionen und für das Jahr 2013 auf 70 Millionen festgelegten Vergütungsobergrenze nicht zu befürchten und sei auch nicht eingetreten und auch nicht dargelegt worden. Auch die "Einbeziehung" Dritter in den HzV-Vertrag sei nicht rechtswidrig. Mit dem Begriff "Einbeziehung" und "faktische Vertragspartner" versuche die Klägerin zu suggerieren, dass die HÄVG Vertragspartner im Rahmen des HzV-Vertrages geworden sei. Die Rolle der HÄVG als Erfüllungsgehilfe bzw. des Rechenzentrums als andere Stelle sei in § 1 Abs. 1 und 12 HzV eindeutig geregelt. Es bestehe auch keine Unbilligkeit aufgrund sonstiger Regelungen. Es sei nicht ersichtlich, woraus sich ergeben solle, dass der vertraglich vorgesehene direkte Vergütungsanspruch der teilnehmenden Hausärzte unzulässig sein solle. Dies ergebe sich auch nicht aus § 73b SGB V. Die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung sei zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren. Diese Befugnis gehe im Rahmen eines Schiedsverfahrens auf die Schiedsperson über. Die Schiedsperson habe in Ausübung ihres billigen Ermessens mit guter und nachvollziehbarer Begründung in rechtmäßiger Weise einen Vollversorgungsvertrag festgesetzt. Die Teilnahmemöglichkeit aller Versicherten der Klägerin, unabhängig von deren Alter, stelle ebenfalls keine unbillige Regelung im Rahmen des HzV-Vertrages dar. § 73b SGB V sehe keinen Ausschluss bestimmter Versichertengruppen vor. Der von der Klägerin zitierten Vorschrift in § 73b Abs. 3 Satz 4 SGB V sei lediglich zu entnehmen, dass ein Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit den in Absatz 4 Satz 3 genannten Vertragspartnern - unabhängig von einer Einigung im Sinne des Absatzes 4 Satz 1 - geschlossen werden könne. Das Angebot der hausarztzentrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen könne insofern sowohl mittels des im Streit stehenden HzV-Vertrages als auch mittels eines speziellen Vertrages mit Kinderärzten erfolgen. Dieses entbinde die Klägerin jedenfalls nicht von der vertraglichen Pflicht, allen ihren Versicherten die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V anzubieten. Wie die Klägerin selbst ausführe, könne sie zur Vermeidung einer Mehrfachteilnahme der Versicherten in einem freiwilligen Vertrag zur Versorgung von Kindern und Jugendlichen entsprechende Regelungen vorsehen. In diesem Fall könnten die Versicherten wählen, an welchem Vertrag sie teilnehmen möchten. Weder aus dem Gesetz noch aus der Gesetzesbegründung ergebe sich, dass dieses Wahlrecht auf die Klägerin übertragen worden wäre. Ebenfalls nicht unbillig seien die Regelungen zur Kündigung von Leistungserbringern. Es seien sowohl automatische Beendigungsgründe in dem Vertrag enthalten als auch die Pflicht des Beklagten gegenüber der Klägerin zur Kündigung von Leistungserbringern bei Vorliegen eines wichtigen Grundes. Die Nichtaufnahme einer Loyalitätsklausel sei keineswegs unbillig. Die Vertragsparteien seien bereits aus allgemeinen Vorschriften zu gegenseitigem vertragstreuem Verhalten verpflichtet.

Dem Senat liegen die Akte des Sozialgerichts München S 28 KA 696/12, die Berufungsakte L 12 KA 149/14 sowie vier Leitz-Ordner der Kanzlei A. zur Entscheidung vor, die zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden und auf deren weiteren Inhalt ergänzend Bezug genommen wird.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig, aber nicht begründet. Das Sozialgericht München hat mit dem angefochtenen Urteil vom 16.07.2014 die Klage der Klägerin gegen den Schiedsspruch vom 13.02.2012 zu Recht abgewiesen. Der Schiedsspruch vom 13.02.2012 entspricht in vollem Umfang der Sach- und Rechtslage.

Der Senat weist die Berufung gemäß § 153 Abs. 2 SGG aus den zutreffenden Gründen der erstinstanzlichen Entscheidung zurück.

Die Einwände der Klägerin im Berufungsverfahren führen zu keinem für die Klägerin günstigeren Ergebnis. Die Klägerin hat die Klage zu Recht als Feststellungsklage i. S. v. § 55 Abs. 1 SGG erhoben. Das für eine Feststellungsklage notwendige Rechtsschutzbedürfnis ist im Hinblick auf die nach wie vor bestehenden Meinungsunterschiede zwischen den Beteiligten insbesondere hinsichtlich des ebenfalls geschiedsten Folgevertrages vom 10.12.2014 ohne Weiteres gegeben. Die Klage richtet sich auch zu Recht gegen die Beklagte und nicht gegen die Schiedsperson. Dies ergibt sich daraus, dass die Schiedsperson keine Behörde ist und deren Entscheidung nicht in der Form eines

Verwaltungsakts ergeht (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 25.03.2015 Juris Rn. 55, BSGE 118, 164 bis 200, Rn. 55). Für die Begründetheit der Feststellungsklage ist zwar in der Regel auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung abzustellen. Vorliegend ist jedoch vom Zeitpunkt der Festsetzung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson am 13.02.2012 auszugehen, weil die Klägerin die Rechtswidrigkeit des Schiedsspruchs für den Zeitpunkt seines Ergehens geltend macht.

Gerichtlicher Prüfungsmaßstab
Der gerichtliche Prüfungsmaßstab erstreckt sich entgegen der Auffassung der Klägerin nicht über die Einhaltung zwingenden Gesetzesrechts hinaus auch auf die Frage, ob der Vertrag in seinen zentralen Festlegungen der gesetzlichen Grundkonzeption einer hausarztzentrierten Versorgung entspricht und geeignet ist, die Ziele der hausarztzentrierten Versorgung zu verwirklichen. Die Entscheidung der Schiedsperson nach § 73b Abs. 4a SGB V unterliegt demgegenüber nur in eingeschränktem Umfang der gerichtlichen Kontrolle. Der Schiedsspruch ist nur daraufhin zu überprüfen, ob die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen beachtet und in inhaltlicher Ansicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten wurden. Es ist in formeller Hinsicht zu klären, ob das Schiedsamt den von ihm zugrunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs festgestellt hat und der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis wenigstens andeutungsweise erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob die Schiedsperson den ihr zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten hat, d. h. die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat. Die gerichtliche Kontrolle der Festsetzung des Vertragsinhalts durch die Schiedsperson richtet sich nach alledem nach dem in der Rechtsprechung zur Überprüfung von Schiedsamtsentscheidungen nach § 89 SGB V entwickelten Maßstäben (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 25.03.2015, B 6 KA 9/14, Juris Rn. 58 sowie Beschluss des Senats vom 05.10.2015, L 12 KA 83/15 B ER, Rn. 106). Diesen Maßstab hat auch die Schiedsperson in der Entscheidung vom 13.02.2012 - wenn auch in Anlehnung an § 132a Abs. 2 SGB V - zugrunde gelegt (vgl. S. 17/18 der Entscheidungsbegründung).

Kein Verstoß gegen § 73b Abs. 5a Sätze 1 bis 4 und Abs. 8 SGB V i. d. F. des GKV-FinG
Der HzV-Vertrag war entgegen der Auffassung der Klägerin nicht auf der Grundlage des § 73b SGB V i. d. F. des Gesetzes zur nachhaltigen und sozial ausgewogenen Finanzierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Finanzierungsgesetz - GKV-FinG - vom 22.12.2010, BGBl. I S. 2309) festzusetzen (dort wurde mit Wirkung vom 22.09.2010 - Art. 15 Nr. 4 GKV-FinG ein neuer Absatz 5a aufgenommen, wobei durch die Neuregelungen das Wirtschaftlichkeitsgebot in der HzV dadurch gestärkt werden sollte, dass für die ab dem 22.09.2010 geschlossenen bzw. durch Schiedsspruch festgesetzten HzV-Verträge ausdrücklich die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität festgeschrieben wurde und die Höhe der Vergütung in der HzV begrenzt wurde bzw. ihre Steigerung unter bestimmten Voraussetzungen durch Einsparungen und Effizienzsteigerungen, die aus den HzV-Verträgen erzielt wurden, zu finanzieren waren), sondern auf der Grundlage des § 73b SGB V in der bis zum 21.09.2010 geltenden Fassung des Gesetzes zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) vom 15.12.2008. In der Begründung zum Schiedsspruch ist zu Recht darauf hingewiesen worden, dass der Begriff der Anschlussvereinbarung in § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V a. F. nicht in dem Sinne zu verstehen ist, dass ein neuer HzV-Vertrag an den früheren HzV-Vertrag in zeitlicher Hinsicht anknüpfen müsse. Andernfalls könnten die Vertragspartner durch ein Hinauszögern der Vertragsverhandlungen den zeitlichen Zusammenhang mit dem früheren HzV-Vertrag aufheben mit der Folge, dass keine Anschlussvereinbarung zustande käme. Der Begriff der Anschlussvereinbarung ist daher im Sinne einer Folgevereinbarung zu verstehen und ist entgegen der Ansicht der Klägerin gerade nicht einschränkend dahingehend auszulegen, dass nur solche Verträge umfasst sein sollen, die in zeitlicher Hinsicht Verträgen folgen, die vor dem 22.09.2010 zustande gekommen waren und durch Ablauf der Vertragslaufzeit oder durch ordentliche Kündigung beendet wurden. Insbesondere aus der Gesetzesbegründung (vgl. Begründung Gesetzentwurf zum GKV-FinG BT-Drucks. 17/3040, S. 23, S. 36 zu Nr. 5a wie auch Beschlussempfehlung und Bericht des Ausschusses für Gesundheit, BT-Drucks. 17/3696, S. 46) ergibt sich, dass durch den gesetzgeberisch gewollten Bestandsschutz die im Koalitionsvertrag vorgesehene Evaluation der HzV-Verträge gewährleistet werden soll, "ohne dass das Ergebnis dieser Bewertung durch zwischenzeitliche Änderungen der für die hausarztzentrierte Versorgung maßgeblichen Regelungen erschwert" wird. Gerade im Hinblick auf dieses wesentliche gesetzgeberische Ziel ist es ausgeschlossen, bei der Frage des Vorliegens und der Statthaftigkeit einer Anschlussvereinbarung zwischen ordentlich und außerordentlich gekündigten Altverträgen zu differenzieren. Die Regelung des § 73b Abs. 5a Satz 5 SGB V dient also nicht dem individualrechtlichen Vertrauensschutz einer oder beider Vertragsparteien, sondern sie soll sicherstellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung als alternatives Versorgungsmodell evaluiert werden kann, was nach Ansicht des Gesetzgebers nur bei einigermaßen stabilen gesetzlichen Rahmenbedingungen gewährleistet ist. Bestandsschutz meint also objektiven Systemschutz, nicht subjektiven Vertrauensschutz (vgl. Kingreen als Schiedsperson i. S. v. § 73b in dem Parallelschiedsspruch zwischen der Beklagten und den Ersatzkassen vom 17.02.2012, S. 9).

Missachtung des Gebots der Selbsttragung eines Wahltarifs
Entgegen der Auffassung der Klägerin liegt auch kein Verstoß des Schiedsspruchs gegen das Gebot der Selbsttragung eines Wahltarifs (§ 53 Abs. 9 SGB V) vor, der vorsieht, dass die Aufwendungen der gesetzlichen Krankenkassen für die hausarztzentrierte Versorgung grundsätzlich über Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden müssen. Es bestehen zwar insofern Bedenken gegen die Auffassung des SG B-Stadt in der zugrunde liegenden Entscheidung (Urteil vom 16.07.2014, S 28 KA 696/12 - juris Rn. 47 f.), nach der ein Vertrag zur HzV bereits deshalb nicht gegen § 53 Abs. 9 SGB V verstoßen könne, weil die möglicherweise durch diesen Vertrag verursachten Mehrkosten keine "Aufwendungen für den Wahltarif" i. S. d. § 53 Abs. 9 Satz 1 SGB V seien und dass diese deshalb auch nicht durch Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen gegenfinanziert werden müssten. Der Begriff der "Aufwendungen für den Wahltarif" dürfte umfassender zu verstehen sein (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 25.03.2015, Rn. 78). Dies kann vorliegend aber offen bleiben. Denn die eindeutige Entscheidung des Gesetzgebers gegen die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in der HzV für den vorliegenden geschiedsten Vertrag kann nicht über das Verbot der Quersubventionierung von Wahltarifen aus § 53 Abs. 9 SGB V unterlaufen werden (vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 03.11.2011 - L 3 KA 104/10 B ER, juris Rn. 48). Maßgebend ist die für das Leistungserbringungsverhältnis vorrangige Regelung des § 73b SGB V. Deshalb ist § 53 Abs. 9 SGB V insoweit einschränkend auszulegen, als nicht allein darin ein Verstoß gegen das Verbot der Quersubventionierung aus § 53 Abs. 9 SGB V gesehen werden kann, wenn die Vertragspartner des HzV von der Gestaltungsfreiheit Gebrauch machen, die der Gesetzgeber ihnen mit der bereichsspezifischen Ausnahme vom Gebot der Beitragssatzstabilität einräumen wollte. Im Übrigen betrifft die Regelung zu den Wahltarifen das Verhältnis der Krankenkassen zu den Versicherten und nicht das Leistungserbringungsrecht. Ein Verstoß gegen die Vorgaben des § 53 Abs. 9 SGB V könnte deshalb nur die Rechtmäßigkeit der Satzung der Krankenkasse berühren und nicht die Rechtmäßigkeit des Vertrages zur HzV.

Entgegen der Auffassung der Klägerin verletzt der geschiedste HzV-Vertrag auch nicht das Wirtschaftlichkeitsgebot. Für die Rechtmäßigkeit der Festsetzung durch die Schiedsperson unter dem Gesichtspunkt des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§§ 12 Abs. 1, 70 SGB V) ist

ausschlaggebend, dass die für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit wesentlichen Gesichtspunkte erkannt und gegeneinander abgewogen worden sind und Eingang in die Begründung gefunden haben. Diesen Anforderungen wird der Schiedsspruch und seine Begründung gerecht. Aus der Begründung ist zu ersehen, dass die Schiedsperson zunächst eine einvernehmliche Regelung zwischen den Beteiligten erreichen wollte, ein solches Einverständnis aber nicht mal ansatzweise erzielt werden konnte. Die Schiedsperson ist daher in nicht zu beanstandender Weise davon ausgegangen, dass das finanzielle Risiko der Antragsgegnerin aus dem HzV-Vertrag durch eine Regelung begrenzt werden müsse. Da nach zutreffender Auffassung der Schiedsperson eine Beschränkung des Zugangs der Versicherten zur HzV auf einen bestimmten Prozentsatz der Versicherten rechtlich nicht zulässig war, hat die Schiedsperson das von der Klägerin an die Beklagte zu leistende Honorar auf ein Höchstvolumen von 70 Millionen Euro pro Jahr begrenzt. Diese Grenze von 70 Millionen wurde unter umfangreicher Abwägung schon bekannter Daten und der Prognose über die weitere Entwicklung ausgewogen festgelegt. Dabei ging die Schiedsperson im Vergleich zu der sehr hohen Einschreibungszahl von knapp 2,6 Millionen Versicherten (bei entsprechend hohen Leistungsausgaben der Beklagten im Jahr 2010 für HzV-Leistungen in Höhe von ca. 400 Millionen Euro) im HzV-Altvertrag von nur mehr 1,5 Millionen eingeschriebenen Versicherten (bei einer noch deutlicher reduzierten Vergütungsobergrenze von 70 Millionen Euro) für den neuen HzV-Vertrag aus. Dass die Prognoseentscheidung zur Einschreibungszahl mit zuletzt 600.000 Versicherten nochmals deutlich geringer im Vergleich zur Einschreibungszahl des HzV-Altvertrages ausfiel, macht die Prognoseentscheidung in dem streitgegenständlichen Schiedsspruch nicht rechtswidrig, weil nicht erkennbar ist, dass die Prognose auf unrichtigen Tatsachen oder unrichtigen bzw. unsachlichen Erwägungen beruht. Insbesondere konnte die Schiedsperson noch nicht die Abschaffung der Praxisgebühr zum 01.01.2013 aufgrund des Beschlusses des Bundestages vom 09.11.2012 in die Überlegungen miteinbeziehen. Die Befreiung von der Praxisgebühr bei Einschreibung in den HzV-Altvertrag war wohl ein wichtiger Grund für die hohe Einschreibungszahl in den HzV-Altvertrag. Interessant ist in diesem Zusammenhang, dass die Klägerin der Beklagten mit Schriftsatz vom 30.03.2015 im Rahmen einer Übergangsregelung für eine Fortgeltungsvereinbarung ab 01.04.2015 Honorarleistungen angeboten hat, die den Betrag von 70 Millionen Euro noch um 10 % erhöhen und von der Klägerin insbesondere hervorgehoben wird, dass bei allen Vereinbarungen künftiger HzV-Verträge zur Vermeidung untragbarer Finanzrisiken eine feste Vergütungsbegrenzungsklausel zu vereinbaren ist. Ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot kann nach alledem nicht erkannt werden.

Keine unzulässige Einbeziehung systemfremder Dritter in den festgesetzten Vertrag
Die Klägerin geht zu Unrecht davon aus, dass die HÄVG und die HÄVG Rechenzentrum AG als "faktische Vertragspartner" rechtswidrig in den Vertrag einbezogen worden sind. Entscheidend ist allein, dass gemäß § 1 Abs. 3 HzV-Vertrag Vertragspartner des HzV-Vertrages lediglich die Krankenkasse und der Hausärzteverband sind. Demgegenüber ist die Rechtsstellung des HÄVG Rechenzentrum AG gemäß § 1 Abs. 11 HzV-Vertrag als das vom Hausärzteverband nach § 259a Abs. 2 SGB V als andere Stelle zu Abrechnungszwecken beauftragte und in Anlage 3 unter § 5 Abs. 1 benannte Rechenzentrum beschrieben. Die HÄVG schließlich ist gemäß § 1 Abs. 12 HzV-Vertrag der Erfüllungsgehilfe des Hausärzteverbandes zur Erfüllung bestimmter vertraglicher Verpflichtungen aus diesem HzV-Vertrag mit Ausnahme der Abrechnung. In § 2 Abs. 3 Satz 2 HzV-Vertrag ist hierzu passend geregelt, dass der Beklagte zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der hausärztlichen Leistungen gemäß § 295a Abs. 2 SGB V i. V. m. § 80 SGB X berechtigt ist, eine andere Stelle zu beauftragen, in § 2 Abs. 3 Satz 3 HzV-Vertrag ist schließlich geregelt, dass der Hausärzteverband als andere Stelle i. S. v. § 295a Abs. 2 SGB V i. V. m. § 80 SGB X das in Anlage 3 benannte Rechenzentrum beauftragt. Gemäß § 2 Abs. 4 Satz 1 HzV-Vertrag ist der Beklagte weiter berechtigt, sich im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften bei der Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen Dritter als Erfüllungsgehilfen zu bedienen (§ 278 BGB). Soweit die HÄVG im Rahmen des HzV-Vertrages erwähnt wird, erfolgt dies ausschließlich in Wahrnehmung ihrer Funktion als Erfüllungsgehilfe des Beklagten (§ 2 Abs. 4 Satz 2 HzV-Vertrag). Der Senat hat die Einbeziehung der HÄVG als Erfüllungsgehilfin des Beklagten bereits in einem den HzV-Altvertrag betreffenden Verfahren ausdrücklich nicht beanstandet (vgl. BayLSG, Beschluss vom 22.02.2011, Az.: L 12 KA 2/11 B ER, Rn. 70). Das SG hat zu Recht darauf hingewiesen, dass es nicht darauf ankomme, ob der Beklagte ohne Einbeziehung der HÄVG faktisch nicht in der Lage wäre, seine vertraglichen Pflichten vollständig erfüllen; entscheidend ist lediglich, dass der Beklagte rechtlich hinsichtlich der ihm obliegenden Pflichten einsteht. Dies ist vorliegend ohne Zweifel der Fall.

Unmittelbare Vertragsbeziehungen zwischen der Klägerin und den beteiligten Hausärzten
Weiter ist es nicht zu beanstanden, dass der durch Schiedsspruch vom 13.02.2012 festgesetzte Vertrag unmittelbare Leistungs- und Abrechnungsbeziehungen zwischen der Klägerin und den einzelnen, an dem Vertrag teilnehmenden Hausärzten begründet. Dies widerspricht insbesondere nicht der Konzeption des § 73b SGB V. Der von Klägerseite diesbezüglich genannte § 73b Abs. 4 SGB V sieht hierzu vor, dass zur flächendeckenden Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung die Krankenkassen spätestens bis zum 30.06.2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen haben. In § 73b Abs. 5 ist hierzu weiter geregelt, dass in den Verträgen nach Absatz 4 das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln ist. Die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung ist also im Rahmen der vertraglichen Beziehungen zwischen Krankenkasse und "der Gemeinschaft" zu regeln. Diese Befugnis geht im Rahmen eines Schiedsverfahrens wie vorliegend auf die Schiedsperson über.

Rechtmäßigkeit der Festsetzung eines Vollversorgungsvertrages
Es ist weiter auch nicht zu beanstanden, dass sich die Schiedsperson entgegen dem Anliegen der Klägerin für die Ausgestaltung des HzV-Vertrages als Vollversorgungsvertrag und nicht lediglich als Add-on-Vertrag entschieden hat. Die Schiedsperson hat im Rahmen des ihm zukommenden Ermessens die für und gegen die jeweiligen Vertragstypen maßgeblichen Gründe gesehen und gegeneinander abgewogen. So spricht nach Auffassung der Schiedsperson für einen Vollversorgungsvertrag, dass dieser den Krankenkassen und den Hausarztgemeinschaften die Möglichkeit eröffnet, strukturelle Verbesserungen in der Leistungserbringung für die Versicherten vorzusehen, während durch Add-on-Verträge regelmäßig nur punktuelle Ansätze bei Leistungsverbesserungen, nicht aber solche strukturellen Verbesserungen gewährleistet würden. Zudem wurde berücksichtigt, dass auch für andere KÄV-Bezirke von den Schiedspersonen der Vertragsinhalt von HzV-Verträgen als Vollversorgungsverträge festgelegt wurden und auch im KÄV-Bezirk Bayerns sowohl eine große Ersatzkasse als auch zahlreiche Betriebskrankenkassen auf freiwilliger Basis im Wege von Anschlussvereinbarungen Vollversorgungsverträge mit dem Antragsteller abgeschlossen hätten und zudem auch der HzV-Altvertrag zwischen den Verfahrensbeteiligten als Vollversorgungsvertrag ausgestaltet gewesen sei. Dies spreche dagegen, dass es bei der Durchführung eines Vollversorgungsvertrages zu unüberwindlichen Schwierigkeiten käme. Ergänzend hierzu ist auszuführen, dass sich gerade mit einem Vollversorgungsvertrag das legislative Ziel eines obligatorischen Primärarztsystems wirksam erreichen lässt, indem die gesamte hausärztliche Versorgung einschließlich aller Behandlungsabläufe, der Dokumentation, Koordination und Lotsenfunktion in einer Hand, nämlich der des gewählten Hausarztes zusammengeführt wird und er zugleich besondere Qualitätsanforderungen erfüllt (vgl. hierzu Beschluss des Senats vom 05.10.2015, L 12 KA 83/15 B ER, Rn. 108). Die Schiedsperson hat mit der Festsetzung eines

Vollversorgungsvertrages ihren möglichen Entscheidungsspielraum jedenfalls nicht überschritten.

Zulässigkeit einer uneingeschränkten Teilnahmemöglichkeit für alle Versicherten der Klägerin
Der festgesetzte Vertrag ist entgegen der Ansicht der Klägerin auch nicht insofern unbillig und mit der Satzungshoheit der Klägerin unvereinbar, als er in § 1 Abs. 9 den Geltungsbereich auf alle Versicherten der Klägerin erstreckt. Zu Unrecht entnimmt die Klägerin aus § 73b Abs. 4 Satz 3 SGB V a. F. ein Wahlrecht der Krankenkassen dahingehend, die hausarztzentrierte Versorgung von Kindern und Jugendlichen entweder über Verträge mit "Gemeinschaften, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte vertreten" gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V anzubieten oder über gesonderte Verträge mit Kinderärzten. Den gesetzlichen Bestimmungen kann lediglich entnommen werden, dass das Angebot der hausarztzentrierten Versorgung von Kindern und Jugendlichen auf zwei Wegen, nämlich mittels des im Streit stehenden HzV-Vertrages oder mittels eines speziellen Vertrages mit Kinderärzten, erfolgen kann. Dies entbindet die Klägerin aber nicht ihrer Pflicht, allen ihren Versicherten die hausarztzentrierte Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V anzubieten. Die Schiedsperson hat diesbezüglich zu Recht darauf hingewiesen (S. 30 der Entscheidungsbegründung), dass die gesetzliche Regelung in § 73b SGB V den Ausschluss bestimmter Versichertengruppen gerade nicht vorsieht (vgl. hierzu bereits BayLSG, Urteil vom 01.12.2010, L 5 KR 261/10 KL ER, Rn. 19). Eine Mehrfachinanspruchnahme durch die Versicherten kann die Klägerin ohne Weiteres dadurch verhindern, dass sie in dem freiwilligen Vertrag zur Versorgung entsprechende Ausschlussbestimmungen vorsieht. Insgesamt steht das Wahlrecht, an welchem Vertrag sie teilnehmen wollen, allein den Versicherten zu. Weder aus dem Gesetz noch aus der Gesetzesbegründung ist ersichtlich, dass dieses Wahlrecht der Versicherten auf die Klägerin übertragen worden wäre.

Kündigung der Teilnahme unzumutbarer Leistungserbringer und Fehlen einer Loyalitätsklausel
Entgegen der Ansicht der Klägerin ist schließlich der geschiedste HzV-Vertrag nicht deshalb unbillig, weil er keine Möglichkeit für die Klägerin vorsieht, Hausärzte, die sich ihr gegenüber illoyal verhalten oder wiederholt Falsch- oder Doppelabrechnungen von Leistungen vornehmen, von der Teilnahme am Vertrag auszuschließen. Es ist nicht zu beanstanden, dass sich die Schiedsperson stattdessen für eine Kündigungsmöglichkeit allein des Beklagten entschieden hat. Gemäß § 5 Abs. 3 HzV-Vertrag ist der Hausärzteverband berechtigt und gegenüber der Krankenkasse verpflichtet, diesen HzV-Vertrag gegenüber dem Hausarzt mit sofortiger Wirkung zu kündigen, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Wichtige Gründe sind dabei insbesondere die Fälle von Doppelabrechnungen oder fehlerhaften Abrechnungen i. S. d. § 12 Abs. 1 HzV-Vertrag, der Verstoß gegen andere wesentliche Vertragspflichten oder der Verstoß gegen die ärztliche Berufsordnung in § 5 Abs. 3 HzV-Vertrag. Daneben treten die automatischen Beendigungsgründe gemäß § 5 Abs. 2 HzV-Vertrag.

Die Kostenentscheidung beruht auf den § 197a Abs. 1 Satz 1 3. Halbsatz SGG i. V. m. § 154 Satz 2 VwGO.

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG) zuzulassen.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2018-05-16