

## L 11 KA 71/13 KL

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Detmold (NRW)  
Aktenzeichen  
S 3 KR 472/10  
Datum  
05.11.2010  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 71/13 KL  
Datum  
27.11.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 20/14 R  
Datum  
13.05.2015  
Kategorie  
Urteil

Der Schiedsspruch der Beklagten vom 18.08.2010 wird aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, den Antrag der Klägerin auf Festsetzung der Vergütung ihres sozialpädiatrischen Zentrums für den Zeitraum 01.07.2009 bis 31.12.2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe der Fallpauschale für ambulante sozialpädiatrische Leistungen für die Jahre 2009 bis 2011.

Die Klägerin ist Trägerin des Sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am Evangelischen Krankenhaus gGmbH in C. Das SPZ wurde mit Beschluss des Zulassungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen für den Regierungsbezirk E vom 21.11.2007 zum 01.01.2008 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung für ambulante Untersuchungen und Behandlungen auf dem Gebiet der Neuropädiatrie auf Überweisung zugelassener Kinder- und Jugendmediziner, Kinder- und Jugendpsychiater, Nervenärzte und Psychiater ermächtigt.

Unter dem 05.11.2007 vereinbarten die Klägerin und die Beigeladenen unter Zugrundelegung von drei Stellen für den Ärztlichen Dienst und 9,4 Stellen für den Nichtärztlichen Dienst eine Pauschalvergütung in Höhe von rund 216,00 EUR für die Zeit vom 01.01.2007 bis 30.06.2007 und in Höhe von rund 242,00 EUR für die anschließende Zeit bis 30.06.2009. Grundlage der damaligen Verhandlung war eine Kalkulation der Klägerin, nach der der Aufwand bei 295,77 EUR pro Tag lag.

Mit Schreiben vom 16.02.2009 kündigte die Klägerin die Vergütungsvereinbarung mit Wirkung ab 30.06.2009. Nach erfolglosen Vertragsverhandlungen beantragte die Klägerin unter Vorlage einer entsprechenden Kalkulation am 22.06.2010 bei der beklagten Schiedsstelle, die Vergütung für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung ab 01.07.2009 bis zum 31.12.2011 auf 297,27 EUR je Behandlungsfall und Quartal festzusetzen. Ergänzend trug sie vor, die von ihr geforderte Vergütung von 297,27 EUR liege 3 % unter dem für 2008 berechneten Mittelwert der nordrhein-westfälischen Einrichtungen. Dies sei ein starkes Indiz für eine wirtschaftliche Betriebsführung. Sie legte zudem ein in ihrem Auftrag erstelltes Gutachten der X Consulting GmbH vor, das die von ihr kalkulierten Fallkosten für das SPZ als angemessen und für eine Betriebsführung erforderlich bewertete.

Die Beigeladenen beantragten mit Schreiben vom 13.07.2010 demgegenüber, diesen Antrag zurückzuweisen und die Vergütung für das SPZ der Klägerin auf 244,00 EUR festzusetzen, hilfsweise um die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach [§ 71 Abs. 3](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) festgestellte Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen für die Zeit vom 01.07.2009 bis 31.12. 2009 mit der Hälfte des Veränderungssatzes um 0,71 % (50 % von 1,41 %) auf 243,72 EUR und vom 01.01.2010 an um 1,54 % auf 247,47 EUR anzupassen und festzusetzen. Die von der Klägerin geforderte Erhöhung führe zu einer mit den zwingend zu beachtenden Vorgaben des Wirtschaftlichkeitsgebots und des Grundsatzes der Beitragsstabilität unvereinbaren Höhervergütung sozialpädiatrischer Leistungen. Sie entspreche zudem nicht der von anderen Vertragspartnern der ambulanten Versorgung nachvollzogenen maßvollen Anpassung der Vergütung. Nicht sachgerecht sei der von der Klägerin herangezogene Benchmark mit anderen Leistungsträgern. In Westfalen-Lippe lägen die Pauschalvergütungen der SPZ mit durchschnittlich 233,00 EUR deutlich unter der von der Antragstellerin geforderten Vergütungshöhe. Die Kostenkalkulation der Klägerin und das hierzu eingereichte Gutachten der X Consulting GmbH widerspreche in mehrfacher Hinsicht den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Beitragsstabilität und der Begrenzung auf das Maß des Notwendigen. So lägen die Personalkosten für den ärztlichen Dienst mit drei Stellen in Höhe von 105.078,00 EUR je Stelle deutlich über den Vergleichswerten anderer SPZ in Westfalen-Lippe und drückten eine weit überproportionale Entwicklung zu den letzten Verhandlungen im Jahr 2007 aus, bei denen als durchschnittlicher Stellenansatz der Ärzte ein Betrag von nur rund 87.677,00 EUR geltend gemacht worden sei. Auch die Personalkosten für den Psychologischen Dienst seien deutlich überhöht und entsprächen nicht den gewöhnlich hierfür von anderen

Trägern in Westfalen-Lippe geltend gemachten Stellenbewertungen. Hinsichtlich der geltend gemachten Sachkosten sei darauf hinzuweisen, dass sich bei Berechnung mit den im Gutachten gemachten Angaben ein Jahresbetrag von 81.444,00 EUR für Mietkosten und nicht der in der Kalkulation der Klägerin ausgewiesene Betrag von 85.000,00 EUR ergebe. Abgesehen davon, dass bereits streitig sei, ob bei der Pauschalierung der Vergütung Mietkosten zu berücksichtigen seien, habe die Klägerin jedenfalls die Mietkosten - wie auch der Vergleich zu den Kostenansätzen für 2007 zeige - zu hoch angesetzt. Auch die übrigen Kostenansätze seien nicht akzeptabel. Einerseits sei zweifelhaft, ob alle gelisteten Positionen berücksichtigungsfähig seien. Andererseits schwankten die angesetzten Kosten der Einzelpositionen im Vergleich zu 2007 so erheblich, dass die Angemessenheit nicht sachgerecht bewertet werden könne. Die Beigeladenen hätten mit den Trägern von SPZ im Westfalen-Lippe aus pragmatischen Gründen Sachkosten pauschal zwischen 10 % bis maximal 15 % der als ausreichend angesehenen Personalkosten berücksichtigt. Im Übrigen wiesen die Beigeladenen darauf hin, dass die Beklagte für das Jahr 2009 insgesamt nicht 3.000, sondern 3.183 Fälle abgerechnet habe. Dies sei bei der Berechnung ebenso zu berücksichtigen wie der Anteil des Sozialhilfeträgers (für die neben den medizinischen Leistungen erbrachten Maßnahmen zur sozialen Eingliederung durch nichtärztliches Personal mit pädagogischer Ausbildung), der bisher 30,50 EUR betragen habe. Hierzu habe aber die Stadt C eine Anhebung auf 34,00 EUR "signalisiert".

Die Klägerin nahm dazu unter dem 27.07.2010 Stellung: Durch den Bezug neuer Räumlichkeiten zum 01.07.2007 seien die vertraglich vereinbarten Mietkosten erst ab diesem Zeitpunkt in die Kalkulation eingerechnet worden. Dem sei durch die 12-prozentige Anhebung der Pauschale Rechnung getragen worden. Sie habe aufgrund der begrenzten Erhöhung der Pauschale die für die weitere Verbesserung der Strukturen notwendigen Erweiterungen nur bedingt umsetzen können. Auch sei ein Ausbau der personellen Kapazitäten nicht möglich. Die mehrmonatigen Wartezeiten, die sich durch die große Nachfrage ergeben würden, hätten nur bedingt reduziert werden können. Bei der Festsetzung der Pauschale sei generell nicht allein die Beitragsstabilität relevant, sondern auch die Leistungsfähigkeit der Einrichtungen, für deren Sicherstellung Ausnahmen vom Grundsatz der Beitragsstabilität zuzulassen seien. Bei einer beantragten Vergütungserhöhung für das SPZ um etwa 166.000,00 EUR könne im Vergleich zu etwa 15 Mrd. EUR Krankenkassenausgaben in Westfalen-Lippe nicht ernsthaft von einer Bedrohung der Beitragsstabilität der Krankenkassen die Rede sein. Die Höhe bzw. die Entwicklung der Personalkosten des Ärztlichen Dienstes sei geprägt durch die tarifliche Eingruppierung der langjährig im SPZ beschäftigten Ärzte und durch die Reform des Bundes-Angestellten-Tarifvertrages in kirchlicher Fassung (BAT-KF) 2008/2009. Für die Kalkulation 2009 sei auf Basis der Ist-Kosten 2008 eine erwartete tarifbedingte Personalkostensteigerung eingerechnet. Betriebskosten des SPZ (z.B. Mietkosten) seien zu berücksichtigen. Im Tarifwerk für die vertragsärztliche Vergütung, dem EBM, werde zur Kalkulation der EBM-Ziffern ein Kostenblock technische Leistungen gebildet. Der EBM schreibe in der Allgemeinen Bestimmung 7.1. vor, dass die Allgemeinen Praxiskosten, zu denen die Raum-, Einrichtungs-, Personalkosten, Versicherungsbeiträge, Steuern und Abgaben etc. gehörten, mit den EBM-Ziffern abgegolten seien. Wegen der mit den vertragsärztlichen Leistungen vergleichbaren Finanzierung seien die Aufwendungen in die Pauschale einzubeziehen. Dem in der Kalkulation angesetzten Betrag von 85.000,00 EUR habe eine Raumkapazität zu Grunde gelegen, die sich zwischenzeitlich geändert habe. Durch die Reduzierung der Mietfläche ergebe sich der auch im Gutachten genannte Betrag von 81.444,00 EUR. Wegen der wirtschaftlichen Arbeit des SPZ sei eine Erhöhung der Pauschale gerechtfertigt und auch notwendig, um die Existenz der Einrichtung zu sichern und die strukturellen Voraussetzungen für eine Verbesserung der Versorgung zu ermöglichen.

Die Beigeladenen blieben bei ihrer Auffassung. Für die Höhe der Pauschale sei in erster Linie die Situation des jeweiligen SPZ maßgeblich. Für eine Heranführung von Vergütungen an einen Benchmark bestehe keine Rechtsgrundlage. Vielmehr seien bei der Bemessung die regionalen Gegebenheiten im jeweiligen Landesbereich - hier Westfalen-Lippe - zu berücksichtigen. Eine Neufestsetzung sei zudem auf der Basis der bisher vereinbarten Vergütung unter Beachtung des [§ 71 SGB V](#) vorzunehmen. Anders als von der Klägerin dargestellt, dienen die Vergütungsregelungen für SPZ nicht dazu, eine "wirtschaftliche Sicherung" der Einrichtungen herzustellen. Vielmehr sei nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) die Leistungsfähigkeit zu gewährleisten. Dies stelle einen gravierenden Unterschied dar, denn die Krankenkassen seien nicht verpflichtet, unwirtschaftliche oder dem Prinzip einer ausreichenden, zweckmäßigen und notwendigen Versorgung nicht entsprechende Strukturen zu finanzieren.

Mit Beschluss vom 18.08.2010 setzte die Beklagte die Vergütung für das SPZ zum 01.07.2009 auf 245,41 EUR und für die Zeit vom 01.01.2010 bis 31.12.2011 auf 249,19 EUR fest und wies den Antrag der Klägerin im Übrigen zurück. Sachgerecht sei es, zur Bestimmung der konkreten Gestaltung der Vergütung einen Vergleich zwischen den im Zuständigkeitsbereich der Vertragspartner ansässigen SPZ anzustellen. Hingegen könne nicht ein Benchmark oder ein Vergleich aller SPZ in Nordrhein-Westfalen oder sogar im Bundesgebiet herangezogen werden. Für das zugrunde gelegte engere Verständnis sprächen der Wortlaut des [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) und die der Vorschrift zugrunde zu legende Systematik. Die Vereinbarung sei auf den Landesverband (hier Westfalen-Lippe) bezogen und damit auf seinen Zuständigkeitsbereich beschränkt. In Ansehung dieser Grundsätze lege sie als Wirtschaftlichkeitsstandard die in Westfalen-Lippe ermittelten Durchschnittswerte von 233,09 EUR zugrunde. Anhaltspunkte dafür, dass es beachtenswerte Gründe gebe, die aufgrund der besonderen Versorgungslage des SPZ eine Abweichung erforderlich machen würden, seien von der Antragstellerin nicht vorgetragen worden.

Entsprechend der Rechtsmittelbelehrung dieses Beschlusses hat die Klägerin am 29.09.2010 gegen den - nach Aktenlage mit Anschreiben der Beklagten vom 03.09.2010 versandten - Beschluss am 29.09.2010 Klage vor dem Sozialgericht Detmold erhoben, das den Rechtsstreit mit Beschluss vom 26.10.2010 zur Entscheidung an das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen verwiesen hat.

Die Klägerin vertritt die Auffassung, der Schiedsspruch der Beklagten sei rechtswidrig. Die Beklagte hätte nicht nur auf die Vergleichswerte in Westfalen-Lippe abstellen dürfen. Die Vertragspartner der Vereinbarung seien von ihrer Zuständigkeit nicht nur auf den Landesteil Westfalen-Lippe beschränkt. Zudem umfasse der Geltungsbereich einer Vergütungsregelung nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) das gesamte Bundesgebiet, auch Krankenkassen aus anderen Bundesländern seien an sie gebunden. Außerdem gebe es keinen sachlichen Grund für ein im Vergleich zum Rheinland deutlich geringeres SPZ-Vergütungsniveau in Westfalen-Lippe, der sich unter [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) subsumieren ließe. Soweit der Aufwand auf den zur Erbringung der in der Ermächtigung vorgesehenen Leistungen auf einer wirtschaftlichen Betriebsführung beruhe, sei die Vergütungsforderung berechtigt. Einem externen Vergleich könne in diesem Kontext nur die Funktion einer Orientierungshilfe zukommen. Dem Schiedsstellenantrag sei eine differenzierte Kalkulation beigefügt gewesen. Zu Einwendungen der Beigeladenen gegen diese Kalkulation habe sie Stellung genommen. Vor diesem Hintergrund habe die Beigeladene die klägerische Forderung nicht pauschal als unsubstantiiert bewerten dürfen.

Die Klägerin beantragt,

den Schiedsspruch der Beklagten vom 18.08.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihren Antrag auf Festsetzung der Vergütung ihres sozialpädiatrischen Zentrums für den Zeitraum vom 01.07.2009 bis 31.12.2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie vertritt weiterhin die Auffassung, dass bei schon bestehenden Verträgen der dort festgesetzten Höhe der Vergütung die Wirkung eines Indizes für deren Angemessenheit zukomme, da sich in der Verständigung der beteiligten Vertragspartner eine Wertung über deren Angemessenheit ausdrücke. Ein bundes- oder landesweiter Vergleich mit anderen SPZ widerspreche systematischen Gründen, weil [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) die unmittelbare Vergütung durch die Krankenkassen regelt, was eben keine großflächige Betrachtungsweise nahe lege. Hinsichtlich des Vorwurfs der unzureichenden Sachverhaltsermittlung weise sie darauf hin, dass im Schiedsverfahren der Beibringungsgrundsatz gelte. Zudem seien die von Klägerin angebotenen Leistungen mit denen der anderen SPZ in Westfalen-Lippe vergleichbar.

Die Beigeladene zu 1) vertritt ebenfalls die Auffassung, dass von der Angemessenheit der vorangegangenen Vergütung ausgegangen werden dürfe. Das habe das Bundessozialgericht (BSG) für Gesamtvergütungsvereinbarungen mit seinem Urteil vom 30.10.1961 - [6 RKA 4/62](#) - festgestellt. Es fänden sich auch keine Anhaltspunkte dafür, dass das Vergütungsniveau für Sozialpädiatrische Zentren in Westfalen-Lippe nicht auskömmlich sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist zulässig und begründet. Der Schiedsspruch der Beklagten vom 18.08.2010 ist rechtswidrig. Die Beklagte war deshalb unter Aufhebung des Schiedsspruchs zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats zu verurteilen.

Die Klage ist zulässig. Die sachliche Zuständigkeit des Landessozialgerichts (LSG) ergibt sich aus [§ 29 Abs. 2 Nr. 1 Soziagerichtsgesetz \(SGG\)](#). Nach dieser Vorschrift entscheiden die Landessozialgerichte im ersten Rechtszug über Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle nach [§ 120 Abs. 4 SGB V](#). Bei der Beklagten dieses Verfahrens handelt es sich um eine solche Schiedsstelle, angegriffen ist ihr Schiedsspruch vom 18.08.2010. Zur Entscheidung des Rechtsstreits ist gemäß [§ 10 Abs. 2 SGG](#) der u.a. für Streitsachen des Vertragsarztrechts zuständige 11. Senat des LSG Nordrhein-Westfalen zuständig. Nach [§ 10 Abs. 2 Ziffer 3 SGG](#) rechnen Klagen wegen der Vergütung nach [§ 120 SGB V](#) zum Vertragsarztrecht. Dies wird bestätigt durch die Gesetzesbegründung (BT Drucksache 17/6764 vom 03.08.2011, Seite 25 f.). Der Senat entscheidet dementsprechend nach [§§ 10 Abs. 2 i.V.m. § 12 Abs. 3 SGB V](#) mit je einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und der Vertragsärzte, Vertragszahnärzte und Psychotherapeuten.

Eines Vorverfahrens vor Klageerhebung nach [§ 78 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) bedurfte es nach [§ 78 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) nicht. Dem steht nicht entgegen, dass die Voraussetzungen des [§ 78 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) nicht vorliegen. Danach bedarf es eines Vorverfahrens nicht, wenn ein Gesetz dies für besondere Fälle bestimmt (Nr. 1), der Verwaltungsakt von einer obersten ( ... ) Landesbehörde erlassen worden ist, außer wenn das Gesetz die Nachprüfung vorschreibt (Nr. 2) oder ein Land, ein Versicherungsträger oder einer seiner Verbände klagen will (Nr. 3). Es gibt, anders als noch in der Vorgängervorschrift des [§ 368i Abs. 5 Reichsversicherungsordnung](#), der bis zum Inkrafttreten des [§ 89 SGB V](#) am 01.01.1989 galt, kein Gesetz, das ein Vorverfahren ausdrücklich ausschließt (vgl. auch Düring, Das Schiedswesen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1992, S. 147). Insbesondere findet auch die ein Vorverfahren ausschließende Regelung des [§ 18 Abs. 5 Satz 3 Krankenhausfinanzierungsgesetz \(KHG\)](#) keine analoge Anwendung. Diese Regelung betrifft nicht Klagen gegen Entscheidungen der Schiedsstelle, sondern nur solche gegen die Genehmigung eines durch die Schiedsstelle festgesetzten Pflegesatzes. Eine solche Genehmigung ist im Rahmen des [§ 120 SGB V](#) indessen nicht vorgesehen. Es handelt sich insofern auch nicht um eine vergleichbare Problematik, da die in [§ 18 KHG](#) vorgesehene Genehmigung bereits eine verwaltungsinterne Überprüfung abschließt. Eine derartige Prüfung gibt [§ 120 Abs. 4 SGB V](#) gerade nicht vor, so dass die Voraussetzungen für eine analoge Anwendung des [§ 18 Abs. 5 Satz 3 KHG](#) auf Entscheidungen der Schiedsstelle nach [§ 120 Abs. 4 SGB V](#) nicht erfüllt sind (SG Stuttgart, Urteil vom 24.08.1994 - S 10 Kr 3369/93 -, bestätigt von LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.03.1996 - [L 4 Kr 2129/94](#) -; Mittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung SGB V, Stand November 2011, [§ 120 Rdn. 21](#), so im Ergebnis auch Hencke in Peters, SGB V, Stand September 2011, [§ 120 Rdn. 10](#)). Auch handelt es sich bei dem Schiedsamt nicht um eine oberste Landesbehörde, so dass auch [§ 78 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) nicht zur Anwendung kommt. Die Voraussetzungen der Nr. 3 liegen ebenfalls erkennbar nicht vor. Klägerin ist im vorliegenden Verfahren ein privatrechtliches Krankenhaus, das in der Rechtsform einer gGmbH geführt wird. Da nächsthöhere Behörde das nach [§ 89 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) zuständige Ressortministerium, das als oberste Verwaltungsbehörde die (Rechts-) Aufsicht über die Geschäftsführung der Schiedsämtler führt - zwischen Landes- und Bundesschiedsamt gibt es keinen Instanzenzug - (vgl. Moliere/Zalewski in Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, Stand Juni 2010 SGB V, [§ 89 Anm. C 89-3](#)) wäre, müsste gemäß [§ 85 Abs. 1](#) bzw. Abs. 2 Nr. 1 SGG die Behörde über den Widerspruch entscheiden, die den Verwaltungsakt (hier den Schiedsspruch) erlassen hat, d.h. die Beklagte selbst. Das Vorverfahren kann indessen für diesen Fall als durchgeführt gelten, da Widerspruchsstelle und Klagegegner identisch sind und von einer Nachholung des Vorverfahrens nicht zu erwarten wäre, dass damit das Klageverfahren entbehrlich wird (vgl. allerdings in anderen Zusammenhängen BSG, Urteil vom 06.08.1998 - [B 3 KR 3/98 R](#) -, LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 16.12.2009 - [L 10 SB 39/09](#) -, vgl. auch obiter dictum des BSG im Urteil vom 14.12.1978 - [RU 33/77](#) -, ebenso Hofmann, Das Schiedsamt im Kassenarztrecht nach dem SGB V, 1994, Seite 118). Es kann daher aus prozessökonomischen Gründen von der Durchführung eines Vorverfahrens abgesehen werden (ebenso SG Stuttgart a.a.O.).

Die Klage ist auch begründet. Der Schiedsspruch vom 18.08.2010 ist rechtswidrig.

Der Schiedsspruch nach [§ 89 SGB V](#) ist der gerichtlicher Kontrolle nur in eingeschränktem Umfang zugänglich. Denn das Schiedsamt hat bei der Festsetzung von Vergütungen einen Gestaltungsspielraum. Seine Schiedsprüche sind ebenso wie die von ihnen ersetzten Vereinbarungen der vorrangig zum Vertragsabschluss berufenen Vertragsparteien auf Interessenausgleich angelegt und haben

Kompromisscharakter. Dementsprechend sind sie nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. In formeller Hinsicht wird geprüft, ob das Schiedsamt den von ihm zu Grunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und sein Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis ausreichend erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle ist darauf beschränkt, ob der vom Schiedsspruch zu Grunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d.h. insbesondere die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (vgl. BSG, Urteil vom 27.04.2005 - [B 6 KA 22/04 R](#) -).

Die Beklagte hat diese Rechtsmaßstäbe nicht ausreichend beachtet. Nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) werden die Leistungen der sozialpädiatrischen Zentren unmittelbar von den Krankenkassen vergütet (Satz 1). Die Vergütung wird von den Landesverbänden der Krankenkassen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart (Satz 2). Sie muss die Leistungsfähigkeit der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten (Satz 3). Die Vergütung kann pauschaliert werden ([§ 120 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)). Kommt eine Vereinbarung nach [§ 120 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a KHG auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest ([§ 120 Abs. 4 SGB V](#)). Auch bei den Vergütungsregelungen für sozialpädiatrische Zentren gilt der Grundsatz der Beitragsstabilität. Nach [§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarungen über Vergütungen so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten. Diese gesetzlichen Vorgaben gelten für die vertragliche Vereinbarungen der gemeinsamen Gremien ebenso wie für den Schiedsspruch, der sie ersetzt (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 24.04.2002 - [L 4 KR 133/99](#) -).

Nach [§ 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) muss die Vergütung die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der sozialpädiatrischen Zentren bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. Die Leistungsfähigkeit im Sinne des [§ 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V](#) richtet sich nach den Leistungen, die die Einrichtung erbringt. Um welche Leistungen es sich handelt, bestimmt die Ermächtigung, die der Einrichtung erteilt wurde. Der Qualitätsmaßstab für diese Leistungen orientiert sich an den Ansprüchen der Versicherten auf ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche, das Maß des Notwendigen nicht übersteigende Leistungen im Sinne von [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (LSG Niedersachsen-Bremen, a.a.O.) Die Vergütung muss so bemessen sein, dass die genannten Leistungserbringer bei wirtschaftlicher Betriebsführung in die Lage versetzt werden, diejenigen Anforderungen zu erfüllen, die die §§ 118 Abs. 1 Satz 3, 119 Abs. 1 Satz 1 an die Erteilung der Ermächtigung knüpfen (Hencke in Peters, a.a.O., § 120 Rdn. 9; Kingreen in BeckOK, SGB V, Stand 01.03.2013, § 120 Rdn. 11). Maßgeblich bei der Betrachtung der Leistungsfähigkeit der Einrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ist damit der konkrete Gegenstand einer Ermächtigung im Einzelfall, der Standard der Leistungserbringung nach dem SGB V, die übliche Vergütung vergleichbarer Einrichtungen und die Art des Patientenkontingents (Köhler-Hohmann, jurisPK-SGB V, 2. Auflage, 2012, § 120 Rdn. 55). Mithin muss bei der Vereinbarung der Vergütung eine Auseinandersetzung mit der individuellen Leistungsfähigkeit des SPZ erfolgen.

So hat das LSG Baden-Württemberg für den Bereich des Pflegesatzverfahrens nach [§ 85](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) ausgeführt, dass eine Vergütung dann leistungsgerecht ist, wenn erstens die voraussichtlichen Gestehungskosten der Einrichtung nachvollziehbar und plausibel dargelegt werden und sie zweitens in einer angemessenen und nachprüfaren Relation zu den Sätzen anderer Einrichtungen für vergleichbare Leistungen stehen. Dabei sei eine geltend gemachte Vergütung dann nicht angemessen, wenn Kostenansätze und erwartete Kostensteigerungen nicht plausibel erklärt werden können oder wenn die begehrten Sätze im Verhältnis zu anderen SPZ unangemessen sind (Urteil vom 25.01.2013 - [L 4 P 758/11 KL](#) -). Diese Grundsätze finden zur Überzeugung des Senats auch im Rahmen der Vergütung ambulanter Krankenhausleistungen nach [§ 120 Abs. 5 SGB V](#) Anwendung, denn auch im Bereich der Vergütungsvereinbarung nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) hat eine Auseinandersetzung mit der Situation des antragstellenden SPZ zu erfolgen, wobei vom Anspruch des Versicherten auszugehen ist (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.03.1996 - [L 4 Kr 2129/94](#) - und LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 24.04.2002 - [L 4 KR 133/99](#) -).

Im vorliegenden Fall hat sich die Beklagte nicht ausreichend mit der individuellen Leistungsfähigkeit der Klägerin auseinandergesetzt, obwohl diese entsprechend vorgetragen hat. Hinsichtlich der Mittel, die für eine wirtschaftliche Betriebsführung erforderlich sind, ist zunächst das SPZ darlegungspflichtig. Für den Bereich der Pflegesatzverfahren in der sozialen Pflegeversicherung fordert das Gesetz gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB XI](#), dass das Pflegeheim Art, Inhalt, Umfang und Kosten der Leistungen, für die es eine Vergütung beansprucht, durch Pflegedokumentationen und andere geeignete Nachweise rechtzeitig vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen darlegt (Satz 2). Soweit dies zur Beurteilung seiner Wirtschaftlichkeit und Leistungsfähigkeit im Einzelfall erforderlich ist, hat das Pflegeheim auf Verlangen einer Vertragspartei zusätzliche Unterlagen vorzulegen und Auskünfte zu erteilen (Satz 3). Für den Bereich der Pflegesatzverhandlungen hat das LSG Baden-Württemberg in seinem Urteil vom 25.01.2013 - [L 4 P 758/11 KL](#) - ausgeführt, dass Pflegesatzverhandlungen und eventuell nachfolgende Schiedsstellenverfahren nach einem zweigliedrigen Prüfungsmuster durchzuführen sind: Grundlage der Verhandlung über Pflegesätze und Entgelte ist zunächst die Abschätzung der voraussichtlichen Kosten der in der Einrichtung erbrachten Leistungen nach [§ 85 Abs. 3 Satz 2 Halbsatz 1 und Satz 3 SGB XI](#) (Prognose). Daran hat sich in einem zweiten Schritt die Prüfung der Leistungsgerechtigkeit nach [§ 84 Abs. 2 Satz 1](#) und 4 SGB XI anzuschließen. Maßgebend hierfür sind die Kostenansätze vergleichbarer Leistungen in anderen Einrichtungen (externer Vergleich).

Im vorliegenden Fall hat sich die Beklagte in ihrem Schiedsspruch vom 18.08.2010 lediglich mit der zweiten Stufe der Prüfung, dem externen Vergleich, auseinandergesetzt. Die erste Stufe der Prüfung hat nicht stattgefunden.

Nach den für die erste Prüfungsstufe aufgestellten Kriterien ist die Vergütungsforderung der Einrichtung ausreichend belegt, wenn sie auf einer plausiblen und nachvollziehbaren Darlegung der voraussichtlichen Gestehungskosten beruht. Deshalb hat die Einrichtung zunächst geeignete Nachweise beizubringen, wobei die Vorlage einer reinen Kostenkalkulation in der Regel nicht ausreicht. Dem Plausibilitätsanforderung wird jedoch genügt, wenn die geltend gemachten Kostensteigerungen z.B. auf erhöhte Energiekosten zurückzuführen sind oder im Personalbereich auf die normale Lohnsteigerungsrate begrenzt bzw. durch Veränderungen im Personalschlüssel oder bei der Fachkraftquote bedingt sind. Nicht von vornherein als unplausibel ausgeschlossen ist auch die Erhöhung von Kostenansätzen, die in den Vorjahren auf Grund fehlerhafter Kalkulation oder sogar bewusst - z.B. um Marktsegmente zu erobern - zu niedrig angesetzt worden sind; allerdings besteht in diesem Fall eine besonders substantiierte Begründungspflicht der Einrichtung. Nicht ausreichend ist z.B. eine erhebliche und nicht durch Fakten belegte Erhöhung der Personalkosten allein mit der Begründung, die Beträge orientierten sich an dem durchschnittlichen tariflichen Arbeitgeberaufwand pro Vollzeitstelle. Auf dieser ersten Prüfungsebene liegt die

primäre Darlegungs- und Substantiierungslast bei dem Träger der Einrichtung (LSG Baden-Württemberg, a.a.O.).

Die Klägerin ist der an sie zu richtenden Darlegungs- und Substantiierungslast nachgekommen. Zunächst hat sie mit ihrem Antrag eine entsprechend detaillierte Kostenkalkulation vorgelegt. Diese Kostenkalkulation hat sie durch Gutachten der X Consulting GmbH gestützt, die die von ihr kalkulierten Fallkosten für das SPZ als angemessen und für eine Betriebsführung erforderlich bewertet hat. Im Schiedsverfahren hat sie zudem zu den von der Beigeladenen vorgebrachten Einwendungen Stellung genommen. Sie hat die in Ansatz gebrachten Miet- und Personalkosten weiter begründet. So hat sie für den Bereich der Personalkosten auf die tarifliche Eingruppierung der langjährig im SPZ beschäftigten Ärzte, die Reform des BAT-KF 2008/2009 und die erwarteten tarifbedingten Personalkostensteigerung verwiesen. Etwas anders ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass schon der Verhandlungen im Jahr 2007, in der eine Pauschalvergütung in Höhe von 242,00 EUR festgesetzt wurde, ein von der Klägerin in Höhe von 295,77 EUR kalkulierter Aufwand zu Grunde lag. Nach der Rechtsprechung des BSG ist auch eine Erhöhung von Kostensätzen, die in der Vergangenheit zu niedrig angesetzt wurden, nicht von vornherein unplausibel.

Die Beklagte kann sich auch nicht darauf berufen, dass im Schiedsverfahren der Beibringungsgrundsätze gelte und sie deswegen diese Gesichtspunkte nicht hätte berücksichtigen müssen. Unabhängig von der rechtlichen Frage, ob im Schiedsverfahren tatsächlich der Beibringungsgrundsatz gilt, hat hier die Klägerin in ihrem Antrag und im Schiedsverfahren hinreichend vorgetragen.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass er dazu neigt, für den zweiten Prüfungsschritt im Rahmen des externen Vergleichs auf die Leistungsträger in Westfalen-Lippe abzustellen. Dieser Vergleich erscheint nachvollziehbar. Zwar sind die Vertragspartner, wie von der Klägerin vorgetragen, von ihrer Zuständigkeit nicht nur auf den Landesteil Westfalen-Lippe beschränkt und der Geltungsbereich einer Vergütungsregelung nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) umfasst insofern auch die Krankenkassen aus anderen Bundesländern, als auch sie an die Vereinbarung gebunden sind. Gegen eine Heranziehung der Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen insgesamt oder im gesamten Bundesgebiet spricht jedoch, dass bei der Bemessung der Vergütung die regionalen Gegebenheiten im jeweiligen Landesbereich zu berücksichtigen sind. Dass der Gesetzgeber die Gegebenheiten vor Ort berücksichtigt haben wollte, ergibt sich bereits aus dem Umstand, dass nach [§ 120 Abs. 2 SGB V](#) die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit der Vereinbarung der Vergütung betraut hat. Letztlich kann dies offen bleiben, weil es bereits am zweiten Prüfungsschritt fehlt und die Klage schon deswegen Erfolg hat.

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

Die Revisionszulassung beruht auf [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#). Der Senat misst der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung zu.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2015-10-26