

S 79 KA 167/05

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

SG Berlin (BRB)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

79

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 79 KA 167/05

Datum

01.09.2010

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen, die diese selber zu tragen haben.

Tatbestand:

Der Rechtsstreit betrifft den Schiedsspruch des Beklagten vom 18. März 2005, mit dem dieser Regelungen über Vergütungen u. a. von Sachmitteln im Zusammenhang mit ambulanten Operationen im Krankenhaus festgesetzt hat.

Nach Einführung des § 115 b Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) vereinbarten die Vertragspartner erstmals zum 1. April 1993 einen Vertrag über ambulantes Operieren im Krankenhaus (AOP-Vertrag 1993), der im November 2002 angepasst und von der Beigeladenen zu 7) zum 31. Dezember 2003 gekündigt wurde. Danach kam es mit Wirkung zum 1. April 2004 zu einer neuen Vereinbarung. Die Spitzenverbände der Krankenkassen kündigten u. a. den AOP-Vertrag außerordentlich zum 31. Dezember 2004 und hilfsweise zum 30. Juni 2005. In der Folgezeit verhandelten die Beteiligten unter Vorlage von eigenen Vertragsentwürfen, konnten jedoch nicht in allen Positionen, wie z. B. bei den Vergütungsregelungen im Sachmittelbereich, eine Annäherung erzielen. Die Klägerin rief daher mit Schreiben vom 15. Oktober 2004 unter Beifügung eines Entwurfs zu dem sog. Grundvertrag zu [§ 115 b Abs. 1 Satz 1 Ziffern 1 und 2 SGB V](#) den Beklagten an und beantragte die Festsetzung des Entwurfs als zwischen den Vertragsparteien geschlossener Vertrag. Der Vertragsentwurf sah die Anpassung der Vergütungsregelungen für Sachmittel in Anlehnung an die diesbezüglichen Regelungen im vertragsärztlichen Bereich vor. Zur Konkretisierung des Abrechnungsverfahrens sollten die Landesverbände der Kostenträger und die Landeskrankenhausgesellschaften in Analogie zum vertragsärztlichen Bereich die Möglichkeit erhalten, entsprechende zweiseitige Vereinbarungen auf Landesebene zu treffen. Die Beigeladenen zu 1) bis 7) traten dem Vorschlag entgegen, da im Krankenhaus geringere Kosten für Sachmittel anfielen und dies zu berücksichtigen sei. In einer ersten mündlichen Verhandlung am 10. März 2005 verständigten sich die Vertragspartner darauf, für die streitigen Bereiche, u. a. Sachmittelvergütung, entsprechende weitere Regelungsvorschläge einzureichen. In der weiteren Sitzung des Beklagten am 18. März 2005 legten die Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen und die Beigeladene zu 1) neue Entwürfe vom 17. März 2005 für einen AOP-Vertrag vor und verhandelten u. a. auch erneut über die Vergütung der Sachmittel. Der Beklagte setzte, nachdem die Klägerin auf einen Abschluss des Verfahrens gedrängt hatte, in seiner Sitzung am 18. März 2005 den am 1. April 2005 in Kraft getretenen AOP-Vertrag fest und folgte dabei weitgehend dem Vertragsentwurf der Spitzenverbände der Krankenkassen. Bei der Regelung in § 9 kam es zu Modifikationen. Die Regelung hat folgenden Inhalt:

§ 9 (Sachmittelvergütung – Arzneimittel, Verbandmittel, Heilmittel, Verbrauchsmaterialien) 1. Die Kosten des Praxisbedarfs sind mit den ärztlichen Leistungen des EBM vergütet und werden vom Krankenhaus zur Verfügung gestellt.

2. Sachkosten, die im Krankenhaus im Zusammenhang mit ärztlichen Leistungen dieses Vertrags entstehen und die -nicht mit den ärztlichen Leistungen (Praxisbedarf), -nicht mit den vertraglich vereinbarten Sachkostenpauschalen des Kapitels 40 des EBM, - nicht mit den Vereinbarungen gemäß Abs. 3 und Abs. 4 abgeholt sind, werden durch einen pauschalen Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7,0 % vergütet.

3. Nachfolgende Sachkosten werden zusätzlich zu der Vereinbarung in Abs. 2 nach Einzelaufwand erstattet, soweit sie den Betrag von 15,00 EUR im Einzelfall überschreiten: - im Körper verbleibende Implantate - Röntgenkontrastmittel - Diagnostische und interventionelle Katheter einschl. Führungsdraht, Gefäßschleuse und Einführungsbesteck im Zusammenhang mit angiologisch- diagnostischen und -therapeutischen, gefäßchirurgischen und phlebologischen Leistungen - Iris-Reaktoren und Injektionshalterungen bei ophthalmochirurgischen Eingriffen - Ophthalmica (Perfluordecalin, Silikonöl, C3F8-Gas) bei ophthalmo- chirurgischen Operationen - Narkosegase - Sauerstoff

4. Übersteigt der Preis eines Arzneimittels im Einzelfall einen Betrag von 65,00 EUR und ist er nicht Bestandteil der Vergütungen gemäß Abs. 2 und 3, erfolgt eine zusätzliche Erstattung. Die Erstattung erfolgt in der Höhe der Hälfte des rechnerischen Bruttopreises im Einzelfall. Die Berechnung erfolgt auf der Grundlage einer Einzeldosis, der größten abgegebenen Packungseinheit der Großen Deutschen Spezialitätentaxe (Lauertaxe). 5 ... Das Krankenhaus ist verpflichtet, die tatsächlich realisierten Preise in Rechnung zu stellen und gegebenenfalls die vom Hersteller bzw. vom Lieferanten gewährte Rückvergütung wie insbesondere Preisnachlässe, Rabatte und andere geldwerte Vorteile mit Ausnahme von Barzahlungsrabatten bis zu 3 % weiterzugeben.

6 ...

In der Begründung der Entscheidung des Beklagten bezüglich der Sachkostenentscheidung heißt es, der im Gesetz niedergelegte Grundsatz der einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte könne nicht undifferenziert auf die Vergütungen/Erstattungen der Sachkosten angewandt werden. Es müsse unterschieden werden zwischen ärztlichem Honorar und den Sachmittelkosten. Krankenhäuser könnten Einsparungen bei den Sachmitteln erzielen, da sie diese selbst beschafften. Es sei nicht sachgerecht, diese Vorteile den Krankenhäusern zu belassen. Auf dieser Grundlage sei in § 9 des AOP-Vertrages beschlossen worden, dass insbesondere der pauschale Zuschlag auf die gesamte Honorarsumme in Höhe von 7 % zur Abgeltung der Sachkosten gemäß § 9 Abs. 2 sowohl einen weitgehenden Ausgleich schaffe als auch die Sachkostenabgeltung vereinfache und zur Wirtschaftlichkeit beitrage. Für eine begrenzte Anzahl häufig, aber unterschiedlich anfallender Sachmittel verblieben gemäß § 9 Abs. 3 Einzelabrechnungen, soweit ein Betrag von 15,00 EUR im Einzelfall überschritten werde. Bei Arzneimitteln habe der Beklagte neben dem allgemeinen prozentualen Ausgleich nach Abs. 2 nur noch bei teureren Präparaten, die im Einzelfall den Betrag von 65,00 EUR überschreiten, die Notwendigkeit von Einzelerstattungen unter Berücksichtigung der Wirtschaftlichkeitsreserven in der Beschaffung durch die Krankenhäuser gesehen. Es sei zu beachten, dass die nunmehr in § 9 getroffene Regelung deutlich über die früheren Angebote der Spitzenverbände hinausgehe und es sich zudem nur um eine Übergangsregelung handle, die zum 1. Januar 2006 durch die Kostenpauschalen abgelöst werden soll. Die Klägerin hat gegen den Schiedsspruch am 8. Juni 2005 Klage erhoben. Sie hat sich zunächst gegen die Regelungen für die Sachmittelvergütung (§ 9), der Punktwerte (§ 18 Abs. 5) und der Qualitätssicherungsmaßnahmen (§ 15 Satz 1) gewandt. In der mündlichen Verhandlung am 1. September 2010 hat sie ihr Klagebegehren auf die Regelung in § 9 Abs. 2 bis 5 des durch den Beklagten festgesetzten AOP-Vertrages beschränkt, die sie für rechtswidrig hält. Der Beklagte habe den Grundsatz der einheitlichen Vergütung für Krankenhäuser und Vertragsärzte nicht ausreichend berücksichtigt und die Sachmittelvergütung abweichend vom vertragärztlichen Bereich vorgenommen. Es sei bereits fraglich, ob der Beklagte überhaupt über die Kosten der Sachmittel entscheiden dürfe. Jedenfalls aber lasse sich aus der Begründung der angefochtenen Entscheidung entnehmen, dass der Beklagte insoweit von sachfremden Erwägungen ausgegangen sei. Mit der Regelung in § 9 AOP-Vertrag solle bezweckt werden, dass die Krankenhäuser kostengünstig einkauften und die Vorteile hieraus den Krankenkassen zufielen. Es stehe zu befürchten, dass die Krankenkassen aufgrund dieser Regelung vermehrt Patienten aus der vertragärztlichen Versorgung den Krankenhäusern zuführten. Im Übrigen habe der Beklagte den Sachverhalt nicht vollständig ermittelt, denn er habe es unterlassen, Ermittlungen über die tatsächlich bei Arzneimitteln zu erzielenden Preisnachlässe anzustellen. Nach Durchführung dieser Ermittlungen hätte sich gezeigt, dass die vom Beklagten vorgenommenen Abschläge in jeder Hinsicht sachwidrig seien und jeglicher Grundlage entbehrten. Es gebe zahlreiche neue Arzneimittel, wie z. B. Vertoporfin, bei denen die Hersteller keine Rabatte gewährten. Auch habe der Beklagte nicht ermittelt, ob und inwieweit es durch die Regelungen in § 9 bei den Krankenhäusern zu Kostenunterdeckungen komme, z. B. durch den in § 9 Abs. 3 geregelten Selbstbehalt von 15,00 EUR. Die Klägerin beziehe sich auf die im Klageverfahren eingereichten Abrechnungsbeispiele der Krankenhäuser in Rotenburg (Wümme), Mannheim und Gummersbach. Diese zeigten, in welchem Ausmaß Kostenunterdeckungen entstünden. Ermittlungen bezüglich der Wirtschaftlichkeitsreserven bei Beschaffung durch die Krankenhäuser fehlten ebenso. Die Begründung des Beklagten, mit der die überwiegende Einzelerstattung abgelehnt worden sei (hoher Prüfaufwand und fehlende Wirtschaftlichkeitsanreize), sei nicht nachvollziehbar. Auch bei Vertragsärzten werde eine Einzelabrechnung durchgeführt. Die vom Beklagten getroffenen Regelungen zu den Sachkosten erwiesen sich auch nicht deshalb als rechtmäßig, weil es sich nur um Übergangsregelungen handle.

Die Klägerin beantragt,

die Beschlüsse des Beklagten vom 18. März 2005 in der Fassung des Bescheides vom 30. April 2005 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über die Anträge in der Sitzung des Beklagten vom 18. März 2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden,

hilfsweise

die Beschlüsse des Beklagten vom 18. März 2005 in der Fassung des Bescheides vom 30. April 2005 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, über den Antrag des Klägers in der Sitzung des Beklagten vom 18. März 2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden, hilfsweise

festzustellen, dass die Beschlüsse des Beklagten vom 18. März 2005 in der Fassung des Bescheides vom 30. April 2005 rechtswidrig waren.

Der Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Er hält sie mangels Rechtsschutzbedürfnisses für unzulässig. Aufgrund der Kündigung der Klägerin sei der am 18. März 2005 durch den Beklagten festgesetzte AOP-Vertrag durch einen neuen von dem Beklagten in der mündlichen Verhandlung vom 17. August 2006 festgesetzten AOP-Vertrag vollständig ersetzt worden. Ab Inkrafttreten des neuen Vertrages am 1. September 2006 gebe es keinen Vertrag aufgrund der Entscheidung vom 18. März 2005 mehr, der aufgehoben werden könne. Insoweit gehe die Klage mangels Rechtsschutzbedürfnisses ins Leere. Es bestehe auch kein Fortsetzungsfeststellungsinteresse. Die Klägerin habe die Entscheidung des Beklagten vom 17. August 2006 nicht angefochten und müsse sie gegen sich gelten lassen. Für die Vergangenheit könne durch ein stattgebendes Urteil nur zu einer Aufhebung der Entscheidung und damit dem Wegfall der Rechtsgrundlage für Leistungen und Vergütungen insgesamt aber nicht zum Wiederaufleben des Schiedsamsverfahrens führen. Die von den Vertragsparteien gestellten Anträge seien damit verbraucht. Einzelne Festsetzungen könnten für die Vergangenheit keine Wirkung mehr entfalten. Die rückwirkende Umsetzung der begehrten höheren Vergütung für Arznei- und Sachmittel dürfte kaum realisierbar sein, da sie Abrechnungen sämtlicher

Krankenkassen mit einer großen Zahl der Krankenhäuser für die Mehrzahl der ambulanten Operationen betreffen könnte. Falls die Klägerin die Möglichkeit der Realisierung von Nachforderungen nicht darlegen könne, fehle auch insoweit das Rechtsschutzbedürfnis. Der Beklagte habe in seiner Entscheidung ausgewogene Regelungen gefunden, die in weiten Vertragsteilen durch Nachgeben aller Vertragsparteien zustande gekommen seien. Teilweise rückwirkende Anpassungen des Vertrages führten zu einer Unausgewogenheit.

Der Beigeladene zu 1) hält den angefochtenen Bescheid für rechtmäßig. Es sei unstreitig, dass Krankenhäuser einen Großteil der Sachmittel aufgrund der hohen Abnahmemenge preisgünstiger als die niedergelassenen Vertragsärzte beschaffen könnten. Der Beklagte sei vom Tatsachenvortrag der Vertragsparteien ausgegangen und habe eine Kompromisslösung gefunden, die sich im Rahmen der gestellten Sachanträge gehalten habe. Gegen die von der Klägerin behauptete Unterdeckung spreche bereits deren eigener Vortrag in der mündlichen Verhandlung des Beklagten. Es seien zu keinem Zeitpunkt Ausführungen zu Unterdeckungen gemacht worden. Der Aufforderung, Einkaufskonditionen der Krankenhäuser offen zu legen, sei die Klägerin nicht nachgekommen. Die Klägerin habe gegen die in § 15 Schiedsamtsverordnung niedergelegte Vorlagepflicht verstoßen.

Die Beigeladene zu 7) geht nach Entscheidung des Beklagten vom 17. August 2006 über einen neuen AOP-Vertrag ebenfalls davon aus, dass sich die angefochtene Entscheidung erledigt hat. Es fehle am Fortsetzungsfeststellungsinteresse, da die Klägerin die Sachkostenregelung in dem Nachfolgevertrag nicht angegriffen habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sachdarstellung und der Rechtsauffassungen wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten und auf die Gerichtsakten Bezug genommen. Diese haben im Termin vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die erstinstanzliche Zuständigkeit des Sozialgerichts ergibt sich aus [§ 8 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#), wonach die Sozialgerichte, soweit durch Gesetz nichts anderes bestimmt ist, im ersten Rechtszug über alle Streitigkeiten entscheiden, für die der Rechtsweg vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit offen steht. Diese Voraussetzungen liegen hier trotz Einführung des [§ 29 Abs. 4 Ziffer 1 SGG](#), wonach das LSG Berlin-Brandenburg im ersten Rechtszug über Klagen gegen Entscheidungen der gemeinsamen Schiedsämter ([§ 89 Abs. 4 SGB V](#)) entscheidet, vor. Denn die Regelung ist erst durch das Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes (SGGArbGÄndG) mit Wirkung ab dem 1. April 2008 eingeführt worden, während die vorliegende Klage bereits mit Klageeingang am 8. Juni 2005 rechtshängig geworden ist ([§ 94 SGG](#)). Nach dem Grundsatz der perpetuatio fori ([§ 98 SGG](#) i.V.m. [§ 17 Abs. 1 S. 1 SGG](#)), wird die Zulässigkeit des beschrittenen Rechtswegs - bzw. hier die instanzliche Zuständigkeit - durch eine nach Rechtshängigkeit eintretende Veränderung der sie begründenden Umstände nicht berührt. Dies gilt auch im Fall von Rechtsänderungen (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Auflage 2008, § 29, Rn. 4; Gummer, in: Zöller, ZPO, [§ 17 GVG](#), Rn. 1). Besondere Übergangsregelungen, die den [§ 17 Abs. 1 S. 1 GVG](#) verdrängen würden, sehen weder das SGGArbGÄndG noch die dazugehörige Gesetzesbegründung ([BT-Drucksache 16/7716, S. 16](#)) vor. Zur Entscheidung des Rechtsstreits ist die für das Vertragsarztrecht zuständige 79. Kammer berufen. Gemäß [§ 10 Abs. 2 SGG](#) sind für Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten (Vertragsarztrecht) einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände eigene Kammern zu bilden. Bei Klagen, die Entscheidungen des Beklagten betreffen, handelt es sich um eine Streitigkeit des Vertragsarztrechts, weil der Beklagte als gemeinsames Gremium der Selbstverwaltung von Ärzten/Zahnärzten und Krankenkassen institutionell im Vertragsarztrecht verortet ist, vgl. [§ 89 Abs. 4 SGB V](#). Auch die Erweiterung des Kreises der den Beklagten tragenden Einrichtungen um die die Deutsche Krankenhausgesellschaft (vgl. [§ 115 b Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)) und als deren Folge die Vertretung der Krankenhäuser im Beschlussgremium des Beklagten rechtfertigen keine abweichende Beurteilung der Zuordnung von Streitverfahren über Entscheidungen des Beklagten zu den Angelegenheiten des Vertragsarztrechts im Sinne von [§ 10 Abs. 2 SGG](#) (vgl. Entscheidung des BSG vom 3. Februar 2010 - [B 6 KA 31/09 R](#) -, zitiert nach juris, RdNr. 17, betreffend die Zuständigkeit von Kammern bzw. Senaten für das Vertragsarztrecht bei Entscheidungen des Gemeinsamen Bundesausschusses). Die Kammer ist auch durch den Vorlagebeschluss des 3. Senats des BSG vom 10. März 2010 ([B 3 KR 36/09](#)) nicht an einer Entscheidung gehindert, denn eine Entscheidung des Großen Senats des BSG, der eine Zuständigkeit der Vertragsarztkammer in den Verfahren der vorliegenden verneint, liegt bislang nicht vor.

Die Kammer hat in der Besetzung mit einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Krankenkassen und einem ehrenamtlichen Richter aus den Kreisen der Vertragsärzte entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts i.S.d. [§ 12 Abs. 3 S. 1 SGG](#) handelt.

Gegenstand des Verfahrens ist der von der Klägerin angefochtene Schiedsspruch nur noch insoweit die Klägerin Einwendungen erhoben hat. In der mündlichen Verhandlung vom 1. September 2010 hat die Klägerin ihre Einwendungen beschränkt. Sie wendet sich jetzt nur noch gegen die Regelungen in § 9 Abs. 2 bis 5 des durch den Beklagten festgesetzten AOP-Vertrages - betreffend die Sachmittelvergütung (Arzneimittel, Verbandmittel, Heilmittel, Verbrauchsmaterialien). Die gerichtliche Entscheidung erfolgt daher nur in diesem Rahmen (vgl. Urteil des BSG vom 23. Juni 2010 - [B 6 KA 4/09 R](#) - mwN).

Die von der Klägerin erhobene Klage ist zulässig. Die Klage ist statthaft als Verpflichtungs- bzw. Bescheidungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). Die Klägerin begehrt die Aufhebung des ergangenen und die Verpflichtung des Beklagten zum Erlass eines neuen Schiedsspruchs. Die Festsetzung des Inhalts des Vertrages nach [§ 115 b Abs. 1 SGB V](#) (AOP-Vertrag) stellt einen Verwaltungsakt dar, den die Vertragspartner ohne Vorverfahren im Klagewege angreifen können. Sachgerecht ist der Antrag nicht auf Erlass eines bestimmten Schiedsspruchs gerichtet, sondern auf eine Verpflichtung des Beklagten zur Neubescheidung. Entgegen der Ansicht des Beklagten ist Hauptsachenerledigung nicht eingetreten, da die angefochtene Schiedsamtsentscheidung in Hinblick auf die von den Krankenhäusern vorgenommenen Sachmittelabrechnungen weiterhin Rechtswirkungen entfalten kann.

Die Klage hat jedoch in der Sache keinen Erfolg. Grundlage für die Entscheidung des Beklagten ist [§ 89 Abs. 4](#) iVm [§ 115 b Abs. 1](#) und 3 SGB V. Nach diesen Vorschriften in der hier maßgeblichen Fassung des Jahres 2005 vereinbaren die Spitzenverbände der Krankenkassen (jetzt Spitzenverband Bund), die Deutsche Krankenhausgesellschaft oder die Bundesverbände der Krankenhausträger gemeinsam und die Kassenärztliche Bundesvereinigung u. a. einen Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe und einheitliche Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte, [§ 115 b Abs. 1 SGB V](#). Kommt - wie im vorliegenden Fall - eine solche Vereinbarung ganz oder teilweise nicht zu Stande, wird ihr Inhalt auf Antrag einer Vertragspartei durch das Bundesschiedsamt gemäß [§ 89](#)

[Abs. 4 SGB V](#) festgesetzt ([§ 115 b Abs. 3 SGB V](#)). Die Beklagte hat, da zwischen der Klägerin und den Beigeladenen eine Vereinbarung über den Vertrag nach [§ 115 b Abs. 1 SGB V](#) nicht erzielt werden konnte und die Klägerin den Beklagten angerufen hat, den Vertrag in seiner Sitzung am 18. März 2005 festgesetzt. Diese Entscheidung des Beklagten unterliegt nur in einem eingeschränkten Umfang der gerichtlichen Kontrolle. Schiedsämtern, deren Beschlüsse fehlende Vereinbarungen der zum Vertragsabschluss berufenen Vertragspartner ersetzen, kommt nach der Rechtsprechung des BSG ein weiter Gestaltungsspielraum (vgl. Urteil vom 16. Juli 2003 – [B 6 KA 29/02 R](#)-, zitiert nach juris RdNr 21) zu. Dies trägt dem Wesen der Schiedssprüche Rechnung, die auf Interessenausgleich angelegt sind und Kompromisscharakter haben. Die große Gestaltungsfreiheit, die der gerichtlichen Nachprüfung enge Grenzen setzt, ist nicht geringer als diejenige der Vertragspartner bei einer im Wege freier Verhandlungen erzielten Vereinbarung. Dementsprechend werden Schiedssprüche vom Gericht nur daraufhin überprüft, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben einhalten. In formeller Hinsicht ist daher zu prüfen, ob das Schiedsamt den von ihm zu Grunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis wenigstens andeutungsweise erkennen lässt. Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der vom Schiedsspruch zu Grunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d. h. die maßgeblichen Rechtssätze, beachtet hat.

Diesen Anforderungen wird der Beschluss des Beklagten hinsichtlich der in § 9 AOP-Vertrag geregelten Sachmittelvergütung gerecht. Insbesondere lassen sich in formeller Hinsicht keine Verstöße feststellen, den Beteiligten wurde ausreichend rechtliches Gehör gewährt. Inhaltlich ist der Beklagte zutreffend [§ 115 b SGB V](#) ausgegangen und hat auch die Vorgabe des Gesetzes der "einheitlichen Vergütungen für Krankenhäuser und Vertragsärzte" hinreichend berücksichtigt. Mit Einheitlicher Vergütung im Sinne der Vorschrift kann im Ergebnis nur gemeint sein, dass die Vergütung der ambulanten Operationsleistungen bzw. der stationärsersetzenden Eingriffe für das Krankenhaus und die Vertragsärzte einheitlich auf der Grundlage des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM-Ä) erfolgen muss, um die Wettbewerbsgleichheit zu gewährleisten (vgl. Hencke in: Peters SGB V, Stand September 2008 § 115 b RdNr. 3 b). Entgegen der Ansicht der Klägerin ergibt sich aus dieser Vorgabe jedoch nicht, dass Krankenhäuser bei der Vergütung von Sachkosten, die im Zusammenhang mit ambulanten Operationen entstehen, einen Anspruch darauf haben, dass diese in der gleichen Art und Weise und Höhe vergütet werden, wie dies bei den Vertragsärzten der Fall ist. Hiergegen spricht bereits, dass insoweit eine Vergleichbarkeit von Vertragsärzten und Krankenhäusern nicht gegeben ist. Vertragsärzte müssen den Sprechstundenbedarf, d. h. solche Mittel, die ihrer Art nach bei mehr als einem Anspruchsberechtigten Verwendung finden oder für Notfälle sofort zur Verfügung stehen müssen, mit Vordrucken bei der Krankenkasse (in Berlin einmal im Vierteljahr) anfordern. Mittel, die nur für einen Kranken bestimmt sind, stellen keinen Sprechstundenbedarf dar und sind unter Angabe des Namens des Versicherten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse zu verordnen. Im Krankenhaus erfolgt die Beschaffung der Sachmittel und Arzneimittel direkt durch das Krankenhaus, was in der Regel wegen der bei Großeinkäufen zu gewährenden Preisnachlässe zu geringeren Kosten führt. Dieser Unterschied rechtfertigt und gebietet es, die Sachmittelvergütung im Krankenhausbereich abweichend von dem vertragsärztlichen Bereich zu regeln. Denn durch die in [§ 115 b Abs. 1 SGB V](#) vorgeschriebene dreiseitige Vereinbarung sollen Leistungs- und Vergütungsbedingungen festgelegt werden, die für vertragsärztliche Praxen und Krankenhäuser gleichermaßen gelten und einen Wettbewerb zwischen beiden Leistungsbereichen ermöglichen. Wettbewerbsverzerrungen entstünden jedoch dann, wenn Krankenhäuser durch Großeinkäufe im Sachmittelbereich Überschüsse erzielen könnten, die im vertragsärztlichen Bereich nicht möglich sind. Es ist daher sachgerecht, dass der Beklagte bei seiner Entscheidung die Vergütung von Sachmitteln abweichend von dem vertragsärztlichen Bereich festgesetzt hat. Soweit die Klägerin die Ansicht vertritt, der Beklagte habe den Sachverhalt nicht vollständig ermittelt, weil er es verabsäumt habe, Gutachten einzuholen, folgt die Kammer dem nicht. Es ist bereits fraglich, ob in Verfahren der vorliegenden Art der in [§ 20 SGB X](#) geregelte Amtsermittlungsgrundsatz greift. Dabei ist bereits zweifelhaft, ob Schiedsstellen überhaupt als Behörden in diesem Sinne anzusehen sind. Jedenfalls war die Einholung eines Gutachtens zu Fragen der zu erzielenden Preisnachlässe, Kostenunterdeckungen und Wirtschaftlichkeitsreserven in Krankenhäusern durch die Beklagte im vorliegenden Fall nicht geboten. In einem Schiedsstellenverfahren, wie dem vorliegenden, wird das Bundesschiedsamt mit einem unparteiischen Vorsitzenden um Vertreter der Deutschen Krankenhausgesellschaft in der gleichen Zahl erweitert, wie sie jeweils für die Vertreter der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigungen vorgesehen sind (erweitertes Bundesschiedsamt), vgl. [§ 115 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#). Dies bedeutet, dass Interessengegensätze auch in der Zusammensetzung der Schiedsstelle sichtbar werden und vorrangig eine Auseinandersetzung zwischen den Mitgliedern des Schiedsamts stattfinden soll. Dies bedeutet weiterhin, dass jede Seite ihre Positionen darlegen und gegebenenfalls belegen muss, wenn sie hiermit gehört werden will. Diesem Grundsatz trägt auch die in § 15 Schiedsamtverordnung geregelte Vorlagepflicht Rechnung. Aus dem Verwaltungsvorgang des Beklagten ergibt sich nicht, dass die Klägerin substantiierte Berechnungen, die Gültigkeit für durchschnittliche Krankenhäuser beanspruchen können und aus denen sich nachvollziehbare Kostenstrukturen bzw. Kalkulationsaufstellungen ergeben, die Kostenunterdeckungen durch die Sachmittelregelungen belegen, eingereicht hat. Wie der Beigeladene zu 1) ausgeführt hat, ist die Klägerin der Aufforderung, Einkaufskonditionen der Krankenhäuser offen zu legen, nicht nachgekommen. Im Übrigen lässt sich der (Ergebnis)Niederschrift über die Sitzung des Beklagten am 18. März 2005 entnehmen, dass insbesondere der Vertreter der Klägerin auf einen Abschluss des Verfahrens am 18. März 2005 gedrängt hat. Vor diesem Hintergrund kann dem Beklagten nicht vorgehalten werden, er habe notwendige Ermittlungen nicht durchgeführt. Nach [§ 89 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) nimmt das Schiedsamt innerhalb von drei Monaten die Festsetzung vor. Eine derart schnelle Entscheidung ist ausgeschlossen, wenn die Schiedsstelle verpflichtet sein soll, ohne substantiierte Beanstandungen der Gegenseite Wirtschaftlichkeitsreserven und die Möglichkeit von kostendeckenden Einkäufen in Krankenhäusern unter Berücksichtigung von Preisnachlässen von Herstellern zu ermitteln. Soweit die Klägerin im Klageverfahren Berechnungen einzelner Krankenhäuser eingereicht hat, die belegen sollen, dass es durch die Regelung in § 9 AOP-Vertrag zu Kostenunterdeckungen kommt, führt dies zu keinem anderen Ergebnis, denn es handelt sich um Einzelfälle. Es ist nicht auszuschließen, dass von der Vielzahl der in dem Katalog ambulantes Operieren genannten Operationen, einzelne Operationen in bestimmten Krankenhäusern nicht wirtschaftlich erbracht werden können. Dies führt aber nicht zur Rechtswidrigkeit der Entscheidung des Beklagten. Denn nach derzeit geltendem Recht besteht keine Verpflichtung der Krankenhäuser, ambulant durchzuführende Operationen auch als ambulante Leistung anzubieten (vgl. Steege in: Hauck/Noftz SGB V Komm § 115 b RdNr. 11 mwN). Dies bedeutet, dass in den Fällen, in denen aus Sicht des Krankenhauses Leistungen des ambulanten Operierens nicht wirtschaftlich sind, diese nicht angeboten werden müssen. Im übrigen ist es nach Ansicht der Kammer aber auch nicht erforderlich, dass bei der Vielzahl der nach dem Katalog ambulantes Operieren möglichen Leistungen, die in den Krankenhäusern durchgeführt werden können, die konkreten in jedem einzelnen Krankenhaus anfallenden Kosten berücksichtigt werden. Dies ist bereits deshalb nicht geboten, weil nicht auszuschließen ist, dass in einzelnen Krankenhäusern Verbesserungen in Kostenstrukturen möglich sind. Die von dem Beklagten getroffene Entscheidung dient der Konfliktlösung. Ziel ist es, einen weitgehenden Interessenausgleich zwischen den Vertragsparteien herbeizuführen. Vor diesem Hintergrund und zur Vermeidung eines erhöhten Verwaltungsaufwandes, der bei Einzelabrechnungen entstehen würde, hat die Beklagte eine Pauschale in Höhe von 7 % der Honorarsumme im Sinne einer Abschlagszahlung für den Sprechstundenbedarf festgelegt. Bezugsgröße ist die gesamte

Honorarsumme. Ob diese Summe in jedem Einzelfall tatsächlich für die Sachkosten benötigt wird, ist dabei unerheblich. Auch bei der Einzelerstattung von Sachkosten nach § 9 Abs. 3 AOP-Vertrag hat der Beklagte ersichtlich eine Kompromisslösung angestrebt und die Wertgrenze von zuvor 25,56 EUR auf 15,00 EUR abgesenkt. Dies bedeutet, dass der über der Wertgrenze liegende Betrag in einem größeren Umfang erstattet wird, als bisher. Die bisherige Einschränkung der Röntgenkontrastmittel auf nichtionische Kontrastmittel wurde gestrichen und die Einzelerstattung um die aufgeführten Artikelgruppen erweitert. Auch hierbei ist der Beklagte der Klägerin entgegengekommen. In § 9 Abs. 4 wurde erstmalig die Vergütung von kostenintensiven Arzneimitteln geregelt. Nach § 9 Abs. 5 des festgesetzten AOP-Vertrages werden Vorgaben zur Abrechnung nach Einzelaufwand und zu den rechnungsbegründenden Unterlagen gemacht. Danach ist es den Krankenhäusern gestattet, Barzahlungsrabatte bis zu 3 % einzubehalten. Vertragsärzte haben eine solche Möglichkeit in der Regel nicht. Sie sind verpflichtet, Rabatte bzw. gewährte Rückvergütungen an die Krankenkasse bzw. an die Patienten weiterzuleiten. Tun sie dies nicht, kann dies zur Zulassungsentziehung und/oder zu Schadenersatzansprüchen führen (vgl. für den Vertragszahnarztbereich. LSG NRW Urteil vom 28. Mai 2008 – L [11 KA 16/08](#) R -). Insgesamt ergibt sich aus den beschlossenen Regelungen über die Vergütung von Sachmitteln, dass der Beklagte nicht einseitig sein Gestaltungsrecht wahrgenommen hat, sondern sich bemüht hat, insgesamt eine ausgewogene für alle Beteiligten vertretbare Lösung zu finden und diese in dem angefochtenen Beschluss begründet hat. Er ist dabei vom Tatsachenvortrag der Vertragsparteien ausgegangen und hat eine Kompromisslösung gefunden, die sich im Rahmen der der gestellten Sachanträge gehalten hat. Der Beklagte hat dabei auch nicht außer Acht gelassen, dass die Regelungen zur Sachmittelvergütung nur für einen begrenzten Zeitraum (ein Jahr) Gültigkeit beanspruchten. Schließlich ist noch darauf hinzuweisen, dass [§ 115 Abs. 3 Satz 4 SGB V](#) auf [§ 112 Abs. 4 SGB V](#) verweist, wonach die durch den Beklagten festgesetzten Regelungen jederzeit auch ohne Kündigung des festgesetzten Vertrages durch einen Vertrag ersetzt werden können ([§ 112 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#)).

Die Klage war daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) iVm [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) und folgt dem Ergebnis in der Hauptsache. Kosten der Beigeladenen waren nicht zu erstatten, da diese im Gerichtsverfahren keine Anträge gestellt haben.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-03-15