BUNDESSOZIALGERICHT

Im Namen des Volkes

Verkündet am
13. Mai 2015

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 20/14 R

L 11 KA 71/13 KL (LSG Nordrhein-Westfalen)

……..,

Klägerin und Revisionsklägerin,

Prozessbevollmächtigte: ……..,

g e g e n

Schiedsstelle-KHG Westfalen-Lippe,
Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

1. AOK NORDWEST - Die Gesundheitskasse,
   Kopenhagener Straße 1, 44269 Dortmund,

2. Verband der Ersatzkassen e.V. - vdek,
   Askanischer Platz 1, 10963 Berlin,

3. BKK-Landesverband NORDWEST,
   Kronprinzenstraße 6, 45128 Essen,

4. Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
   als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,
   Pieperstraße 14 - 28, 44789 Bochum,

5. Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG),
   Weißensteinstraße 70 - 72, 34131 Kassel,

6. IKK classic,
   Tannenstraße 4 b, 01099 Dresden.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 13. Mai 2015 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richterin Dr. D ü r i n g und den Richter E n g e l h a r d sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. L ö r z und B a l l a s t für Recht erkannt:

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 27. November 2013 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Beklagte verpflichtet wird, den Antrag der Klägerin auf Festsetzung der Vergütung ihres Sozialpädiatrischen Zentrums für den Zeitraum vom 1. Juli 2009 bis zum 31. Dezember 2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

Die Beklagte trägt 1/3, die Klägerin 2/3 der Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

G r ü n d e :

I

1 Die Beteiligten streiten über die von der beklagten Schiedsstelle festgesetzte Höhe der Vergütung (Fallpauschalen) für ambulante sozialpädiatrische Leistungen für den Zeitraum vom 1.7.2009 bis 31.12.2011.

2 Die Klägerin ist Trägerin des sozialpädiatrischen Zentrums (SPZ) am Evangelischen Krankenhaus gGmbH in B. . Das SPZ ist 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.

3 Für die Zeit bis zum 30.6.2009 vereinbarten die Klägerin und die beigeladenen Krankenkassen eine Pauschalvergütung in Höhe von zuletzt 242 Euro je Fall. Grundlage der damaligen Verhandlungen war eine Kalkulation der Klägerin, nach der der Aufwand des SPZ bei 295,77 Euro pro Behandlungsfall und pro Quartal lag.

4 Nach der Kündigung der Vergütungsvereinbarung zum 30.6.2009 und erfolglosen Vertragsverhandlungen beantragte die Klägerin unter Vorlage einer Kalkulation bei der beklagten Schiedsstelle, die Vergütung für die ambulante sozialpädiatrische Behandlung für die Zeit vom 1.7.2009 bis zum 31.12.2011 auf 297,27 Euro pro Behandlungsfall und pro Quartal festzusetzen. Diese Vergütung liege 3 % unter dem für 2008 berechneten Mittelwert nordrhein-westfälischer Einrichtungen, was ein starkes Indiz für eine wirtschaftliche Betriebsführung sei. Sie legte zudem

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

ein in ihrem Auftrag erstelltes Gutachten der W. GmbH vor, das die von ihr kalkulierten Fallkosten für das SPZ als angemessen und für die Betriebsführung erforderlich bewertete. Die beigeladenen Krankenkassen (-verbände) beantragten, den Antrag zurückzuweisen und die Vergütung auf 244 Euro festzusetzen, hilfsweise um die vom Bundesministerium für Gesundheit (BMG) nach § 71 Abs 3 SGB V festgestellte Veränderungsrate bzw für 2009 deren Hälfte anzupassen. Die von der Klägerin geforderte Erhöhung der Pauschale führe zu einer mit dem Wirtschaftlichkeitsgebot und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität unvereinbaren Höhervergütung sozialpädiatrischer Leistungen, die weit über der durchschnittlichen Vergütung von 233 Euro in Westfalen-Lippe liege. Die angegebenen Personalkosten für die Ärzte in Höhe von 105 078 Euro je Stelle überstiegen die Vergleichswerte in Westfalen-Lippe und zeigten zudem eine überproportionale Entwicklung im Vergleich zu den letzten Verhandlungen im Jahr 2007, in denen die Personalkosten mit 87 677 Euro angegeben worden seien. Bei den Sachkosten bestehe eine Diskrepanz zwischen den dem Gutachten zugrundeliegenden Jahresbetrag von 81 444 Euro für Mietkosten und dem in der Kalkulation der Klägerin ausgewiesenen Betrag von 85 000 Euro. In jedem Fall seien die Mietkosten zu hoch angesetzt.

5 In ihrer Stellungnahme dazu führte die Klägerin ua zur Höhe der Entwicklung der Personalkosten des ärztlichen Dienstes aus, diese sei durch die tarifliche Eingruppierung langjährig im SPZ beschäftigter Ärzte und durch die Reform des Bundes-Angestellten-Tarifvertrages in kirchlicher Fassung (BAT-KF) 2008/2009 geprägt. Durch den Bezug neuer Räumlichkeiten zum 1.7.2007 seien die vertraglich vereinbarten Mietkosten erst ab diesem Zeitpunkt in die Kalkulation eingerechnet worden. Die unterschiedlichen Beträge hinsichtlich der Mietkosten seien dadurch zu erklären, dass eine Reduzierung der Mietfläche erfolgt sei, womit sich der im Gutachten genannte Betrag von 81 444 Euro ergebe.

6 Mit Beschluss vom 18.8.2010 setzte die Beklagte die Vergütung für das SPZ zum 1.7.2009 auf 245,41 Euro (Erhöhung um 1,41 %) und für die Zeit vom 1.1.2010 bis 31.12.2011 auf 249,19 Euro (weitere Erhöhung um 1,54 %) fest und wies den Antrag der Klägerin im Übrigen zurück. Es sei sachgerecht, zur Bestimmung der konkreten Gestaltung der Vergütung einen Vergleich zwischen den im Zuständigkeitsbereich der Vertragspartner ansässigen SPZ anzustellen. Hierfür sprächen Wortlaut und Systematik des § 120 Abs 2 SGB V. In Ansehung dieser Grundsätze lege sie als Wirtschaftlichkeitsstandard den in Westfalen-Lippe ermittelten Durchschnittswert von 233,09 Euro zugrunde. Gründe, die im Hinblick auf die besondere Versorgungslage des SPZ eine Abweichung erforderlich machten, seien nicht vorgetragen worden. Bei der Festlegung der Fallpauschalen sei von einer Fallzahl von 3183 ausgegangen worden. Bei 900 Fällen im 1. Quartal 2010 und bei der auch von der Klägerin geteilten Annahme einer weiter steigenden Zahl der Behandlungsfälle, sei es überwiegend wahrscheinlich, dass die Klägerin eine gewisse wirtschaftliche Reserve erwirtschaften und damit die notwendige Versorgung der das SPZ aufsuchenden Patienten sicherstellen könne.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

7 Mit Urteil vom 27.11.2013 hat das LSG den Beschluss vom 18.8.2010 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, den Antrag der Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Eines Vorverfahrens nach § 78 Abs 1 SGG habe es nicht bedurft. Der Schiedsspruch sei nur darauf zu überprüfen, ob die Beklagte die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben, dh insbesondere die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet und eingehalten habe. Letzteres sei nicht der Fall gewesen. Bei der Festsetzung der Vergütung finde der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs 1 Satz 1 SGB V Anwendung. § 120 Abs 2 Satz 3 SGB V gebe vor, dass die Vergütung die Leistungsfähigkeit der psychiatrischen Institutsambulanzen und der SPZ bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten müsse. Es müsse deshalb bei der Festsetzung der Vergütung eine Auseinandersetzung mit der individuellen Leistungsfähigkeit des SPZ erfolgen. Ebenso wie im Bereich der Pflegesatzfestsetzung nach dem SGB XI sei eine zweistufige Prüfung geboten. In einem ersten Schritt sei eine Abschätzung der voraussichtlichen Kosten der in der Einrichtung zu erbringenden Leistungen vorzunehmen (Prognose). Daran schließe sich in einem zweiten Schritt die Prüfung der Leistungsgerechtigkeit an. Maßgebend hierfür seien die Kostenansätze für vergleichbare Leistungen in anderen Einrichtungen (externer Vergleich). Hier habe sich die Beklagte in ihrem Schiedsspruch vom 18.8.2010 lediglich mit der zweiten Stufe der Prüfung auseinandergesetzt. Der erste Prüfungsschritt habe nicht stattgefunden, obwohl die Klägerin ausreichend hierzu vorgetragen habe. Sie habe mit ihrem Antrag eine entsprechend detaillierte Kostenkalkulation vorgelegt. Diese Kostenkalkulation habe sie durch das Gutachten der W. GmbH gestützt. Im Schiedsverfahren habe sie zu den von der Beigeladenen vorgebrachten Einwendungen Stellung genommen und die in Ansatz gebrachten Miet- und Personalkosten weiter begründet. Auch der Umstand, dass schon der Verhandlung im Jahr 2007 ein von der Klägerin in Höhe von 295,77 Euro kalkulierter Aufwand zugrunde gelegen habe, lasse ihren Vortrag nicht von vornherein unplausibel erscheinen. Ergänzend hat das LSG ausgeführt, es neige dazu, für den zweiten Prüfungsschritt im Rahmen des externen Vergleichs auf die Leistungsträger in Westfalen-Lippe abzustellen. Zwar seien die Vertragspartner in ihrer Zuständigkeit nicht nur auf den Landesteil Westfalen-Lippe beschränkt und der Geltungsbereich einer Vergütungsregelung nach § 120 Abs 2 SGB V umfasse insofern auch die Krankenkassen aus anderen Bundesländern. Gegen eine Heranziehung der Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen insgesamt oder im gesamten Bundesgebiet spreche jedoch, dass bei der Bemessung der Vergütung die regionalen Gegebenheiten im jeweiligen Landesbereich zu berücksichtigen seien. Dies ergebe sich schon daraus, dass nach § 120 Abs 2 SGB V die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen mit der Vereinbarung der Vergütung betraut seien. Letztlich könne dies aber offenbleiben.

8 Zur Begründung ihrer Revision trägt die Klägerin vor, sie sei beschwert, weil das LSG keine verbindlichen Aussagen zur Berücksichtigung externer Vergleichsdaten gemacht habe. Bei der Neubescheidung sei damit zu rechnen, dass die Schiedsstelle weiterhin die vom Kläger abgelehnte Rechtsauffassung zu dessen Ungunsten zugrunde lege. Wenn ein externer Vergleich angestellt werde, könne es wie bei den Hochschulambulanzen nur um den Vergleich von

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Leistungen gehen. Soweit die Beklagte auf den Zuständigkeitsbereich der Vertragspartner abstelle, gehe dieser - außer bei der AOK - über die Grenzen von Westfalen-Lippe hinaus. Angesichts der geringen Zahl von SPZ müsse der bei den deutlich zahlreicheren Pflegeeinrichtungen durchgeführte länderbezogene Vergleich auch für SPZ erweitert werden. Maßgeblich müsse letztlich die Aussagekraft externer Vergleiche für die wirtschaftliche Betriebsführung einer Einrichtung sein. Die pauschale Ablehnung der Verwertung überregionaler Vergleichsdaten lasse sich mit inhaltlichen Erwägungen der wirtschaftlichen Betriebsführung nicht begründen. Einem externen Vergleich könne schließlich nur die Funktion einer Orientierungshilfe zukommen. Die Kürzung einer auf plausiblen Gestehungskosten beruhenden Vergütungsforderung sei auch bei einer Überschreitung externer Vergleichswerte unberechtigt, wenn die Einrichtung unter Berücksichtigung ihrer konkreten Möglichkeiten und Verpflichtungen sparsam haushalte. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach § 71 Abs 1 SGB V stehe der geforderten Vergütung schon deshalb nicht entgegen, weil aufgrund der Geringfügigkeit der streitgegenständlichen Ausgabensteigerungen nicht von der Gefahr einer Beitragserhöhung ausgegangen werden könne. Hilfsweise werde geltend gemacht, dass die Voraussetzungen des § 71 Abs 1 Halbsatz 2 SGB V vorlägen.

9 Die Klägerin beantragt,

> das Urteil des Landessozialgerichtes Nordrhein-Westfalen vom 27.11.2013 sowie den Schiedsspruch der Beklagten vom 18.8.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, den Antrag der Klägerin auf Festsetzung der Vergütung ihres Sozialpädiatrischen Zentrums für den Zeitraum vom 1.7.2009 bis zum 31.12.2011 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu bescheiden.

10 Die Beklagte beantragt,

> die Revision zurückzuweisen.

11 Sie rügt eine Verletzung des Rechts auf den gesetzlichen Richter. Richtigerweise hätte das LSG gemäß § 10 Abs 1 SGG in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Versicherten und der Arbeitgeber entscheiden müssen. Im Schiedsverfahren seien die Krankenkassen und die Vertreter der Krankenhäuser beteiligt, nicht hingegen die Vertreter der Vertragsärzte. Die Besetzung des gerichtlichen Spruchkörpers müsse hierzu korrespondieren. Die Entscheidung der Schiedsstelle habe sich, indem sie stillschweigend die erste Stufe der Plausibilitätsprüfung übersprungen habe, weil diesbezüglich auch keine Zweifel aufgekommen seien, auf die zweite Stufe konzentriert. Bei einem Vergleich mit anderen SPZ aus dem Bereich Westfalen-Lippe liege die Klägerin mit den geltend gemachten Kosten im oberen Bereich. Ein Vergleich mit anderen SPZ zeige keine Besonderheiten im Leistungsspektrum.

12 Die Beigeladenen haben sich im Revisionsverfahren nicht zur Sache geäußert und keine Anträge gestellt.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

II

13 Die Revision der Klägerin ist zulässig und insoweit begründet, als die Beklagte erneut unter Beachtung der Rechtsauffassung des erkennenden Senats zu entscheiden haben wird.

14 I. Zur Entscheidung des Rechtsstreits ist der für das Vertragsarztrecht zuständige 6. Senat des BSG gemäß § 40 Satz 2 SGG, § 31 Abs 2 iVm § 10 Abs 2 SGG berufen. Bei Streitigkeiten über eine Entscheidung der Schiedsstelle gemäß § 120 Abs 4 SGB V handelt es sich entgegen der Auffassung der Beklagten um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechtes gemäß § 10 Abs 2 SGG. In Ermangelung einer Übergangsregelung ist § 10 SGG in der seit dem 1.1.2012 *(vgl Art 23 Abs 1 4. SGB IV-ÄndG)* geltenden Fassung nach den allgemeinen Grundsätzen des intertemporalen Prozessrechts auch in anhängigen Verfahren zu beachten *(vgl zusammenfassender Standpunkt des 1., 3. und 6. Senats des BSG zu § 10 Abs 2 SGG unter A.I, abgedruckt*

15 *in SGb 2012, 495; BSGE 115, 165 = SozR 4-2500 § 115b Nr 4, RdNr 14; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl 2014, § 10 RdNr 3a)*.

16 Nach § 10 Abs 2 Satz 2 Nr 3 SGG gehören zu den Streitigkeiten aufgrund der Beziehungen zwischen Krankenkassen und Vertragsärzten, Psychotherapeuten, Vertragszahnärzten (Vertragsarztrecht) einschließlich ihrer Vereinigungen und Verbände *(§ 10 Abs 2 Satz 1 SGG)* ua Klagen wegen der Vergütung nach § 120 SGB V. Davon sind die Klagen der Leistungserbringer gegen die Krankenkassen auf Vergütung der Leistungen nach § 119 SGB V gemäß § 120 Abs 2 SGB V umfasst. Die Formulierung "Klagen wegen der Vergütung nach § 120 SGB V" erfasst nicht nur Leistungsbegehren im Einzelfall, sondern auch Streitigkeiten im Zusammenhang mit den nach § 120 Abs 2 SGB V zu treffenden Vergütungsvereinbarungen. Da die Schiedsstelle nach § 120 Abs 4 SGB V an die Stelle der Vertragsparteien tritt, wenn eine Vereinbarung nicht zustande kommt, gehören auch die Klagen gegen die Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle zum Vertragsarztrecht. Dass die Entscheidung von der nach § 18a Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) zu bildenden Schiedsstelle getroffen wird, steht dem nicht entgegen. Zwar ist es zutreffend, dass im Schiedsverfahren die Krankenkassen und die Träger der Einrichtungen beteiligt sind, nicht aber Vertreter der Vertragsärzte. Entscheidend ist jedoch, dass die SPZ im Wege der Ermächtigung nach § 119 Abs 1 SGB V in die vertragsärztliche Versorgung eingebunden sind *(vgl BT-Druck 17/6764 S 26)*.

17 Die Klägerin ist durch das Urteil des LSG beschwert, obwohl ihrem im Klageverfahren gestellten Antrag formal entsprochen worden ist. Das LSG hat den Schiedsspruch der Beklagten vom 18.8.2010 aufgehoben und die Beklagte zur Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts verpflichtet. Wird nach § 131 Abs 3 SGG ein Bescheid aufgehoben und die Verurteilung zur Erteilung eines neuen Bescheides "*unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts*" ausgesprochen, so bestimmen erst die das Urteil tragenden Gründe - die im Urteil zum Ausdruck gebrachte, für die Entscheidung maßgebende Rechtsauffassung des

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Gerichts - den Umfang und die Grenzen der Rechtskraftwirkung *(BSGE 43, 1, 3 = SozR 1500 § 131 Nr 4 S 5)*. Bei einem solchen Bescheidungsurteil kann sich die Beschwer des Klägers daraus ergeben, dass die von der Behörde zu beachtende Rechtsauffassung nicht der von ihm vertretenen entspricht *(vgl BSG SozR 4-1500 § 141 Nr 1 RdNr 22; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 27 S 191; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, Vorbemerkung § 143 RdNr 5a)*. Dies ist hier der Fall.

18 Die Beurteilung, ob der Klägerin im konkreten Fall etwas versagt worden ist, was sie beantragt hat, erfordert einen Vergleich zwischen dem rechtskraftfähigen Inhalt der Entscheidung und der von der Klägerin im vorinstanzlichen Verfahren zum Ausdruck gebrachten Rechtsauffassung *(vgl BSGE 43, 1, 3 = SozR 1500 § 131 Nr 4 S 4)*. In Übereinstimmung mit der Auffassung der Klägerin hat das LSG zwar entschieden, dass die Beklagte sich erneut mit der individuellen Leistungsfähigkeit der Klägerin auseinandersetzen muss. Die Klägerin hat aber weiter vertreten, dass ein externer Vergleich auf der Ebene des Bundeslandes bzw des Bundes durchzuführen sei. Diesen Punkt hat das LSG ausdrücklich offengelassen und nur eine "Neigung" zu erkennen gegeben, dass im Rahmen des externen Vergleichs auf die Leistungserbringer in Westfalen-Lippe abzustellen sei. Die Beklagte wäre vor diesem Hintergrund bei der Neubescheidung nicht gehindert, entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin erneut auf den Vergleich mit den Einrichtungen in Westfalen-Lippe abzustellen. Die Klägerin ist mithin auch durch die fehlende Festlegung des LSG in diesem Punkt beschwert. Gleiches gilt für die Frage der Funktion des externen Vergleichs und des möglichen Verstoßes gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die Klägerin erstrebt mit der Revision rechtskräftige Ausführungen im Urteil, nach welchen Vorgaben die Beklagte die Vergütungshöhe festsetzen soll. Die bloße Möglichkeit, dass die Beklagte bei der Neubescheidung dem Begehren der Klägerin in vollem Umfang Rechnung tragen könnte, lässt ihre Beschwer durch das Urteil des LSG nicht entfallen.

19 II. Die Revision der Klägerin hat insoweit Erfolg, als die Beklagte verpflichtet ist, unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut über die Festsetzung der Vergütung für das SPZ zu entscheiden.

20 1. a) Das LSG war zur Entscheidung im ersten Rechtszug nach § 29 Abs 2 Nr 1 SGG sachlich zuständig, da es um eine Klage gegen eine Entscheidung der Schiedsstelle nach § 120 Abs 4 SGB V geht. Zu Recht hat das LSG für diesen Rechtsstreit die Spruchkörper als zuständig angesehen, die gemäß § 31 Abs 2, § 40 Satz 2 iVm § 10 Abs 2 SGG für Angelegenheiten des Vertragsarztrechts gebildet worden sind *(s o I)*.

21 b) Die Klägerin hat mit ihrem Neubescheidungsbegehren gemäß § 54 Abs 1 iVm § 131 Abs 3 SGG - mit dem Ziel, einen inhaltlich neuen Schiedsspruch zu erreichen - die richtige Klageart gewählt. Die damit geltend gemachte Verpflichtung zum Erlass eines neuen Verwaltungsaktes berücksichtigt, dass die Festsetzung der Vergütung durch die Schiedsstelle nach § 120 Abs 4 SGB V als Verwaltungsakt anzusehen ist. Die Schiedsstelle nach § 18a KHG wird hier als Stelle

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

tätig, die Aufgaben der öffentlichen Verwaltung iS des § 1 Abs 1 Satz 1 SGB X wahrnimmt und damit als Behörde im funktionalen Sinne *(offengelassen von BVerwGE 124, 209, 212; vgl zur Behördeneigenschaft Quaas in Schnapp, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2004, S 98)*. Zwar wird die Festsetzung der Krankenhauspflegesätze durch die Schiedsstelle nach § 18a KHG nicht als Verwaltungsakt, sondern als interner Mitwirkungsakt qualifiziert, weil die Regelungswirkung der Festsetzung erst mit der Genehmigung der zuständigen Aufsichtsbehörde nach § 18 Abs 5 KHG eintritt *(vgl BVerwGE 146, 369 RdNr 27; 124, 209, 211)*. Ein solches Genehmigungserfordernis besteht bei der Festsetzung der Vergütung nach § 120 Abs 4 SGB V iVm § 18a Abs 1 KHG jedoch nicht. Die Schiedsstelle trifft vielmehr mit ihrer Festsetzung eine Regelung mit unmittelbarer Rechtswirkung nach außen iS des § 31 Satz 1 SGB X *(vgl zur Verwaltungsaktqualität der Entscheidung nach § 120 Abs 4 SGB V iVm § 18a Abs 1 KHG: LSG Rheinland-Pfalz Urteil vom 19.11.2009 - L 5 KR 142/08 KL - GesR 2010, 274 = Breith 2010, 618; LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 24.4.2002 - L 4 KR 133/99 - NZS 2003, 91; Sonnhoff in Hauck/Noftz, SGB V, Stand: März 2015, K § 120 RdNr 26; Köhler-Hohmann in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 120 RdNr 94; zur Festsetzung des Schiedsamtes nach § 89 SGB V stRspr seit BSGE 20, 73, 75 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO S A a 2; zuletzt BSG SozR 4-2500 § 87a Nr 2 RdNr 20; zu § 85 Abs 5 Satz 1 SGB XI: BSGE 105, 126, 130 = SozR 4-3300 § 89 Nr 2, RdNr 20; anders für die Entscheidungen der Schiedspersonen nach § 73b SGB V und § 132a SGB V BSG Urteil vom 25.3.2015 - B 6 KA 9/14 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen sowie BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr 5)*. Auch nach der Rechtsprechung des BVerwG hat die Festsetzung der Schiedsstelle, der kein Genehmigungsakt folgt, selbst den Charakter eines vertragsgestaltenden Verwaltungsaktes *(BVerwGE 146, 369 RdNr 27)*.

22 c) Der Zulässigkeit der Klage steht nicht entgegen, dass ein Vorverfahren nach § 78 SGG nicht durchgeführt worden ist. Zwar liegt einer der in § 78 Abs 1 Satz 2 SGG ausdrücklich genannten Fälle, in denen es eines Vorverfahrens nicht bedarf, nicht vor. Eine gesetzliche Vorschrift, die ausdrücklich bestimmt, dass es für Entscheidungen der Schiedsstelle nach § 120 Abs 4 SGB V iVm § 18a Abs 1 KHG eines Vorverfahrens nicht bedarf, gibt es nicht *(vgl § 78 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGG)*. Die analoge Anwendung des § 18 Abs 5 Satz 3 KHG, wonach ein Vorverfahren bei Klagen gegen die Genehmigung der Festsetzung der Pflegesätze durch die Schiedsstellen nach § 18a KHG nicht stattfindet, kommt nicht in Betracht. § 18 Abs 5 Satz 3 KHG bezieht sich auf die Genehmigung einer Schiedsstellenfestsetzung, die eine verwaltungsinterne Prüfung abschließt *(mehrstufiger Verwaltungsakt, vgl Trefz, Der Rechtsschutz gegen die Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 18a KHG, 2002, S 75 ff)*. Eine entsprechende Prüfung sieht § 120 Abs 4 SGB V gerade nicht vor. Bei der Schiedsstelle handelt es sich auch nicht um eine oberste Landes- oder Bundesbehörde iS des § 78 Abs 1 Satz 2 Nr 2 SGG. Auch die Voraussetzungen des § 78 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGG liegen nicht vor, da die Klägerin als privatrechtliches Krankenhaus in Form einer gGmbH geführt wird.

23 Mangels nächsthöherer Behörde müsste die Beklagte den Widerspruchsbescheid selbst erlassen. Allein die Identität zwischen Ausgangs- und Widerspruchsbehörde macht die Durchführung

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

des Vorverfahrens aber nicht per se entbehrlich *(so aber Köhler-Hohmann in jurisPK-SGB V, 2. Aufl 2012, § 120 RdNr 96; Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung SGB V, 2014, § 120 RdNr 21)*. Dies wird bereits darin deutlich, dass das SGG sogar für bestimmte Fallkonstellationen ausdrücklich festlegt, dass die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens durch die Ausgangsbehörde zu erfolgen hat *(§ 85 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGG, vgl auch Trefz, Der Rechtsschutz gegen die Entscheidungen der Schiedsstellen nach § 18a KHG, 2002, S 294 f)*.

24 Die Entbehrlichkeit der Durchführung eines Vorverfahrens ergibt sich aber aus der Eigenart der Tätigkeit der Schiedsstelle, die bei der Vergütungsfestsetzung an die Stelle der Vertragsparteien tritt *(vgl für das Schiedsamt nach § 89 SGB V zuletzt BSG SozR 4-2500 § 87a Nr 2 RdNr 21; BSGE 110, 258 = SozR 4-2500 § 87a Nr 1, RdNr 21)*. Der Zweck des Vorverfahrens, im Interesse des Rechtsschutzes des betroffenen Bürgers eine Selbstkontrolle der Verwaltung zu ermöglichen, wird bei der Überprüfung einer Festsetzung durch diejenigen, die dieses Ergebnis in einer bestimmten Verhandlungssituation erzielt haben, nicht erreicht. In der besonderen Situation der Vertragsgestaltung durch eine Schiedseinrichtung kann eine Überprüfung nur im gerichtlichen Verfahren erfolgen. Für die Entscheidung der Schiedsstelle nach § 120 Abs 4 SGB V iVm § 18a Abs 1 KHG gilt insofern nichts anderes als für die Entscheidung des Schiedsamtes nach § 89 SGB V.

25 2. Das LSG hat die angefochtene Entscheidung der Beklagten zu Recht beanstandet.

26 a) Die Entscheidung der Schiedsstelle nach § 120 Abs 4 SGB V unterliegt nur in eingeschränktem Umfang einer gerichtlichen Kontrolle. Der Schiedsstelle kommt bei der Festsetzung der Vergütung für SPZ ein Gestaltungsspielraum zu. Ihre Schiedssprüche sind ebenso wie die von ihnen ersetzten Vereinbarungen der vorrangig zum Vertragsabschluss berufenen Vertragsparteien auf Interessenausgleich angelegt und haben Kompromisscharakter. Insofern gelten die gleichen Maßstäbe wie bei der Überprüfung der Entscheidungen der Schiedsämter nach § 89 SGB V. Dementsprechend sind sie auch nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. Die inhaltliche Kontrolle ist darauf beschränkt, ob der vom Schiedsspruch zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, dh insbesondere die maßgeblichen rechtlichen Vorgaben beachtet hat, die auch für die Vertragsparteien gelten *(vgl zu diesen Maßstäben für die Schiedsstelle nach § 18a KHG BVerwGE 124, 209, 211)*. Nach Maßgabe dieser Prüfungsbefugnis ist es dem Senat eröffnet, den angefochtenen Schiedsspruch nicht nur in formeller Hinsicht, sondern im Umfang des Streitgegenstandes des Revisionsverfahrens auch inhaltlich zu überprüfen *(zu den entwickelten Maßstäben für Schiedsamtsentscheidungen vgl zuletzt BSG SozR 4-2500 § 87a Nr 2 RdNr 36; grundlegend BSGE 91, 153 = SozR 4-2500 § 85 Nr 3, RdNr 11 mwN; vgl ferner: BSGE 100, 144 = SozR 4-2500 § 85 Nr 41, RdNr 13 mwN; BSGE 87, 199, 202 = SozR 3-3300 § 85 Nr 1 S 5; zum Gestaltungsspielraum der Schiedsstelle nach § 114 SGB V vgl BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 10 RdNr 18; zur Schiedsperson nach § 73b SGB V BSG Urteil*

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

vom 25.3.2015 - B 6 KA 9/14 R - zur Veröffentlichung in SozR 4 vorgesehen - RdNr 58; zur Schiedsperson nach § 132a SGB V BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr 5, RdNr 37; zum Gestaltungsspielraum der Schiedsstelle nach § 76 SGB X BSGE 113, 258 = SozR 4-3300 § 85 Nr 4, RdNr 26 mwN; zur Schiedsstelle nach § 77 SGB XII BSG SozR 4-3500 § 77 Nr 1 RdNr 14).

27 b) Dieser inhaltlichen Überprüfung hält der angefochtene Schiedsspruch nicht in vollem Umfang stand. Die Beklagte hat die Rechtsmaßstäbe für die Bemessung der Vergütung nach § 120 Abs 2 SGB V nicht ausreichend beachtet.

28 Nach § 120 Abs 2 Satz 2 SGB V wird die Vergütung der Leistungen eines SPZ von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen gemeinsam mit den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land vereinbart. Kommt eine Vereinbarung nach § 120 Abs 2 Satz 2 SGB V ganz oder teilweise nicht zustande, setzt die Schiedsstelle nach § 18a Abs 1 KHG auf Antrag einer Vertragspartei die Vergütung fest *(§ 120 Abs 4 SGB V)*. Gemäß § 120 Abs 2 Satz 3 SGB V muss die Vergütung die Leistungsfähigkeit des SPZ bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten *(Satz 3)*. Die Vergütung kann pauschaliert werden *(§ 120 Abs 3 Satz 1 SGB V)*. Maßgeblicher Gesichtspunkt für die Vergütung ist mithin die Leistungsfähigkeit des SPZ bei wirtschaftlicher Betriebsführung.

29 aa) Eine Vergütung, die allein an den von der Klägerin als wirtschaftlich angesehenen Selbstkosten orientiert ist, kommt bereits deshalb nicht in Betracht, weil der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu wahren ist. Nach § 71 Abs 1 Satz 1 SGB V haben die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragserhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Um den Vorgaben nach § 71 Abs 1 Satz 1 1. Halbsatz SGB V zu entsprechen, darf gemäß § 71 Abs 2 Satz 1 SGB V die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Absatz 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden.

30 Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität, an dem der Gesetzgeber ungeachtet der gesetzlichen Festsetzung des Beitragssatzes in § 241 SGB V festgehalten hat, ist auch bei der Vereinbarung nach § 120 Abs 2 Satz 2 SGB V zu beachten *(so auch Bayerisches LSG Urteil vom 10.3.2009 - L 5 KR 102/07 - Juris RdNr 35; LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 24.4.2002 - L 4 KR 133/99 - Juris, RdNr 28; Klückmann in Hauck/Noftz, SGB V, Stand: März 2015, K § 71 RdNr 15)*. Zwar fehlt eine ausdrückliche Bezugnahme in § 120 Abs 2 SGB V auf § 71 SGB V. Auch sind die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen von SPZ nicht in

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

§ 71 Abs 4 und 5 SGB V als den Aufsichtsbehörden vorzulegende Vereinbarungen genannt. In der Rechtsprechung des Senats ist aber geklärt, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität allgemein für die im Vierten Kapitel des SGB V geregelten Vergütungsvereinbarungen gilt, ohne dass es einer auf die jeweilige Vergütungsvereinbarung bezogenen speziellen Regelung bedarf. Dies hat der Senat insbesondere aus dem Standort des § 71 SGB V im Abschnitt "Allgemeine Grundsätze" des Vierten Kapitels abgeleitet *(BSG SozR 4-2500 § 88 Nr 1 RdNr 17)*. Bei dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität handelt es sich um eine verbindliche gesetzliche Vorgabe, die auch bei Schiedssprüchen zu beachten ist und die eine verbindliche Grenze für Vergütungsvereinbarungen darstellt *(vgl zuletzt BSG Urteil vom 25.3.2015 - B 6 KA 9/14 R -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen, RdNr 70; BSGE 86, 126, 135 f = SozR 3-2500 § 85 Nr 37 S 296 f; BSG SozR 4-2500 § 88 Nr 1 RdNr 15 f mwN)*.

31 Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist nicht schon deshalb gewahrt, weil aufgrund der Geringfügigkeit des Vergütungsvolumens im Verhältnis zu den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) eine Beitragserhöhung nicht droht. Die Klägerin trägt insofern vor, die durch eine Erhöhung der Vergütung auf 297,27 Euro bedingte zusätzliche Ausgabe betrage jährlich rund 150 000 Euro, was weit weniger als 0,1 % der Gesamtausgaben der GKV ausmache. Von der konkreten Gefahr einer Beitragserhöhung ist vor diesem Hintergrund zwar nicht auszugehen *(hierauf stellt BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr 5, RdNr 43 zum Anteil der Ausgaben für häusliche Krankenpflege ab)*, doch kommt es hierauf nicht an. Im Verhältnis zu den Gesamtausgaben der GKV werden Vergütungserhöhungen für einzelne Einrichtungen immer nur einen sehr geringen Prozentsatz ausmachen. Das erlaubt die Freistellung von den Voraussetzungen des § 71 SGB V nicht, weil solche Erhöhungen in der Summe durchaus beitragssatzrelevant sein können. Erhöhungen der Vergütungen der Leistungserbringer wirken sich je nach Größe des Ausgabenbereichs, dem sie zuzuordnen sind, in unterschiedlichem Maße auf den gesetzlichen Beitrag nach § 241 SGB V und den kassenindividuellen Zusatzbeitrag nach § 242 SGB V aus. Allein der Umstand, dass in einem Einzelfall über ein geringes Vergütungsvolumen entschieden wird, entbindet nicht von der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität auch in diesem Einzelfall. Das Ziel der Stabilisierung der Betragssätze kann, wie auch § 71 Abs 2 Satz 1 SGB V verdeutlicht, nur erreicht werden, wenn sich die Steigerungen aller Vergütungen grundsätzlich am Anstieg der Grundlohnsumme ausrichten.

32 Andererseits wird damit die Geltendmachung höherer Kosten aufgrund eines spezifischen Leistungsspektrums und/oder einer besonderen Kostenstruktur nicht ausgeschlossen, auch wenn dies im Einzelfall zu einer die maßgebliche Veränderungsrate übersteigenden Erhöhung der Vergütung führt. Insofern bestehen bei der Vereinbarung der Vergütung mit einem einzelnen Leistungserbringer Besonderheiten gegenüber der Vereinbarung von Vergütungen in Kollektivverträgen für eine Vielzahl von Leistungserbringern. Ähnlich wie bei der Bemessung der Pflegesätze nach § 84 SGB XI, die ermöglichen müssen, dass eine Einrichtung bei wirtschaftlicher Betriebsführung ihrem Versorgungsauftrag nachkommen kann, muss die Vergütung nach § 120 Abs 2 SGB V die Leistungsfähigkeit des einzelnen ermächtigten SPZ bei wirtschaftlicher

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Betriebsführung gewährleisten. Hier wie dort ist mithin jeweils zu prüfen, ob die von der Einrichtung zu leistende Versorgung bei wirtschaftlicher Betriebsführung durch die Vergütung sichergestellt werden kann. Wird festgestellt, dass nur mit einer bestimmten Höhe der Vergütung die Leistungsfähigkeit des SPZ bei wirtschaftlicher Betriebsführung zu gewährleisten ist, liegt ein Fall des § 71 Abs 1 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V vor, die notwendige medizinische Versorgung ist mithin auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven anders nicht zu gewährleisten.

33 bb) In Übereinstimmung mit dem LSG geht der Senat davon aus, dass die Beurteilung der Leistungsgerechtigkeit der Vergütung nach § 120 Abs 2 SGB V in Anlehnung an das vom 3. Senat des BSG für den Bereich der Pflegesatzverfahren nach § 84 SGB XI entwickelte Prüfungsprogramm zu erfolgen hat. Dies ist aufgrund der bestehenden Parallelen sachgerecht. § 120 Abs 2 SGB V weist insoweit deutliche Übereinstimmungen zur Bemessung der Pflegesätze nach § 84 SGB XI auf, als dort vorgegeben wird, dass die Pflegesätze leistungsgerecht sein müssen *(§ 84 Abs 2 Satz 1 SGB XI)* und es dem Pflegeheim ermöglichen müssen, bei wirtschaftlicher Betriebsführung seine Aufwendungen zu finanzieren und seinem Versorgungsauftrag nachzukommen *(§ 84 Abs 2 Satz 4 SGB XI)*. In beiden Bereichen sind also zum einen die Leistungen zu berücksichtigen, die die Einrichtung zu erbringen hat *(bezogen auf Pflegeheime: Umfang des Versorgungsauftrags; bezogen auf die in § 120 Abs 2 SGB V genannten Einrichtungen: Umfang der Ermächtigung)*, zum anderen ist die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu gewährleisten *(für § 120 Abs 2 SGB V im Zusammenhang mit einer psychiatrischen Hochschulambulanz: LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 24.4.2002 - L 4 KR 133/99 - RdNr 31 Juris)*. Ebenso wie in § 84 Abs 2 Satz 4 SGB XI vorgegeben, muss den Einrichtungen nach § 120 Abs 2 SGB V durch die Vergütung die Erfüllung der Ansprüche der Versicherten ermöglicht werden *(so schon LSG Baden-Württemberg Urteil vom 22.3.1996 - L 4 KR 2129/94 - Juris <nur Kurztext>, E-LSG Kr-098, S 4: "Leistungsfähigkeit zur Erfüllung der Ansprüche der Versicherten")*.

34 Der 3. Senat hat für den Bereich der Pflegesatzverfahren nach §§ 84, 85 SGB XI ein zweistufiges Prüfungsschema entwickelt. Grundlage der Verhandlung über Pflegesätze und Entgelte ist danach 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 anhand einer plausiblen und nachvollziehbaren Darlegung (Prognose). Daran schließt sich in einem zweiten Schritt die Prüfung der Leistungsgerechtigkeit nach § 84 Abs 2 Satz 1 und 4 SGB XI an. Maßgebend hierfür sind die Kostenansätze vergleichbarer Leistungen in anderen Einrichtungen (externer Vergleich). Pflegesätze und Entgelte sind dann nicht angemessen, wenn Kostenansätze und erwartete Kostensteigerungen nicht plausibel erklärt werden können oder die begehrten Sätze im Verhältnis zu anderen Pflegeeinrichtungen unangemessen sind *(vgl grundlegend BSGE 102, 227 = SozR 4-3300 § 85 Nr 1, RdNr 23 ff; ebenso für den ambulanten Bereich BSGE 105, 126 = SozR 4-3300 § 89 Nr 2, RdNr 50 ff; BSGE 113, 258, = SozR 4-3300 § 85 Nr 4, RdNr 14)*. Diese Grundsätze für die Vergütung von Pflegeeinrichtungen hat der 3. Senat auch auf die Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 37 SGB V

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

in den Fällen, in denen Einzelverträge nach § 132a SGB V geschlossen werden, übertragen *(vgl BSGE 107, 123 = SozR 4-2500 § 132a Nr 5, RdNr 39)*.

35 (1) Vor dem Hintergrund des § 71 SGB V ist bei Vergütungen nach § 120 Abs 2 SGB V zunächst zu fragen, ob die Betriebsführung gemessen am Leistungsspektrum, für das dem SPZ eine Ermächtigung erteilt worden ist, plausibel dargelegt ist und/oder Wirtschaftlichkeitsreserven erkennen lässt und in einem zweiten Schritt zu überprüfen, ob der nachvollziehbar begründete Vergütungsanspruch einem Vergleich mit anderen SPZ standhält. Nur bei neu hinzutretenden SPZ kann es dabei darum gehen, dass die entstehenden Kosten insgesamt nachvollziehbar dargelegt werden. Soweit an vorangegangene Vergütungen angeknüpft wird, kann es - ähnlich wie bei der Vorjahresanknüpfung für die Gesamtvergütung *(vgl dazu zuletzt BSG SozR 4-2500 § 87a Nr 2 RdNr 40 f mwN)* - nur um die Frage gehen, ob Veränderungen eingetreten sind, die eine Erhöhung der zuvor vereinbarten Vergütung über den nach § 71 Abs 3 SGB V festgelegten Veränderungssatz hinaus rechtfertigen. Das ist nur dann der Fall, wenn ohne eine solche Erhöhung die von der Einrichtung zu leistende Versorgung gefährdet ist. Gerechtfertigt kann eine solche Erhöhung etwa sein bei einer Steigerung der tariflich zu zahlenden Entgelte über die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen hinaus oder bei einer notwendigen Änderung des Personalschlüssels bzw der Fachkraftquote. Ebenfalls denkbar sind nicht vorhersehbare Veränderungen in der Zusammensetzung des Patientenklientels, die die Kosten pro Fall deutlich erhöhen. Auch eine Erhöhung von Kostensätzen, die auf einer in den Vorjahren erfolgten fehlerhaften Kalkulation beruht oder sogar bewusst - zB um Marktsegmente zu erschließen - zu niedrig angesetzt worden sind, ist nicht von vornherein als unplausibel ausgeschlossen, sofern dies substantiiert begründet wird *(vgl BSGE 102, 227 = SozR 4-3300 § 85 Nr 1, RdNr 25)*. Die Darlegungs- und Substantiierungslast hierfür liegt bei dem Träger der Einrichtung, der insoweit über die erforderlichen Daten verfügt *(vgl BSGE 102, 227 = SozR 4-3300 § 85 Nr 1, RdNr 25; LSG Baden-Württemberg Urteil vom 25.1.2013 - L 4 P 758/11 KL - Juris, RdNr 108)*. Das SPZ muss seine voraussichtlichen Kosten so darlegen und belegen, dass sie nachvollziehbar sind und eine zuverlässige Prognose ermöglichen.

36 Das LSG hat hier zu Recht entschieden, dass die Beklagte sich nicht hinreichend mit dem Vortrag der Klägerin zu ihrer Betriebsführung auseinandergesetzt hat. Die Klägerin ist ihrer primären Darlegungs- und Substantiierungslast auf der ersten Prüfungsebene nachgekommen. Sie hat nach den Feststellungen des LSG eine ausreichend detaillierte Kostenkalkulation vorgelegt und diese Kalkulation durch das Gutachten der W. GmbH gestützt. In diesem Gutachten sind die kalkulierten Fallkosten für das SPZ als angemessen und für die Betriebsführung erforderlich bewertet worden. Die in Ansatz gebrachten Miet- und Personalkosten wurden nach dem Vorbringen von Einwendungen durch die Beigeladenen weiter begründet. So hat die Klägerin 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 Personalkostensteigerungen verwiesen. Auch die Unklarheiten hinsichtlich der Mietkosten wurde mit der Verringerung der Mietfläche erläutert. Mit keinem dieser Aspekte hat sich

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

die Beklagte näher auseinandergesetzt. Sie hat lediglich ausgeführt, die Notwendigkeit einer über die durchschnittliche Veränderungsrate nach § 71 Abs 2 SGB V hinausgehende Erhöhung sei nicht substantiiert dargelegt worden. Eine nachvollziehbare Begründung hierfür fehlt.

37 Besteht nach Auffassung der Beklagten die Implausibilität deshalb, weil sie aus den vorliegenden Daten andere Schlüsse zieht als die Klägerin, unterliegt dies dem Beurteilungsspielraum der Beklagten - in den Grenzen der Denkgesetze und allgemeinen Erfahrungssätze. Besteht die Implausibilität nach Auffassung der Beklagten aber deshalb, weil weitere Angaben und Unterlagen fehlen, der Sachverhalt also nicht vollständig aufgeklärt ist, ist von einer Verpflichtung der Beklagten auszugehen, die fehlenden Unterlagen und Angaben bei der jeweiligen Vertragspartei anzufordern. Damit korrespondiert die Verpflichtung der Einrichtung, die angeforderten Unterlagen vorzulegen. Die Beklagte wird also bei einer Neubescheidung, sofern ihrer Auffassung nach für die erste Prüfungsstufe noch weitere Angaben und Nachweise fehlen, diese von der Klägerin anzufordern haben. Dabei hat die Beklagte ua auch zu prüfen, ob sie die von der Klägerin zugrunde gelegten prognostizierten Fallzahlen für plausibel hält. Das Ergebnis wird die Beklagte - unabhängig von Ausgang der Prüfung - in der Entscheidung nachvollziehbar zu begründen haben *(vgl BSG SozR 4-2500 § 87a Nr 2 RdNr 61; BSGE 51, 58, 64)*.

38 Der Verpflichtung der Beklagten, im Verfahren nach § 120 Abs 4 SGB V ggf fehlende Daten und Unterlagen nachzufordern, steht nicht entgegen, dass nach der Rechtsprechung des BVerwG im Rahmen des Schiedsverfahrens nach § 18 Abs 4 KHG iVm § 18a KHG der Beibringungsgrundsatz gilt *(BVerwGE 124, 209, 212 f; bestätigt mit Urteil vom 10.7.2008 - 3 C 7/07 - GesR 2009, 25, 26; vgl hierzu auch Clemens, Grundlegende Fragen des Schiedsverfahrens nach dem KHG, MedR 2012, 769, 770 mit dem Hinweis, dass manche Schiedsstellenverordnungen in begrenztem Umfang Amtsermittlung ausdrücklich vorsehen; aA Quaas in Schnapp, Handbuch des sozialrechtlichen Schiedsverfahrens, 2004, S 104)*. Das BVerwG hat dies vor dem Hintergrund der fehlenden Verwaltungsaktqualität der Schiedsstellenentscheidung wesentlich mit den besonderen Regelungen der BPflV zu Vorlage- und Mitwirkungspflichten begründet, die im Schiedsstellenverfahren nicht außer Acht gelassen werden dürften *(aaO 213)*. An solchen speziellen Regelungen fehlt es hier. Dass im Schiedsstellenverfahren jede Seite ihre Position darlegen und ggf belegen muss *(BVerwG aaO)*, schließt eigene Ermittlungen der Schiedsstelle nicht aus. Das im SGB X grundsätzlich geltende Amtsermittlungsprinzip *(§ 20 Abs 1 SGB X)* findet allerdings, insofern stimmt der Senat mit dem BVerwG überein, seine Grenze in den Mitwirkungsobliegenheiten der Beteiligten. Insbesondere im Hinblick darauf, dass die Beteiligten über die erforderlichen Daten verfügen und der Schiedsstelle keine Zwangsmittel zu Gebote stehen, endet die Ermittlungspflicht dort, wo die Beteiligten ihren Mitwirkungspflichten nicht nachkommen.

39 Die Beklagte konnte auf eine Auseinandersetzung mit den von der Klägerin dargelegten Kosten auch nicht deshalb verzichten, weil der von der Klägerin beantragte Betrag weit über dem von ihr zugrunde gelegten Vergleichsbetrag lag. Zwar ist Obergrenze der Vergütungsforde-

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
ANDROID APP ON Google play
JLaw – für Android
Available on the App Store
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

rung - auch bei nachvollziehbaren prognostischen Kosten - das Maß des auch im Vergleich mit der Vergütung anderer Einrichtungen wirtschaftlich Angemessenen. Der erste Prüfungsschritt ist aber nicht deshalb vollständig obsolet, denn das Ergebnis des externen Vergleichs bestimmt die angemessene Vergütung nicht abschließend. Der externe Vergleich ist kein Ersatz für die von den Vertragsparteien und ggf der Schiedsstelle vorzunehmende (Gesamt-)Bewertung der Forderung hinsichtlich ihrer wirtschaftlichen Angemessenheit *(vgl BSGE 102, 227 = SozR 4-3300 § 85 Nr 1, RdNr 31, 36)*.

40 (2) Bei dem im Rahmen des zweiten Prüfungsschrittes durchzuführenden externen Vergleich ist es unter Berücksichtigung des Gestaltungsspielraums der Schiedsstelle grundsätzlich zulässig, dass die Beklagte sich auf die SPZ in Westfalen-Lippe beschränkt. Die fehlende Erwähnung eines Vergleichs für SPZ schließt einen solchen für den Bereich des § 120 Abs 2 SGB V nicht aus. Der Blick auf die Vergütung vergleichbarer Einrichtungen ist auch hier als tauglicher Kontrollmechanismus bezogen auf die Angemessenheit der geltend gemachten Forderung anzusehen.

41 Dem Wortlaut des § 120 Abs 2 SGB V ist mangels ausdrücklicher Regelung eines Vergleichs nicht zu entnehmen, welche Einrichtungen einzubeziehen sind. Als Hinweis auf eine regionale Begrenzung könnte zu verstehen sein, dass § 120 Abs 2 Satz 2 SGB V als Vertragsparteien die Landesverbände der Krankenkassen und Ersatzkassen auf der einen Seite und die Hochschulen, Hochschulkliniken und die Krankenhäuser oder die sie vertretenden Vereinigungen im Land auf der anderen Seite nennt. Grundsätzlich wird pro Bundesland nur ein Landesverband für jede Kassenart gebildet *(§ 207 Abs 1 Satz 1 SGB V)*. Pro Bundesland haben sich die Krankenhausträger auch jeweils nur zu einer Landeskrankenhausgesellschaft zusammengeschlossen. Allein in Nordrhein-Westfalen existierten zum Zeitpunkt der angefochtenen Entscheidung zwei AOK-Landesverbände, die jeweils in ihrem räumlichen Zuständigkeitsbereich zum Vertragsabschluss nach § 120 Abs 2 SGB V berechtigt waren. Nach § 207 Abs 2 SGB V wurde, in Abweichung vom "Bundeslandprinzip" nach § 207 Abs 1 SGB V, als Übergangsregelung ausnahmsweise der Fortbestand mehrerer Landesverbände ermöglicht, sofern diese beim Inkrafttreten des Gesundheits-Reformgesetzes in einem Bundesland existierten. Dies war in Nordrhein-Westfalen der Fall, wo es zum damaligen Zeitpunkt den Landesverband AOK Westfalen-Lippe (seit 1.10.2010 Zusammenschluss mit der AOK Schleswig-Holstein zur AOK Nordwest) und den Landesverband AOK Rheinland (seit 1.7.2006 Zusammenschluss mit der AOK Hamburg zur AOK Rheinland/Hamburg) gab.

42 Entgegen der Auffassung der Klägerin kann aus § 120 Abs 2 Satz 4 SGB V für einen weiteren räumlichen Anknüpfungspunkt - Land oder sogar Bund - nichts hergeleitet werden. Diese Vorschrift bezieht sich ausdrücklich nur auf die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen. Nach § 120 Abs 2 Satz 4 SGB V soll bei der Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen eine Abstimmung mit Entgelten für vergleichbare Leistungen erfolgen. Es geht dabei ausschließlich um den Vergleich von unterschiedlichen, aber vergleichbaren Leistungen.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

Die Gesetzesbegründung nennt hier beispielhaft insbesondere vor- und nachstationäre Leistungen *(BT-Drucks 14/7862 S 5)*.

43 Auch § 84 Abs 2 Satz 8 (bis 31.12.2014 Satz 7) SGB XI legt nicht fest, ob die Pflegeeinrichtungen im Zuständigkeitsbereich des Landesverbandes der Krankenkassen, des Bundeslandes oder des Bundes in den Vergleich einzubeziehen sind, sondern stellt darauf ab, dass die in den Vergleich einbezogenen Einrichtungen (Pflegeheime) "nach Art und Größe sowie hinsichtlich der nach Absatz 5 genannten Leistungs- und Qualitätsmerkmale im Wesentlichen gleichartig sind" *(vgl auch BSGE 102, 227 = SozR 4-3300 § 85 Nr 1, RdNr 37)*. In § 85 Abs 5 SGB XI werden als wesentliche Leistungs- und Qualitätsmerkmale die Zuordnung des voraussichtlich zu versorgenden Personenkreises sowie Art, Inhalt und Umfang der Leistungen, die von der Einrichtung während des nächsten Pflegesatzzeitraums erwartet werden, die von der Einrichtung für den voraussichtlich zu versorgenden Personenkreis individuell vorzuhaltende personelle Ausstattung, gegliedert nach Berufsgruppen, sowie Art und Umfang der Ausstattung der Einrichtung mit Verbrauchsgütern genannt.

44 Für die räumliche Bestimmung des Kreises der in den Vergleich einzubeziehenden Einrichtungen ergibt sich auch kein durchgreifendes Argument aus der mit dem Pflege-Qualitätssicherungsgesetz vom 9.9.2001 eingeführten Ermächtigung des § 92a SGB XI. Der dort vorgesehene Pflegeheimvergleich soll gemäß § 92a Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB XI die Vertragsparteien nach § 85 Abs 2 SGB XI bei der Bemessung der Vergütung und Entgelte unterstützen. Zwar sind nach § 92a Abs 1 Satz 2 SGB XI die Pflegeheime "*länderbezogen, Einrichtung für Einrichtung*" miteinander zu vergleichen. Der Pflegeheimvergleich soll jedoch nach der Gesetzesbegründung nicht die Grundlage dazu liefern, die Vergütungen für die Pflegeheime anhand landesweiter oder regionaler Durchschnittswerte festzulegen, da eine solche Vorgehensweise dem gesetzlich verankerten Anspruch auf leistungsgerechte Entgelte zuwiderliefe *(§ 84 Abs 2 SGB XI)*. Es müsse sichergestellt sein, dass die Vergütungen einem Heim bei wirtschaftlicher Betriebsführung ermöglichen, seinen individuellen, mit den Kostenträgern vereinbarten Versorgungsauftrag zu erfüllen. Entsprechend lege § 92a Abs 2 Satz 2 SGB XI fest, dass der Pflegeheimvergleich Einrichtung für Einrichtung anhand der individuellen Leistungs- und Belegungsstrukturen, Pflegesätze und Entgelte sowie der gesondert berechenbaren Investitionskosten vorzunehmen sei *(BT-Drucks 14/5395 S 37)*.

45 Sachgerecht ist es auch bei den SPZ, in erster Linie darauf abzustellen, ob die jeweiligen Einrichtungen nach ihrem Leistungsspektrum, ihrer personellen und sächlichen Ausstattung und dem örtlichen Kostenniveau vergleichbar sind. Nur auf diese Weise wird dem Zweck des externen Vergleichs, der als Kontrollmechanismus für die wirtschaftliche Betriebsführung der betroffenen Einrichtung dienen soll, Rechnung getragen. Bei der Auswahl der in den Vergleich einzubeziehenden Einrichtungen ist die Beklagte deshalb gehalten, einen möglichst passgenauen Vergleich (ausreichende Anzahl der Einrichtungen, ähnlicher Leistungsumfang, Lage etc) zu ermöglichen. Welche konkreten Einrichtungen sie in den Vergleich einbezieht, bleibt

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

ihrem Beurteilungsspielraum überlassen. Grundsätzlich ist es im Hinblick auf regionale Besonderheiten und unterschiedliche Kostenstrukturen sachgerecht, zum Vergleich zunächst Einrichtungen aus dem unmittelbaren räumlichen Umfeld heranzuziehen. Wenn sich dort jedoch keine Einrichtungen finden sollten, die nach Ausrichtung, Ausstattung und Behandlungsspektrum vergleichbar sind, ist auf einen weiteren Bereich abzustellen. Sofern auch im weiteren Umfeld keine vergleichbaren Einrichtungen existieren, kommt auch die Einbeziehung von Einrichtungen in anderen Bundesländern oder im Ausnahmefall auch im gesamten Bundesgebiet in Betracht.

46 Der betroffenen Einrichtung muss ermöglicht werden, ggf bestehende Unterschiede zu den im Vergleichswege herangezogenen Einrichtungen aufzuzeigen. Auch wenn die Vergütungsforderung über der durchschnittlichen Vergütung anderer Einrichtungen liegt, kann sich die Forderung im Rahmen der Gesamtbewertung als leistungsgerecht erweisen, sofern sie auf einem - zuvor nachvollziehbar prognostizierten notwendigen - höheren Aufwand der Einrichtung beruht und dieser nach Prüfung im Einzelfall, etwa im Hinblick auf Besonderheiten im Versorgungsauftrag, wirtschaftlich angemessen ist *(vgl BSGE 102, 227 = SozR 4-3300 § 85 Nr 1, RdNr 36)*. Um besondere Gründe für eine überdurchschnittliche Vergütung aufzeigen zu können, bedarf es konkreter Informationen bezogen auf den Ermächtigungsumfang, die Größe, Lage etc der in den Vergleich einbezogenen Einrichtungen. Dabei kann es aufgrund der unterschiedlichen Tarifverträge etwa auch eine Rolle spielen, ob und wie viele Einrichtungen kirchlicher Träger erfasst wurden. Da die konkreten Daten der in den Vergleich einbezogenen SPZ nur den Krankenkassen zur Verfügung stehen *(zu § 85 SGB XI vgl BSGE 102, 227 = SozR 4-3300 § 85 Nr 1, RdNr 40)*, sind diese - bzw die Schiedsstelle - in der Pflicht, die Vergleichsdaten so aufzuarbeiten, dass eine sachgerechte Beurteilung möglich ist und die Einrichtung ihrerseits in die Lage versetzt wird, Unterschiede zu den in den Vergleich einbezogenen Einrichtungen aufzeigen und ggf belegen zu können.

47 Vor diesem Hintergrund ist das Vorgehen der Beklagten, die Einrichtungen aus Westfalen-Lippe heranzuziehen, um damit den regionalen Besonderheiten besser Rechnung tragen zu können, grundsätzlich nicht zu beanstanden. Im Hinblick auf die Größe und Vielgestaltigkeit dieses Bezirks ist davon auszugehen, dass sich dort ausreichend vergleichbare Einrichtungen finden. Hierzu muss sich die Begründung der Schiedsstelle allerdings auch verhalten. Die Beklagte hat sich darauf beschränkt, den Durchschnittswert der Einrichtungen in Westfalen-Lippe zu benennen und daran die von der Klägerin geforderte Vergütung zu messen. Nähere Angaben zu den im Wege des Vergleichs herangezogenen Einrichtungen hat sie nicht gemacht. Dies ist nicht ausreichend. Die Notwendigkeit einer näheren Betrachtung macht nicht zuletzt der Blick auf die unterschiedlichen durchschnittlichen Vergütungsniveaus in Nordrhein-Westfalen und im Bund deutlich ("umliegende" SPZ: 220,56 Euro, Westfalen-Lippe: 233,09 Euro; Nordrhein-Westfalen: 306 Euro, bundesweit: 328,13 Euro). Angesichts des Umstandes, dass bei der Durchschnittsvergütung in Westfalen-Lippe Regionen mit unterschiedlichem Preisniveau einbezogen sind, ist ohne Kenntnis von Einzelheiten (durchschnittliche Personal- und Mietkosten etc) kaum zu erklären, auf welche Weise die Einrichtungen in Westfalen-Lippe um ca 30 % günstiger als die Ein-

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS

richtungen im landesweiten Vergleich bzw sogar 40 % günstiger als die Einrichtungen im bundesweiten Vergleich arbeiten.

48 III. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 Satz 1 SGG iVm einer entsprechenden Anwendung der §§ 154 ff VwGO. Sie berücksichtigt, dass die Klägerin mit ihrem Begehren, die Beklagte zu einer Vergleichsprüfung auf Landes- bzw Bundesebene zu verurteilen, nicht durchgedrungen ist und im Vergleich zu ihrem Obsiegen beim LSG nur noch eine Modifikation der Anforderungen an die Entscheidung der Beklagten erreicht hat.

Hinweis: Auch Teile der Urteilssammlung sind als Datenbank nach §§ 87a ff. UrhG geschützt.

JLaw – Gesetze und Urteile (mobile App)
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
JLaw – für Android
JLaw – für iOS