
Datum: 06.09.2017
Gericht: Landessozialgericht NRW
Spruchkörper: 11. Senat
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: L 11 KA 54/16 KL
ECLI: ECLI:DE:LSGNRW:2017:0906.L11KA54.16KL.00

Nachinstanz: Bundessozialgericht, B 6 KA 5/18 B
Sachgebiet: Vertragsarztangelegenheiten
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:

Der Schiedsspruch der Beklagten vom 23.05.2016 wird insoweit aufgehoben, als die festgesetzte Quartalspauschale je Behandlungsfall einen Betrag von 171,00 EUR übersteigt, und die Beklagte verpflichtet, über den Antrag der Beigeladenen auf Festsetzung der Vergütung ihres sozialpädiatrischen Zentrums für die Zeit ab 01.01.2015 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates neu zu entscheiden. Die Beklagte und die Beigeladene tragen die Kosten des Verfahrens zu 9/10 als Gesamtschuldner. Die Kläger tragen 1/10 der Kosten des Verfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:	1
Die Beteiligten streiten über die Höhe der Quartalspauschale je Behandlungsfall für das von der Beigeladenen geführte Sozialpädiatrischen Zentrum (SPZ).	2
Die Beigeladene ist Trägerin des SPZ der Kinderklinik am K Klinikum N. Durch Beschluss vom 26.03.2014, geändert durch Beschluss des Zulassungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen für den Regierungsbezirk Detmold vom 17.06.2015 wurde das SPZ für die Zeit vom 01.07.2014 befristet bis zum 31.12.2018 zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 119 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ermächtigt für die sozialpädiatrische Behandlung von Kindern und Jugendlichen auf Überweisung von	3

zugelassenen sowie in zugelassenen Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) und/oder Vertragsarztpraxen angestellter Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde, Orthopädie bzw. Orthopädie und Unfallchirurgie, Neurologie, Psychiatrie, Kinder- und Jugendpsychiatrie. Die Aufnahme der Tätigkeit des SPZ erfolgte zum 01.07.2015.

Nachdem die zwischen den Klägern und der Beigeladenen geführte Verhandlung am 28.10.2014 gescheitert war, beantragte die Beigeladene mit Schreiben vom 26.02.2015 von der Beklagten, die Vergütung auf 448,65 EUR festzusetzen. Demgegenüber beantragten die Kläger, den Antrag der Beigeladenen zurückzuweisen, hilfsweise die Vergütung auf 171,00 EUR je Behandlungsfall ab Erfüllung der formalen Leistungsvoraussetzungen festzusetzen. 4

Die Beklagte schrieb unter dem 25.04.2016 sechs SPZ in Westfalen-Lippe an mit der Bitte um Beantwortung der folgenden Fragen (basierend auf den Daten für 2014): 5

1. Wie hoch sind Ihre Mietkosten pro Quadratmeter? 6

2. Wie viele Vollzeitkräfte (VK) arbeiten im ärztlichen bzw. im nicht ärztlichen Dienst? 7

3. Wie hoch sind die durchschnittlichen Personalkosten bei welcher zugrunde gelegten Fallzahl? 4. Wie hoch sind die durchschnittlichen Kosten pro VK? 8

Hierauf gingen vier Antwortschreiben ein, drei davon beantworteten die Fragen vollständig, eins mit Ausnahme der Frage 2 und der Fallzahl. 9

An die Kläger richtete die Beklagte folgende Fragen: 10

1. Nennen Sie die Höhe der jeweiligen Leistungsvergütungen der in Westfalen-Lippe angesiedelten SPZs mit Ausnahme der SPZs, die vorwiegend audiologisch tätig sind. 11

2. Machen Sie Angaben i.S. der Rechtsprechung des BSG vom 13.05.2015 Rn. 46, ob die zum Vergleich herangezogenen SPZs in kirchlicher oder nicht kirchlicher Trägerschaft befinden. Gibt es in der Höhe der Vergütung Unterschiede zwischen dem kirchlichen und dem nichtkirchlichen Vergütungsrecht? 12

3. Wie hoch sind die Mietkosten in den zum Vergleich heranzuziehenden SPZs? 13

4. Wie hoch sind die Kosten des ärztlichen bzw. des nicht ärztlichen Dienstes pro Fall in den anderen SPZs? 14

Die Kläger haben die Fragen 1 und 2 mit Schreiben vom 12.05.2016 beantwortet. Zu Frage 3 und 4 haben sie mitgeteilt, dass ihnen aktuell keine Übersichten über Mietkosten der jeweiligen SPZs vorliegen, da die vorliegenden Kalkulationen überwiegend älter als 10 Jahre seien. Die Kalkulationen gäben auch keinen Aufschluss darüber, in welcher Höhe bestimmte Kosten bzw. Personalstellenansätze anerkannt würden und ausreichend, wirtschaftlich und zweckmäßig seien. 15

Mit Schiedsspruch vom 23.05.2016 setzte die Beklagte für die Zeit ab 01.01.2015 die Quartalspauschale je Behandlungsfall auf 435,67 EUR fest. 16

Gegen den am 17.06.2016 zugegangenen Schiedsspruch haben die Kläger am 15.07.2016 Klage erhoben und zu deren Begründung vorgetragen: In Westfalen-Lippe seien derzeit 12 weitere SPZ ermächtigt. Die in 2015 mit den SPZ in Westfalen-Lippe vereinbarten 17

Pauschalen stellten sich wie folgt dar:

SPZ: Pauschale SPZ 1 = 189,18 EUR SPZ 2 = 282,46 EUR SPZ 3 = [136,81 EUR] SPZ 4 = 250,10 EUR SPZ 5 = 242,00 EUR SPZ 6 = 225,58 EUR SPZ 7 = [235,00 EUR] SPZ 8 = 235,00 EUR SPZ 9 = 53,00 EUR SPZ 10 = 233,53 EUR SPZ 11 = 288,36 EUR SPZ 12 = 279,20 EUR Mittelwert ohne SPZ = 3 7 247,84 EUR 18

Die Übersicht zeige, dass die von der Schiedsstelle festgesetzte Höhe von 435,67 EUR deutlich über dem Durchschnitt von 247,84 EUR und der höchsten in Westfalen-Lippe vereinbarten Pauschale liege. Bei der Berechnung des Mittelwerts hätten die Antragsgegner die Pauschalen der SPZ 3 und 7 nicht berücksichtigt, weil diese SPZ nur für den Bereich der Phonatrie und der Pädaudiologie ermächtigt seien. Die von der Schiedsstelle festgesetzte Vergütung sei weder wirtschaftlich noch leistungsgerecht, weil sie nicht in einer angemessenen Relation zu den Sätzen anderer Einrichtungen in Westfalen-Lippe mit vergleichbaren Leistung stehe. Die Beigeladene habe im Vorfeld der Verhandlungen insgesamt drei unterschiedliche Kalkulationen übermittelt. Die am 11.08.2014 übermittelte Kalkulation setze eine Fallzahl von 3.000 Fällen pro Jahr an. Im Zulassungsverfahren einschließlich Gerichtsverfahren sei von einem Bedarf von 3.200 Fällen pro Jahr ausgegangen worden. In der zweiten Kalkulation sei ohne Reduktion der Kosten die Fallzahl von 3.000 auf 2.400 Fälle herabgesetzt worden. Aus der Niederschrift über die nicht-öffentliche Sitzung der Schiedsstelle am 23.05.2016 ergebe sich, dass Herr Q Leiter des SPZ und Frau Dr. S erst seit dem 01.10.2015 im SPZ beschäftigt sei. Weiterhin sei Frau Dr. S1 ab dem 01.01.2016 beschäftigt gewesen und seit dem 30.04.2016 im Mutterschutz. Diese Stelle sei seither nicht mehr besetzt. Insgesamt seien also lediglich zwei Ärzte im SPZ beschäftigt. Der Schiedsspruch sei rechtswidrig, weil nicht die Fallzahl eines voll ausgelasteten SPZ zugrunde gelegt worden sei. Die Beklagte habe sich nicht mit der Frage auseinandergesetzt, ob eine Kalkulation mit einer Jahresfallzahl von 2.400 Fällen für das Jahr 2015 mit einer der Kalkulation zugrunde liegenden Ausstattung entsprechend den Anforderungen des sog. "Altöttinger Papiers" wirtschaftlich sei, wozu sie aber nach § 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V rechtlich verpflichtet gewesen sei. Von einer wirtschaftlichen Betriebsführung könne angesichts einer Ausstattung mit 2,8 VK im ärztlichen Dienst sowie einer Gesamtpersonalausstattung von 12,8 VK bei einer Fallzahl von 2.400 keine Rede sein. Bei dieser Form der Kalkulation einer Pauschalerstattung je Fall und Quartal müsse eine Fallzahl zugrunde gelegt werden, wie sie einem voll ausgelasteten SPZ mit dieser Ausstattung entspreche. Nur dann werde bei Festlegung einer Fallpauschale dem in § 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V normierten Gebot der "wirtschaftlichen Betriebsführung" Rechnung getragen. Nach einer konservativen Schätzung aufgrund von Erfahrungswerten aus der vertragsärztlichen Versorgung sei für in Vollzeit im SPZ tätige Ärzte jedenfalls eine Fallzahl je Arzt und Jahr von 1.200, d.h. von 400 Patienten je Quartal zugrunde zu legen. Bei 2,8 VK Arztstellen sei daher mit 3.360 Fällen zu kalkulieren. Unter Berücksichtigung dieser Fallzahl ergebe sich (ohne Berücksichtigung der weiteren Einwände) eine Pauschale je Fall und Quartal von 320,46 EUR. Die Schiedsstelle habe mit der schlichten Übernahme von 2.400 Fällen aus der Kalkulation der Beigeladenen die rechtlichen Vorgaben des § 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V verkannt. Bei einer unbefristeten Vergütungsfestsetzung sei keine Anlaufphase anzuerkennen. Denn wenn ein vollausgestattetes SPZ vorgehalten werde, sei die Erreichung einer der Ausstattung entsprechenden Fallzahl das wirtschaftliche Risiko der eigenverantwortlich unternehmerisch an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Beigeladenen. Außerdem sei die auf der niedrigen Fallzahl beruhende Vergütung nicht nur für die "Anlaufphase" sondern unbefristet und damit zumindest für die Dauer der Ermächtigung bis Ende 2018 festgesetzt. Steige die Fallzahl nach der Anlaufphase an, sei die aufgrund einer niedrigen Fallzahl festgesetzte Vergütung weit höher als nach der 19

Kalkulation notwendig. Des weiteren habe die Beklagte zu Unrecht nicht berücksichtigt, dass die kalkulierten Kosten in der "Anlaufphase" tatsächlich nicht entstanden seien. Jedenfalls 0,8 VK Arztstellen seien nicht durchgehend besetzt gewesen. Im Jahr 2015 seien noch weniger Stellen besetzt gewesen. Dementsprechend seien sowohl die Personalkosten als auch der Raumbedarf für 2015 wesentlich zu hoch angesetzt gewesen. In diesem Fall könnten nicht ex post rückwirkend ab dem 01.01.2015 die kalkulierten Kosten zugrunde gelegt werden. Auch bei Anerkennung einer Anlaufphase seien entweder die Kosten auf die tatsächlich entstandenen Kosten zu reduzieren oder aber die Fallzahl müsse von vornherein derjenigen eines ausgelasteten SPZ entsprechen. Der Abzug des Investitionskostenabschlags nach § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a.F. sei rechtswidrig unterblieben. Nach der Rechtsprechung des BSG gelte der Investitionskostenabschlag in allen Bereichen der vertragsärztlichen Leistungserbringung, soweit das Tatbestandsmerkmal des öffentlich geförderten Krankenhauses vorliege. Der Schiedsspruch sei auch deshalb rechtswidrig, weil die Beklagte eine Regelung für den Beitrag des Sozialhilfeträgers unterlassen habe. Die Kläger hätten geltend gemacht, dass aufgrund einer Absprache vom 04.11.1992 die Sozialhilfeträger eine anteilige Finanzierung von SPZ zu übernehmen hätten. Die Beklagte habe die Absprache mangels Rechtsverbindlichkeit nicht berücksichtigt, sondern nur den von der Beigeladenen einkalkulierten Anteil von 5%. Vorkehrungen für den Fall, dass der Sozialhilfeträger einen höheren Anteil übernehme, habe die Beklagte nicht getroffen, obwohl die Beigeladene auf laufende Gespräche hingewiesen habe. Wenn die Stadt N sich mit mehr als 5% beteilige, komme es zu einer ungerechtfertigten Doppelfinanzierung des SPZ der Beigeladenen. Die Beklagte hätte eine Melde- und Anpassungsregelung treffen müssen. Auch bei der Durchführung des externen Vergleichs habe die Beklagte die Vorgaben des Bundessozialgerichts (BSG) im Urteil vom 13.05.2015 missachtet. Die Kläger hätten hierzu umfangreiche Unterlagen vorgelegt und erläuternd vorgetragen. Sie hätten Angaben zum Ermächtigungsumfang und Standort der SPZ in Westfalen-Lippe gemacht, die Fallzahlen der SPZ in Westfalen-Lippe angegeben und zum Zustandekommen der Kalkulation vorgetragen und die tatsächlich vereinbarten Vergütungen sämtlicher SPZ in Westfalen-Lippe vorgelegt, außerdem drei anonymisierte Kalkulationen anderer SPZ aus Westfalen-Lippe. Mindestens drei SPZ hätten konkrete Angaben zu Personalausstattung, Fallzahl etc. auf die Anfrage der Beklagten gemacht. Die Beklagte gehe davon aus, dass mangels exakt vergleichbarer Personalausstattung und Fallzahl ein externer Vergleich nicht möglich sei. Aus der Rechtsprechung des BSG, nach der die Beklagte einen möglichst "passgenauen" externen Vergleich durchführen solle, ergebe sich nicht, dass eine externe Vergleichbarkeit nur dann gegeben sei, wenn Fallzahl und Personalausstattung der SPZ sich exakt entsprächen. Auch sei dem BSG-Urteil nicht zu entnehmen, dass allein die Kalkulationsdaten, nicht aber die im Ergebnis vereinbarten Vergütungshöhen für den externen Vergleich maßgeblich seien. SPZ seien innerhalb einer Bandbreite von Fallzahlen und Personalausstattungen schon per se vergleichbar. Im Übrigen lasse sich die Vergleichbarkeit rechnerisch herstellen. Wäre die von der Beklagten vertretene Auffassung richtig, würde der externe Vergleich stets leerlaufen, obwohl die SPZs in Westfalen-Lippe einschließlich des SPZ der Beigeladenen - wie auch die Beklagte erkenne - vom Leistungsspektrum und Ermächtigungsumfang her vergleichbar seien und bei allen hinsichtlich der Ausstattung die Anforderungen des Altöttinger Papiers zugrunde gelegt würden. Im Übrigen taugten auch die Forderungskalkulationen nicht als Maßstab des externen Vergleichs, weil es sich nicht um objektiv überprüfbare und überprüfte Kosten handele, sondern um Forderungen der SPZs. Die tatsächlich abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen seien deutlich niedriger und deshalb für den externen Vergleich heranzuziehen. Die Behauptung der Beigeladenen, diese Vergütungen seien nicht kostendeckend, widerspreche sowohl der Vermutung der Angemessenheit der abgeschlossenen Vergütungsvereinbarungen als auch der tatsächlichen Lebenserfahrung.

Die Kläger beantragen,

den Schiedsspruch der Beklagten vom 23.05.2016 insoweit aufzuheben, als die ab dem 01.11.2015 festgesetzte Quartalspauschale je Behandlungsfall einen Betrag in Höhe von 171,00 EUR übersteigt, und die Beklagte zu verpflichten, die Vergütung für das sozialpädiatrische Zentrum der Beigeladenen unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senates festzusetzen. 21

Die Beklagte und die Beigeladene beantragen, 22

die Klage abzuweisen. 23

Die Beklagte hält ihre Entscheidung für rechtmäßig. Für den anzustellenden Vergleich zwischen dem SPZ und anderen Leistungsträgern komme es nicht auf die durchschnittliche Fallpauschale an, die sich aus den Pauschalen anderer Leistungsträger errechne. Das BSG habe in der Entscheidung vom 13.05.2015 die Grundsätze aufgestellt, nach denen ein solcher Vergleich vorzunehmen sei. Die Schiedsstelle habe versucht, für einen passgenauen Vergleich Informationen der anderen Einrichtung zu ermitteln. Sie habe diese Einrichtungen angeschrieben und nur teilweise entsprechende Informationen erhalten. Obwohl das BSG die Kläger bei der Zusammenstellung konkreter Informationen in die Pflicht genommen habe, hätten diese entsprechende Vergleichsdaten, die einen passgenauen Vergleich ermöglichen könnten, nicht geliefert. 24

Die Beigeladene ist der Auffassung, die Festsetzung der Vergütung i.H.v. 435,67 EUR lasse keinen Rechtsverstoß zum Nachteil der Kläger erkennen. Die Absenkung der Fallzahl von 3.000 auf 2.400 sei erfolgt, weil die ursprünglich kalkulierte Fallzahl von 3.000 zumindest im ersten Jahr voraussichtlich nicht erreichbar gewesen sei. Im Jahr 2014 seien im Krankenhaus der Beigeladenen auf der Grundlage der persönlichen Ermächtigung von Herrn Dr. L 1.435 Kinder und Jugendliche behandelt worden. Zwischen dem Patientenkontext von Herrn Dr. L und dem Patientenkontext des SPZ bestehe eine weitgehende Deckungsgleichheit. Die Annahme einer bereits im ersten Jahr um 1.000 Fälle erhöhten Fallzahl erscheine daher ambitioniert. Tatsächlich habe sich die Leistungsmenge des Jahres 2015 auf lediglich 349 Fälle (Juli bis Dezember 2015) belaufen. Die Größenordnung der Kostenbelastung habe sich in den Folgemonaten bestätigt. Das aktuelle Vergütungsniveau in Westfalen-Lippe sei in hohem Maße durch das Verhandlungsgeschehen in den Anfangsjahren der SPZ-Vergütung begründet und habe sich weitestgehend gelöst von den tatsächlichen Kosten der Leistungserbringung. Ohne eine begleitende Betrachtung insbesondere der Kosten anderer SPZ sei deshalb der von den Klägern eingebrachte externe Vergleich ungeeignet, seinen Zweck als Kontrollmechanismus für die wirtschaftliche Betriebsführung des SPZ der Beigeladenen zu erfüllen. Diese Ungeeignetheit gehe zulasten der Kläger. Denn allein sie hätten die entsprechenden Daten in den Vergütungsverhandlungen mit den anderen westfälischen SPZ in Erfahrung bringen können. Da keine konkreten Einwände gegen die Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung erhoben worden oder sonst ersichtlich seien, sei die Vergütung anhand der für plausibel erachteten Kosten der Leistungserbringung festzusetzen gewesen. Die Beklagte sei nicht verpflichtet gewesen, dem Schiedsspruch eine Fallzahl zugrunde zu legen, die einem voll ausgelasteten SPZ entspreche. Wenn in der Rechtsprechung auf eine optimale Praxisauslastung abgestellt werde, gehe es um die Erzielbarkeit eines angemessenen Gewinns aus dem Praxisbetrieb (vgl. BSG Urteil vom 09.12.2004 - B 6 KA 84/03 R -). Die SPZ-Vergütung beinhalte im Gegensatz zur vertragsärztlichen Vergütung keinen kalkulatorischen Gewinnanteil. Wenn der Betreiber eines SPZ schon per se keinen Gewinn aus seiner Tätigkeit erwarten könne, sei es unvertretbar, ihm eine auskömmliche Vergütung nur dann zuzugestehen, wenn er eine optimale 25

Auslastung erziele. Die Berücksichtigung einer Anlaufphase würde den Vorgaben des § 120 Abs. 2 SGB V nur dann widersprechen, wenn eine Anlaufphase mit einer wirtschaftlichen Betriebsführung nicht zu vereinbaren wäre. Das sei jedoch nicht der Fall. Anlaufphasen neuer Leistungsanbieter seien in allen wirtschaftlichen Branchen normal. Die Beklagte sei auch nicht verpflichtet gewesen, auf die tatsächlich entstandenen Kosten abzustellen. Die Aufrechterhaltung eines prospektiven Kalkulationsansatzes trotz einer zeitlich möglichen Ersetzung durch Ist-Leistungen und Ist-Kosten sei vom BSG im Urteil vom 13.05.2015 nicht beanstandet worden. Es habe kein Investitionskostenabschlag i.H.v. 10 % vorgenommen werden müssen. Die SPZ-Vergütung sei von § 120 Abs. 3 Satz 2 SGB V a. F. nicht erfasst, da es sich nicht um eine Vergütung nach Abs. 1, sondern um eine Vergütung nach Abs. 2 handele. Bei der Frage der Berücksichtigung des Beitrags des Sozialhilfeträgers gehe es im Kern auch um die Zulässigkeit einer prospektiven Leistungs- und Kostenkalkulation. Die tatsächliche Höhe des Beitrags durch den Sozialhilfeträger könne oberhalb, aber auch unterhalb von 5 % der kalkulierten Kosten liegen. Eine verbindliche Aussage des Sozialhilfeträgers sei bis zum Schiedsstellentermin nicht zu bekommen gewesen. Das BSG habe bestimmte Mindestinhalte für den externen Vergleich explizit gefordert. Ein diesen Vorgaben entsprechender Vergleich habe der Beklagten nicht vorgelegen. Die anonymisierten Kalkulationen aus dem Schriftsatz vom 12.05.2016 ließen keine Verknüpfung zu Art und Umfang der erbrachten Leistungen erkennen, enthielten keine Angaben zur Anwendung eines Tarifvertrages oder zur Lage der Einrichtungen. Drei Vergleichseinrichtungen stellten auch keine ausreichende Anzahl für einen aussagekräftigen externen Vergleich dar. Der Vergleich habe der Beigeladenen auch nicht ermöglicht, Unterschiede zwischen ihrem SPZ und den herangezogenen Einrichtungen aufzuzeigen. Der Beklagten könne auch nicht angelastet werden, dass sie selbst nicht in der Lage gewesen sei, einen passgenauen externen Vergleich zu erarbeiten. Die Kläger hätten mit allen westfälischen SPZ Vergütungsverhandlungen geführt und verfügten damit über weitaus mehr Informationen zur Aufbereitung eines externen Vergleichs als sie im Schiedsstellenverfahren preisgegeben hätten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. 26

Entscheidungsgründe: 27

Die Klage ist zulässig und begründet. 28

I. 29

Die Klage ist zulässig. 30

1. 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 handelt es sich um eine solche Schiedsstelle, angegriffen ist ihr Schiedsspruch vom 23.05.2016. 31

Für die 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, S. 25 f.). Der Senat entscheidet dementsprechend nach §§ 10 Abs. 32

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 (Senat, Urteil vom 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -).

2. Die Klage ist als Anfechtungsklage verbunden mit einem Antrag auf Neubescheidung (§§ 54 Abs. 1 i.V.m. 131 Abs. 3 SGG) statthaft und zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 10.05.2017 - B 6 KA 14/16 R -; Urteil vom 25.01.2017 - B 3 P 3/15 R -; Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R -; Düring, in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Auflage, 2017, § 9 Rn. 64; Düring, Das Schiedswesen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1992, S. 143). Die damit geltend gemachte Verpflichtung zum Erlass eines neuen Verwaltungsaktes berücksichtigt, dass der angefochtene Schiedsspruch eine Doppelnatur aufweist und sich gegenüber den Vertragsparteien als Verwaltungsakt darstellt (h. M. s. z.B. BSG, Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R -). Die vom 1. Senat des BSG (Urteil vom 04.03.2014 - B 1 KR 16/13 R -; Urteil vom 13.11.2012 - B 1 KR 27/11 R -) vertretene Auffassung, Entscheidungen des Bundesschiedsamtes nach § 115b Abs. 3 SGB V bzw. solche der Landesschiedsstelle nach § 114 SGB V seien mit der isolierten Anfechtungsklage anzugreifen, vermag hieran nichts zu ändern (vgl. hierzu Senat, Urteil vom 07.06.2017 - L 11 KA 50/16 KL -).

3. Ein Vorverfahren (§ 78 Abs. 1 Satz 1 SGG) war nicht durchzuführen. Nach § 78 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGG bedarf es eines Vorverfahrens nicht, wenn ein Versicherungsträger oder einer seiner Verbände klagen will. Kläger sind hier Versicherungsträger bzw. ihre Verbände. Im Übrigen ist für eine Klage gegen einen Schiedsspruch grundsätzlich wegen der Eigenart der Tätigkeit der Schiedsstelle kein Vorverfahren erforderlich (BSG, Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R -; so im Ergebnis auch Senat, Urteil vom 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -).

II. 35

Die Klage ist auch begründet. Der Schiedsspruch der Beklagten vom 23.05.2016 erweist sich als rechtswidrig und verletzt die Kläger in ihren Rechten. 36

1. Gegenstand des Rechtsstreits ist der Schiedsspruch der Beklagten vom 23.05.2016, soweit die Kläger Einwendungen gegen dessen Rechtmäßigkeit erhoben haben. Nur hierüber hat das Gericht zu entscheiden (§ 123 SGG). Streitgegenstand ist mithin lediglich die Festsetzung der pauschalierten Vergütung für das SPZ der Beigeladenen auf mehr als 171,00 EUR je Behandlungsfall. 37

2. Das Verfahren vor der Beklagten regelt die Verordnung zur Regelung von Zuständigkeiten und Verfahren auf dem Gebiet des Krankenhauswesens (KHZVV) vom 21.10.2008 (GV.NRW. S. 642). Keiner der Beteiligten rügt, dass das zum Schiedsspruch vom 23.05.2016 führende Verfahren gegen die KHZVV verstoßen hätte. Die formalen Voraussetzungen für eine Entscheidung der Beklagten durch Schiedsspruch lagen vor (§§ 10 ff. der KHZVV). Verfahrensmängel sind insoweit auch für den Senat nicht ersichtlich. 38

3. Die normativen Vorgaben für eine Entscheidung durch Schiedsspruch sind gegeben. 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). 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). So liegt es hier. Die Beklagte hat den Vertrag über die Vergütung des SPZ substituiert, indem sie mit Beschluss vom 23.05.2016 den Vertragsinhalt festgesetzt hat. 39

4. 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 (vgl. dazu BSG, Urteil vom 10.05.2017 - B 6 KA 5/16 R -; Senat, Urteil vom 07.06.2017 - L 11 KA 50/16 KL - jeweils m.w.N.). 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, d.h. insbesondere die maßgeblichen rechtlichen Vorgaben beachtet hat, die auch für die Vertragsparteien gelten (BSG, Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R -).	40
5. Dieser inhaltlichen Überprüfung hält der angefochtene Schiedsspruch nicht in vollem Umfang stand.	41
a) Nach § 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V muss die Vergütung die Leistungsfähigkeit des SPZ bei wirtschaftlicher Betriebsführung gewährleisten. 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 (BSG, Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R -). Die Beurteilung erfolgt in Anlehnung an das vom 3. Senat des BSG für den Bereich der Pflegesatzverfahren nach § 84 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) entwickelte Prüfungsprogramm (BSG a.a.O.; Senat, Urteil vom 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -; LSG Niedersachsen-Bremen Urteil vom 24.04.2002 - L 4 KR 133/99 -). Danach gilt ein zweistufiges Prüfungsschema: Grundlage der Verhandlung über Entgelte ist zunächst die Abschätzung der voraussichtlichen Kosten der in der Einrichtung erbrachten Leistungen anhand einer plausiblen und nachvollziehbaren Darlegung (Prognose). Daran schließt sich in einem zweiten Schritt die Prüfung der Leistungsgerechtigkeit an. Maßgebend hierfür sind die Kostenansätze vergleichbarer Leistungen in anderen Einrichtungen (externer Vergleich). Entgelte sind dann nicht angemessen, wenn Kostenansätze und erwartete Kostensteigerungen nicht plausibel erklärt werden können oder die begehrten Sätze im Verhältnis zu anderen Einrichtungen unangemessen sind.	42
b) 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. Bei - wie hier - neu hinzutretenden SPZ geht es dabei darum, dass die entstehenden Kosten insgesamt nachvollziehbar dargelegt werden. Das SPZ muss seine voraussichtlichen Kosten so darlegen und belegen, dass sie nachvollziehbar sind und eine zuverlässige Prognose ermöglichen (BSG, Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R -).	43
aa) Im Schiedsspruch hat die Beklagte ausgeführt:	44
"Die Antragstellerin ist ihrer vom BSG geforderten primären Darlegungs- und Substantiierungsverpflichtung auf der ersten Prüfungsebene nachgekommen. Sie hat unter Berücksichtigung ihrer Ermächtigung die prospektiv zu erwartenden Fallzahlen von 2.400 nachvollziehbar dargelegt. Zwar sind auch Fallzahlen von 3.000 bzw. 3.200 in der Kalkulation genannt worden. Und auch die E-Mail, in der davon die Rede ist, dass die Fallzahl aus	45

taktischen Gründen auf 2.400 zu reduzieren ist, hat zunächst Zweifel an der Plausibilität der Fallzahl von 2.400 hervorgerufen. Diesem Bedenken steht allerdings das Gutachten der WITEG Wirtschaftsstreuhand GmbH Wirtschaftsprüfungsgesellschaft entgegen.

Nachvollziehbar hat die Antragstellerin dargelegt, dass die zunächst angenommene Fallzahl hätte nach unten korrigiert werden müssen, weil die Tätigkeit des SPZ erst im Juli mit der Einstellung des medizinischen Leiters, Herrn Q, "angelaufen" sei. Der Beginn der Tätigkeit eines SPZ ist nach der Rechtsprechung des BSG durchaus ein relevanter Bewertungsgesichtspunkt, bei dessen Beachtung die Schiedsstelle ihren Einschätzungsspielraum nicht überschreitet. Auch gemessen an der abgerechneten Fallzahl von 1.450 des früheren Leiters des SPZ, Herrn Dr. L wird die Fallzahl von 2.400 prospectiv nachvollziehbar, wobei die Fälle von 1.450 durch Einstellung einer weiteren Ärztin in Vollzeitstelle und einer Ärztin mit 0,8 Vollzeitstelle eine Steigerung auf 2.400 Fälle durchaus erwarten lässt. Hierbei lassen sich die kalkulierenden Zahlen nicht mathematisch exakt auf 3000 oder 3200 Fälle hochrechnen, weil sich das SPZ am K Klinikum noch in der Aufbauphase befindet. Auch die von den Antragsgegnern vorgelegten Kalkulationsunterlagen anderer SPZ sprechen nicht gegen die von der Schiedsstelle vorgenommene Bewertung. Als Beispiel sei hierfür angeführt, dass bei 3,30 ärztlichen Vollzeitkräften 3500 Fälle abgerechnet worden sind, und bei 1,20 ärztlichen Vollzeitkräften sind 2000 Fälle nachgewiesen. Aus den vorgelegten Vergleichszahlen in ihrer mangelhaften Konsistenz lässt sich nicht schließen, dass es nicht unplausibel ist, bei 2,8 ärztlichen Vollzeitkräften von einer Fallzahl von 2400 Fällen auszugehen, wobei die 0,8 Stelle nicht durchgängig besetzt war.

Auch die von den Antragsgegnern vorgelegte Übersicht über die Ermächtigungsinhalte der in Westfalen-Lippe tätigen SPZ macht die Annahme von 2.400 Fällen nicht unplausibel. Zwar liegen bis auf ein SPZ die Fallzahlen wesentlich höher, mangels weiterer passgenauer Anhaltspunkte, die das BSG in der bereits zitierten Entscheidung fordert, lassen diese Zahlen keinen Rückschluss auf den Antrag des SPZ K Klinikum zu. 46

Die Kalkulation, in SPZ am K Klinikum 2,8 Vollzeitstellen im ärztlichen Bereich auszuweisen, lässt sich nachvollziehen. Hierzu kann das sogenannte Altöttinger Papier herangezogen werden, dass zwar nicht verbindlich die Anzahl der ärztlichen Vollzeitkräfte vorschreibt, aber für die Einhaltung von medizinischen Qualitätsstandards in einem SPZ Anhaltspunkte gibt." 47

Diese Ausführungen halten einer rechtlichen Überprüfung nicht stand. Maßgeblicher Zeitpunkt für die Beurteilung der Sach- und Rechtslage - und damit für die Kostenprognose - ist derjenige der Schiedsstellenentscheidung (LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 24.04.2002 - L 4 KR 133/99 -), mithin der 23.05.2016. Zu diesem Zeitpunkt stand bereits fest, dass 1,8 der in der Kalkulation der Beigeladenen angesetzten 2,8 Arztstellen bis einschließlich September 2015 unbesetzt waren und damit nicht als Kosten anfielen. Weiter war die 0,8-Stelle nur von Januar bis April 2016 besetzt und auch zum Zeitpunkt der Schiedsstellenentscheidung unbesetzt. Die Beklagte hat dies erkannt und bei der Frage, ob die angesetzte Fallzahl plausibel sei, ausgeführt, dass die 0,8-Stelle nicht durchgehend besetzt gewesen sei. Nicht berücksichtigt hat sie jedoch, dass die Nichtbesetzung auch die Personalkosten herabsetzte. Die in der Kostenkalkulation angesetzten Personalkosten waren insofern zum Zeitpunkt der Entscheidung der Beklagten erkennbar fehlerhaft. An einer Stelle der Begründung (Fallzahlprognose) die nicht durchgängige Besetzung der Arztstellen zu berücksichtigen, an anderer Stelle (Personalkostenprognose) hingegen nicht, ist in sich widersprüchlich. 48

Darüber hinaus erscheinen die angesetzten Personalkosten im Verhältnis zur Fallzahl nicht plausibel bzw. lassen Wirtschaftlichkeitsreserven erkennen. Der Grundsatz der 49

Wirtschaftlichkeit bezeichnet das Gebot, entweder mit gegebenen Mitteln den größtmöglichen Nutzen zu erreichen (Maximalprinzip) oder einen bestimmten Nutzen mit den geringstmöglichen Mitteln zu erreichen (Minimalprinzip; BSG, Urteil vom 26.08.1983 - 8 RK 29/82 -; G. Becker in jurisPK-SGB V, 3. Auflage, 2016, Stand 01.01.2016, § 4 Rn. 40; Wöhe, Einführung in die Allgemeine Betriebswirtschaftslehre, 26. Auflage, 2016, S. 282). Die Höhe einer Quartalspauschale je Behandlungsfall wird nicht nur durch die prognostizierten absoluten Kosten, sondern maßgeblich auch durch die Fallzahl bestimmt, die als Divisor dient. Wirtschaftlich ist damit nur eine Ausstattung bzw. sind nur absolute Kosten, die in einem angemessenen Verhältnis zur Fallzahl, d.h. zur Zahl der prognostisch zu behandelnden Patienten stehen. Entweder ist damit für eine wirtschaftliche Betriebsführung - selbstverständlich unter Beachtung der Qualitätsanforderungen - mit den vorhandenen Mitteln, d.h. den absoluten prognostizierten Kosten des SPZ, der größtmögliche Nutzen (Anzahl der behandelten Patienten) zu erzielen oder ein bestimmter Nutzen, hier die Behandlung von 2.400 Fällen, ist mit den geringstmöglichen Mitteln, d.h. mit möglichst geringen Kosten für das SPZ, zu erzielen. Je weniger Patienten zu erwarten sind, desto weniger Personal- und Sachmittel sind vorzuhalten und umgekehrt. Dazu, ob das Verhältnis der vorgehaltenen Mittel zur prognostizierten Fallzahl angemessen ist, hat sich die Beklagte in ihrem Beschluss nicht geäußert. Sie hat die Wirtschaftlichkeit schlicht nicht geprüft. Insbesondere da die Kläger die Wirtschaftlichkeit des SPZ der Beigeladenen bei einer Fallzahl von 2.400 ausdrücklich angezweifelt haben, hätte sich die Beklagte nicht nur mit der Frage auseinander setzen dürfen, ob die prognostizierte Fallzahl als solche realistisch ist, sondern vor allem auch mit der Frage, ob 2.400 Fälle im Verhältnis zu den vorgehaltenen Personal- und Sachmitteln wirtschaftlich sind. Denn auch ein entsprechend den Anforderungen des "Altöttinger Papiers" ausgestattetes SPZ kann unwirtschaftlich sein (BSG, Urteil vom 17.02.2016 - B 6 KA 6/15 R -). Nach § 12 Abs. 1 des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB V) müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Dementsprechend bestimmt § 70 Abs. 1 SGB V, dass die Krankenkassen und die Leistungserbringer eine bedarfsgerechte und gleichmäßige, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Versorgung der Versicherten zu gewährleisten haben und die Versorgung der Versicherten ausreichend und zweckmäßig sein muss, das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und wirtschaftlich erbracht werden muss. Ausgangspunkt für die Bemessung der Vergütung ist daher ein voll ausgelasteter und wirtschaftlich arbeitender Leistungserbringer (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 11.10.2006 - B 6 KA 46/05 R - und vom 09.12.2004 - B 6 KA 44/03 R -). Maßstab ist auch nicht der im Einzelfall, sondern der für die wirtschaftliche Betriebsführung allgemein erforderliche Betriebsaufwand (BSG, Urteil vom 29.01.2009 - B 3 P 7/08 R -). Diesen Ausgangspunkt hat die Beklagte übersehen. Zwar unterliegt es dem Beurteilungsspielraum der Beklagten, ab welcher Fallzahl bei gegebener Ausstattung von einem wirtschaftlich arbeitenden SPZ bzw. von einer ausreichenden Auslastung auszugehen ist. Wenn aber hier die Beigeladene die höchste Quartalspauschale in Westfalen-Lippe bei - bis auf ein SPZ - mit großem Abstand geringsten Fallzahlen fordert, muss die Beklagte prüfen (und begründen), ob (unabhängig vom externen Vergleich im zweiten Prüfungsschritt) noch von einer wirtschaftlichen Betriebsführung ausgegangen werden kann. Denn bereits auf dieser ersten Prüfungsstufe besteht die Rechtspflicht, die von der Einrichtung vorgelegte Kalkulation in sich und ggf. auch im Vergleich mit den Werten anderer Einrichtungen auf Schlüssigkeit und Plausibilität in dem Sinne zu überprüfen, ob diese Kostenkalkulation eine nachvollziehbare Grundlage für die vergleichende Bewertung auf der zweiten Prüfungsstufe sein kann (BSG, Urteil vom 29.01.2009 - B 3 P 7/08 R -). Ausführungen hierzu fehlen im angefochtenen Bescheid.

50

Dabei mag die Beklagte im Rahmen ihres Beurteilungsspielraums auch entscheiden, ob während einer Anlaufphase geringere Anforderungen an die Auslastung zu stellen sind (vgl. dazu Frehse in Peters, Handbuch der Krankenversicherung Teil II - SGB V, 19. Auflage, 84. Lfg., Januar 2016, § 119c Rn. 42). Bei Vertragsärzten kann in Fällen einer sog. Anlaufpraxis als Praxisbesonderheit anerkannt werden, dass bei bis dahin unbekannter Klientel ein erhöhter diagnostischer - nicht therapeutischer - Aufwand anfällt (Steinhäuser in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Auflage, 2017, § 18 Rn. 71 mit Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 02.06.1987 - 6 RKa 23/86 -). Dazu, ob und inwiefern bei einer erstmaligen Ermächtigung eines SPZ vergleichbare Besonderheiten bestehen, hat die Beklagte keine Ausführungen gemacht, sondern stattdessen pauschal darauf verwiesen, dass "der Beginn der Tätigkeit eines SPZ nach der Rechtsprechung des BSG ein relevanter Bewertungsgesichtspunkt" sei, "bei dessen Beachtung die Schiedsstelle ihren Einschätzungsspielraum nicht überschreite". Der Umstand der Neuzulassung allein rechtfertigt jedoch keine unwirtschaftlichen Leistungen, insbesondere wenn sich die Unangemessenheit der Leistungen aufdrängen müsste (BSG, Urteil vom 15.12.1987 - 6 RKa 19/87 -). Zudem wird die "Anlaufpraxis" nur als Besonderheit im ersten Abrechnungsquartal und unter Umständen auch in den unmittelbar folgenden berücksichtigt. Das kann allerdings auch für die genannte Zeit kein Freibrief für den Arzt sein, ohne jede Rücksicht auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu behandeln. Der Mehraufwand bei Beginn der vertragsärztlichen Tätigkeit kann jedenfalls dann nicht mehr hingenommen werden, wenn seine Quartalsabrechnungen in einem offensichtlichen Missverhältnis zu seiner Fachgruppe stehen (BSG, Urteil vom 26.04.1978 - 6 RKa 14/77 -). Entsprechendes muss auch bei einer erstmaligen Ermächtigung für ein SPZ gelten. Dementsprechend hätte die Beklagte auch bei grundsätzlicher Berücksichtigung der Anlaufphase prüfen müssen, welcher erhöhte (Kosten-)Aufwand pro Behandlungsfall durch die Besonderheiten des Beginns der Tätigkeit gerechtfertigt ist und welche Grenzen das Wirtschaftlichkeitsgebot auch in der Anfangsphase gebietet. Darüber hinaus sind der Berücksichtigung des Beginns der Tätigkeit auch zeitliche Grenzen gesetzt, die die Beklagte vorliegend nicht definiert hat.

51

Eine zeitliche Begrenzung oder Staffelung der Vergütungsfestsetzung durch die Beklagte war auch nicht deswegen ausgeschlossen, weil die Kläger keinen entsprechenden Antrag gestellt hätten. Der Entscheidungsspielraum der Schiedsstelle kann unter Berücksichtigung von Sinn und Zweck des Schiedsstellenverfahrens, die mangelnde Einigung der Vertragspartner rasch zu ersetzen, um im Sinne einer Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung die zügige Aufnahme der Tätigkeit zu ermöglichen, durch die Art der Antragstellung der Vertragspartner im Schiedsstellenverfahren nicht begrenzt werden. Die Schiedsstelle tritt vielmehr insgesamt an die Stelle der Vertragspartner (LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 19.11.2009 - L 5 KR 142/08 KL -).

52

bb) Abweichend von der Auffassung der Kläger hat die Beklagte zu Recht keinen Investitionskostenabschlag bei der Bemessung der Quartalspauschale berücksichtigt. § 120 Abs. 3 SGB V in der bis zum 31.12.2015 gültigen Fassung lautete: "Die Vergütung der Leistungen der Hochschulambulanzen, der psychiatrischen Institutsambulanzen, der sozialpädiatrischen Zentren, der medizinischen Behandlungszentren und sonstiger ermächtigter ärztlich geleiteter Einrichtungen kann pauschaliert werden. 2Bei den öffentlich geförderten Krankenhäusern ist die Vergütung nach Absatz 1 um einen Investitionskostenabschlag von 10 vom Hundert zu kürzen. (...)"

53

Bis 31.12.2015 war der Investitionskostenabschlag als Ausgleich für die staatliche Investitionsförderung bei öffentlich geförderten Krankenhäusern als allgemeiner Rechtsgedanke anzuwenden (BSG, Urteile vom 31.01.2001 - B 6 KA 33/00 R - und

13.05.1998 - B 6 KA 41/97 R -; Knittel in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Stand Januar 2017, § 120 SGB V Rn. 15). Dies galt jedoch nicht für die Pauschalen nach § 120 Abs. 3 Satz 1 SGB V (so auch Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, Teil II - SGB V, 19. Auflage, 84. Lfg., Januar 2017, § 120 Rn. 12). Die Rechtsprechung des BSG bezieht sich auf die Einzelvergütung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM). In diesen Fällen war der Abschlag gerechtfertigt, weil die vertragsärztlichen Gebührensätze auch einen Investitionskostenanteil enthalten, so dass es ohne Abschlag bei öffentlich geförderten Krankenhäusern in gewissem Umfang zu einer Doppelfinanzierung der Investitionskosten kommt. Die vorliegend zu beurteilende Pauschale nach § 120 Abs. 3 SGB V ist hingegen nicht nach den Gebührensätzen des EBM bemessen. Grundlage sind vielmehr die voraussichtlichen Gestehungskosten. Eventuelle öffentliche Förderungen sind damit bereits kostenmindernd entsprechend ihrer prognostischen Höhe berücksichtigt. Ein Abschlag nach § 120 Abs. 3 SGB V hätte zu einer Doppelminderung geführt.

cc) Zu der Frage, ob und in welcher Höhe der künftige Beitrag des Sozialhilfeträgers bei der Kostenprognose des SPZ der Beigeladenen durch die Beklagte berücksichtigt wurde, finden sich keine Ausführungen im angefochtenen Bescheid. Die Beklagte hat zu diesem Thema lediglich ausgeführt:

54

"Die Gesprächsnotiz vom 15.03.1993 über die Sitzung vom 04.11.1992 mit Vertretern der Gesellschaft für Sozialpädiatrie, den Spitzenverbänden der Krankenkassen, des deutschen Landkreistages des Deutschen Städtetages und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung macht die Einstellung von 0,5 VK für einen Sozialarbeiter in die Kalkulation nicht unplausibel. Schon die Bezeichnung als Gesprächsnotiz ist kennzeichnend dafür, sie nicht als allgemein verbindlich anzuerkennen. Dafür spricht auch die am Ende des Papiers aufgenommene Bemerkung von einer sinnvollen und praxisgerechten Regelung."

55

Insbesondere im Hinblick darauf, dass die Höhe des zu berücksichtigenden Beitrags des Sozialhilfeträgers zwischen den Beteiligten umstritten war, ist das nicht ausreichend. Zwar können grundsätzlich keine hohen Anforderungen an die Begründung der Abwägungsentscheidung gestellt werden. Die Gründe für das Entscheidungsergebnis müssen aber wenigstens andeutungsweise erkennbar sein (BSG, Urteil vom 10.05.2017 - B 6 KA 5/16 R -; Urteil vom 13.08.2014 - B 6 KA 6/14 R -). Anders als die Kläger meinen, ist aber auch hier eine Prognose zulässig. Sollte sich diese nicht bewahrheiten, ist eine spätere Korrektur der festgesetzten Vergütungspauschale - ebenso wie bei Nichteintritt der übrigen Kostenprognose - systemfremd.

56

c) Obergrenze der Vergütungsforderung ist - auch bei nachvollziehbaren prognostischen Kosten - das Maß des auch im Vergleich mit der Vergütung anderer Einrichtungen wirtschaftlich Angemessenen. Bei dem im Rahmen des zweiten Prüfungsschritts durchzuführenden externen Vergleich ist es unter Berücksichtigung des Gestaltungsspielraums der Beklagten grundsätzlich zulässig, dass die Beklagte sich - wie hier - auf die SPZ in Westfalen-Lippe beschränkt. Dem Wortlaut des § 120 Abs. 2 SGB V ist mangels ausdrücklicher Regelung 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 (BSG, Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R -). Gegen eine Heranziehung der Verhältnisse in Nordrhein-Westfalen insgesamt oder im gesamten Bundesgebiet spricht, dass bei der Bemessung der Vergütung die regionalen Gegebenheiten im jeweiligen Landesbereich zu

57

berücksichtigten sind (Senat, Urteil vom 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -) und in anderen Regionen ggf. Ermächtigungs- und Leistungsumfänge abweichen.

Für einen passgenauen Vergleich muss das Leistungsspektrum der zu vergleichenden Einrichtungen festgestellt werden (Wahrendorf, KrV 2016, S. 221, 226). Dabei richtet sich die Leistungsfähigkeit im Sinne des § 120 Abs. 2 Satz 3 SGB V nach den Leistungen, die die Einrichtung erbringt. Um welche Leistungen es sich handelt, bestimmt die der Einrichtung erteilte Ermächtigung (Senat, Urteil vom 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL -). Dementsprechend hat die Beklagte im angefochtenen Beschluss zunächst zutreffend ausgeführt: 58

"Für den Versorgungsauftrag ist die dem SPZ von den Zulassungsgremien der kassenärztlichen Vereinigung erteilte Ermächtigung bestimmend. [...] Damit unterscheidet sich das SPZ der Antragstellerin bis auf die Neupädiatrischen und Pädaudiologischen Einrichtungen nicht wesentlich von den in Westfalen-Lippe zugelassenen SPZ." 59

Dennoch kommt sie zu dem Ergebnis, dass kein Vergleich mit den anderen SPZ in Westfalen-Lippe möglich ist: 60

"Die Antragsgegner haben in der Anlage 12 mehrere Kalkulation aus dem Jahre 2013 bzw. aus dem Jahre 2015 vorgelegt, die aber einen passgenauen Vergleich zu der Antragstellerin nicht zulassen. So weist die Kalkulation 1 zwar geringere Kosten im Personalaufwand auf, ein Vergleich ist deshalb schwierig, weil die Kalkulation aus dem Jahre 2013 stammt und die tarifliche Zuordnung des Personals sich aus der Kalkulation nicht ergibt. Bei einem Vergleich zwischen der Kostenkalkulation K2 und der der Antragstellerin liegen deren Kosten erheblich höher, was auch darauf zurückzuführen ist, dass die plausibel gemachten VK-Stellen höher sind als die in dem SPZ K2 ausgewiesenen Personalstellen. Auch die Sachkosten sind wesentlich geringer als die der Antragstellerin. Allein aufgrund der von den Antragsgegnern übermittelten Daten lässt sich kaum erklären, auf welche Weise diese Einrichtungen preisgünstiger sind als die der Antragstellerin. Ein passgenauer Vergleich ist deshalb der Schiedsstelle auch aufgrund der von den Krankenkassen aufzuarbeiten Daten nicht möglich geworden. 61

Weil es an aussagekräftigen Daten der einzelnen SPZ fehlt, es aber für die Prüfung von Leistungsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit des SPZ am K Klinikum auf einen passgenauen Vergleich ankommt, kann der Umstand, dass der Durchschnittswerte der in Westfalen-Lippe bei weitem überschritten wird, kein Beleg für eine unwirtschaftliche Kalkulation sein. Für einen sachgerechten Maßstab ist darauf abzustellen, wie das BSG ausführt, ob die jeweilige Einrichtung nach ihrem Leistungsspektrum, ihrer personellen und sachlichen Ausstattung und dem örtlichen Kostenniveau zu vergleichen ist. Denn nur auf diese Weise wird dem Zweck des externen Vergleichs, der als Kontrollmechanismus für die wirtschaftliche Betriebsführung dienen soll, Rechnung getragen. Aus den im Rahmen des hier tatsächlich Möglichen lassen sich keine Unterschiede zu den vergleichsweise herangezogenen Einrichtungen ableiten, so dass die von der Schiedsstelle ausgewiesene Quartalspauschale im Hinblick auf die Leistungsfähigkeit des SPZ am K Klinikum nicht unwirtschaftlich erscheint. [...]" 62

Damit verkennt die Beklagte den Vergleichsmaßstab. Ein "passgenauer Vergleich" setzt keine Gleichheit der Einrichtungen in allen Vergleichsparametern voraus. Zwar hat das BSG im Urteil vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R - ausgeführt, dass es sachgerecht sei, in erster Linie darauf abzustellen, ob die jeweiligen Einrichtungen nach ihrem Leistungsspektrum, ihrer personellen und sachlichen Ausstattung und dem örtlichen Kostenniveau vergleichbar seien. Nur auf diese Weise werde dem Zweck des externen Vergleichs, der als Kontrollmechanismus für die wirtschaftliche Betriebsführung der betroffenen Einrichtung 63

dienen soll, Rechnung getragen. Bei der Auswahl der in den Vergleich einzubeziehenden Einrichtungen sei die Beklagte deshalb gehalten, einen möglichst passgenauen Vergleich zu ermöglichen. Zur Erläuterung des Begriffs "passgenauer Vergleich" spricht das BSG in dieser Entscheidung von einem "ähnlichen Leistungsumfang, Lage etc.". Wenn das BSG zur Vergütung von Pflegeheimen ausführt, dass Gründe für einen als wirtschaftlich angemessen anzusehenden höheren Aufwand sich insbesondere aus Besonderheiten im Versorgungsauftrag der Einrichtung ergeben könnten, etwa aus besonders personalintensiven Betreuungserfordernissen, aus besonderen Leistungsangeboten zugunsten der Heimbewohner oder einem in der Pflegequalität zum Ausdruck kommenden höheren Personalschlüssel, sowie unter bestimmten Umständen auch aus Lage und Größe einer Einrichtung folgten (BSG, Urteile vom 16.05.2013 - B 3 P 2/12 R - und 29.01.2009 - B 3 P 7/08 -), zeigt dies, dass beispielsweise allein ein Unterschied in der Anzahl der ausgewiesenen Personalstellen oder geringere Sachkosten einen Vergleich von Einrichtungen nicht ausschließt. Vielmehr erfordern diese bei gleichem Leistungsspektrum von der Beklagten festgestellten Unterschiede gerade eine Bewertung, ob sie eine höhere Vergütung für das SPZ der Beigeladenen gebieten oder nicht. Auch, dass eine von den Klägern vorgelegte Kostenkalkulation nicht aus dem der Prognose von der Beigeladenen zugrundeliegenden Jahr 2014, sondern dem Jahr 2013 stammt, schließt eine Vergleichbarkeit nicht per se aus. Welche Kostensteigerungen innerhalb eines Jahres noch plausibel sind, dürfte die Beklagte ungefähr abschätzen können.

Zwar haben nicht alle angeschriebenen SPZ die Fragen der Beklagten (vollständig) beantwortet, doch führt das nicht dazu, dass der externe Vergleich nicht möglich wäre. Es ist nicht zwingend erforderlich, alle Leistungserbringer in Westfalen-Lippe in den Vergleich einzubeziehen. Vielmehr unterliegt es dem Beurteilungsspielraum der Beklagten, wie viele andere Leistungserbringer sie berücksichtigt. Unter Umständen kann bereits der Vergleich mit zwei anderen Leistungserbringern ausreichend sein (so LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 24.04.2002 - L 4 KR 133/99 -).

64

Wenn die Beklagte weiter ausführt, der externe Vergleich scheitere auch daran, dass die von den Klägern aufzuarbeitenden Daten nicht ausgereicht hätten, ist zuzugestehen, dass die Möglichkeit zum Erlass einer Beweislastentscheidung zwar nicht ausgeschlossen ist, falls eine der Schiedsparteien den gemachten Auflagen nicht oder nicht rechtzeitig nachkommt (BSG, Urteil vom 29.01.2009 - B 3 P 7/08 R -). Allerdings wird aus dem angefochtenen Beschluss und dem vorliegenden Verwaltungsvorgang nicht ersichtlich, welcher Auflage die Kläger nicht nachgekommen sind. Jedenfalls die Fragen vom 25.04.2016 haben die Kläger mit Schreiben vom 12.05.2016 beantwortet.

65

Letztlich ist auch die von der Beklagten gezogene Schlussfolgerung, dass die ausgewiesene Quartalspauschale nicht unwirtschaftlich erscheine, weil sich keine Unterschiede zu den vergleichsweise herangezogenen Einrichtungen feststellen ließen, nicht haltbar. Das Gegenteil ist der Fall: Wenn der Beigeladenen eine höhere Quartalspauschale zustehen soll, muss ihre Leistung über das Leistungsspektrum der anderen Einrichtungen hinausgehen. Wenn die Beklagte aber keine relevanten Unterschiede zu vergleichsweise herangezogenen SPZ feststellen könnte, wäre auch nur eine Vergütung innerhalb des durch die Vergütungen dieser anderen SPZs gesteckten Rahmens leistungsgerecht. Hier hatte die Beklagte widersprüchlich zunächst ausgeführt, dass wegen zu großer Unterschiede oder mangels aussagekräftiger Daten überhaupt keine Vergleichbarkeit bestehe, um dann die festgesetzte Pauschale damit zu begründen, dass sie keine Unterschiede habe erkennen können.

66

67

d) Selbst wenn ein externer Vergleich nicht im von der Beklagten gewünschten Ausmaß möglich war, ist am Ende eine Gesamtbewertung notwendig. Entscheidend kommt es dann darauf an, ob der von der Einrichtung geforderte Vergütungssatz im Vergleich mit günstigeren Entgelten anderer Einrichtungen im Hinblick auf die Leistungen der Einrichtung und die Gründe für ihren höheren Kostenaufwand (dennoch) als insgesamt angemessen und deshalb leistungsgerecht anzusehen ist (BSG, Urteile vom 13.05.2015 - B 6 KA 20/14 R -, vom 16.05.2013 - B 3 P 2/12 R - und vom 29.01.2009 - B 3 P 7/08 -).

Zu dieser Gesamtbewertung führt die Beklagte aus:

68

"Auch wenn die Vergütungsforderung über der durchschnittlichen Vergütung anderer Einrichtungen liegt, erweist sich die Forderung im Rahmen der Gesamtbewertung als leistungsgerecht, weil sie auf einem, wie bereits zuvor dargelegt wird, nachvollziehbar prognostizierten notwendigen höheren Aufwand der Einrichtung beruht und dieser nach Prüfung im Einzelfall wirtschaftlich angemessen ist."

69

Ausführungen, warum die Beklagte die Forderung als wirtschaftlich angemessen erachtet, obwohl sie weit über die Vergütungen hinausgeht, die die anderen SPZs erhielten, fehlen jedoch. Allein die Tatsache, dass die Beklagte die Kostenprognose der Beigeladenen für weitestgehend zutreffend hält, kann nicht dazu führen, diese Kosten als Vergütungspauschale zuzuerkennen. Die übertriebenen Anforderungen der Beklagten an den externen Vergleich bewirken so, dass faktisch eine Selbstkostendeckungsgarantie entsteht. Eine solche soll es aber nach dem Willen des Gesetzgebers nicht mehr geben: Die Selbstkostendeckungsgarantie habe eine "grundsätzliche Fehlsteuerung" bewirkt; sie habe die Erstattung nachgewiesener Betriebskosten zur nahezu automatischen Folge und biete keinen Anreiz für eine wirtschaftliche Betriebsführung. Es müssten deshalb nicht die Kosten, sondern die Leistungen maßgeblich sein. Die Vorgabe der leistungsgerechten Vergütung bedeutet deshalb eine "klare Absage an jegliche Form der Kostenerstattung". Ausschließlich auf Gestehungskosten gestützte Vergütungsansprüche finden im geltenden Recht keine Grundlage (BSG, Urteil vom 29.01.2009 - B 3 P 7/08 R - mit Bezugnahme auf BT-Drucks 12/5262 S. 144, BT-Drucks. 12/3608 S. 130 ff. und BT-Drucks. 12/5510 S. 10 ff.).

70

6. Die Kostengrundentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 Halbs. 3 SGG i.V.m. § 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO.

71

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).

72