

SOZIALGERICHT BREMEN

S 1 KA 36/10 ER



BESCHLUSS

In dem Rechtsstreit

Krankenkasse A.,
Bremen,

Antragstellerin,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte B.,
Berlin,

g e g e n

C. als Schiedsperson nach § 73b Abs. 4a SGB V,
Bremen,

Antragsgegner,

b e i g e l a d e n :

Ärzteverband D.,
Bremen,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte E.,
Berlin,

hat die 1. Kammer des Sozialgerichts Bremen am 24. September 2010 durch ihre Vorsitzende, Richterin am Sozialgericht F., beschlossen:

Die aufschiebende Wirkung der Klage in dem Hauptsacheverfahren S 1 KA 35/10 wird angeordnet.

Der Beigeladene trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird auf € 500.000,-- festgesetzt.

GRÜNDE

I.

Die A. beklagt im Hauptsacheverfahren S 1 KA 35/10 den Schiedsspruch vom 23.12.2009, dessen Aufhebung sie beantragt. Mit Schiedsspruch vom 23.12.2009 hat der C. in seiner Funktion als von der zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmte Schiedsperson gem. § 73b Abs. 4a Satz 2 SGB V den Inhalt eines Vertrages zur Durchführung einer hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V zwischen der A., dem beigeladenen D. sowie der G. (als Dienstleistungsgesellschaft des beigeladenen D.) festgelegt.

Die A. sieht sich durch den Schiedsspruch in ihren Rechten verletzt; sie hält ihn aus verschiedenen Gründen für rechtswidrig. Die ausführlichen Ausführungen zu den einzelnen Punkten werden in Bezug genommen.

Die A. sieht das System der hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V als Sonderform der hausärztlichen Versorgung an, aber grundsätzlich gleichberechtigt und für die Versicherten wahlweise neben dem Grundmodell der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 bis 1b SGB V zur Verfügung stehend. Der wesentliche Unterschied zwischen dem Grundmodell und der Sonderform bestehe in den zwingenden qualitativen Mindestanforderungen des § 73b Abs. 2, die nach der Gesetzesbegründung (BT-Drs. 16/3100 S. 112) zur Verbesserung der Versorgungsqualität und zum Erschließen von Wirtschaftlichkeitsreserven unverzichtbar seien. Die Versorgungsstrukturen sollten aus dortiger Sicht weiterentwickelt werden, mit dem Ziel eines Wettbewerbs zwischen den verschiedenen Versorgungsformen und der Möglichkeit für die Patienten, in der ihnen am besten entsprechenden Versorgungsform versorgt zu werden.

Aus Sicht der A. hat die Schiedsperson C. bei der Vertragsfestlegung ihren Gestaltungsspielraum überschritten und verletzt der Vertrag das Wirtschaftlichkeitsgebot, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und der Selbsttragung der Wahltarifkosten sowie den Sozial- und Patientendatenschutz.

Durch das Nebeneinanderbestehen von Kollektivvertragssystem und Vollversorgungsvertrag seien ohne ein Schnittstellenmanagement, welches der Vertrag nicht enthalte, Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfungen nicht mehr gewährleistet.

Außerdem seien bereits die Voraussetzungen für die Einleitung eines Schiedsverfahrens nicht erfüllt worden, weil der antragstellende D. (Beigeladener) keine qualifizierte Gemeinschaft im Sinne des § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V gewesen sei.

Nach Auffassung der A. sah der Gestaltungsspielraum für die Vertragsparteien (und für die Schiedsperson C.) sowohl den Abschluss eines sog. „Add-on-Vertrages“ als auch den eines Vollversorgungsvertrages vor. Zu Unrecht sei ein Add-on-Vertrag von vornherein ausgeschlossen gewesen, weil die Schiedsperson C. von der falschen Annahme ausgegangen sei, es bestehe die zwingende gesetzliche Verpflichtung zur Festsetzung eines Vollversorgungsvertrages. Die gesetzliche Regelung des § 73b SGB V ergebe dieses zwar nicht bereits anhand ihres Wortlautes, jedoch wäre beispielsweise im Umkehrschluss die Bereinigungsvorschrift des Absatzes 7 nicht in Gänze erforderlich gewesen, wenn gesetzlich nur eine Vollversorgung in Betracht gekommen wäre. Die konkreten Ausführungen hierzu werden in Bezug genommen.

Der Bereinigungsvorbehalt, den der Vertrag in §§ 9 Abs. 5 und 16 Abs. 2 enthalte, berücksichtige nicht den Umstand, dass ca. 25 % ihrer Versicherten in Niedersachsen wohnten, was Doppelzahlungen seitens der A. befürchten lasse. In Niedersachsen sei wegen des dort abgeschlossenen „Add-on-Vertrages“ zwischen der AOK Niedersachsen und dem Hausärzteverband Niedersachsen kein Bereinigungsverfahren mit der dortigen KV erforderlich. Diese Fallkonstellation berücksichtige § 9 Abs. 5 des Vertrages nicht.

Die konkret jährlich entstehenden Mehrkosten seien mit 123,13 € je Teilnehmer und mit 28 € je Mitglied zu beziffern (vgl. die Ergebniszusammenstellung als Anlage K 5 der A.).

Erhöhte Aufwendungen für zusätzliche Leistungen seien nur dann zulässig, wenn sie sich aus Effizienzsteigerungen und aus Einsparungen finanzieren ließen, die sich unmittelbar (und nicht nur mittelfristig betrachtet) aus Maßnahmen von Verträgen gem. § 73b SGB V ergeben. Dieses gehe aus der Begründung des Gesetzentwurfs (S. 109) hervor. Mit den im Schiedsspruch festgesetzten Vergütungen sei dieses gerade nicht der Fall, weil dort die Vergütung für die hausarztzentrierte Versorgung nicht auf das Notwendige beschränkt worden sei.

Die Anlage 3 des Vertrages enthalte ohne Rechtfertigung und bei Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot bei zahlreichen hausärztlichen Leistungen - und Identität mit denen der hausärztlichen Regelversorgung - erhebliche (z.T. über 100 %-ige) Höhervergütungen. Das Vergütungsniveau der hausärztlichen Leistungen in der Regelversorgung bilde den Maßstab

für Wirtschaftlichkeit und Angemessenheit der Leistungen auch der hausarztzentrierten Versorgung. Maßgeblich sei allein der zusätzliche Aufwand eines effizient wirtschaftenden Hausarztes für die zusätzliche Leistung, die angemessen abzugelten sei. Verbesserungen der Qualität und Effektivität (d.h. mit bestimmtem Mitteleinsatz das bestmögliche Ergebnis erreichen) und der Effizienz (d.h. Erzielung eines bestimmten Ergebnisses mit möglichst geringem Mitteleinsatz) in der medizinischen Versorgung gingen mit dieser Vergütungsregelung nicht notwendigerweise einher. Der pauschale P3-Tarif, die Entgelte für unvorhergesehene Inanspruchnahme I und II, das hausärztlich-geriatrische Basis-Assessment, Krebsfrüherkennungen Frau/Mann, und Haut, Betreuung von Schwerkranken/Palliativmedizin und Kinderfrüherkennungsuntersuchungen gehörten zu den das Wirtschaftlichkeitsgebot verletzenden Beispielen. Die näheren Ausführungen werden in Bezug genommen.

Datenschutzrechtliche Bestimmungen seien mit den §§ 7 und 11 iVm der Anlage 3 durch die Einbindung des D. und der G. bei der Abrechnung der HZV-Vergütung verletzt. Es seien sensible personenbezogene Versichertendaten weiterzugeben, und es sei die Übertragung der gesamten Verarbeitung der Abrechnungsdaten auf ein privates Rechenzentrum geplant, was im Geltungsbereich des SGB V ohne ausdrückliche gesetzliche Ermächtigung unzulässig sei. Das BSG habe in seinem Urteil vom 10.12.2008 (B 6 KA 37/07 R) klargestellt, dass die Leistungserbringer nicht berechtigt seien, allein mit der Einwilligung der Versicherten und unter Rückgriff auf die allgemeinen Regelungen des BDSG personenbezogene Daten an private Stellen weiterzugeben. Die Folge solcher gesetzlich nicht ausdrücklich abgedeckter Weitergaben von personenbezogenen Daten sei gemäß dem BSG die formale Unrichtigkeit der Abrechnungen und der Verlust des Vergütungsanspruchs. Ferner bestehe die Gefahr für den Leistungserbringer, sich nach § 203 Abs. 1 Nr. 1 StGB, strafbar zu machen.

Die A. weist (unter Vorlage von Auszügen des einschlägigen Schriftwechsels) darauf hin, dass zwischenzeitlich die Datenschutzbeauftragten in verschiedenen Bundesländern – auch in Bremen – konkrete Verträge zu § 73b SGB zur Datenschutzproblematik geprüft und Verstöße gegen den Datenschutz festgestellt haben und dass Anordnungen gem. § 38 Abs. 5 BDSG bereits getroffen oder zumindest angekündigt wurden.

Die A. beantragt,

die aufschiebende Wirkung der Klage gegen den Schiedsspruch vom 23.12.2009
anzuordnen

hilfsweise, im Wege der Antragsänderung durch Einbeziehung des beigeladenen D. als weiteren Antragsgegner,

den Schiedsspruch außer Vollzug zu setzen.

C. beantragt,

den gegen ihn gestellten Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung als unzulässig, hilfsweise als unbegründet abzuweisen.

Der beigeladene D. beantragt

den Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung abzulehnen.

C. hält den Antrag aus verschiedenen Gründen für unzulässig.

Er sei als Schiedsperson nicht passiv legitimiert, und die A. habe kein Rechtsschutzbedürfnis für den Antrag.

Der Inhaltsbestimmung des Vertrages komme keine Verwaltungsaktqualität zu, und als Schiedsperson habe er in Ausübung eines Gestaltungsrechts im Rahmen billigen Ermessens gehandelt. Überprüfbar sei der Schiedsspruch nur im Rechtsstreit zwischen den Vertragsparteien.

Anderenfalls, wenn die Regelungen für das Schiedsamt einschlägig sein sollten, wäre ein Rechtsschutzbedürfnis der A. zu verneinen, weil sie statt mit gerichtlicher Hilfe ihr Ziel sachgerechter erreichen könne, indem sie die für die Schiedsämter zuständige Aufsicht einschalte, die ein Beanstandungsrecht habe (§ 89 Abs. 5 SGB V).

Jedenfalls sei der Antrag unbegründet, weil alle verfahrens- und materiellrechtlichen sowie inhaltlichen Anforderungen beachtet wurden. In einem fairen Verfahren, unter Wahrung des rechtlichen Gehörs sei der Sachverhalt ermittelt, und unter Beachtung zwingender Gesetzensvorgaben und Wahrung des bestehenden Beurteilungsspielraumes sei im Rahmen billigen Ermessens der Inhalt des Vertrages festgesetzt und begründet worden. Die Einwendungen der A. seien auf ihre rechtliche und tatsächliche Tragfähigkeit geprüft worden; sie hätten nicht durchgegriffen.

Die Frage, welchen Charakter und Umfang HZV-Verträge nach § 73b SGB V annehmen können oder gar müssen, hat C. in der Begründung zum Vertrag folgendermaßen beantwortet:

Es handele sich bei der HZV nicht mehr um vertragsärztliche Versorgung im Sinne des Kollektivvertragssystems, sondern um eine eigenständig zu regelnde einzelvertragliche Versorgung, und ein solches alternatives Versorgungssystem könne nicht mit einem Versorgungsangebot begründet werden, das im Wesentlichen in der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 und 2 SGB V verbleibe. Es ergebe sich aus § 73b SGB V selbst, dass der Gesetzgeber mit

der HZV ein neues Vollversorgungssystem habe schaffen wollen. Dementsprechend sei auch der Sicherstellungsauftrag der KV eingeschränkt und auf die Krankenkassen übertragen, soweit die HZV durch Verträge durchgeführt werde. Diese Maßnahme mache nur bei einem Vollversorgungsvertrag Sinn, nicht jedoch bei „Add-on-Verträgen“, die die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch die KV nicht berührten. In die gleiche Richtung gehe die Befugnis der Vertragspartner, in den Einzelverträgen von Kapitel 4 des SGB V Abweichendes regeln zu dürfen. Das bedeute, dass das Gesetz von Vollversorgungsverträgen ausgehe, die die hausärztliche Versorgung durch die HZV ersetze.

So sei im Ergebnis bei der Entscheidung über einen HZV-Vertrag von einem Vollversorgungsvertrag auszugehen.

Ebenso sieht es der beigeladene D., wenn er vorträgt, dass Wortlaut und Regelungsgehalt des § 73b SGB V primär auf den Abschluss von Vollversorgungsverträgen ausgerichtet seien und dass wesentliche gesetzgeberische Ziele verfehlt würden, wenn der größte Teil der Leistungserbringung weiterhin im Rahmen des Kollektivvertragssystems verbleibe und in einem „Add-on-Vertrag“ lediglich Leistungen aus dem Kollektivsystem ergänzt würden. Absätze 4 (Einschränkung des Sicherstellungsauftrags) und 7 (Bereinigungsregelung) stützten den Vorrang von Vollversorgungsverträgen, ebenso wie der Zusammenhang mit anderen Vorschriften, z.B. §§ 73c SGB V, 20 Ärzte-ZV, sowie die einzelnen Begründungen zum GKV-WSG in den Regierungsentwürfen und den Gesetzesentwürfen der Fraktionen. Es sei stets von einer Herauslösung aus der bisherigen Einbettung in einen gesamtvertraglichen Rahmen und Überführung der hausärztlichen Versorgung in die selektivvertragliche Organisation die Rede.

Der beigeladene D. trägt zur Problematik der Beitragssatzstabilität vor, diese sei weder nachgewiesenermaßen verletzt, noch stehe fest, ob sie überhaupt auf den vorliegenden Sachverhalt anwendbar sei. Da die hausarztzentrierte Versorgung – wenn auch freiwillig – so doch flächendeckend anzubieten sei, könne sie insgesamt zur notwendigen medizinischen Versorgung gerechnet werden, für deren unverzichtbare Aufgaben auch Vergütungssteigerungen rechtmäßig seien.

Es handele sich bei dem Vertrag nicht um eine Regelversorgung bei höherer Vergütung. Vielmehr werde ein neues Modell mit anderen Steuerungselementen geschaffen, ohne die Vielzahl von Einzelvergütungstatbeständen, sondern als abgeschlossene Mischkalkulation mit der kontaktunabhängigen Praxispauschale, der behandlungsabhängigen Pauschale, den Zuschlägen auf Pauschalen, den Einzelleistungen und den ergebnisabhängigen Zusatzvergütungen. Gegenüber der Regelversorgung sei das Leistungsangebot deutlich gesteigert (die angegebenen Beispiele werden in Bezug genommen).

Aus Sicht des beigeladenen D. sei es irrelevant, dass in Niedersachsen kein Bereinigungsverfahren mit der dortigen KV betrieben werde, weil es nach den Beschlüssen des Erweiterten Bewertungsausschusses aus Dezember 2009 wie auch nach § 9 Abs. 5 Satz 1 des Vertrages erforderlich sei, dass die A. mit den Wohnort-KVen ihrer teilnehmenden Versicherten Bereinigungen vereinbare. Ihrem diesbezüglichen Vortrag fehlten auch die konkreten Zahlen ihrer eingeschriebenen Versicherten mit Wohnsitz in Niedersachsen, die im Übrigen vorübergehend per Satzungsbeschluss auch von der Teilnahme ausgenommen werden könnten. Die umfangreichen Ausführungen des beigeladenen D. werden in Bezug genommen. Er hält einen Erfolg in der Hauptsache für nicht wahrscheinlich und ist der Auffassung, das öffentliche Interesse am Vollzug überwiege das Aussetzungsinteresse der A.. Dem Gesetzgeber sei daran gelegen gewesen, schnellstmöglich flächendeckend Verträge zur hausarztzentrierten Versorgung zu installieren, um jenes Angebot für die GKV-Versicherten sicherzustellen. Aus dem Grunde seien die Regelungen des § 73b Abs. 4 und 4a SGB V geschaffen worden.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten werden die Prozessakten des einstweiligen und des Hauptsacheverfahrens S 1 KA 35/10 in Bezug genommen. Sie haben vorgelegen und sind Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen.

II.

Der zulässige Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage ist begründet.

Für das Hauptsacheverfahren (S 1 KA 35/10) ist gemäß § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG die Anfechtungsklage zulässig, wenn der Schiedsspruch als Verwaltungsakt klassifiziert wird.

Gegenüber den Vertragsparteien wirkt der Schiedsspruch vom 23.12.2009 in der Gestalt des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung wie eine auf unmittelbare Rechtswirkung nach außen gerichtete Entscheidung, die eine von der Aufsichtsbehörde – für diesen Fall - bestimmte Schiedsperson zur Regelung eines Einzelfalles (Abschluss eines Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung) auf dem Gebiet des öffentlichen Rechts getroffen hat. So gesehen hat er den Charakter eines Verwaltungsaktes (§ 31 Satz 1 SGB X) und hat die für diesen Einzelfall berufene Schiedsperson eine öffentliche Verwaltungstätigkeit ausgeübt.

Dementsprechend ist nach § 54 Abs. 1 Satz 1 SGG die Anfechtungsklage gegeben und gem. § 86b Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG der Antrag auf Anordnung der aufschiebenden Wirkung der Klage statthaft.

Die hier durchzuführende summarische Prüfung deutet darauf hin, dass der Schiedsspruch datenschutzrechtliche Bestimmungen verletzt und den Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die Finanzierungsvorgaben für Wahltarife verletzen könnte.

In sozialgerichtlichen Verfahren entfällt die grundsätzlich bestehende aufschiebende Wirkung der Anfechtungsklage in bestimmten durch Bundesgesetz vorgeschriebenen Fällen (§ 86 a Abs. 2 Nr. 4 SGG), wie hier nach § 73 b Abs. 4a Satz 4 SGB V, wonach Klagen gegen die Festlegung des Vertragsinhalts keine aufschiebende Wirkung haben. Hier gilt gesetzlich das Regel-Ausnahme-Verhältnis zugunsten der Vollziehung, der auch der Vorrang einzuräumen wäre, wenn die Erfolgsaussichten im Hauptsacheverfahren offen und auf Seiten der belasteten Partei im Falle ihres Obsiegens kein irreversibler Schaden oder keine unzumutbare Härte zu befürchten wären.

Diese Situation ist hier nicht gegeben.

Gemäß § 73 b Abs. 1 SGB V (in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes) haben gesetzliche Krankenkassen ihren Versicherten seit April 2007 eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung- HZV) als Wahltarif anzubieten und werden sie gesetzlich verpflichtet, in ihren Satzungen einen solchen Tarif einzuführen und seine Anwendung durch Einzelverträge mit dazu qualifizierten Hausärzten sicherzustellen (Hess, Kasseler Kommentar, § 73b SGB V, Rz. 2).

Laut dem Ausschuss-Bericht GKV-WSG (BT-Drs. 16/4247, insbesondere zu Nr. 45 (§ 73b)) gehört u.a. zur stärkeren wettbewerblichen Ausgestaltung der Beziehungen zwischen Versicherten, Kassen und Leistungserbringern das Angebot spezieller Tarife bei Nutzung von Angeboten besonderer Versorgungsformen oder bei Teilnahme an besonderen Versorgungsverträgen (Wahltarife) und

müssen alle Krankenkassen in ihren Satzungen Regelungen treffen, um ihren Versicherten künftig spezielle Hausarzttarife als Wahltarife anzubieten. Wahltarife gelten nur für die Teilnahme an besonderen Versorgungsformen (Model vorhaben, hausarztzentrierte Versorgung, Bindung an bestimmte Leistungserbringer, DMP, Integrierte Versorgung). Es sollen spezielle Tarife mit der Option von Prämienzahlungen oder Zuzahlungsermäßigungen eingeführt werden.

Da eine flächendeckende Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung zunächst nicht erreicht wurde, wurde eine Gesetzesänderung mit dem Gesetz zur Weiterentwicklung der Organisationsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-OrgWG) beschlossen, die die Krankenkassen verpflichtete, bis zum 30.6.2009 mit qualifizierten Gemeinschaften einen HZV-Vertrag zu schließen und gleichzeitig die Möglichkeit des Schiedsverfahrens eingeführt (Abs.4, 4a). Änderungszweck war, eine flächendeckende Sicherstellung der hausarztzentrierten Versorgung zu erreichen. Hierfür wurde das eigenständige Verhandlungsmandat

der Gemeinschaften gestärkt, um über die Quote zu gewährleisten, dass eine flächendeckende Sicherstellung mit HZV-Verträgen erfolgt (BT-Drs. 16/10609, S. 53). Somit haben nach § 73 b Abs. 4 SGB V Krankenkassen allein oder in Kooperation mit anderen Krankenkassen zur flächendeckenden Sicherstellung des Angebots auf eine besondere hausärztliche Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) spätestens bis zum 30. Juni 2009 Verträge mit Gemeinschaften zu schließen, die mindestens die Hälfte der an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Allgemeinärzte des Bezirks der Kassenärztlichen Vereinigung vertreten.

In den Verträgen sind das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln (Abs. 5). Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat (Satz 3).

Gemäß Abs. 2 ist in den Verträgen sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung insbesondere folgenden Anforderungen genügt, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen:

1.
Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
2.
Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3.
Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4.
Einführung eines einrichtungswirtschaftlichen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

Da sich im vorliegenden Fall die A. und der D. nicht auf einen HZV-Vertrag einigen konnten, beantragte die – allein antragsberechtigte – D. gem. Abs. 4 Satz 2 die Einleitung eines Schiedsverfahrens nach Absatz 4a. Da sich die Parteien des Weiteren nicht auf eine Schiedsperson einigten, wurde diese von der für die A. zuständigen Aufsichtsbehörde bestimmt. Sie erließ den Bescheid vom 28.8.2009, und bestimmte als Schiedsperson in den Vertragsverhandlungen zwischen den Beteiligten den C.. Zur Bestimmung einer Schiedsperson

wäre es nicht gekommen, wenn die Aufsichtsbehörde den Antrag aus irgendeinem Grunde für unzulässig gehalten hätte. Nach summarischer Prüfung hat sie die erforderliche Zulässigkeitsprüfung durchgeführt und die antragstellende Gemeinschaft im Sinne des § 73b SGB V für qualifiziert gehalten.

Gegen diesen Bescheid war gemäß der Rechtsbehelfsbelehrung binnen Monatsfrist die Klagemöglichkeit zum Sozialgericht gegeben. Der Bescheid wurde allerdings bestandskräftig, weshalb an dieser Stelle die Überprüfung der Frage, ob die Durchführung eines Schiedsverfahrens überhaupt zulässig war, nicht erfolgen wird.

Vor dem o. g. Hintergrund hat C. als Schiedsperson den Inhalt des Vertrages über das Angebot einer besonderen hausärztlichen Versorgung (hausarztzentrierte Versorgung) festgelegt, nach seiner eigenen Qualifizierung in Ausübung eines übertragenen Gestaltungsrechtes nach billigem Ermessen. In der BT-Drs. 16/10609 (S. 54) heißt es, die Schiedsperson habe die Aufgabe, die fehlende Einigung der Parteien zum Beispiel über den Leistungsumfang und die Vergütungshöhe nach billigem Ermessen festzulegen. Der Schiedsspruch sei justiziabel; Klagen gegen ihn hätten keine aufschiebende Wirkung, eine Maßnahme, die zur möglichst raschen Sicherstellung eines flächendeckenden Angebotes der hausarztzentrierten Versorgung geboten sei.

Während aus dem Vertragsarztrecht und aus dem Krankenversicherungsrecht der Aufsicht unterstellte Schiedsämter (§ 89 SGB V) und Schiedsstellen durchaus bekannt sind, handelt es sich im Falle des § 73 b SGB V um eine Schiedsperson, die ersatzweise anstelle der Vertragspartner den Inhalt des Vertrages über die hausarztzentrierte Versorgung festlegt.

Bei der Frage der gerichtlichen Überprüfung der Entscheidung einer solchen Schiedsperson kann mit hoher Wahrscheinlichkeit auf die Rechtsprechung des BSG zum Schiedsamt zurückgegriffen werden.

Die Festsetzung des Vertragsinhaltes durch die Schiedsperson ist danach als hoheitliche Regelung zu qualifizieren und stellt einen an die Vertragsparteien gerichteten Verwaltungsakt dar, dessen formelle und materielle Rechtmäßigkeit gerichtlich überprüfbar ist. Gleichzeitig bedeutet das Anlegen der Maßstäbe für Schiedsstellen und Schiedsämter, dass nur eine eingeschränkte gerichtliche Kontrolle besteht und die Gerichte nur überprüfen, ob der von der Schiedsperson festgestellte Sachverhalt zutrifft und ob sie den ihr gesetzlich zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten hat (vgl. BSG v. 10.5.2000 – B 6 KA 20/99 R). Dem Gesetzgeber wird der Wille unterstellt, den eingesetzten Stellen einen Gestaltungsspielraum einzuräumen, einen Interessenausgleich herzustellen und regelmäßig die Beschlüsse bindend sein zu lassen (vgl. zum Schiedsamt: BSGE 91, 153, 156). In diesem Sinne ist es auch konsequent, dass - gemäß der Regelung in Abs. 4a Satz 4 - die Klagen gegen die Bestimmung der Schiedsperson und gegen die Festlegung des Vertragsinhaltes keine aufschiebende Wirkung haben.

Von diesem Regelverhältnis abzuweichen besteht dann Veranlassung, wenn eine mit gewichtigen Argumenten zu begründende Ausnahme gegeben ist, d.h., wenn ein überwiegendes Interesse der A. für die aufschiebende Wirkung festzustellen ist. Gemäß § 86 b Abs. 1 Nr. 2 SGG kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag in den Fällen, in denen die Anfechtungsklage keine aufschiebende Wirkung hat, diese durch Beschluss ganz oder teilweise anordnen, ggf. in Verbindung mit Auflagen oder Befristungen. Auch kann das Gericht auf Antrag die Maßnahmen jederzeit ändern oder aufheben (Abs. 1 Satz 4).

Das Gericht entscheidet nach Ermessen und aufgrund einer Interessenabwägung, die u.a. zwar auch die wirtschaftlichen Verhältnisse der Beteiligten berücksichtigt, jedoch stärker auf die Erfolgsaussichten der Klage abstellt (vgl. Meyer-Ladewig, SGG-Kommentar, 9. Aufl., § 86 b Rnrr. 12 c - g).

Je größer die Erfolgsaussichten für die Anfechtungsklage einzuschätzen sind, umso geringer werden die Anforderungen an das Aussetzungsinteresse, sodass im Falle einer offenbaren Rechtswidrigkeit des Verwaltungsaktes und Verletzung des Betroffenen in seinen subjektiven Rechten auch ohne Eilbedürftigkeit die Vollziehung ausgesetzt bzw. die aufschiebende Wirkung angeordnet wird.

Nach summarischer Prüfung spricht bereits manches dafür, dass ein Obsiegen der A. eher wahrscheinlich sein könnte, als ihr Unterliegen. Dann überwiegt aber auch ihr Aussetzungsinteresse.

Der HZV-Vertrag enthält Fehler, die ihn offensichtlich rechtswidrig erscheinen lassen.

Der von C. festgestellte Sachverhalt trifft in folgendem Punkt nicht mehr vollständig zu:

In der Präambel des Vertrages heißt es, die Vertragspartner gingen davon aus, dass die nach § 295 Abs. 1 b SGB V zulässige Weitergabe von Daten der HZV-Versicherten im Rahmen der von der HÄVG zu übernehmenden Vertrags- und Abrechnungsdienstleistungen über den 30.6.2010 hinaus zulässig bleibe.

Dem ist nur bedingt noch so, weil sich die Zulässigkeit nicht auf die gesamte Vertragsdauer, auch nicht auf die Mindestlaufzeit bezieht: Die entsprechenden Sätze 5 bis 8 des § 295 Abs. 1b SGB V (eingef. durch Art. 15 Nr. 13a Buchst. b G v. 17.7.2009 I 1990) waren befristet bis zum 30.6.2010. Es hatten bereits die Datenschutzbeauftragten des Bundes und der Länder präzise und transparente Regelungen und eine Rechtsaufsicht über die Datenverarbeitung bei der Einschaltung privater Stellen bei der Abrechnung ärztlicher Leistungen gefordert (79. Konferenz vom 17./18.3.2010). Zwar gilt die Bestimmung als Übergangsregelung bis zum 1.7.2011 befristet weiter (§ 320 SGB V - eingef. durch Art. 1 Nr. 8 Gesetz vom 24.7.2010,

BGBI. I, 983), jedoch ist der Vertrag erstmals zum 31.12.2014 ordentlich kündbar; allerdings besteht in § 16 Abs. 3 b) ein Kündigungsrecht aus wichtigem Grund. Darüber hinaus ist die Rechtmäßigkeit der im Vertrag getroffenen Regelungen nach geltendem Datenschutzrecht bereits fraglich.

Das Unabhängige Landeszentrum für Datenschutz (ULD) Schleswig-Holstein hatte im Mai 2010 im Zusammenhang mit einem dort abgeschlossenen – vergleichbaren – HZV-Vertrag darauf hingewiesen, dass dort die Einschaltung privater Dienstleister nur im Rahmen einer Auftragsdatenverarbeitung nach § 80 SGB X und nur für die Abrechnung der Leistungen für zulässig gehalten würden und ein darüber hinausgehendes oder anders gear- tetes Hinzuziehen – wie im Vertrag vorgesehen – für rechtswidrig erachtet werde.

Am 21.7.2010 hat es als zuständige Landesbehörde für Schleswig-Holstein eine Anordnung gemäß § 38 Abs. 5 Satz 1 BDSG gegen den dortigen Hausärzteverband getroffen, dafür Sorge zu tragen, dass im Zusammenhang mit der Durchführung des dortigen HZV-Vertrages keine personenbezogenen Daten der Patienten an im Vertrag vorgesehene Dritte weitergegeben oder diese Daten genutzt werden.

Dagegen wurde am 16.8.2010 beim Sozialgericht Kiel der Antrag auf Anordnung der auf- schiebenden Wirkung des Widerspruchs gegen die Anordnung gestellt.

Mit Schreiben vom 18.8.2010 hat sich die Landesbeauftragte für Datenschutz der Freien Han- sestadt Bremen unter Bezugnahme auf den hier streitigen HZV-Vertrag und auf die Anord- nung des ULD Schleswig-Holstein an die Beteiligten gewandt und mitgeteilt, sie teile die Auf- fassung des ULD, wonach es sich bei dem Verhältnis zwischen dem einzelnen Hausarzt und dem Hausärzteverband nicht um eine Auftragsdatenverarbeitung i.S. des § 295 Abs. 1b Sätze 5, 6 SGB V handele, weil der Hausarzt tatsächlich nicht die Stellung eines Auftraggebers ha- be. Folglich dürften die Hausärzte nicht die von ihnen erhobenen Daten über Patienten an den Hausärzteverband oder an andere in Anhang D der Anlage 8 des Vertrages aufgeführte Stel- len übermitteln. Zur Vermeidung einer Anordnung nach § 38 Abs. 5 BDSG werde vorgeschla- gen, dass der bestehende Vertrag im Sinne eines Moratoriums vorläufig außer Kraft gesetzt werde.

Bei der hier anzustellenden summarischen Prüfung allein der datenschutzrechtlichen Proble- matik, von der insbesondere §§ 11-14 und § 2 Abs. 3, 4 des Vertrages iVm §§ 4, 6 und 7 der Anlage 3, Anlagen 4, 6 und 8 betroffen sind, sofern bestimmte – weitreichende und die Ab- rechnung und Vergütung der Leistungen sowie den Einschreibprozess betreffende - Kompe- tenzen an den D. und die G. als Dienstleistungsgesellschaft erteilt wurden, mit der daraus folgenden möglichen Konsequenz der formalen Unrichtigkeit der Teilnahme am Vertrag, der

Abrechnungen und des Verlustes des Vergütungsanspruchs der teilnehmenden Ärzte, spricht derzeit manches für die Rechtswidrigkeit der Regelungen.

Nach § 295 Abs. 1 b SGB V übermitteln Ärzte, Einrichtungen und medizinische Versorgungszentren, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b oder § 73c abgeschlossen haben, (...) die in Absatz 1 genannten Angaben maschinenlesbar an die jeweiligen Krankenkassen im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern. Die Angaben betreffen

1.
in dem Abschnitt der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung, den die Krankenkasse erhält, die Diagnosen,
2.
in den Abrechnungsunterlagen für die vertragsärztlichen Leistungen die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung, bei ärztlicher Behandlung mit Diagnosen
3.
in den Abrechnungsunterlagen sowie auf den Vordrucken für die vertragsärztliche Versorgung ihre Arzt-
nummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes sowie die Angaben nach
§ 291 Abs. 2 Nr. 1 bis 10 auf der Krankenversicherungskarte:
 1.
Bezeichnung der ausstellenden Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche
Vereinigung, in deren Bezirk das Mitglied seinen Wohnsitz hat,
 2.
Familiename und Vorname des Versicherten,
 3.
Geburtsdatum,
 4.
Geschlecht,
 5.
Anschrift,
 6.
Krankenversicherungsnummer,
 7.
Versichertenstatus, für Versichertengruppen nach § 267 Abs. 2 Satz 4 in einer verschlüsselten Form,
 8.
Zuzahlungsstatus,
 9.
Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
 10.
bei befristeter Gültigkeit der Karte das Datum des Fristablaufs.

Nach Abs. 2a sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen sowie Leistungserbringer, die ohne Beteiligung der Kassenärztlichen Vereinigungen mit den Krankenkassen oder ihren Verbänden Verträge zu integrierten Versorgungsformen (§ 140a) oder zur Versorgung nach § 73b oder § 73c abgeschlossen haben (...), verpflichtet, die Angaben gemäß § 292 aufzuzeichnen und den Krankenkassen zu übermitteln. Hierzu gehören insbesondere Angaben zur Feststellung der Voraussetzungen von Leistungsansprüchen bei Krankenhausbehandlung, medizinischen Leistungen zur Gesundheitsvorsorge und Rehabilitation sowie zur Feststellung der Voraussetzungen der Kostenerstattung und zur Leistung von Zuschüssen. Im Falle der Arbeitsunfähigkeit sind auch die Diagnosen aufzuzeichnen.

Die Sätze 5 bis 8 des § 295 SGB V, die u.a. für die hier streitgegenständliche Versorgungsform erlauben, dass für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen eine ‚andere Stelle‘ mit der Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung dieser Leistungen erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt werden darf, lief zum 1.7.2010 aus, wurde jedoch in § 320 SGB V als Übergangsregelung bis zum 1.7.2011 verlängert.

§ 80 SGB X ist anzuwenden; Auftraggeber und Auftragnehmer unterliegen der Aufsicht der nach § 38 des Bundesdatenschutzgesetzes zuständigen Aufsichtsbehörde. Der Auftragnehmer darf diese Daten nur zu Abrechnungszwecken verarbeiten und nutzen. Gehört der Auftragnehmer nicht zu den in § 35 SGB I genannten Stellen, gilt diese Vorschrift für ihn entsprechend; er hat die technischen und organisatorischen Maßnahmen nach § 78a SGB X zu treffen.

Der HZV-Vertrag geht, soweit er den D. und die G. sowie ein bestimmtes Rechenzentrum zur Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von personenbezogenen Sozialdaten ermächtigt, von einem nur zeitlich befristeten und nicht die Laufzeit des Vertrages abdeckenden rechtlichen Sachverhalt aus.

Ferner räumt er den teilnehmenden Ärzten den Status von verantwortlichen Auftraggebern i.S. des § 80 Abs. 1 SGB X ein, was derzeit von Verantwortlichen des Datenschutzes verschiedener Bundesländer offenbar anders vertreten wird.

Vorläufig ist festzustellen, dass es sich hierbei um relevante Regelungen mit weitreichenden Konsequenzen handelt, die den HZV-Vertrag rechtswidrig erscheinen lassen.

C. hat ferner den ihm gesetzlich zustehenden Gestaltungsspielraum nicht eingehalten:

Gemäß Absatz 5 ist in den Verträgen das Nähere über den Inhalt und die Durchführung der hausarztzentrierten Versorgung, insbesondere die Ausgestaltung der Anforderungen nach Absatz 2, sowie die Vergütung zu regeln. Diese Anforderungen sind unter den Punkten 1. bis

4. des Abs. 2 aufgeführt. Sie behandeln besondere Qualitätsaspekte und Fortbildungspflichten der teilnehmenden Hausärzte und stellen die gesetzlichen Mindestanforderungen an den Vertrag dar.

Die Schiedsperson hatte sicherzustellen, dass die hausarztzentrierte Versorgung bestimmten, über die Anforderungen des § 73 hinausgehenden, Anforderungen genügt.

Die hausärztliche Versorgung beinhaltet gem. § 73 Abs. 1 SGB V insbesondere

1.
die allgemeine und fortgesetzte ärztliche Betreuung eines Patienten in Diagnostik und Therapie bei Kenntnis seines häuslichen und familiären Umfeldes; Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapierichtungen sind nicht ausgeschlossen,
2.
die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
3.
die Dokumentation, insbesondere Zusammenführung, Bewertung und Aufbewahrung der wesentlichen Behandlungsdaten, Befunde und Berichte aus der ambulanten und stationären Versorgung,
4.
die Einleitung oder Durchführung präventiver und rehabilitativer Maßnahmen sowie die Integration nicht-ärztlicher Hilfen und flankierender Dienste in die Behandlungsmaßnahmen.

Gegenstand der hausarztzentrierten Versorgung dürfen nur solche Leistungen sein, über deren Eignung als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung der Gemeinsame Bundesausschuss nach § 91 im Rahmen der Beschlüsse nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 keine ablehnende Entscheidung getroffen hat. Die Einzelverträge können von den Vorschriften des vierten Kapitels (§§ 69 bis 140 h Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern) und von den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen Abweichendes regeln.

Der Gestaltungsspielraum zu Inhalt und Organisation der hausarztzentrierten Versorgung dürfte weitreichend sein, und - wie die A. meint - nicht nur eine Vollversorgung zulassen, sondern auch den Abschluss eines sog. „Add-on-Vertrages“, den C. offenbar zu Unrecht von vornherein ausgeschlossen hat. Dieses geht aus seiner Begründung der Entscheidung zum rechtlichen Rahmen und zu Ziel und Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung hervor. Er schreibt u.a., es ergebe sich aus § 73b SGB V selbst, dass der Gesetzgeber mit der HZV ein neues Vollversorgungssystem habe schaffen wollen. Diese Maßnahme mache nur bei einem Vollversorgungsvertrag Sinn, nicht jedoch bei „Add-on-Verträgen, die die Sicherstellung der hausärztlichen Versorgung durch die KV nicht berührten.

Gegen die Richtigkeit dieser Einschätzung, dass nur Vollversorgungsverträge den Anforderungen des § 73b SGB V entsprechen können, gibt es verschiedene Indizien. So lautet z.B. die Bereinigungsverfahren des § 73 b Abs. 7 Satz 2 SGB V:

Ab dem 1. Januar 2009 ist der Behandlungsbedarf nach § 87a Abs. 3 Satz 2 entsprechend der Zahl und der Morbiditätsstruktur der an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten sowie dem in den Verträgen nach Absatz 4 vereinbarten Inhalt der hausarztzentrierten Versorgung zu bereinigen.

Der „sowie-Satz“ wäre überflüssig gewesen, wenn der zu vereinbarende Inhalt nur die Gesamtversorgung beträfe. Entsprechend ist auch der Sicherstellungsauftrag der KV nur eingeschränkt, soweit die hausärztliche Versorgung nach § 73 b Abs. 4 durchgeführt wird, also nur, wenn die Regelversorgung durch die hausarztzentrierte Versorgung ersetzt wird.

Die in Absatz 2 formulierten Mindestanforderungen an die hausarztzentrierte Versorgung, die über die vom Gemeinsamen Bundesausschuss sowie in den Bundesmantelverträgen geregelten Anforderungen an die hausärztliche Versorgung nach § 73 hinausgehen, sind keine Leistungen der Vollversorgung, sondern „Add-on-Leistungen“:

1. Teilnahme der Hausärzte an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie unter Leitung entsprechend geschulter Moderatoren,
2. Behandlung nach für die hausärztliche Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien,
3. Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d durch Teilnahme an Fortbildungen, die sich auf hausarzttypische Behandlungsprobleme konzentrieren, wie patientenzentrierte Gesprächsführung, psychosomatische Grundversorgung, Palliativmedizin, allgemeine Schmerztherapie, Geriatrie,
4. Einführung eines einrichtungsinternen, auf die besonderen Bedingungen einer Hausarztpraxis zugeschnittenen, indikatorengestützten und wissenschaftlich anerkannten Qualitätsmanagements.

In einem Schreiben des Bundesversicherungsamtes an den Hausärzteverband Hessen vom 21.9.2009 – im Zusammenhang mit der Beantragung eines Schiedsverfahrens – wurde der Standpunkt vertreten, dass in Fällen, in denen eine Krankenkasse bereits einem Vertrag beigetreten ist, der den Qualitätsanforderungen des Abs. 2 entspricht und sie somit ihren Versicherten ein Angebot unterbreitet hat, sie keinen Vertrag mehr mit einer qualifizierten Gemeinschaft abschließen könne.

„Add-on-Verträge“ wurden nach Angaben der A. in den KV-Bezirken Nordrhein, Hessen, Sachsen-Anhalt und Niedersachsen abgeschlossen. Wäre die Prämisse des C. zutreffend, dass solche Verträge nicht den gesetzlichen Anforderungen des § 73b SGB V entsprechen, wären sie rechtswidrig.

Es gibt gewisse Anhaltspunkte dafür, dass der HZV-Vertrag den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzen könnte:

C. hat in der Begründung zu seiner Entscheidung diesbezüglich ausgeführt, er sei von der Bindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 SGB V) ausgegangen und habe berücksichtigt, dass im Vertrag über HZV vereinbarte Vergütungen keine Auswirkungen auf die Beitragshöhe haben dürften.

Die A. hat dagegen die konkret jährlich entstehenden Mehrkosten mit 123,13 € je Teilnehmer und je Mitglied mit 28 € beziffert und die Gefahr nicht durch vertraglich abgesicherte oder erfolgte Einsparungen refinanzierbarer Mehrausgaben wie folgt dargelegt:

Der Schiedsspruch enthalte keine Regelung zur Ausgabenbegrenzung, weder sei ein Budget als Obergrenze festgesetzt noch sei je Fall oder je Versicherten eine Ausgabenbegrenzung festgelegt. Der Schiedsspruch selbst gehe von Mehrausgaben aus, ohne diese allerdings einer konkreten Betrachtung zu unterziehen.

Mehrausgaben für ein freiwillig wählbares Angebot dürften nicht von allen Versicherten verlangt werden.

Eine Form der hausarztzentrierten Versorgung muss von den Krankenkassen ihren Versicherten als Wahltarif angeboten werden. Diesen steht es frei, das Angebot anzunehmen oder in der Regelversorgung zu verbleiben.

Gem. § 53 Abs. 9 SGB V müssen die Aufwendungen für jeden Wahltarif aus Einnahmen, Einsparungen und Effizienzsteigerungen finanziert werden, die durch diese Maßnahmen erzielt werden. Wahltarife haben sich selbst zu tragen und dürfen nicht durch Quersubventionen durch die übrigen Versicherten refinanziert werden. Es muss jeder einzelne Wahltarif für sich eigenfinanziert sein (vgl. Höfler, in Kasseler Kommentar, § 53 SGB V, Rz 53-55). Die Vorschrift stellt eine Abweichung von den Finanzierungsregeln der GKV dar, wonach die Beiträge als Vomhundertsätze der beitragspflichtigen Einnahmen erhoben werden.

Die Wahltarife sind auch betragsmäßig begrenzt durch die Höchstgrenze für Prämienzahlungen an die Versicherten nach Abs. 8 Satz 4, um zu verhindern, dass der den Grundsätzen der Privaten Krankenversicherung angenäherte Anteil den gesamten Status der Versicherten maßgeblich prägt (Höfler, aaO).

C. hat seinen nach billigem Ermessen getroffenen diesbezüglichen Entscheidungen zur Begründung angefügt (Seiten 18/19), es sei nicht zu verkennen, dass die Einführung dieser hausarztzentrierten Versorgung zumindest für die Anfangszeit mit finanziellen Risiken verbunden sein könne. Zur Risikobegrenzung beschränke dieser Vertrag die HZV auf Allgemeinärzte, praktische Ärzte und Hausarztinternisten, begrenze den Zugang auf volljährige Versicherte, koppelte das Vorliegen einer Bereinigungsregelung mit dem Inkrafttreten der Vergütungs- und Abrechnungsvorschriften, erweitere die Prüfpflichten, verzichte auf ein allgemeines Schiedsverfahren während der Vertragslaufzeit und nach Vertragsablauf, regle die Konsequenzen bei hoher Fehlkontaktquote, sehe eine Evaluierung des Vertrages vor und räume danach eine ordentliche Kündigungsmöglichkeit des Vertrages zum 31.12.2014 ein. Soweit die Differenz zwischen den erwarteten Ausgaben je Teilnehmer und dem letztlich mit der KV Bremen vereinbarten Bereinigungsbetrag aus der bisherigen Regelversorgung nicht völlig zu schließen sein sollte, sei darauf hinzuweisen, dass wegen des gesetzgeberischen Ziels eines flächendeckenden Angebots § 73b Abs. 2 SGB V zur notwendigen medizinischen Versorgung gerechnet werden müsse, der der Grundsatz der Beitragssatzstabilität dann nicht entgegenstehe, wenn die Anforderungen unverzichtbar seien und nicht durch Einsparungen oder Effizienzverbesserungen vollständig kompensiert werden könnten.

Auch insoweit bestehen Anhaltspunkte für die Annahme, dass das gesetzlich als Wahltarif vorgesehene Angebot einer hausarztzentrierten Versorgung sowie die dafür geltenden Finanzierungsregelungen in dem vorliegenden HZV-Vertrag nicht rechtskonform umgesetzt sein könnten.

Bei einer im einstweiligen Rechtsschutzverfahren durchzuführenden Prüfung des Sach- und Streitstandes handelt es sich naturgemäß um eine summarische und vorläufige Prüfung, die sich zudem im vorliegenden, äußerst umfangreichen Fall auf einige Punkte beschränken musste.

Selbst für den Fall, dass ein Ausgang des Hauptsacheverfahrens als durchaus offen einzuschätzen wäre, stehen auf Seiten der A. gewichtige Gründe ihrer zu erwartenden finanziellen Belastung, die die Interessenabwägung zu ihren Gunsten ausfallen lassen. Der Vertrag wird wegen des Bereinigungsvorbehalts zwar erst finanzwirksam, wenn die Bereinigung mit der KV Bremen durchgeführt wurde. Hiervon nicht abgedeckt würden zunächst der Teil der zu erwartenden Kosten für die in Niedersachsen wohnenden und am Vertrag teilnehmenden Versicherten der A. sein, die ggf. über den Weg von Zusatzbeiträgen (§ 242 SGB V) finanziert werden müssten. Möglicherweise wäre ein solches Vorgehen wegen § 71 SGB V (Beitragssatzstabilität) rechtlich unzulässig, da es nicht um notwendige Kosten der medizinischen Versor-

gung ginge, sondern um die Finanzierung eines Wahltarifes, dessen Mehrausgaben – soweit erkennbar - nicht durch vertraglich abgesicherte Einsparungen ausgeglichen werden.

Auch die möglicherweise risikobehafteten Rückabwicklungen wegen nicht bestehender Vergütungsansprüche seitens der Hausärzte, wenn die Abrechnungen aus datenschutzrechtlichen Gründen formal unrichtig sein sollten, stellen ein nicht zu unterschätzendes Problem dar.

Demgegenüber dürfte das öffentliche Interesse an der Vollziehung vor dem Hintergrund, dass bereits 35.000 Versicherte der A. eine besondere hausärztliche Versorgung erhalten, weil sie sich für den parallel laufenden Altvertrag entschieden haben, weil zudem diese Versorgungsform weiterhin allen Versicherten der A. offen stehen und auch seitens der berechtigten Ärzte weiterhin die Beitrittsmöglichkeit besteht, ausreichend gewahrt sein. Das gilt auch – oder gerade - vor dem Hintergrund, dass seitens des Gesetzgebers die Intention besteht, den Zugang zu einer hausarztzentrierten Versorgung zeitnah und flächendeckend zu installieren, und es gilt auch vor dem Hintergrund, dass bereits 171 Ärzte und ca. 9.500 Versicherte in den Vertrag eingeschrieben sind, da die Möglichkeit des Wechsels vorübergehend besteht.

Etwaige darüber hinausgehende, eigene Interessen seitens des D. und der G. dürften in dem hier relevanten Zusammenhang nicht entscheidungserheblich sein.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197 a SGG iVm § 154 VwGO; der beigeladene D. hat einen Antrag gestellt und er ist unterliegender Teil dieses einstweiligen Rechtsschutzverfahrens.

Gemäß § 197 a Abs. 1 SGG gelten in Verfahren, in denen das GKG Anwendung findet, die §§ 154 bis 162 VwGO entsprechend. Gemäß § 154 Abs. 1 VwGO trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens. Gemäß § 197 a Abs. 2 Satz 1 SGG werden dem Beigeladenen die Kosten in den Fällen des § 154 Abs. 3 VwGO auferlegt. Nach § 154 Abs. 3 VwGO können dem Beigeladenen Kosten nur auferlegt werden, wenn er Anträge gestellt hat.

Gem. § 52 Abs. 1 des Gerichtskostengesetzes (GKG) ist in Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit der Streitwert nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Ein Streitwert von 5.000 Euro ist anzunehmen, wenn der Sach- und Streitstand für die Bestimmung des Streitwertes keine genügenden Anhaltspunkte bietet (Abs.2). In Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes nach § 86b SGG bestimmt sich der Wert gem. § 53 Abs. 2 Nr. 4 GKG auch nach § 52 Abs. 1 und 2 GKG. Je nach Bedeutung wird er mit $\frac{1}{4}$ bis $\frac{1}{2}$ des Wertes festgesetzt.

Das wirtschaftliche Interesse der A. besteht in erster Linie darin, die mit dem Schiedsspruch verbundenen Mehrausgaben zu vermeiden. Nach ihren Berechnungen dürften sich diese voraussichtlich auf 123,13 Euro pro Teilnehmer belaufen. Gleichzeitig wurde angegeben, es hätten sich ca. 9.500 Versicherte in den Vertrag eingeschrieben.

Überschlägig gerechnet, wären demnach für ein Jahr mindestens etwa 1 Mio. Euro Mehrkosten zu erwarten. Legt man nur diese Zahlen zugrunde, so dürfte bei hoher Bedeutung der Sache für die Vertragsparteien der Streitwert in Höhe von 500.000 Euro angemessen sein.

RECHTSMITTELBELEHRUNG

Gegen diesen Beschluss ist die Beschwerde statthaft. Sie ist **innen eines Monats** nach Zustellung beim Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen, **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Beschwerdefrist ist auch gewahrt, wenn die Beschwerde innerhalb der Frist bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

gez. F.

Richterin am Sozialgericht