

## L 8 KR 264/13

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Wiesbaden (HES)  
Aktenzeichen  
S 17 KR 310/10  
Datum  
15.03.2013  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 KR 264/13  
Datum  
29.01.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 25/15 R  
Datum  
23.06.2016  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 15. März 2013 wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten sind die Regelungen eines Schiedsspruchs einer Schiedsperson zur Anhebung der Vergütung der Leistungen häuslicher Krankenpflege nach [§ 132a](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) betreffend das Leistungserbringungsjahr 2009 streitig.

Die Kläger schlossen im Jahr 1996 mit den Beklagten – den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege – einen Rahmenvertrag über die häusliche Krankenpflege in Hessen (Rahmenvertrag 1996). Dieser Vertrag wurde zum 31. Dezember 2001 gekündigt, in Ermangelung einer Neuregelung aber bis zum 31. Dezember 2004 weiter angewendet. Zum 1. Januar 2005 wurde der Vertrag durch den "Rahmenvertrag über die häusliche Krankenpflege nach [§ 132a SGB V](#) in Hessen" vom 8. Dezember 2004 (Rahmenvertrag 2005) ersetzt, der bis heute anwendbar ist. Er bindet die beteiligten Krankenkassenverbände und Ersatzkassen auf der einen und die den Beklagten angeschlossenen ambulanten Pflegedienste, soweit diese dem Vertrag beigetreten sind, auf der anderen Seite. Der Rahmenvertrag 2005 enthält unter anderem allgemeine Grundsätze sowie Regelungen zum Inhalt und zur Abgrenzung der häuslichen Krankenpflege, zur Eignung der Leistungserbringer, zu Maßnahmen der Qualitätssicherung, zum Inhalt und Umfang der Zusammenarbeit der Leistungserbringer mit den an der Versorgung der Versicherten Beteiligten und zu den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung einschließlich deren Prüfung. Die Vergütung der erbrachten Leistungen erfolgt nach der jeweils gültigen Vergütungsvereinbarung. Teil der vertraglichen Vereinbarung ist außerdem eine Schiedsperson-Regelung. Sie enthält Regelungen über die Bestellung, die Aufgaben, die Amtsführung und die Abberufung der Schiedsperson, Bestimmungen über das Schiedsverfahren und seine Einleitung sowie über die Entscheidung der Schiedsperson und über die Kündigung der Vereinbarung.

Über die Beschreibung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege und deren Vergütung konnten die Beteiligten bei den Vertragsverhandlungen zum Rahmenvertrag 2005 keine Einigung erzielen. Da sich die Beteiligten auch auf eine Schiedsperson nicht verständigen konnten, bestimmte das Hessische Sozialministerium mit Schreiben vom 31. August 2006 eine Schiedsperson, die am 2. Mai 2007 einen ersten und später auch den im hiesigen Verfahren streitigen Schiedsspruch erließ. Auf die Bestimmung einer weiteren Schiedsperson wurde von den Beteiligten verzichtet.

Im November 2006 leiteten die Beteiligten zur Herbeiführung einer Einigung betreffend die offenen Vergütungsfragen ein Schiedsverfahren ein, das mit Schiedsspruch der Schiedsperson K. vom 2. Mai 2007 endete. Dieser erhöhte die bis dahin geltende Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege ebenso wie die Hausbesuchspauschale für die Zeit vom 1. Juli 2007 bis zum 31. Dezember 2008 jeweils pauschal um 5,98 %. In der Begründung des Schiedsspruchs ist angeführt, dass die Vergütung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege zuletzt im Jahr 1998 für das Jahr 1999 erhöht worden sei. Die im Schiedsspruch bestimmte Vergütungsanhebung beruhe daher im Wege der Kompromissbildung (zwischen einer von den Kassen angebotenen Vergütungssteigerung um 3,2 % und einer von den Verbänden der LIGA geforderten Anhebung um 15,77 %) auf einer Aufsummierung der nach [§ 71 Abs. 3, 3a SGB V](#) bestimmten Veränderungsraten der Grundlohnsummen für die Jahre 2001 bis 2007, die in der Summe 5,98 % betragen hätten. Um das Gesamtgefüge der Vergütung für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu erhalten, habe die Hausbesuchspauschale, die ihrerseits 40-50 % der Gesamtvergütung der Leistungserbringer ausmache, an der allgemeinen Vergütungserhöhung um diesen Prozentsatz teilhaben müssen. Der Schiedsspruch wurde

mit Urteil des Bundessozialgerichts vom 25. November 2010, Az. [B 3 KR 1/10 R](#), rechtskräftig.

Mit Datum vom 2. Juni 2008 forderten die Beklagten die Kläger zur Aufnahme neuer Verhandlungen betreffend die Vergütung der häuslichen Krankenpflege ab dem 1. Januar 2009 auf. Sie begehrten eine Erhöhung sowohl der Vergütung aller Einzelleistungen als auch der Hausbesuchspauschale um jeweils 7,63 %. Im Rahmen einer gemeinsamen Verhandlungsrunde am 2. Oktober 2008 boten die Kläger eine Anhebung der Vergütung der Leistungen mit Ausnahme der Hausbesuchspauschale um 1,41 % an. Gleichzeitig brachten sie eine Tischvorlage ein, die Änderungen der Hausbesuchspauschale nicht nur in der Höhe, sondern auch grundsätzlich in der Systematik (bei im Ergebnis deutlicher Vergütungsabsenkung) vorsah. Nachdem die Verhandlungen von den Beteiligten einvernehmlich als gescheitert erklärt worden waren, fand am 9. Dezember 2008 eine mündliche Verhandlung vor der Schiedsperson statt. Auf eine weitere mündliche Verhandlungsrunde wurde beiderseits verzichtet.

Ihren Schiedsantrag auf Erhöhung aller Leistungen ab 1. Januar 2009 um 7,63 % begründeten die Beklagten mit den zurückliegenden Steigerungsraten der Personal- und Sachkosten zwischen den Jahren 1998 und 2007, die durch den Schiedsspruch vom 2. Mai 2007 nur unvollständig aufgefangen worden seien, sowie mit den für 2008 und 2009 bereits nachweisbaren bzw. zu prognostizierenden weiteren Kostensteigerungen bei den Pflegediensten. Demnach seien die Personalkosten - bei ausschließlicher Berücksichtigung der tariflichen Steigerungsraten, nicht aber der Veränderung der Sozialversicherungsabgaben und der Beiträge zu den Zusatzversorgungskassen - zwischen 1998 und 2007 um insgesamt 12,49 % gestiegen; bei einer Gewichtung in Höhe von 80 % an den Gesamtkosten der Leistungserbringer ergebe sich daraus eine Steigerung der Gesamtkosten um 9,99 %. Im selben Zeitraum sei der Verbraucherpreisindex um insgesamt 12,92 % gestiegen. Bei einer Gewichtung mit 20 % an den Gesamtkosten ergebe sich so eine weitere Kostensteigerung von 2,58 % an den Gesamtkosten bzw. eine Gesamtsteigerung der Kosten der Leistungserbringer von 1998 bis 2007 um 12,57 %. Für die Jahre 2008 und 2009 ergäben sich angesichts der bereits feststehenden Tarifloohnerhöhung um durchschnittlich 5,10 % zum 01. Januar 2008 und um weitere 2,80 % zum 1. Januar 2009 sowie einer Steigerung des Verbraucherpreisindex um 2,91 % in 2008 und geschätzten 3,05 % für 2009 eine Steigerung der Gesamtkosten der Leistungserbringer gegenüber 2007 in Höhe von 7,63 %. Die sich aus den ausgewiesenen Steigerungsraten ergebenden Ausgabensteigerungen seien bei den Pflegediensten im Bereich der Liga auch tatsächlich angefallen. Die angenommene Erhöhung der Sachkosten rechtfertige sich über die Steigerung des Preisindex hinaus insbesondere durch eklatante Preiserhöhungen für Treibstoffe und Energie sowie umsatzsteuerbedingte Mehrkosten, die die ambulanten Dienste überproportional trafen. Hinsichtlich der Frage nach der Tarifbindung an die Entwicklung des TVöD gebe es zwar Unterschiede zwischen den einzelnen Wohlfahrtsverbänden; gemeinsam sei aber allen, dass sie überbetrieblichen Tarifregelungen unterlägen und dass die von den Verbänden angewendeten Tarifwerke weitgehend den Tarifverträgen des öffentlichen Dienstes entsprächen. Dabei seien bei den Personalkostensteigerungen bereits nur die tariflichen Steigerungen berücksichtigt worden, nicht indes die ebenfalls gestiegenen Sozialversicherungsbeiträge. Kompensierende kostenentlastende Faktoren seien nicht vorhanden. Die Pflegedienste sähen sich im Gegenteil stetig steigenden medizinisch-pflegerischen Anforderungen ausgesetzt. Hinzu komme eine zunehmende Bürokratisierung der Pflege z. B. durch immer höhere Anforderungen an die Dokumentation der Leistungen. Viele Pflegedienste der freien Wohlfahrt könnten nur noch auf der Grundlage von Zuschüssen oder Spenden arbeiten; auch gebe es eine ganze Zahl bereits defizitär arbeitender Dienste. Eine isolierte Veränderung der Vergütung für die Hausbesuchspauschale, die dort zu erheblichen Einschnitten führe, komme angesichts der erforderlichen Gesamtkalkulation der Dienste nicht in Betracht. Eine Bindung der Vergütung der häuslichen Krankenpflege an die Grundlohnsummenentwicklung bestehe nicht und könne und angesichts der tatsächlichen Kostenentwicklung auch gar nicht bestehen.

Die Kläger beantragten demgegenüber die Vergütungssteigerung für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege ab dem 1. Januar 2009 entsprechend der für das Jahr 2009 bekanntgegebenen Grundlohnsummensteigerung von 1,41 % (Bekanntmachung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 2. Oktober 2008) festzusetzen. Die für 2008 festgestellte Grundlohnsummensteigerungsrate sei demgegenüber nicht mehr zu berücksichtigen, da die Vergütung der häuslichen Krankenpflege für 2008 bereits abschließend durch den Schiedsspruch vom 2. Mai 2007 geregelt sei und neue Verhandlungen lediglich prospektiv zu führen seien. Man sei bei der Aushandlung von Vergütungen zwingend an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität gebunden. Unabhängig von einzelnen tarifvertraglichen Regelungen könne - so wie auch mit den privatgewerblichen Leistungserbringern vereinbart - nur die Grundlohnsummenentwicklung die Grundlage für Vergütungsanpassungen im Rahmen des SGB V bilden. Die mit den privat-gewerblichen Pflegediensten bereits getroffene Vereinbarung einer Vergütungssteigerung um 1,41 % stelle zudem den geltenden und die Kläger auch aus wettbewerbsrechtlichen Gründen gegenüber den Leistungserbringern der Freien Wohlfahrtspflege bindenden Marktpreis dar. Ausweislich der bei den Verbänden der Krankenkassen geführten Vertragspartnerlisten für ambulante Pflegedienste mit einem Vertrag nach [§ 132a SGB V](#) ergäben sich für das Jahr 2006 bei Auswertung des Datenmaterials verschiedener Krankenkassen ein Anteil der durch die Leistungserbringer der Liga der Freien Wohlfahrtspflege versorgten Versicherten von 42,7 %, während 57,3 % der versicherten Patienten von privat-gewerblichen und kommunalen Diensten versorgt worden seien. Diese Zahlen ließen sich jedenfalls in etwa auf das Jahr 2008 übertragen. Marktführer seien demnach die privat-gewerblichen Leistungserbringer; die mit diesen vereinbarte Vergütung stelle den Marktpreis dar und sei damit zwangsläufig die Basis der Vergütungsanpassung für das Jahr 2009 auch gegenüber den Verbänden der freien Wohlfahrtspflege. Ferner beantragten die Kläger umfassende Änderungen bezüglich der Vergütungssystematik bei der Hausbesuchspauschale.

Mit Schiedsspruch vom 30. Januar 2009 bestimmte die Schiedsperson K. für die Laufzeit vom 1. Januar 2009 bis 31. Dezember 2009 eine Erhöhung der mit Schiedsspruch vom 2. Mai 2007 festgesetzten, bis zum 31. Dezember 2008 gültigen Vergütungen für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege um 3,9 % (Punkt 2 des Schiedsspruchs). Die Vergütung für die Hausbesuchspauschale wurde zum 1. Januar 2009 ebenfalls um 3,9 % angehoben (Punkt 3 des Schiedsspruchs). Der Schiedsspruch führte u.a. aus, der Auffassung der Krankenkassen, dass die Grundlohnsummensteigerung um 1,41 % in 2009 auch im Rahmen einer notwendigen Orientierung an der marktüblichen Vergütung Bindungswirkung entfalte, weil eine entsprechende Vergütungssteigerung mit den privatgewerblichen Leistungsanbietern für das Jahr 2009 vereinbart worden sei, werde nicht gefolgt. Die Pflegedienste im Liga-Bereich hätten einen Marktanteil von 48,66 % im Bereich des SGB XI und von 42,7 % im Bereich des SGB V, wobei letzteres sich aus dem Zahlenmaterial einzelner Krankenkassen ergebe, die nur rund 80 % der Versicherten in Hessen repräsentierten. Die Zahlen seien damit mit einer statistischen, nicht näher quantifizierbaren Fehlerquote behaftet. Sie bildeten keine ausreichende Grundlage für die These, dass von einer marktbeherrschenden Position der privat-gewerblichen Pflegedienste ausgegangen werden müsse. Vielmehr seien bei der Festlegung der für die Dienste der Liga geltenden Vergütungen die eben dort gegebenen Bedingungen, was die Kosten- und Preisstruktur angehe, zu Grunde zu legen. Es gelte aber - wie dargestellt - der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach [§ 71 Abs. 1 SGB V](#) bei Berücksichtigung der dort genannten Ausnahmen. Vom Vorliegen einer solchen Ausnahmesituation nach [§ 71 Abs. 1 Satz 1](#), 2. Hs. SGB V, die voraussetze, dass bei unterbleibender Vergütungssteigerung die notwendige medizinische Versorgung auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven nicht zu gewährleisten sei, sei auszugehen. Der aktuelle

Schiedsspruch sei dabei notwendig in Gesamtzusammenhang mit der Entwicklung der zurückliegenden Jahre und insbesondere auch mit dem vorangegangenen Schiedsspruch vom 2. Mai 2007 zu sehen. Mit diesem sei erstmals seit mehr als acht Jahren überhaupt eine Vergütungsanpassung erfolgt. Die dort vorgenommene, im Wege der Kompromissbildung gefundene Steigerung der Vergütung um 5,98 % habe bereits die anzunehmende bis dahin erfolgte Kostensteigerung bei den Leistungserbringern nur teilweise abdecken können; damals habe indes noch unterstellt werden können, dass Möglichkeiten der Mobilisierung von Rationalisierungsreserven bestünden. Zwischenzeitlich seien angesichts der fortschreitenden Kostenentwicklungen Einschnitte im Bereich der Personalressourcen immer wahrscheinlicher, die Behauptung der Ausschöpfung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven - trotz zwischen den einzelnen Leistungserbringern sicherlich vorhandener Unterschiede - jedenfalls in der Fläche nachvollziehbar. Hinzu komme, dass angesichts nachweisbarer Verkürzungen der Krankenhausliegezeiten und eines Anstiegs des Anteils älterer und hochaltriger, oftmals multimorbid erkrankter Patienten von einem erhöhten Versorgungs- und Pflegeaufwand pro Person und abrechenbarer Leistung ausgegangen werden müsse. Der wirtschaftlichen Absicherung eines flächendeckenden Angebots an qualitativ gut ausgestatteten und leistungsfähigen Diensten der häuslichen Krankenpflege komme damit ein immer höherer gesundheits- und sozialpolitischer Stellenwert zu. Die Pflegedienste seien zunehmend auf voll ausgebildete Pflegekräfte angewiesen, der Einsatz billigerer Hilfskräfte sei so gut wie ausgeschlossen. Die festgesetzte Vergütungssteigerung der Einzelleistungen um 3,9 % sei weiterhin im Wege einer Kompromissbildung nach Abwägung der für beide Vertragsparteien maßgeblichen Gegebenheiten vorgenommen worden. Dabei sei einerseits berücksichtigt worden, dass die Gefahr einer Beitragssatzerhöhung durch die Steigerung der Vergütung der häuslichen Krankenpflege angesichts deren Anteils an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung von nur etwa 1,5 % erheblich relativiert sei. Demgegenüber sei seitens der Beklagten ein Gesamtanstieg der Kosten der Liga-Pflegedienste um 7,63 % geltend gemacht worden. Angesichts der in den Liga-Verbänden traditionell geübten Praxis einer weitgehenden Orientierung an der Vergütungsentwicklung im Öffentlichen Dienst sei dabei davon auszugehen, dass sich bei der Masse der Pflegedienste der Liga entsprechend der tariflichen Vergütungsanpassung in 2008 und 2009 um insgesamt 7,9 % tatsächlich auch entsprechende Kostensteigerungen ergeben hätten. Auch wenn es dabei Unterschiede zwischen den einzelnen Wohlfahrtsverbänden gebe, entsprächen die von den Verbänden angewendeten Tarifwerke doch weitgehend den Tarifverträgen des Öffentlichen Dienstes. Auch bezüglich der Sachkosten müsse von nicht abwendbaren Kostensteigerungen in der von den Beklagten genannten Größenordnung ausgegangen werden, wobei hierbei insbesondere die gestiegenen Treibstoff- und Energiekosten ins Gewicht fielen. Der Schiedsspruch löse damit - mit Rücksicht auf die angespannte finanzielle Situation auch der Kläger - den Anspruch auf eine möglicherweise gebotene volle Refinanzierung der Kostensteigerungen in der häuslichen Krankenpflege nicht ein. Mit Blick auf den begrenzten Zeitraum, für den der Schiedsspruch Gültigkeit erlange, sei dies indes noch einmal vertretbar. Es erscheine jedoch sinnvoll und notwendig, dass die Vertragsparteien im Verlauf des Jahres 2009 gemeinsam die wirtschaftliche Situation der Pflegedienste der Liga - ggf. anhand einer begrenzten Anzahl ausgesuchter Pflegedienste - prüften. Eine Änderung der Vergütungssystematik der Hausbesuchspauschale könne allenfalls im Kontext umfassender Neuverhandlungen des gesamten Vergütungssystems erfolgen.

Die Kläger haben hiergegen am 21. September 2009 vor dem Sozialgericht Wiesbaden Klage erhoben. Sie haben die Auffassung vertreten, der angegriffene Schiedsspruch sei unbillig, da er den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht wahre. In dessen Zusammenhang sei als Obergrenze für eine allgemeine Vergütungssteigerung die Grundlohnsummensteigerungsrate nach [§ 71 Abs. 2](#) und 3 SGB V zu beachten. Entgegen der im Schiedsspruch vertretenen Auffassung sei vorliegend kein Ausnahmetatbestand gegeben. Der nicht näher belegte Verweis der Schiedsperson auf eine "durch anhaltende Unterfinanzierung gekennzeichnete Entwicklung" sei nicht geeignet und ausreichend, dem Ausnahmecharakter dieser Regelung gerecht zu werden. Die Schiedsperson habe sich auch nicht mit möglicherweise weiterhin vorhandenen Wirtschaftlichkeitsreserven befasst. Die dem Schiedsspruch zugrundeliegende Annahme, dass eine Senkung von Personalkosten etwa durch den Einsatz von Hilfskräften so gut wie ausgeschlossen sei, gehe in jedem Falle fehl. Tatsächlich seien nahezu 50 % der Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsprechend dem zwischen den Beteiligten vereinbarten Leistungs- und Vergütungskatalog für Nicht-Pflegefachkräfte freigegeben. Relevante Mehrbelastungen der ambulanten Pflegedienste durch die Einführung der Krankenhausvergütung nach dem DRG-System ließen sich, wie eine Studie zeige, nicht nachweisen. Im Übrigen dürften schon aus Wettbewerbsgründen für die gleiche Leistung nicht ohne hinreichende Gründe unterschiedliche Preise mit verschiedenen Leistungserbringern vereinbart werden. Die insofern als marktüblich anzusehende Vergütung der privat-gewerblichen Anbieter sei für das Jahr 2009 nur um die Grundlohnsummensteigerung von 1,41 % erhöht worden. Im Schiedsspruch habe schließlich auch der Antrag auf Festlegung einer neuen Vergütungssystematik für die Hausbesuchspauschale ermessensfehlerhaft keinerlei Berücksichtigung gefunden.

Die Beklagten haben vorgetragen, der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sei durch den Schiedsspruch gewahrt. Der nach [§ 71 Abs. 3](#) und 3a SGB V ministeriell festgelegte Richtwert für die Vergütungsanhebung stelle für Schiedssprüche nach [§ 132a SGB V](#) keine verbindliche Obergrenze dar. Über die Grundlohnsummensteigerungsrate ließen sich zudem die steigenden Personalkosten der Leistungserbringer in der häuslichen Pflege nicht hinreichend abbilden. Die beklagten Einrichtungsträger seien durch ihre Arbeitsverträge regelmäßig an die Tarifentwicklung im öffentlichen Dienst gebunden; gleichzeitig machten die Personalkosten mindestens 80 %, in der Regel sogar mehr an den Gesamtkosten der Leistungserbringer in der häuslichen Pflege aus. Die Wahrung der Tarifbindung durch den Einrichtungsträger stehe der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung prinzipiell nicht entgegen. Die Feststellung eines Marktpreises könne ohne Berücksichtigung des Vergütungsgefüges der Beklagten selbst, die immerhin 45,1 % der Gesamtheit der mit häuslicher Krankenpflege versorgten Versicherten in Hessen betreuten, überhaupt nicht festgestellt werden.

Mit Urteil vom 15. März 2013 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Die Kläger hätten zulässig eine Ersetzungsklage als Sonderform der Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) erhoben (Hinweis auf BSG, Urteil vom 25. November 2010, [B 3 KR 1/10 R](#), juris, Rn. 13 ff.). Die Ersetzungsklage sei jedoch nicht begründet, da der Schiedsspruch nach Maßgabe der vom BSG im Urteil vom 25. November 2010 entwickelten Grundsätzen nicht unbillig sei. Verfahrensrechtliche Mängel des Schiedsverfahrens seien nicht erkennbar. Die Beteiligten hätten hinreichend Gelegenheit gehabt, im Schiedsverfahren ihre Anträge zu stellen und zu begründen sowie jeweils auf den Vortrag der Gegenseite hin Stellung zu nehmen. Der Schiedsspruch sei auch formal nicht zu beanstanden. Insbesondere habe die Schiedsperson den angewendeten rechtlichen Maßstab ebenso wie die für die Entscheidung ausschlaggebenden Gründe nachvollziehbar dargelegt. Dem Schiedsspruch liege ein hinreichend plausibler, nachvollziehbarer Beurteilungsmaßstab für die Bestimmung der Vergütung der Leistungen der häuslichen Krankenpflege und der Hausbesuchspauschale ab dem 1. Januar 2009 zu Grunde. Die Schiedsperson habe sich im Ausgang von den von den Klägern vorgetragenen Steigerungsraten der tatsächlichen Gestehungskosten der ihnen angeschlossenen Pflegedienste leiten lassen, die sich zum einen aus dem gestiegenen Preisindex, zum anderen aus der Tariflohnentwicklung ergäben. Beides hätten die Kläger zahlenmäßig belegt und sei auch von den Beklagten nicht in Zweifel gezogen worden. Nicht zu beanstanden sei auch die pauschale Anhebung der Hausbesuchspauschale um denselben Satz, um den auch die Vergütung der übrigen tatsächlichen Leistungen der Krankenpflege angehoben wurde. Die Schiedsperson sei insofern nicht verpflichtet gewesen, die Einwendungen der Kläger aufzugreifen und

eine Neuordnung der Hausbesuchspauschale vorzunehmen. Maßstab zur Beurteilung der "Unbilligkeit" könne nur das wirtschaftliche Gesamtergebnis des Schiedsspruchs sein (BSG, a. a. O., Rn. 37). Die Hausbesuchspauschale stelle einen rechnerisch bedeutsamen Teil der Gesamtvergütung der Pflegedienste dar. Hier entsprechend dem Antrag der Beklagten in die bestehende Vergütungssystematik einzugreifen hätte es erforderlich gemacht, im Gegenzug die Vergütung der tatsächlichen Pflegeleistungen noch stärker als geschehen anzuheben; die dabei zu erbringenden kalkulatorischen Leistungen zur Sicherstellung eines angemessenen Gesamtergebnisses seien indes von einer Schiedsperson praktisch kaum zu leisten, wenn nicht die Beteiligten zuvor entsprechende Vorarbeiten geleistet und aufgearbeitete, nachvollziehbare Berechnungen hierzu vorgelegt hätten. Solches sei indes vorliegend nicht geschehen. Nicht zwingend, aber hinreichend nachvollziehbar und plausibel sei auch die Steigerung der Vergütung um insgesamt 3,9 %. Sie bleibe hinter den Forderungen der Beklagten zurück, gehe aber über das Angebot der Kläger hinaus und berücksichtige dabei die zu erwartenden wirtschaftlichen Implikationen für das System der gesetzlichen Krankenversicherung, die von der Schiedsperson angesichts des geringen Anteils der häuslichen Krankenpflege an den Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung zulässigerweise als nicht übermäßig hoch eingeschätzt worden seien, ebenso wie die bereits in der Vergangenheit hinter der Entwicklung des Preisindex und der Tariflöhne zurückgebliebenen Vergütungsanpassungen. Dass es sich bei der Vergütungssteigerung um 3,9 % dabei nicht um das einzig denkbare richtige Ergebnis handele, zu dem der Schiedsspruch habe kommen können, sei offenbar und auch von der Schiedsperson nicht anders angenommen worden. Da aber umgekehrt nicht erkennbar sei, dass das gefundene Ergebnis nicht mehr nachvollziehbar oder vertretbar wäre, sei die Entscheidung der Schiedsperson im Ergebnis durch die Vertragsparteien hinzunehmen. In der Steigerung der Vergütung um 3,9 % liege auch kein Verstoß gegen den Grundsatz der Wahrung der Beitragssatzstabilität. Die im Schiedsspruch festgelegte Erhöhung der Vergütung um 3,9 % für das Jahr 2009 habe tatsächlich nicht zu Beitragserhöhungen der angeschlossenen Krankenkassen geführt oder auch nur die Gefahr von Beitragserhöhungen hervorgerufen. Auch lasse der Anteil der Ausgaben der Krankenkassen für Leistungen der häuslichen Krankenpflege am Gesamtvolumen aller Ausgaben nicht erkennen, dass bei einer pauschalen Vergütungserhöhung um 3,9 % überhaupt eine Beitragserhöhung im Raum gestanden haben könnte. Der Anteil der Ausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung für die häusliche Krankenpflege ihrer Versicherten habe in 2009 nur etwa 1,7 % Anteil an den Gesamtausgaben gehabt. Zwar übersteige die im Schiedsspruch festgesetzte Vergütungsanhebung um 3,9 % die vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) für 2009 in Höhe von 1,41 % bekanntgegebene Veränderungsrate als auch die Summe aus den Steigerungsraten für 2008 und 2009 von insgesamt 2,05 % (0,64 % + 1,41 %) bzw. - bei Berücksichtigung des Umstandes, dass die Steigerungsrate in 2009 auf die Steigerung in 2008 aufsetze - von circa 2,06 %. Das Gericht gehe dabei mit der Schiedsperson davon aus, dass [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) umfassend auch auf die nach [§ 132a SGB V](#) abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen anwendbar sei. Die Vorschrift beziehe sich einschränkungslos auf Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1, nach dem die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer den Grundsatz der Beitragssatzstabilität bei "Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch", d. h. nach dem (gesamten) Fünften Buch Sozialgesetzbuch zu beachten hätten. Auch gelte das systematische Argument, dass [§ 71](#) sich im ersten Abschnitt des Vierten Kapitels des SGB V unter den "allgemeinen Grundsätzen" für die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern finde und damit sämtliche in dieses Kapitel fallende Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern erfasse, soweit in den nachfolgenden Bestimmungen keine anderen spezielleren Regelungen getroffen seien, nicht nur für [§ 71 Abs. 1 SGB V](#) und den dort bestimmten Grundsatz der Beitragssatzstabilität, sondern genauso für [§ 71 Abs. 2 SGB V](#). Eine solche abweichende Regelung sei [§ 132a SGB V](#) nicht zu entnehmen. Entsprechend dem üblichen Aufbau einer Vorschrift vom Allgemeinen zum Besonderen hin erfasse Absatz 1 (ausdrücklich) sämtliche Vergütungsvereinbarungen (sogar) nach dem SGB V, während erst die Absätze 4 und 5 eine Beschränkung der dort geregelten Vorlagepflichten auf einzelne Vertragstypen bestimmten. Wäre auch der Anwendungsbereich des Absatzes 2 - im Gegensatz zum voranstehenden Absatz - schon reduziert, wäre damit zu rechnen gewesen, dass der Gesetzgeber dies im Wortlaut der Norm zum Ausdruck gebracht hätte. Stattdessen seien bei Einfügung der Regelung zur Grundlohnsummensteigerungsrate in [§ 71 SGB V](#) durch das GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I, S. 2626](#)) der bis dahin geltende Absatz 2 zu Absatz 4 und die heutigen Absätze 2 und 3 vor diesem eingefügt worden. Für eine Reduktion des Anwendungsbereichs des Absatzes 2 über seinen Wortlaut hinaus könne auch nicht angeführt werden, dass nur die in den Absätzen 4 und 5 genannten Vereinbarungen überhaupt einer rechtlichen Überprüfung unterworfen und andere Vergütungsvereinbarungen betreffende gesetzliche Reglementierungen darum von vornherein einem nicht hinzunehmenden Vollzugsdefizit unterworfen wären. Schließlich werde der in [§ 71 Abs. 1 Satz 1](#), 1. Hs. SGB V bestimmte Grundsatz der Beitragssatzstabilität, jeweils auf einzelne Leistungsbereiche angewandt, erst über die Konkretisierung in Absatz 2 der Vorschrift überhaupt annähernd justiziabel. Denn für Leistungsbereiche, auf die wie bei der häuslichen Krankenpflege nur ein verschwindend geringer Anteil der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung entfalle, komme die Feststellung einer Gefährdung der Beitragssatzstabilität andernfalls quasi nie in Betracht, weil gar nicht ausgeschlossen werden könne, dass nicht über denkbare Beitragsüberschüsse oder zumindest (bereits geringe) Ausgleichsmechanismen durch die Krankenkassen eine Beitragssatzerhöhung hier ausgeschlossen werden könnte. Vergütungssteigerungen über die Grundlohnsummensteigerungsrate hinaus seien damit allerdings nicht von vornherein ausgeschlossen, aber im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben rechtfertigungsbedürftig. Eine solche Rechtfertigung habe die Schiedsperson vorliegend annehmen und im Rahmen der ihr zustehenden Einschätzungsprärogative davon ausgehen können, dass die festgesetzte Vergütungssteigerung erforderlich sei, um den Leistungserbringern der Beklagten bei Ausschöpfung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven in die Lage zu versetzen, die notwendige medizinische Versorgung der ihnen anvertrauten Versicherten zu gewährleisten. Die Anforderungen in Bezug auf die Ermittlung des Vorliegens bzw. Nichtvorliegens der Voraussetzungen des [§ 71 Abs. 1 Satz 1](#), 2. Hs. SGB V durch die Schiedsperson dürften dabei im Hinblick auf deren Stellung und Funktion nicht überspannt werden. Die Schiedsperson als (öffentlich-rechtlicher) Schlichter und Vertragshelfer unterhalte in der Regel keinen Verwaltungsapparat und sei in besonderer Weise auf die Mitwirkung der Beteiligten angewiesen. Zu einer "Sachaufklärung von Amts wegen" sei sie aufgrund der ihr gesetzlich zugeschriebenen Rolle weder berufen noch - schon in Ermangelung jeglicher gesetzlicher Absicherung einer Ausstattung mit den entsprechenden Ressourcen - regelmäßig in der Lage. In der Regel sei es deshalb auch nicht zu beanstanden, wenn die Schiedsperson ihrem Schiedsspruch allein die im Verfahren vorgebrachten Angaben der Beteiligten zu Grunde lege und diese (wertend) in ihre Erwägungen einbeziehe (BSG, Urteil vom 25. November 2010, [B 3 KR 1/10 R](#), juris, Rn. 38). Die gerichtliche Überprüfung beschränke sich dabei auf die Frage, ob der Schiedsspruch die Angaben der Beteiligten ausreichend berücksichtige, in der Bewertung und Gewichtung dieser Angaben plausibel und nachvollziehbar und das auf der so bestimmten Entscheidungsgrundlage gefundene Ergebnis letztlich vertretbar sei. Den Beteiligten des Schiedsverfahrens komme damit eine weitreichende Verantwortung für die Darlegung der ihre jeweiligen Forderungen stützenden wesentlichen (betriebs-) wirtschaftlichen und sonstigen tatsächlichen Grundlagen zu. Sie hätten es letztlich in der Hand, die Schiedsperson mit belastbaren Informationen, insbesondere mit nachvollziehbar aufbereitetem Datenmaterial zu versorgen, um dieser eine ausreichende Entscheidungsgrundlage zu bieten. Schließlich lasse die gesetzliche Konzeption zu, dass über die Schiedsperson ein subjektives Element auch im Hinblick darauf Einzug in die Entscheidungsfindung halte, ab wann von hinreichend konkreten und belastbaren Hinweisen auf eine wirtschaftlich zwingend erforderliche Vergütungsanhebung auszugehen sei; auch hier könnten verschiedene Schiedspersonen noch zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, ohne dass es Aufgabe des Gerichts sei, insofern einen einheitlichen

Beurteilungsmaßstab oder einheitliche Ergebnisse sicherzustellen. An diesem Maßstab gemessen sei an der Annahme der Schiedsperson, dass die den Klägern angeschlossenen Pflegedienste bei Zugrundelegung einer Vergütungssteigerung in Höhe von lediglich 1,41 % eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistungserbringung nicht mehr möglich gewesen wäre, nichts zu erinnern. Die Beklagten hätten von den Klägern unwidersprochen Preissteigerungsraten bei den Gestehungskosten der ihnen angeschlossenen Pflegedienste dargelegt, die erheblich über der Grundlohnsommensteigerungsrate und auch noch über dem Ergebnis des Schiedsspruchs lagen. Insbesondere die überwiegende Tarifbindung der Pflegedienste der LIGA und die damit bestehende Bindung an dortige Vergütungsentwicklungen sei von den Klägern zu keinem Zeitpunkt in Frage gestellt worden. Zur Unmöglichkeit weiterer Einsparungen an anderer Stelle hätten die Beklagten zwar keine Zahlen vorgelegt; angesichts des ganz überwiegenden Anteils der Personal- an den Gestehungskosten sei aber auch für das Gericht nachvollziehbar, dass bei Berücksichtigung des auch in der Vergangenheit liegenden Auseinanderfallens von Lohn- und Vergütungssteigerungen Wirtschaftlichkeitsreserven weitestgehend ausgeschöpft gewesen sein dürften. Die entsprechende Annahme der Schiedsperson sei daher nachvollziehbar und angesichts des eingeschränkten Überprüfungsmaßstabs nicht weiter zu beanstanden. Dies gelte im Übrigen unabhängig von den von der Schiedsperson zusätzlich ins Feld geführten Erwägungen zu vorzeitigen Krankenhausentlassungen, Multimorbidität der zu Pflegenden und der Frage, inwieweit die Krankenpflege in der Praxis tatsächlich auch ungelernten Kräften überlassen werden könne. Soweit die Kläger darauf abstellten, dass mit privaten Leistungsanbietern geringere Vergütungssätze und insbesondere auch eine geringere Hausbesuchspauschale vereinbart wurde, so rechtfertige dies nicht die Annahme einer Unbilligkeit. Wenn nach dem Vortrag der Kläger die den Beklagten angehörenden Pflegedienste 42,7 % der Gesamtzahl der mit häuslicher Krankenpflege versorgten Versicherten betreuten, so zeige die fehlende Vereinbarung zwischen ihnen und den Klägern gerade, dass ein Großteil der Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht werde, ohne dass das den privaten Leistungsanbietern gewährte Leistungsentgelt maßgeblich wäre. Die Beklagten hätten durch ihren hohen Anteil an der Gesamtzahl der versorgten Versicherten mit häuslicher Krankenpflege einen ganz erheblichen Einfluss auf die Preisgestaltung. Ein mit den privaten Pflegediensten vereinbarter Preis, der für die häusliche Krankenpflege von jedenfalls 42,7% der anspruchsberechtigten Versicherten nicht gelte, könne nach Überzeugung des Gerichts von vornherein nicht als Marktpreis angesehen werden. Im Übrigen habe sich über die seit 2007 eingesetzte Vergütungsentwicklung zwar tatsächlich eine Schere zwischen den Pflegediensten der LIGA und den privatgewerblichen Pflegediensten aufgetan. Diese könne indes nicht zu einem zwangsläufigen "race to the bottom" im Sinne einer Allgemeingültigkeitserklärung des jeweils schwächsten Verhandlungs- oder auch Schiedsergebnisses führen.

Gegen das am 22. Juli 2013 zugestellte Urteil haben die Kläger am 21. August 2013 Berufung eingelegt.

Sie halten das Urteil für fehlerhaft. Zwar gehe das Sozialgericht zutreffend davon aus, dass [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) zwingender Maßstab für die Wahrung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sei, es beachte jedoch nicht, dass bereits die bloße Überschreitung der maßgeblichen Veränderungsrate des Vorjahres – wie hier durch den Schiedsspruch mit 3,9 % statt der tatsächlichen Veränderungsrate von 1,4 % – eine Verletzung des [§ 71 SGB V](#) indiziere. Durch die Rechtsprechung des BSG sei geklärt, dass dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität Vorrang vor anderen Kriterien bei der Anpassung von Vergütungen von Leistungserbringern zukomme. Demgegenüber könne eine Ausnahme von dieser strikten Einhaltung der Obergrenze nur gemacht werden bei einer nicht mehr gewährleisteten medizinischen Versorgung, was voraussetze, dass in einem Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, vertragsärztlich tätig zu sein und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung greifbar gefährdet sei. Zwar habe das BSG diesen Maßstab nur in Entscheidungen zum Vertragsarztrecht angelegt, aufgrund der Bedeutung des [§ 71 SGB V](#) für die Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sei dieser Maßstab aber auf den Bereich der häuslichen Krankenpflege zu übertragen. Diesem strengen Grundsatz würden die Entscheidung der Schiedsperson und das Urteil des SG nicht gerecht. Insbesondere werde die Behauptung der Schiedsperson, bei Einhaltung der genannten Obergrenze sei die notwendige medizinische Versorgung nicht gewährleistet, durch keine fundierte Begründung gestützt und dieser beschäftige sich auch nicht hinreichend mit der Frage, ob bei den Unternehmen möglicherweise Wirtschaftlichkeitsreserven vorhanden seien, die eingesetzt werden könnten. Allein der allgemeine Hinweis auf Kostensteigerungsraten im Bereich der Personal- und Sachkosten reiche hierfür nicht aus. Dementsprechend habe auch das SG Hannover (Urteil vom 17. Dezember 2013, S 67 KR 66/10) darauf hingewiesen, dass es nicht ausreichend sei, wenn die Vergütungssteigerung hinter den Kostensteigerungen zurückbleibe mit der Konsequenz, dass sich der Gewinn des Unternehmens schmälere, sondern maßgeblich sei, dass kein finanzieller Anreiz mehr bestehen dürfe, im Bereich der häuslichen Krankenpflege unternehmerisch tätig zu sein, was sich insbesondere durch einen Rückgang oder Insolvenzen der auf dem Markt tätigen Unternehmen zeigen könne.

Die Kläger beantragen,  
das Urteil des Sozialgerichts Wiesbaden vom 15. März 2013 aufzuheben und die Bestimmungen des Schiedsspruchs vom 30. Januar 2009 unter Punkt 2. und 3. gemäß [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 319 Abs. 1 Satz 2](#), 1 Hs. BGB in entsprechender Anwendung nach billigem Ermessen durch Urteil zu ersetzen.

Die Beklagten beantragen,  
die Berufung zurückzuweisen.

Sie meinen unter Bezugnahme auf die Entscheidung des Senats vom 26. November 2009 ([L 8 KR 325/07](#)), die strikte Anwendbarkeit des [§ 71 SGB V](#) auf Vereinbarungen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege sei in Zweifel zu ziehen. Jedenfalls könne die Vorschrift nicht uneingeschränkt angewendet werden, weil das BSG (zuletzt Urteil vom 16. Mai 2013, B [3 B 2/12 R](#)) ausdrücklich betone, dass die Wahrung der Tarifbindung durch die Einrichtungsträger der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung nicht entgegenstehe und dieser Grundsatz im Rahmen der Ausübung "billigen Ermessens" auch bei der Festlegung der Vergütung zu beachten sei. Eine Beachtung der Tarifbindung sei jedoch schlicht unmöglich, wenn die Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 2](#) und 3 SGB V als Obergrenze der Vergütungsfestsetzung unabänderlich "gesetzt" sei. Dementsprechend habe die weitere in Hessen tätige Schiedsperson, Herr L., in einem Schiedsspruch vom 7. Mai 2013 betreffend den Vergütungszeitraum vom 1. März 2013 bis 28. Februar 2014 ausgeführt, bei Beachtung der Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) von 2,04 % könnten die Betriebe der Beklagten bei einer rechnerischen Tarifloohnerhöhung von 3,07 % ab 1. Januar 2013 angesichts des hohen Anteils der Personalkosten an den gesamten Betriebskosten von 80 % nicht mehr wirtschaftlich arbeiten. Sie wären aufgrund der Tariflohnbindung – insoweit im Unterschied zu den Unternehmen der freigewerblichen Leistungserbringer – verpflichtet, höhere Arbeitslöhne zu zahlen, könnten aber andererseits zur Finanzierung dieser Löhne nicht auf entsprechend gestiegene Vergütungen zurückgreifen. Leistungsreserven, die bei den Unternehmen noch ausgeschöpft werden könnten, seien nicht ersichtlich. Die Gefahr einer Anhebung des Beitragssatzes sei dabei angesichts eines Anteils der häuslichen Krankenpflege von bundesweit ca. 2 % der Gesamtausgaben der gesetzlichen Krankenversicherung nicht gegeben. Diese Ausführungen machten sie – die Beklagten – sich zu Eigen. Sie hätten

nachvollziehbar und rechnerisch detailliert Preissteigerungsraten bei den Gestehungskosten der ihnen angeschlossenen Pflegedienste dargelegt, die erheblich über der Grundlohnsummensteigerung und auch noch über dem Ergebnis des Schiedsspruchs gelegen hätten. Ferner verweisen die Beklagten auf die Streichung der Vorlagepflicht gegenüber der Aufsichtsbehörde in [§ 71 Abs. 4 SGB V](#) für Verträge für Heil- und Hilfsmittel durch das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher Vorschriften. Damit sei ausweislich der Gesetzesbegründung die Vorstellung des Gesetzgebers verbunden, dass die die Krankenkassen in eigener Verantwortung darüber entscheiden könnten, inwieweit Abschlüsse oberhalb der Veränderungsrate unter Beachtung der Beitragsstabilität und der gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen gerechtfertigt seien. Damir habe der Gesetzgeber eindeutig klargestellt, dass dann, wenn es keine Vorlagepflicht gebe, grundsätzlich auch Abschlüsse oberhalb der Veränderungsrate gerechtfertigt sein könnten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und den von den Beteiligten vorgelegten Unterlagen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Kläger hat in der Sache keinen Erfolg. Das Urteil des Sozialgerichts ist nicht zu beanstanden.

Die Kläger haben, wie vom Sozialgericht im Einzelnen zutreffend dargelegt, die Klage zulässig als Ersetzungsklage gegen die Vertragspartner der Schiedsvereinbarung erhoben. Die Klage hat aber in der Sache keinen Erfolg. Der angegriffene Schiedsspruch der Schiedsperson K. vom 16. April 2011 ist durch das Gericht nicht zu ersetzen, denn er ist nicht unbillig.

Die hierbei zu beachtenden Maßstäbe hat das Sozialgericht in seinem Urteil auf der Grundlage der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 25. November 2010, [B 3 KR 1/10 R-juris](#)) im Einzelnen herausgearbeitet und zutreffend gewürdigt. Der Senat schließt sich diesen Ausführungen in vollem Umfang an und nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen hierauf Bezug. Im Hinblick auf die Berufungsbegründung sieht sich der Senat lediglich zu folgenden Ergänzungen veranlasst:

Der Senat teilt die Auffassung des Sozialgerichts, dass die durch den Schiedsspruch vorgenommene Vergütungserhöhung um 3,9 % nicht unbillig ist. Der Schiedsspruch bewegt sich damit zwischen dem Angebot der Kläger, die Vergütung entsprechend der Grundlohnsummenentwicklung um 1,41 % anzuheben, und der Forderung der Beklagten nach einer Erhöhung um 7,63 %. Er stellt zur Begründung in nachvollziehbarer Weise auf die Vergütungsentwicklung im Öffentlichen Dienst, an der sich die Masse der Pflegedienste der LIGA mit der Konsequenz entsprechender Kostensteigerungen weitgehend orientierten, mit einer tariflichen Vergütungsanpassung für 2008/2009 von insgesamt 7,9 % sowie nicht abwendbare Kostensteigerungen im Bereich der Sachkosten (insbesondere wegen gestiegener Energie- und Treibstoffkosten) ab, lehnt es aber ab, diese Kostenentwicklung in vollem Umfang zur Basis der Vergütungsanhebung zu machen. Der Schiedsspruch bewegt sich damit im Rahmen einer möglichen Bandbreite zulässiger Schiedsentscheidungen, die – wie das Sozialgericht zu Recht ausführt – vom Gericht nicht durch eigene Einschätzungen und Wertungen zu ersetzen ist.

Entgegen der Auffassung der Kläger ist der Schiedsspruch mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität gemäß [§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vereinbar. Danach haben die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch so zu gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Um den Vorgaben nach Absatz 1 Satz 1 Halbsatz 1 zu entsprechen, darf gemäß [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung die sich bei Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Absatz 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten. Abweichend von Satz 1 ist eine Überschreitung zulässig, wenn die damit verbundenen Mehrausgaben durch vertraglich abgesicherte oder bereits erfolgte Einsparungen in anderen Leistungsbereichen ausgeglichen werden ([§ 71 Abs. 2 S. 2 SGB V](#)).

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität gilt auch für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege (BSG aaO. Rdnr. 43). Die von [§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vorausgesetzte Gefahr von Beitragserhöhungen der klagenden Krankenkassen kann jedoch, wie das Sozialgericht zu Recht ausführt und worauf der Senat Bezug nimmt, aufgrund der geringen finanziellen Auswirkungen des Schiedsspruchs im Gesamtgefüge der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen werden. Mit dieser Feststellung hat das Sozialgericht – entgegen der Auffassung der Kläger – auch den Regelungsgehalt von [§ 71 Abs. 1 SGB V](#) nicht verkannt. Wenn die Kläger ausführen, bereits die bloße Überschreitung der maßgeblichen Veränderungsrate des [§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) indiziere eine Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität unabhängig davon, ob eine tatsächliche Gefahr von Beitragssatzerhöhungen bestehe bzw. bestanden habe, so ist dies richtig, berührt jedoch die Argumentation des Sozialgerichts nicht. Denn dieses hat lediglich – im Rahmen eines ersten Schritts – erörtert, ob ein Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität bereits unmittelbar durch eine an die schiedsrichterliche Vergütungsfestsetzung anschließende Notwendigkeit einer Beitragssatzerhöhung sichtbar geworden sein könnte, und dies zu Recht verneint. Anschließend hat es aber weiter umfassend geprüft, ob der Schiedsspruch – unabhängig von einer konkret nachweisbaren Gefahr einer Beitragssatzsteigerung infolge der schiedsrichterlichen Vergütungsfestsetzung – aufgrund der Überschreitung der in [§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) ministeriell festgelegten Veränderungsrate gegen zwingendes Recht verstoßen hat. Die durch [§ 71 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) festgelegte Obergrenze, die im Jahr 2009 1,41 % betrug, überschritt der streitige Schiedsspruch mit seiner Vergütungsanhebung um 3,9 %. Vor diesem Hintergrund ist es entscheidend, ob [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) umfassend auf die im Vierten Kapitel des SGB V und damit auch auf die nach [§ 132a SGB V](#) im Bereich der häuslichen Krankenpflege abzuschließenden Vergütungsvereinbarungen Anwendung findet oder – wovon der Senat in seinem Urteil vom 26. November 2009 ausgegangen ist – nur auf solche Vergütungsvereinbarungen, die nach [§ 71 Abs. 4](#) und 5 SGB V den zuständigen Aufsichtsbehörden zur Prüfung einer Beanstandung vorzulegen sind, insbesondere also die Vergütungsvereinbarungen über zahnärztliche und zahntechnische Leistungen sowie über die Gesamtvergütung der ärztlichen Leistungen.

Der Senat hält an seiner damaligen Auffassung nicht fest und schließt sich den überzeugenden Ausführungen des Sozialgerichts an, dass [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) auch auf Vergütungsregelungen im Bereich der häuslichen Krankenpflege anzuwenden ist. Sowohl der Wortlaut als auch die Regelungssystematik sprechen maßgeblich für die Annahme, dass solche Vergütungsvereinbarungen aus dem Anwendungsbereich des [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) nicht ausgenommen sind. Denn die von [§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) geforderte Beachtung der Beitragssatzstabilität bei Abschluss von Vereinbarungen über Vergütungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern ist nach dem Wortlaut des Abs. 2 eindeutig und ausnahmslos auf alle unter [§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) fallenden Vergütungsvereinbarungen bezogen. Zudem wird der

Grundsatz der Beitragssatzstabilität als Programmsatz durch die Bindung an die durchschnittliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen in [§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) überhaupt erst in rechtlich überprüfbarer Weise konkretisiert. Anderenfalls ergäbe sich zudem das wenig überzeugende Ergebnis, dass kleinere Leistungsbereiche innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung, deren Vergütungsvereinbarungen wegen ihres geringen Gesamtvolumens kaum Einfluss auf den Gesamtfinanzbedarf haben, praktisch von der Anwendung des [§ 71 SGB V](#) freigestellt wären. Vor diesem Hintergrund kann allein aus der Tatsache, dass bestimmte Vergütungsvereinbarungen – wie diejenigen im Bereich der häuslichen Krankenpflege – nach [§ 71 Abs. 4](#) und 5 SGB V nicht der zuständigen Aufsichtsbehörde zur Rechtskontrolle vorzulegen sind, kein ausreichender Anhaltspunkt für die Annahme entnommen werden, der Gesetzgeber habe für derartige Vergütungsvereinbarungen auf die Einhaltung des [§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) verzichten wollen. Vielmehr liegt es nahe, dass der Gesetzgeber auf eine Rechtsaufsicht in den Fällen des [§ 71 Abs. 4](#) und 5 SGB V aus allgemeinen Praktikabilitätsgründen verzichtet hat, weil er die Aufsichtsbehörden angesichts der hohen Zahl der dann zusätzlich zu prüfenden Vergütungsvereinbarungen überfordert sah.

Diese Sichtweise wird durch die gesetzgeberische Begründung für die Streichung der Vorlagepflicht für Verträge für Heil- und Hilfsmittel in [§ 71 Abs. 4 SGB V](#) durch das Dritte Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher Vorschriften vom 7. August 2013 ([BGBl. I S. 3108](#)), auf welche die Beklagten hinweisen, nicht in Frage gestellt. Vielmehr betont die Gesetzesbegründung ([BT-Drs. 17/13770, S. 22](#) f), dass Grund für die Streichung der Vorlagepflicht die Reduzierung des Verwaltungsaufwands ist. Soweit weiter ausgeführt wird, die Krankenkassen könnten damit in Zukunft in eigener Verantwortung im Rahmen der Vertragsverhandlungen entscheiden, inwieweit Abschlüsse oberhalb der Veränderungsrate unter Beachtung der Beitragsstabilität und der gesetzlich vorgesehenen Ausnahmen gerechtfertigt seien, so ergibt sich aus eben diesen Ausführungen, dass der Gesetzgeber auch für die insoweit von der Aufsicht "freigestellten" Bereiche der Heil- und Hilfsmittel weiterhin von der Geltung des [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) als verbindlicher Konkretisierung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ausgeht und lediglich die sich aus dem Wegfall der Vorlagepflicht ergebende Verantwortung der Krankenkassen bei der Prüfung beschreibt, ob eine bestimmte Vergütungsvereinbarung im Hinblick auf [§ 71 Abs. 1](#) und 2 SGB V vertretbar ist.

Die durch die Schiedsperson vorgenommene Steigerung der Vergütung um 3,9 % für das Jahr 2009 liegt zwar über der maßgeblichen Steigerungsrate nach [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) in Höhe von 1,41 %. Sie ist gleichwohl nicht unbillig, weil die Schiedsperson im Rahmen der ihr zustehenden Einschätzungsprärogative davon ausgehen durfte, dass die festgesetzte Vergütungssteigerung erforderlich war, um den Leistungserbringern der Beklagten bei Ausschöpfung vorhandener Wirtschaftlichkeitsreserven in die Lage zu versetzen, die notwendige medizinische Versorgung der ihnen anvertrauten Versicherten zu gewährleisten.

Insoweit ist nochmals auf die Besonderheiten des Verfahrens der Vergütungsfestsetzung im Bereich der Verträge über häusliche Krankenpflege hinzuweisen: Der Gesetzgeber setzt in [§ 132a Abs. 2 Satz 6 SGB V](#) auf eine Konfliktlösung im Rahmen eines vertraglichen Schiedsverfahrens. Das bedingt gewisse Unterschiede zu den Schiedsämtern i.S.v. [§ 89 SGB V](#), welche als Behörden nach verwaltungsrechtlichen Grundsätzen tätig werden und damit jedenfalls im Grundsatz auch der Pflicht zur Amtsermittlungspflicht unterliegen (vgl. dazu bspw. Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27. März 2013 – [L 7 KA 87/10](#) –, juris). Die Schiedsperson nach [§ 132a Abs. 2 SGB V](#), die in aller Regel über keinen eigenen Verwaltungsapparat verfügt, ist dagegen als Vertragshefter in besonderer Weise auf die Mitwirkung der Beteiligten angewiesen. Es ist daher in der Regel nicht zu beanstanden, wenn sich die Begründung des Schiedsspruchs auf die im Verfahren vorgebrachten Angaben der Beteiligten und die wesentlichen Erwägungen der Schiedsperson beschränkt (BSG a.a.O., juris, Rdnr. 38). Die gesetzliche Konzeption weist damit den Vertragsparteien, wie das Sozialgericht es treffend formuliert, eine weitreichende Verantwortung für die Darlegung der ihre jeweiligen Forderungen stützenden wesentlichen (betriebs-)wirtschaftlichen und sonstigen tatsächlichen Grundlagen zu. Im Übrigen ist der Institution der Schiedsperson ein subjektives Element der Entscheidungsfindung, ab wann von hinreichend konkreten und belastbaren Hinweisen auf eine wirtschaftlich zwingend erforderlich Vergütungsanhebung auszugehen ist, immanent. Verschiedene Schiedspersonen können zu unterschiedlichen Ergebnissen kommen, ohne dass es Aufgabe des Gerichts wäre, insofern – z.B. durch vergleichende Betrachtung verschiedener Schiedssprüche unterschiedlicher Schiedspersonen – einen einheitlichen Beurteilungsmaßstab oder einheitliche Ergebnisse sicherzustellen. Im Rahmen der Billigkeitskontrolle ([§ 317 Abs. 1 BGB](#)) ist durch das Gericht vielmehr allein zu prüfen, ob die Schiedsperson bei der Ermittlung des Sachverhalts fair vorgegangen ist und den Beteiligten rechtliches Gehör gewährt, zwingendes Gesetzesrecht beachtet und den bestehenden Beurteilungsspielraum eingehalten hat. Insoweit muss der Schiedsspruch jedenfalls in Grundzügen und aus sich heraus verständlich die Entscheidungskriterien darlegen und das gefundene Ergebnis in der Gegenüberstellung der Positionen der Beteiligten begründen.

Hiervon ausgehend ist der Schiedsspruch in seiner Annahme, dass den Pflegediensten der freien Wohlfahrtspflege bei Zugrundelegung einer Vergütungssteigerung in Höhe der Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) im Leistungserbringerjahr 2009 um 1,41 % eine ausreichende, zweckmäßige, wirtschaftliche und den Qualitätsanforderungen entsprechende Leistungserbringung nicht mehr möglich gewesen wäre, nicht zu beanstanden. Die Beklagten hatten in ihren Schriftsätzen im Schiedsverfahren auf die Tarifeinigungen für den Bereich des Öffentlichen Dienstes im Umfang von durchschnittlich 5,1 % für die Zeit ab dem 1. Januar 2008 und weiteren 2,8 % ab dem 1. Januar 2009 hingewiesen, die bei einer – zwischen den Beteiligten unstreitigen – Gewichtung der Personalkosten von 80 % an den Gesamtkosten der ambulanten Pflegedienste zu einer Kostensteigerung von 6,43 % führte; zusätzlich berechneten sie für den Sachkostenbereich für die Jahre 2008/2009 eine Teuerung von insgesamt 5,96 % und damit insgesamt (Personal- und Sachkosten gewichtet 80 zu 20) eine Kostensteigerung von 7,63 %. Die Kläger haben diesen Vortrag nicht in Zweifel gezogen, so dass die Schiedsperson diese Daten seiner Entscheidung zugrunde legen konnte. Hierauf gestützt führt der Schiedsspruch aus, dass dies Anlass zur Anwendung des Ausnahmetatbestands des [§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) gebe, weil von einer erreichten Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven auszugehen sei. Dazu verwies die Schiedsperson auf den (später vom BSG bestätigten) vorangegangenen Schiedsspruch aus Mai 2007, der – erstmals seit dem Jahr 1999 (!) – zu einer Vergütungserhöhung in Höhe von 5,98 % (berechnet durch Addierung der Lohnsummensteigerungen für die Jahre 2001 bis 2007) geführt hatte, was jedoch in keiner Weise die davor eingetretenen realen Kostensteigerungen abgedeckt habe. Angesichts dieser durch eine anhaltend unzureichende Refinanzierung der Kostenentwicklung gekennzeichneten Lage sei es so der Schiedsspruch – nachvollziehbar, dass Einschnitte in die Personalressourcen der Pflegedienste immer wahrscheinlicher würden. Das begründe die Anwendung der Ausnahmeregelung in [§ 71 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) überzeugend, wobei noch hinzukomme, dass der geringe Kostenanteil (ca. 1,5 %) dieses Leistungssegments an den Gesamtaufwendungen der Krankenkassen die Möglichkeit einer hierdurch verursachten Beitragssatzerhöhung ohnehin erheblich relativiere.

Damit legt der Schiedsspruch sowohl einen Rechtssatz dar, welcher die Überschreitung der Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) rechtfertigt, als auch ausreichend nachvollziehbare Tatsachen für das gefundene Ergebnis. Mit gleicher Begründung hätten auch die

Vertragsparteien im Rahmen der ihnen übertragenen Vertragsgestaltungsmacht eine entsprechende Vergütungserhöhung vereinbaren können, ohne mit den gesetzlichen Vorschriften in Konflikt zu geraten.

Die dagegen gerichteten Angriffe der Kläger greifen nicht durch. Ihr Einwand, angesichts der großen Bedeutung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität könne von einer nicht mehr gewährleisteten medizinischen Versorgung nur dann ausgegangen werden, wenn in einem Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr bestehe, in diesem Versorgungsbereich tätig zu werden und dadurch die Funktionsfähigkeit des Versorgungssystems gefährdet sei, stützt sich auf Entscheidungen des BSG aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung (bspw. BSG, Urteil vom 23. Juni 2010, [B 6 KA 4/09 R](#), juris, Rdnr. 22 m.w.N.). Hier hat das BSG ausgeführt, ein Überschreiten der Veränderungsrate des [§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) unter Berufung auf den Fall anderenfalls nicht gewährleisteter medizinischer Versorgung in Verbindung mit der erfolgten Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven setze ausreichend tragfähige Feststellungen voraus, die eine gerichtliche Überprüfung ermöglichen, ob die Entscheidung des Schiedsamts tragfähig sei und ob es den ihm insoweit zustehenden Beurteilungsspielraum eingehalten oder überschritten habe. Insoweit genüge der globale Hinweis auf die Gefahr von Versorgungsdefiziten ebenso wenig wie der vorgebrachte Gesichtspunkt einer geringeren ärztlichen Vergütung in dem betroffenen Bundesland (Mecklenburg-Vorpommern) im Vergleich zu den westlichen Bundesländern.

Aus dieser Entscheidung kann jedoch nicht – wie es offensichtlich Rechtsauffassung der Kläger ist – gefolgert werden, die Berufung auf den Ausnahmefall einer anderenfalls nicht gewährleisteten medizinischen Versorgung in Verbindung mit der erfolgten Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven setze den Nachweis im Schiedsspruch voraus, dass ohne Überschreitung der Veränderungsrate die Versorgung mit Leistungen der häuslichen Krankenpflege konkret gefährdet wäre, also ein erheblicher Teil der Marktteilnehmer entweder aus wirtschaftlichen Gründen die Tätigkeit aufgeben oder Insolvenz anmelden müsste. Zum einen wäre eine solche Feststellung der – wie dargestellt – maßgeblich auf die Darlegungen der Beteiligten verwiesenen Schiedsperson kaum möglich und hätte im Ergebnis zur Folge, dass Vergütungssteigerungen unter Berufung auf eine anderenfalls nicht gewährleistete medizinische Versorgung erst dann erfolgen könnten, wenn bereits in größerem Umfang Betriebsaufgaben oder Insolvenzen stattgefunden hätten, sich die Gefahr einer nicht mehr ausreichenden Versorgung also bereits realisiert hätte. Zum anderen beachtet eine derartige Auslegung aber auch die Besonderheiten des Vergütungsbereichs der häuslichen Krankenpflege im Gesamtgefüge der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und insbesondere die Bedeutung von Lohnkostensteigerungen aufgrund entsprechender Tarifabschlüsse nicht ausreichend. Das BSG hat in seiner bereits wiederholt zitierten Entscheidung vom 25. November 2010 ausdrücklich festgestellt, dass die Wahrung der Tarifbindung durch den Einrichtungsträger der Wirtschaftlichkeit der Betriebsführung nicht entgegensteht und die Vertragspartner dies auch bei der Festlegung der Vergütung für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu beachten haben; ebenso hat die Schiedsperson diesen Grundsatz bei der Ausübung ihres "billigen Ermessens" bei der Leistungsbestimmung analog [§ 317 Abs. 1 BGB](#) zu berücksichtigen. Dies deshalb, um – den in der Pflege ([§ 37 SGB V](#), [§§ 36, 43 SGB XI](#)) tätigen Arbeitnehmern eine ihren Leistungen und ihrem Einsatz für kranke und behinderte Mitmenschen angemessenes Arbeitsentgelt zu gewährleisten; – zu verhindern, dass der "Preiskampf" zwischen den verschiedenen Trägern von Pflegediensten und Pflegeheimen letztlich zu einer nicht vertretbaren Absenkung der Entgelte der Pflegekräfte und der Qualität der Leistungen führt, und sich das Entgeltniveau auf Dauer dem geltenden Mindestlohn-Niveau nähert; – den Anreiz zu verringern, kollektive Tarifverträge zu verlassen (Tarifflucht) und auf Leiharbeit, die Auslagerung von Aufgaben (Outsourcing) oder ähnliche Kosten senkende – aber die Stammbesellschaft benachteiligende – Maßnahmen auszuweichen. Diese Grundsätze hat das BSG für den Bereich stationärer Pflegeeinrichtungen jüngst erneut bekräftigt und ausgeführt, die Einhaltung der Tarifbindung und die Zahlung übersichtlicher Gehälter seien grundsätzlich immer als wirtschaftlich angemessen i.S.v [§ 84 Abs. 2 Satz 4 SGB XI](#) zu werten und genügten stets den Grundsätzen wirtschaftlicher Betriebsführung (Urteil vom 16. Mai 2013, [B 3 P 2/12 R](#), juris).

Hiervon ausgehend durfte die Schiedsperson ohne Rechtsverletzung davon ausgehen, dass der nachgewiesene Tatbestand einer die Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) erheblich übersteigenden Tarifloohnerhöhung unmittelbare Auswirkungen auf die Möglichkeit der den Klägern angeschlossenen Pflegedienste zur wirtschaftlichen Leistungserbringung haben würde. Im Bereich der häuslichen Krankenpflege machen die Personalaufwendungen – wie bereits erwähnt – rund 80 % der Kosten aus. Tariflohnsteigerungen, welche die Veränderungsrate des [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) erheblich übersteigen, bedeuten für die teilnehmenden Pflegedienste der Beklagten damit eine sofort nachhaltig spürbare kalkulatorische Unterdeckung und zwingen diese – sofern nicht die bisher geltenden Preise eine erhebliche Gewinnspanne enthielten – unmittelbar zur Vornahme von kostensenkenden Maßnahmen im Personalbereich. Die Generierung neuer Einnahmen ist im Bereich der häuslichen Krankenpflege, der von einem entsprechenden tatsächlichen Versorgungsbedarf an genau definierten medizinischen Hilfen (z.B. Blutzuckermessungen, Spritzen, Verbandwechsel usw.), entsprechenden ärztlichen Verordnungen und (bei längerfristigem Bedarf) der Genehmigung der Krankenkasse abhängig ist, nur begrenzt möglich und führt auch nicht notwendig zu einer Gewinnsteigerung, da im Hinblick auf die zu beachtenden Qualitätsanforderungen entsprechend mehr Personal benötigt wird. Damit unterscheidet sich dieser Leistungsbereich strukturell erheblich von anderen zentralen Versorgungsbereichen des SGB V. So sind insbesondere im Bereich der vertrags(zahn)ärztlichen Versorgung die Personalkosten für das wirtschaftliche Ergebnis der Vertrags(zahn)ärzte nicht von derart entscheidender Bedeutung. Im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung lag der Kostenanteil der Personalkosten im Vergleich zu den Sachkosten in der Vergangenheit stets unter 50 %; bei den Zahnärzten betrug er nur rund 35 % (vgl. Statistisches Bundesamt, Fachserie 2 Reihe 1.6.1, Unternehmen und Arbeitsstätten, Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von psychologischen Psychotherapeuten, 2011, insbesondere S. 16). Hinzu kommt, dass aufgrund der Breite des (zahn)ärztlichen Leistungsspektrums, der Möglichkeiten der Vertrags(zahn)ärzte zu einer gewissen Steuerung des Behandlungsgeschehens und der Vielzahl der sonst die Kostenkalkulation beeinflussenden Faktoren es eher möglich erscheint, dass Steigerungen der Personalkosten oberhalb der Veränderungsrate des [§ 71 Abs. 2 SGB V](#) anderweitig aufgefangen werden können. Insoweit betont auch das BSG in ständiger Rechtsprechung, dass der Vergütung ärztlicher Leistungen in einem komplexen Ordnungssystem in erheblichem Maße "Mischkalkulationen" zugrunde liegen, bei denen es sich verbietet, isoliert einzelne Kosten in den Blick zu nehmen (vgl. etwa BSG, Beschluss vom 11. März 2009 – [B 6 KA 31/08 B](#) –, juris Rdnr. 30). Diese Erwägungen beeinflussen demgemäß auch die Frage, unter welchen Voraussetzungen im vertrags(zahn)ärztlichen Bereich eine Überschreitung der Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) mit dem Hinweis auf eine ansonsten nicht mehr gewährleistete medizinische Versorgung gerechtfertigt ist. Die zahlreichen hierbei zu berücksichtigenden Faktoren treffen auf den hier zu beurteilenden Bereich der häuslichen Krankenpflege mit seiner speziellen Kosten- und Leistungsstruktur offensichtlich nicht in gleicher Weise zu. Vielmehr muss hier von einer naheliegenden Gefahr einer wirtschaftlichen Auszehrung der Pflegedienste ausgegangen werden, wenn Vergütungssteigerungen in erheblichem Umfang hinter der Kostenentwicklung im Personalbereich zurückbleiben. Hierbei ist zu beachten, dass [§ 132a Abs. 2 S. 9 SGB V](#) bei der Auswahl der Leistungserbringer ausdrücklich die Bedeutung der freien Wohlfahrtspflege betont und damit die Forderung an die Krankenkassen enthält, auf die von den Verbänden der

freien Wohlfahrtspflege angebotene Versorgung im Bereich der häuslichen Krankenpflege jedenfalls solange zurückzugreifen, wie diese nach den genannten Maßstäben wirtschaftlich arbeiten.

Insoweit wäre es Sache der Kläger gewesen, im Schiedsverfahren konkret vorzutragen, dass die bisher geltenden Preise der häuslichen Krankenpflege zugunsten der freien Wohlfahrtsverbände eine erhebliche Gewinnmarge enthielten und/oder den Betrieben der Beklagten eine Personalausstattung erheblich oberhalb des tatsächlichen Bedarfs ermöglichten. Von einer solchen Situation musste die Schiedsperson ohne besondere Anhaltspunkte und dahingehenden Vortrag der Kläger aber nicht ausgehen, sondern durfte unterstellen, dass die Kläger, welche den Markt der häuslichen Krankenpflege als Nachfrager dominieren und daher umfassende Marktkenntnisse anzunehmen sind, in der Vergangenheit mit den Leistungserbringern annähernd leistungs- und bedarfsgerechte Vergütungen vereinbart hatten. Dann ist die Annahme der Schiedsperson, dass unter Berücksichtigung der Vergütungsentwicklung von 1999 bis 2008 (mit einer Vergütungsanhebung für den Gesamtzeitraum um insgesamt lediglich 5,98 % aufgrund des Schiedsspruchs vom 2. Mai 2007) und nunmehr zu berücksichtigender reiner Personalkostensteigerungen für 2008/2009 im Umfang von 6,43% eine Vergütungserhöhung oberhalb der angebotenen 1,41 % aus Gründen der Sicherstellung der medizinischen Versorgung erforderlich war, aber nicht zu beanstanden. Dies gilt unabhängig davon, ob die weiteren Erwägungen der Schiedsperson, etwa die Annahme einer höheren Morbidität und eines erhöhten Pflege- und Versorgungsaufwandes für das Personal der Pflegedienste, als Begründung taugen; denn hierbei handelte es sich lediglich um nicht tragende Hilferwägungen zur Abrundung der zentralen Argumentation.

Eine Unbilligkeit des Schiedsspruchs kann schließlich nicht darauf gegründet werden, dass die festgesetzte Vergütung nicht dem Marktpreis entspricht. Davon wäre nur auszugehen, wenn die von den Klägern mit den privaten Leistungsanbietern vereinbarten (niedrigeren) Preise den relevanten Marktpreis darstellten und die den Klägern gezahlte Vergütung sich der Sache nach als eine ungerechtfertigte Subventionierung der Träger der freien Wohlfahrtspflege darstellen würde (vgl. zu diesem Aspekt BGH, Urteil vom 11. Dezember 2001, [KZR 5/00](#), juris Rdnr. 18). Vorliegend lassen sich die bestehenden Preisunterschiede zwischen den von den Klägern vertretenen Pflegediensten und den freigewerblichen Anbietern jedoch durch unterschiedliche Gestehungskosten erklären, die dadurch bedingt sind, dass im Bereich der freigewerblichen Träger die Vergütungen niedriger sind als im Bereich der tariflich entlohnenden Trägern der freien Wohlfahrtspflege.

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

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2018-01-17