B 6 KA 20/99 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hannover (NSB)
Aktenzeichen
-
Datum
27.01.1999
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 20/99 R
Datum
10.05.2000
Kategorie
Urteil
Auf die Revisionen des Beklagten und der Beigeladenen zu 1. wird das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 27. Januar 1999 geändert, soweit es den Bescheid des Beklagten vom 24. November 1997 aufgehoben hat. Die Klage der Klägerin zu 1. wird abgewiesen. Die Revision des Klägers zu 2. gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 27. Januar 1999 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit einer Aufsichtsverfügung.

Die Gesamtvertragspartner im vertragszahnärztlichen Bereich des Landes Niedersachsen konnten sich über die Höhe der Gesamtvergütung des Jahres 1996 nicht einigen. Daraufhin setzte das dortige Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung (Kläger zu 2.) auf Antrag der zu 1. bis 5. beigeladenen Primärkrankenkassen bzw Primärkassenverbände die Gesamtvergütung mit Schiedsspruch vom 27. Juni 1997 fest. Danach sollte der Punktwert für vertragszahnärztliche Leistungen der Gebührentarife 1, 2 und 4 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für zahnärztliche Leistungen (Bema-Z) gegenüber dem Jahr 1995 um 1 % erhöht werden und ab 1. Januar 1996 1,5448 DM betragen; der Punktwert der Gebührentarife 3 und 5 Bema-Z (kieferorthopädische Behandlung und Zahnersatz) sollte unverändert bleiben und weiterhin 1,3575 DM betragen. Der Kläger zu 2. begründete seine Entscheidung damit, nach Auslaufen der Phase der strikten Bindung des Anstiegs der Gesamtvergütungen an die festgesetzte Steigerung der Grundlohnsumme zum 31. Dezember 1995 sei ab dem 1. Januar 1996 die Bemessung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen rechtlich wieder zulässig. Dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität komme entgegen der Rechtsauffassung der Beigeladenen zu 1. bis 5. keine vorrangige, sondern eine gleichrangige Bedeutung neben den anderen im Gesetz genannten Faktoren wie Art und Umfang der vertragszahnärztlichen Leistungen, der vom Vertragszahnarzt aufzuwendenden Arbeitszeit, den Praxiskosten und der Angemessenheit der vertragszahnärztlichen Vergütung zu. Der Kläger zu 2. ging davon aus, die Praxiskosten seien 1996 im sächlichen und persönlichen Bereich um 3 % gestiegen, während die allgemeine Lohn- und Gehaltsentwicklung mit einem Anstieg von 1,5 % zu veranschlagen sei. Er erwähnte die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen für 1996, wonach die zahnärztlichen Gesamtvergütungen im Rahmen der Entwicklung der Einnahmen der Krankenkassen zu erhöhen seien, und legte eine maximale Steigerung der Grundlohnsumme von 1,1 % zugrunde. Er veranschlagte Mengensteigerungen von ca 3,3 % bei Leistungen nach den Gebührentarifen 1, 2 und 4 Bema-Z und von deutlich mehr als 3,3 % bei den Gebührentarifen 3 und 5. Unter Berücksichtigung dieser Umstände sei in den Tarifbereichen 1, 2 und 4 Bema-Z (konservierende und chirurgische Leistungen und Röntgenleistungen, Behandlung von Verletzungen und Erkrankungen des Gesichtsschädels, systematische Behandlung von Parodontopathien) eine Punktwerterhöhung von 1 % gerechtfertigt. In den Tarifbereichen 3 und 5 (kieferorthopädische Leistungen, Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) komme eine Punktwertsteigerung hingegen nicht in Betracht.

Im Zusammenhang mit diesem Schiedsspruch hat es mehrere Rechtsschutzbegehren der Beteiligten in Hauptsacheverfahren und Verfahren des einstweiligen Rechtsschutzes gegeben. Die hiesigen Beigeladenen zu 1. bis 5. haben gegen den Schiedsspruch das Sozialgericht (SG) Hannover angerufen, das ihn auf deren Klage mit Urteil vom 27. Januar 1999 - S 21 KA 666/97 - aufgehoben und das Landesschiedsamt (= dortiger Beklagter) zur Neubescheidung verurteilt hat. Über die dagegen anhängig gemachte Sprungrevision der Beigeladenen hat der Senat ebenfalls am 10. Mai 2000 im Verfahren B 6 KA 19/99 R durch Urteil entschieden.

Der Kläger zu 2. übersandte seinen Schiedsspruch an die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) Niedersachsen (Klägerin zu 1.), die

wiederum mit Schreiben vom 3. September 1997 dem beklagten Land als Aufsichtsbehörde eine Kopie zuleitete. Nachdem der Beklagte den Kläger zu 2. mit Schreiben vom 19. September 1997 zur Vorlage des Schiedsspruches aufgefordert hatte, ging der Schiedsspruch bei dem Beklagten auf diesem Wege am 23. September 1997 ein.

Mit Verfügung vom 24. November 1997, dem Kläger zu 2. am selben Tage zugegangen, beanstandete der Beklagte den Schiedsspruch gemäß § 89 Abs 5, § 71 iVm § 83 Abs 1 und § 85 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) hinsichtlich der oben genannten Festsetzungen und ordnete insoweit die sofortige Vollziehung an: Der Kläger zu 2. habe fehlerhaft den gesetzlichen Vorrang des Kriteriums der Beitragssatzstabilität negiert und seine Entscheidung damit rechtswidrig nicht an der Vermeidung von Beitragssatzsteigerungen ausgerichtet. Die Entscheidung widerspreche ferner den Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen. In der Festlegung zu den Tarifen 3 und 5 Bema-Z liege ebenfalls ein Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität, da angesichts der starken Mengenentwicklung andere Maßnahmen als ein bloßer Verzicht auf die Punktwertanhebung zu erwägen gewesen wären. Bei solchen gravierenden Fehlern bei der Gesetzesanwendung und einer derartigen Fehlbeurteilung grundlegender Rechtsprinzipien werde das Aufsichtsermessen dahin ausgeübt, die Entscheidung des Klägers zu 2. zu beanstanden.

Hiergegen haben die KZÄV Niedersachsen (Klägerin zu 1.) und der Kläger zu 2. beim SG Hannover Klage erhoben und zudem um einstweiligen Rechtsschutz nachgesucht. Während das SG die aufschiebende Wirkung der Klage wiederhergestellt hat, hat das Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen deren Wiederherstellung im Beschwerdeverfahren mit Beschluss vom 15. April 1998 - L 5 Ka 2/98 e. R. - abgelehnt, da die Beanstandungsverfügung des Beklagten nach summarischer Prüfung formell und materiell rechtmäßig erscheine.

Der Kläger zu 2. hat daraufhin mit Schiedsspruch vom 3. Juni 1998 die Gebührentarife "bis zur rechtskräftigen Entscheidung über den Schiedsspruch vom 27. Juni 1997" vorläufig neu festgesetzt. Auf die dagegen erhobene Klage der Klägerin zu 1. hat das SG mit Urteil vom 27. Januar 1999 - S 21 Ka 609/99 - den vorläufigen Schiedsspruch aufgehoben, da dem Kläger zu 2. die Kompetenz hierzu gefehlt habe. Die sich daran anschließende Sprungrevision des Klägers zu 2. und der Primärkassen - B 6 KA 17/99 R - hat sich nach Rücknahme der Klage in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat am 10. Mai 2000 erledigt.

In dem dem Revisionsverfahren zugrundeliegenden Hauptsacheverfahren über die Beanstandungsverfügung vom 24. November 1997 hat das SG mit Urteil vom 27. Januar 1999 - S 21 Ka 859/97 - die Verfügung auf die Klage der Klägerin zu 1. hin aufgehoben sowie die Klage des Klägers zu 2. mangels Klagebefugnis als unzulässig abgewiesen. Die Beanstandungsverfügung sei zwar fristgerecht ergangen, da die Beanstandung "innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage" (§ 89 Abs 5 Satz 5 SGB V) erfolgt sei; daß der Beklagte die Frist bis zum letzten Tag ausgeschöpft habe, sei nicht rechtsmißbräuchlich, zumal er selbst beim Kläger zu 2. die Vorlage angemahnt habe. Die Verfügung sei auch nicht zu unbestimmt (§ 33 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)), denn sie verpflichte den Kläger zu 2. zur Behebung des gerügten Rechtsverstoßes, ohne daß der Beklagte ihm vorschreiben dürfe, in welcher Weise dies zu geschehen habe. - Die Beanstandung sei indessen rechtswidrig, weil der Beklagte ein fehlerhaftes Verständnis vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität und von seinem Verhältnis zu den weiteren Faktoren für die Bemessung der Gesamtvergütung zugrunde lege. Der "Vorrang" des Grundsatzes stelle eine rein begriffliche Kennzeichnung dar, die für die Vertragspartner und den Kläger zu 2. nicht justitiabel sei. Unklar bleibe insbesondere, unter welchen Voraussetzungen der "Vorrang" verletzt sein sollte. Wie im Urteil des SG vom selben Tage - S 21 KA 666/97 - (nachfolgendes Revisionsverfahren B 6 KA 19/99 R) dargelegt worden sei, stünden die legislativen Zielsetzungen der Beitragssatzstabilität und der Gewährleistung der medizinisch notwendigen Versorgung gleichwertig nebeneinander. Der Aufhebung der Beanstandungsverfügung insgesamt stehe nicht entgegen, daß sie in weiten Teilen rechtmäßig sei; denn sie spreche eine einheitliche Rechtsfolge aus. Die zusätzlich von der Klägerin zu 1. gerügten Rechtsverstöße und hervorgehobenen Gesichtspunkte (etwa: Ermessensnichtgebrauch und Beweisanträge über die fehlende beitragssatzsteigernde Wirkung des Schiedsspruches) könnten bei alledem ungeprüft bleiben. Die Klage des Klägers zu 2. sei indessen unzulässig; der Vorschrift des § 89 Abs 5 Satz 6 SGB V sei nicht zu entnehmen, daß die Regelungen über die Anfechtungsklage für ein Schiedsamt unmittelbar Geltung erlangten. Ihm fehle eine Beschwer, da sich die wirtschaftlichen Folgen der Beanstandung allein auf die beteiligten Vertragspartner auswirkten. Daß er formaler Adressat der Beanstandung sei und ihn die Verfügung des Beklagten zu einem bestimmten Handeln verpflichte, genüge für seine Klagebefugnis nicht, da er bereits aufgrund seiner gesetzlichen Pflichtenstellung zum Erlaß eines vollzugsfähigen Schiedsspruchs verpflichtet sei.

Mit ihren vom SG zugelassenen Sprungrevisionen wenden sich sowohl der Beklagte als auch der Kläger zu 2. und die zu 1. beigeladene AOK Niedersachsen gegen dieses Urteil.

Der Beklagte rügt die Verletzung der § 71 Abs 1, § 85 Abs 3 Satz 2, § 86 Abs 2 Satz 2 und § 141 Abs 2 Satz 3 SGB V. Die Annahme einer bloßen Gleichwertigkeit des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität sei mit den Regelungen des SGB V unvereinbar. Nach dem Wortlaut der og Normen sei dieser Grundsatz "zu beachten", während die anderen Kriterien (Versorgung der Versicherten in einem bestimmten Maße, Praxiskosten, Arbeitszeit, Art und Umfang der ärztlichen Leistungen) nur "zu berücksichtigen" seien, was bei diesen eine geringere Intensität der Bindung zum Ausdruck bringe. Die logisch-systematische Auslegung ergebe, daß sich die Verpflichtung zur Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität wie ein "roter Faden" durch das Gesetz ziehe. Der Grundsatz werde bereits bei den "Allgemeinen Grundsätzen" im Ersten Abschnitt des Vierten Kapitels des SGB V eingeführt, so daß alle folgenden Bestimmungen in seinem Lichte auszulegen seien und es sich nicht nur um einen Programmsatz handele. Nach der Gesetzesbegründung zu § 71 Abs 2 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) sei die Pflicht zur Vorlage von Vergütungsvereinbarungen an die Aufsichtsbehörden explizit zur Absicherung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität geschaffen worden. Auch die Legaldefinition des § 141 Abs 2 Satz 3 SGB V bestätige seinen Vorrang. Dort werde - im Sinne eines Regel-Ausnahme-Verhältnisses - das Abrücken von stabilen Beitragssätzen trotz Ausschöpfung der Wirtschaftlichkeitsreserven lediglich aus Gründen der Sicherstellung der notwendigen medizinischen Versorgung der Versicherten ermöglicht und der Grundsatz der Beitragssatzstabilität von vornherein in einem eingeschränkten Sinn definiert. Dem so verstandenen Grundsatz habe der Gesetzgeber Vorrang vor allen übrigen, die Vergütung beeinflussenden Kriterien gegeben. § 85 Abs 3 SGB V wiederum betone den Vorrang speziell bei den Vergütungsvereinbarungen. Gesamtvertragspartnern und Schiedsämtern stehe bei Anwendung der Kriterien Praxiskosten, Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen ein Beurteilungsspielraum zu. Sie hätten zu prüfen, inwieweit Mehrausgaben in Kauf genommen werden müßten, weil die notwendige medizinische Versorgung (auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven) anders nicht zu gewährleisten sei. Die Angemessenheit der Vergütung in § 72 Abs 2 SGB V als objektiv-rechtliches Gebot stehe dazu nicht in einem Gegensatz, sondern werde als absolute Untergrenze für die Honorierung vom Grundsatz der Beitragssatzstabilität ebenfalls mit berücksichtigt, weil die Sicherstellung der Versorgung ohne angemessene Vergütung von vornherein nicht denkbar sei. Dies folge schon aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG). - Die Revision des Klägers zu 2. sei unbegründet, da ihm mangels eigener Beschwer

die Klagebefugnis fehle. § 89 Abs 5 Satz 6 SGB V erkläre die Vorschriften über die Anfechtungsklage ausdrücklich nur für Klagen der Vertragsparteien, nicht aber des Schiedsamtes für entsprechend anwendbar. Dieses sei nur Schlichtungsgremium und "verlängerter Arm" der Vertragsparteien, in deren Entscheidungskompetenz es allein liege, ob sie eine Beanstandung hinnähmen. Der Kläger zu 2. sei zudem kein Grundrechtsträger und werde nicht in seinem Rechtskreis betroffen. Wenn er ein eigenes Klagerecht gegen die Beanstandung nur für den Fall beanspruche, daß auch eine der Vertragsparteien Anfechtungsklage erhoben habe, würde dies im übrigen zu einer unzulässigen bedingten Klagebefugnis führen.

Der Beklagte und die Beigeladene zu 1. beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 27. Januar 1999 insoweit aufzuheben, als der Klage der Klägerin zu 1. stattgegeben worden ist, und deren Klage abzuweisen sowie die Sprungrevision des Klägers zu 2. zurückzuweisen.

Die Beigeladene zu 1. schließt sich den Ausführungen des Beklagten an.

Der Kläger zu 2. beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 27. Januar 1999 - S 21 KA 859/99 - zu ändern und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Gericht zurückzuverweisen,
sowie die Revisionen des Beklagten und der Beigeladenen zu 1. zurückzuweisen.

Er rügt die Verletzung von Art 19 Grundgesetz (GG) sowie von § 54 Sozialgerichtsgesetz (SGG) iVm § 89 SGB V und meint, vom SG zitierte Literaturstellen könnten nicht gegen seine Klagebefugnis ins Feld geführt werden, da sich die zugrundeliegende Rechtsauffassung zu dem bis Ende 1995 geltenden und inzwischen geänderten Recht herausgebildet habe. Seinerzeit habe § 89 SGB V ausdrücklich die Geltung beanstandeter Entscheidungen ausgeschlossen. Seither müsse aber seine (des Klägers zu 2.) Eigenschaft als Adressat der Beanstandungsverfügung ebenso beachtet werden wie der Umstand, daß davon unmittelbare Rechtswirkungen auf ihn ausgingen. Solche Wirkungen bräuchten weder in wirtschaftlichen Folgen bestehen noch den Charakter eines schweren Eingriffs haben. Die ihn treffende Verpflichtung zur "Nachbesserung" seines Schiedsspruches stelle eine Belastung dar und müsse ihm Rechtsschutzmöglichkeiten eröffnen. Ein Landesschiedsamt sei nicht Teil der staatlichen Aufsichtsverwaltung, sondern partizipiere am Selbstverwaltungsrecht der Vertragsparteien. Das SG ergänze § 89 SGB V mutwillig, wenn es meine, die Beanstandung behindere die Vollzugsfähigkeit eo ipso und könne das Schiedsamt nur zur Erfüllung seiner sowieso bestehenden gesetzlichen Pflichten veranlassen. Die Ansicht, einem Schiedsamt die Befugnis zur Anfechtung der Beanstandungsverfügung deshalb vorzuenthalten, weil dieses sonst selbst klagebefugt sein würde, wenn die Vertragspartner die aufsichtsbehördliche Beanstandung akzeptierten, überzeuge nicht; in einem solchen Fall fehlten dem Schiedsamt nämlich stets Kompetenzen und Rechtsschutzbedürfnis. - In der Sache lasse sich aus der unterschiedlichen Wortwahl im SGB V der Vorrang der Beitragssatzstabilität nicht zwingend ableiten. Auch § 141 SGB V habe nur einen Appell an die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen zum Inhalt, bewirke aber keine unmittelbare Rechtsbindung. Der Gesetzgeber räume der Beitragssatzstabilität nirgends ausdrücklichen Vorrang ein; dies wäre aber wegen der weitreichenden nachteiligen Auswirkungen auf die Leistungserbringer erforderlich gewesen.

Die Klägerin zu 1. beantragt,
die Revisionen des Klägers zu 2., des Beklagten und der Beigeladenen zu 1. zurückzuweisen.

Sie hält die Revision des Klägers zu 2. bereits für unzulässig. Er sei durch die Sachentscheidung des SG nicht beschwert, weil es die Beanstandungsverfügung entsprechend dessen Antrag aufgehoben habe. Seine Revision sei jedenfalls unbegründet, da die von ihm beantragte Zurückverweisung an das LSG voraussetze, daß eine Sachentscheidung durch das Revisionsgericht untunlich wäre. - Die Revision des Beklagten sei unbegründet. Entgegen dessen Auffassung, der eine fehlerhafte Methodik zur Auflösung normativer Gegensätze zugrunde liege, lasse sich der Vorrang eines von mehreren gegenläufigen Rechtsprinzipien nur durch eine fallbezogene, nicht aber durch eine abstrakte Gewichtung gegenläufiger Prinzipien begründen. Dieses werde in der Beanstandungsverfügung, der Revisionsbegründung des Beklagten und dem Beschluss des LSG Niedersachsen vom 15. April 1998 nicht beachtet. Wenn § 71 Abs 1 SGB V Vergütungsvereinbarungen an der Vermeidung von Beitragssatzerhöhungen ausrichte, liege darin eine "zu optimierende Zielvorgabe" und ein Programmsatz, nicht aber werde eine Rechtsfolge an einen tatbestandlich umschriebenen Umstand geknüpft. Richtigerweise sei zu fragen, ob der Grundsatz der Beitragssatzstabilität im konkreten Fall anderen gesetzlich normierten Prinzipien zuwiderlaufe (hier: den in § 72 Abs 2 bzw § 85 Abs 3 SGB V niedergelegten Geboten des Hinwirkens auf die Angemessenheit der Vergütung bzw der Berücksichtigung der drei arztbezogenen Faktoren bei der Festsetzung der Gesamtvergütung). Die Kollision dieser Prinzipien sei positiv festzustellen und dann aufzulösen. Einem Rechtsanwender sei es dagegen verwehrt, einem einfachgesetzlich normierten Prinzip Vorrang einzuräumen und ein ebenfalls demokratisch legitimiertes anderes Prinzip außer Kraft zu setzen. Demnach scheide ein absoluter Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität aus und es sei eine Gewichtung erforderlich. Das Fehlen dieser Methodik und einer fallbezogenen Deduktion mache die Überlegungen des Beklagten wie des LSG unbrauchbar und führe zu einem nicht heilbaren Begründungsmangel der Beanstandungsverfügung. Das SG dagegen habe zutreffend erkannt, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität erst anhand konkreter Prüfungskriterien justitiabel werde, und die Aufhebung der Beanstandung allein auf den Begründungsmangel des Beklagten gestützt. Der Versuch des Beklagten, einen vom Einzelfall losgelösten Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität zu konstruieren, gehe fehl. Die von ihm angeführte BSG-Rechtsprechung habe Beitragssatzerhöhungen nicht zum Inhalt gehabt. - Die Revision der Beigeladenen zu 1. sei mangels ordnungsgemäßer Begründung unzulässig. Da ihre Begründung annähernd wörtlich derjenigen des Beklagten entspreche, fehle es an einer Auseinandersetzung mit dem Prozeßstoff. - Sofern die Revisionsbegründung eine Entscheidung zu ihren (der Klägerin zu 1.) Gunsten nicht tragen sollte, käme es weiter darauf an, ob die zweimonatige Beanstandungsfrist nach § 89 Abs 5 Satz 5 SGB V eingehalten worden sei. Insoweit sei das

SG-Urteil fehlerhaft und widersprüchlich. Wenn die Beanstandung allein die Interessen der Vertragspartner und nicht die des Klägers zu 2. berühre, müsse dies in gleicher Weise bei der Befristung des Beanstandungsrechts gelten. Daher setze bereits die Vorlage des Schiedsspruchs an die Aufsichtsbehörde durch einen der Vertragspartner die Frist in Gang.

Die Beigeladenen zu 2., zu 3. und zu 5. stellen den gleichen Antrag wie der Beklagte. Sie - und die Beigeladene zu 4. - halten das SG-Urteil hinsichtlich der Abweisung der Klage des Klägers zu 2. für zutreffend und folgen im übrigen den Begründungen des Beklagten und der Beigeladenen zu 1.

II

Die Sprungrevision des beklagten Landes Niedersachsen, aber auch diejenige der Beigeladenen zu 1. und des Klägers zu 2. sind zulässig.

Die zu 1. beigeladene Krankenkasse kann als einer der von Schiedsspruch, Aufhebungsverfügung und SG-Urteil betroffenen Kostenträger in ihren Rechten verletzt sein. Sie strebt nämlich an, die auf sie entfallende Gesamtvergütung für das Jahr 1996 an die Klägerin zu 1. nicht in der Höhe zahlen zu müssen, welche sich nach dem - vom SG mittelbar inhaltlich bestätigten - Schiedsspruch des Klägers zu 2. vom 27. Juni 1997 ergäbe, sondern (unter Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität) mit einem geringeren finanziellen Volumen. Diese Revision ist nicht unzulässig, weil sie sich wortgleich an diejenige des Beklagten anlehnt. Da schon die Bezugnahme auf die ordnungsgemäße Revisionsbegründung eines anderen Beteiligten den Anforderungen des § 164 Abs 2 SGG entspricht, sofern beide Beteiligte dasselbe Prozeßziel verfolgen und dieselben Anträge stellen (vgl zuletzt BSG-Urteil vom 17. November 1999 - B 6 KA 15/99 R - zur Veröffentlichung vorgesehen; BSGE 78, 98, 100 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12 S 35 f mwN), reicht dafür auch eine wortgleiche Begründung aus. Daß die Beigeladene zu 1. mit ihrer Revision dasselbe Ziel wie der Beklagte anstrebt, ergibt die verständige Würdigung ihres schriftsätzlichen Vorbringens (vgl § 106 Abs 1, § 112 Abs 2 Satz 2 und Abs 3, § 123 SGG).

Die Sprungrevision des als Kläger zu 2. am Rechtsstreit beteiligten Landesschiedsamtes ist ebenfalls zulässig. Die Ansicht des SG, ein Landesschiedsamt sei hinsichtlich der seinen Schiedsspruch betreffenden Aufsichtsverfügung einer Aufsichtsbehörde nicht klagebefugt, führt nicht dazu, daß dem Kläger zu 2. damit zugleich die Beschwer für die Durchführung der Sprungrevision abgesprochen werden könnte. Ob dessen Klagebefugnis zu bejahen ist, ist eine Frage der Zulässigkeit der Klage, nicht aber auch der Zulässigkeit der Revision, sondern deren Begründetheit. Für die Zulässigkeit des Rechtsmittels eines Klägers genügt regelmäßig eine formelle Beschwer in dem Sinne, daß die vorinstanzliche Entscheidung seinem antragsmäßigen Begehren nicht oder nicht in vollem Umfang entsprochen hat (so zB BSGE 43, 1, 2 f = SozR 1500 § 131 Nr 4 S 4 f; BSG SozR 3-1500 § 54 Nr 40 S 82). Zwar ist letztlich das Klageziel des Klägers zu 2. erreicht worden, indem das SG die Beanstandungsverfügung des Beklagten jedenfalls auf die Klage der Klägerin zu 1. hin aufgehoben hat. Auch kann ein Prozeßbeteiligter - außer bei einem Bescheidungsurteil - regelmäßig keine bestimmte, ihm genehme Begründung des Urteils beanspruchen (vgl BSGE 43, 1, 3 = SozR aaO S 5), und ein Beklagter ist bei einer Anfechtungsklage nicht beschwert, wenn die Klageabweisung auf verfahrensrechtliche, die Zulässigkeit berührende, anstatt auf materiell-rechtliche Gründe gestützt wird (vgl Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl 1998, RdNr 9 vor § 143, mwN). Das SG-Urteil enthält hier in bezug auf den Kläger zu 2. gleichwohl eine eigenständige Beschwer. Denn im Verhältnis zu ihm ist ein bloßes Prozeßurteil ergangen, aufgrund dessen ihm im Falle des Eintritts der Rechtskraft die Möglichkeit genommen wäre, als Verfahrensbeteiligter auf den weiteren Fortgang des Rechtsstreits inhaltlich Einfluß zu nehmen. Die mit einer Verneinung seiner Beschwer verbundene Gefahr der Verkürzung prozessualer Rechte wird besonders deutlich, wenn es etwa auf die Revision hin zu einer vom SG-Urteil abweichenden inhaltlichen Entscheidung und/oder einer Zurückverweisung an das Tatsachengericht käme. Unter dem Blickwinkel des Art 19 Abs 4 GG muß dem Kläger zu 2. die Möglichkeit eingeräumt werden, im Revisionsverfahren die Auffassung des SG überprüfen zu lassen, daß er mit seinem Vortrag zur Sache aus prozeßrechtlichen Gründen kein Gehör finden kann.

Die Sprungrevision des Klägers zu 2. ist jedoch unbegründet, da das SG seine Klagebefugnis zu Recht verneint hat. Seine Revisionsrügen betreffen dabei nicht lediglich das "Verfahren" iS von § 161 Abs 4 SGG; denn sie erfordern die inzidente Beurteilung auch materiell-rechtlicher Fragen (dazu zuletzt allgemein BSG SozR 3-5520 § 44 Nr 1 mwN; SozR 3-1500 § 54 Nr 40 S 84; Urteil vom 10. Mai 2000 - B 6 KA 9/99 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

Nach § 54 Abs 1 Satz 2 SGG ist die Anfechtungsklage zulässig, wenn der Kläger behauptet, durch den angefochtenen Verwaltungsakt beschwert zu sein, "soweit gesetzlich nichts anderes bestimmt" ist. Der Kläger ist beschwert, wenn der Verwaltungsakt rechtswidrig ist (§ 54 Abs 2 Satz 1 SGG). Eine solche Beschwer fehlt dem Kläger zu 2. für seine Klage gegen die Beanstandungsverfügung. Es besteht auch keine gesetzliche Regelung iS von § 54 Abs 1 Satz 2 SGG, kraft derer von der Prüfung seiner konkreten Beschwer abgesehen werden könnte; denn die Schiedsämter werden anders als die in § 89 Abs 5 Satz 6 SGB V hinsichtlich ihrer prozessualen Befugnisse ausdrücklich angesprochenen Gesamtvertragspartner insoweit im Gesetz nicht erwähnt (vgl aber § 70 Nr 4 iVm § 51 Abs 2 Satz 1 SGG).

In Konkretisierung des § 54 Abs 1 Satz 2 SGB V erkennt die Rechtsprechung die Klagebefugnis regelmäßig an, wenn nach der Behauptung des Klägers der angefochtene Verwaltungsakt in dessen eigene rechtliche Interessen eingreift (vgl BSGE 26, 237, 238; 43, 134, 141 = SozR 4100 § 34 Nr 6; BSGE 60, 248, 249 = SozR 1500 § 54 Nr 67; BSG SozR 3-2200 § 368n Nr 1 S 2; BSGE 70, 99, 101 = SozR 3-1500 § 54 Nr 15 S 37 f). Sie ist dagegen zu verneinen, "wenn die geltend gemachten Rechte unter Zugrundelegung des Klagevorbringens offensichtlich und eindeutig nach keiner Betrachtungsweise bestehen oder dem Kläger zustehen können, eine Verletzung subjektiver Rechte des Klägers also nicht in Betracht kommt" (so BVerfGE 83, 182, 196 = SozR 3-1100 Art 19 Nr 2 S 6). Erforderlich sind vielmehr "wirkliche", dh über bloße finanzielle, wirtschaftliche oder ideelle Gesichtspunkte hinausgehende Rechtsbeziehungen, auf die der Verwaltungsakt in einer dem Kläger nachteiligen Weise einwirken kann (so BSG SozR 3-1500 § 54 Nr 7 S 12). Ein von einem Verwaltungsakt betroffener Dritter ist klagebefugt, wenn die von ihm geltend gemachten rechtlichen Interessen vom Schutzzweck der dem Verwaltungsakt zugrundeliegenden Norm erfaßt sind (BSG SozR Nr 115 zu § 54 SGG; SozR 3-2200 § 368n Nr 1 S 2; SozR 3-1500 § 54 Nr 7 S 4), dh, wenn dieser Norm ein Rechtssatz zu entnehmen ist, der zumindest auch seinem Interesse zu dienen geeignet ist (zum ganzen ausführlich BSGE 70, 99, 101 = SozR 3-1500 § 54 Nr 15 S 37 f; zuletzt BSG SozR 3-1500 § 54 Nr 40 S 84).

In Anwendung dieser Grundsätze ist die Klagebefugnis eines Schiedsamtes - gleich, ob als unmittelbar Betroffener oder Dritter - gegen Beanstandungsverfügungen der Aufsichtsbehörde mangels eigener Beschwer zu verneinen (so auch Wiegand, Kassenarztrecht, 3. Aufl 1995, § 89 SGB V RdNr 3, 20; ders in Maaßen/Schermer/Wiegand/ Zipperer, SGB V § 89 SGB V RdNr 3, 20; Hess in Kasseler Kommentar, § 89 SGB V RdNr 29; aA Hencke in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 89 SGB V RdNr 18). Gegen einen Schiedsspruch können nur die jeweiligen Vertragsparteien und nicht einzelne Krankenkassen oder Vertragsärzte gerichtlich vorgehen (vgl Jung in Heinze/Wagner, Die Schiedsstelle des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, 1989, S 6; Düring, Das Schiedswesen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1992, S 143 mwN; Schneider, Handbuch des Kassenarztrechts, 1994, RdNr 777; Schnapp in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd I, Krankenversicherungsrecht, 1994, § 49 RdNr 223; Liebold/Zalewski, Kassenarztrecht, 5. Aufl, Bd I, § 89 SGB V RdNr C 89-27). Ebenso sind allein die Vertragspartner klagebefugt, wenn eine Aufsichtsverfügung gerichtlich überprüft werden soll, die den Bestand des Schiedsspruches berührt.

Die Beeinträchtigung eines Schiedsamtes durch die Beanstandungsverfügung hat nicht den Rang einer Verletzung eigener Rechte, die sich

von derjenigen der anderen Beteiligten abhebt. Die Besonderheiten bei der Festlegung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung schließen es aus, die Klagebefugnis schon deshalb zu bejahen, weil dem Schiedsamt die seinen Schiedsspruch betreffende Verfügung zugestellt wird und es als deren "Adressat" zu gelten hätte. Zwar ist derjenige, dem in einem Verwaltungsakt eine Verbindlichkeit auferlegt wird, in der Regel klagebefugt (vgl etwa Meyer-Ladewig, aaO, § 54 RdNr 10; Kopp/Schenke, VwGO, 11. Aufl 1998, § 42 RdNr 69 mwN). Wertungsmäßig tritt hier aber die dem Kläger zu 2. obliegende, nun unerledigte Schlichtungsaufgabe zugunsten des Umstandes in den Hintergrund, daß sich die rechtserheblichen Folgen der Beanstandung in entscheidenderem Maße auf die Gesamtvertragspartner auswirken. Mit der Verfügung des Beklagten wird nämlich zu deren Lasten oder Gunsten als von dem aufgehobenen Schiedsspruch unmittelbar betroffene Beteiligte eine Regelung über die Gesamtvergütung modifiziert bzw aufgehoben, die die klärungsbedürftigen künftigen finanziellen Verhältnisse in ihrer Sonderrechtsbeziehung gestaltet. In der Hand eben dieser Vertragspartner liegt es primär, ob es überhaupt (erstmals oder erneut) auf ihren Antrag hin zum Tätigwerden des Schiedsamtes kommt (vgl § 89 Abs 1a SGB V sowie § 13 Abs 1 der Schiedsamtsverordnung vom 28. Mai 1957 idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 10. Dezember 1988, BGBl I 2477). Die Vertragsparteien sind darüber hinaus nicht einmal zwingend an einen Schiedsspruch gebunden, sondern können Verhandlungen während des laufenden Verfahrens einvernehmlich wieder an sich ziehen und sogar noch nach Ergehen eines Schiedsspruchs eine von ihm abweichende Vereinbarung treffen (so bereits BSGE 51, 58, 61 = SozR 2200 § 368h Nr 3 S 5). Das Schiedsamt hat damit lediglich die Stellung eines Interessenmittlers und eines gegenüber der Autonomie der Vertragspartner nachrangigen, ihre Einigung ersetzenden Entscheidungsgremiums. Es besitzt keinen eigenen Spielraum über das "Ob" seines Tätigwerdens, dessen Voraussetzungen sich unmittelbar aus § 89 Abs 1 SGB V ergeben.

Gegen die Klagebefugnis sprechen auch die Zusammensetzung des Schiedsamtes als aus Vertretern der Gesamtvertragsparteien und drei unparteiischen Mitgliedern gebildetes, zur Streitschlichtung berufenes Gremium (§ 89 Abs 2, 3 SGB V) und der daraus resultierende Bedarf an Rechtsschutzgewährung. Gelingt es den nach § 82 Abs 2, § 83 Abs 1, § 85 Abs 2, § 89 Abs 1a SGB V originär für die Festlegung der Gesamtvergütung zuständigen Vertragspartnern nicht, sich zu einigen, hat es verbindliche Entscheidungen zu treffen, zB dann, wenn Streit über den Umfang der Gesamtvergütung fortbesteht. Ist ein Schiedsspruch ergangen, liegt es in der Hand der Vertragsparteien, ob sie diesen hinnehmen oder gerichtlich überprüfen lassen. Im übrigen hat die Aufsichtsbehörde die Befugnis zur Beanstandung (§ 89 Abs 5 Satz 5 SGB V), an die sich wiederum eine von den ausdrücklich anfechtungsbefugten (§ 85 Abs 5 Satz 6 SGB V) Vertragspartnern eingeleitete gerichtliche Überprüfung der Verfügung anschließen kann. Hieraus und aus der beschriebenen Stellung eines Schiedsamtes als nur nachrangig zur Entscheidung berufener Institution folgt auch unter Rechtsschutzgesichtspunkten (Art 19 Abs 4 GG), daß es einer eigenen Anfechtungsbefugnis gegen die seinem Schiedsspruch nachgehenden Entscheidungen nicht bedarf. Es besteht nämlich wegen der den Vertragspartnern zustehenden Überprüfungsmöglichkeiten keine Rechtsschutzlücke. Der Kläger zu 2. räumt dies letztlich selbst ein, wenn er die Befugnis zur Anfechtung einer aufsichtsbehördlichen Beanstandungsverfügung für sich nur für den Fall beansprucht, daß auch die Vertragspartner die Beanstandung nicht akzeptieren. Gegen eine derart beschränkte Anfechtungsbefugnis spricht schon, daß die Zulässigkeit einer Klage dann nicht allein vom Kläger, sondern vom Verhalten anderer Verfahrensbeteiligter abhinge.

Die fehlende Eingliederung eines Schiedsamtes in die staatliche Verwaltung bewirkt umgekehrt keine Teilhabe an der gemeinsamen Selbstverwaltung der Gesamtvertragspartner in dem Sinne, daß dessen eigenständige Klagebefugnis bejaht werden müßte. Angemessener Rechtsschutz steht nämlich bereits vermittelt durch die Befugnisse der - im Schiedsamt repräsentierten - Vertragspartner zur Verfügung. Die Schiedsämter haben zudem keine den Zulassungs- und Berufungsausschüssen (§§ 96, 97 SGB V), den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen (§ 106 Abs 4 und 5 SGB V) und den Landes- und Bundesausschüssen (§§ 90, 91 SGB V) gleichwertige Stellung, deren Klage- und Rechtsmittelbefugnis der Senat teilweise anerkannt hat (vgl für Berufungs- bzw Beschwerdeausschüsse BSG SozR 3-2500 § 96 Nr 1 S 2 f mwN; BSGE 62, 24, 31 = SozR 2200 § 368n Nr 48; BSGE 72, 214, 219 ff = SozR 3-1300 § 35 Nr 5 S 10 f; BSGE 74, 59, 60 ff = SozR 3-2500 § 106 Nr 22 S 118 ff). Während letzteren bestimmte originäre Aufgaben des Vertragsarztrechts zugewiesen sind, haben die Schiedsämter - wie beschrieben - nur nachgeordnete und ersetzende Befugnisse. Darüber hinaus fehlt auch anderen Gremien der vertragsärztlichen Selbstverwaltung die eigene Rechtsmittelbefugnis gegen die von ihrem Verwaltungshandeln abweichenden nachfolgenden Entscheidungen, ohne daß deshalb ihre Eigenschaft als Selbstverwaltungsorgane in Zweifel zu ziehen wäre (vgl - aus jeweils unterschiedlichen Erwägungen - für Prüfungs- und Zulassungsausschüsse BSG ebenda; für Landesausschüsse in der Bedarfsplanung BSGE 81, 207, 208 f = SozR 3-2500 § 101 Nr 2 S 8 f; vgl auch für das frühere Recht der Großgeräteplanung BSGE 70, 285, 300 f = SozR 3-2500 § 122 Nr 3 S 20; für den Bewertungsausschuß BSGE 73, 131, 133 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 20; BSGE 78, 191, 194 = SozR 3-2200 § 368i Nr 1 S 5). Außerhalb des Vertragsarztrechts sind Regelungen, nach denen zur Schlichtung berufene Institutionen oder untere Instanzgerichte selbst gegen die Aufhebung ihrer Entscheidungen vorgehen könnten, ebenfalls nicht ersichtlich (vgl zB für die Schiedsgerichte §§ 1059, 1062, 1065 Zivilprozeßordnung).

Dem Kläger zu 2. kann schließlich nicht darin gefolgt werden, daß sich die Rechtslage mit Schaffung des GSG zu seinen Gunsten geändert habe. Zwar ist § 89 Abs 5 Satz 7 SGB V in der bis 31. Dezember 1995 geltenden Übergangs-Fassung des Art 35 § 9 GSG (BGBl 1992 I 2266, 2332), der für die Dauer der strikten gesetzlichen Budgetierung ausdrücklich die Geltungskraft beanstandeter Vergütungsvereinbarungen und Schiedssprüche ausgeschlossen hatte, zum 1. Januar 1996 entfallen (Art 35 Abs 6 GSG, vgl Hencke in Peters, Handbuch, aaO, § 89 RdNrn 2, 25). Aus der vom Gesetzgeber nun angeordneten Fortgeltung von Festlegungen im Falle aufsichtsbehördlicher Beanstandung lassen sich neue prozessuale Befugnisse der Schiedsämter für den Fall, daß die Aufsichtsbehörde zugleich iS von § 97 Abs 1 Nr 6 2. Halbsatz SGG iVm § 89 Abs 5 Satz 6 SGB V die sofortige Vollziehung ihrer Beanstandung anordnet, nicht herleiten (aA Hencke, aaO, RdNr 18). Auch nach neuem Recht sind die Rechte der hauptbetroffenen Gesamtvertragspartner gewahrt, indem diese selbst die Sozialgerichte anrufen können.

Die Sprungrevisionen des beklagten Landes und der Beigeladenen zu 1. sind hingegen erfolgreich. Das SG-Urteil, das die Beanstandungsverfügung des Beklagten vom 24. November 1998 aufgehoben hat, ist seinerseits aufzuheben und die Klage der Klägerin zu 1. abzuweisen. Das SG hat zwar - entgegen der Auffassung der Klägerin zu 1. - zutreffend erkannt, daß formell-rechtliche Gesichtspunkte der Rechtmäßigkeit der streitigen Aufsichtsverfügung nicht entgegenstehen. Andererseits beanstanden die obsiegenden Revisionsführer zu Recht, daß das SG dem im SGB V verankerten Grundsatz der Beitragssatzstabilität einen unzutreffenden materiell-rechtlichen Gehalt beigemessen hat.

Die Aufsichtsverfügung des Beklagten entspricht den verfahrensrechtlich durch das SGB V aufgestellten Anforderungen. Gemäß § 89 Abs 5 Satz 1 SGB V führen die Aufsicht über die Schiedsämter die für die Sozialversicherung zuständigen obersten Verwaltungsbehörden der Länder oder die von den Landesregierungen durch Rechtsverordnung bestimmten Behörden, hier das tätig gewordene Ministerium. Diese Aufsicht erstreckt sich nach Abs 5 Satz 3 der Vorschrift auf die Beachtung von Gesetz und sonstigem Recht. Nach Satz 4 sind die

Entscheidungen der Schiedsämter über die Vergütung der Leistungen nach § 83 Abs 1 und § 85 SGB V den zuständigen Aufsichtsbehörden vorzulegen. Gemäß § 89 Abs 5 Satz 5 SGB V können die Aufsichtsbehörden die Entscheidungen der Schiedsämter bei einem Rechtsverstoß innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage beanstanden.

Die Rüge der Klägerin zu 1., der Beklagte habe die zweimonatige Beanstandungsfrist des § 89 Abs 5 Satz 5 SGB V nicht eingehalten, greift nicht durch. Die Beanstandungsverfügung ist fristgerecht ergangen, da die beklagte Aufsichtsbehörde die Beanstandung "innerhalb von zwei Monaten nach Vorlage" ausgesprochen hat. Nach den Feststellungen des SG ist dem Beklagten der Schiedsspruch des Klägers zu 2. von letzterem am 23. September 1997 vorgelegt worden; der Beklagte hat am 24. November 1997 - einem Montag - die Beanstandungsverfügung erlassen und noch am selben Tage dem Kläger zu 2. zugeleitet. Damit ist unter Berücksichtigung von § 193 BGB die Zwei-Monats-Frist gewahrt.

Anders als die Klägerin zu 1. meint, ist es für den Fristablauf ohne Belang, daß sie selbst dem Beklagten den Schiedsspruch bereits Anfang September 1997 zugeleitet hat, nachdem sie ihn vom Kläger zu 2. erhalten hatte. Denn § 89 Abs 5 Satz 5 SGB V verpflichtet nach seinem Wortlaut die Aufsichtsbehörde zu einem fristgebundenen Handeln erst nach der formellen Vorlage und schließt somit einen Streit über den konkreten Zeitpunkt einer etwaigen vorherigen Kenntniserlangung aus. Allenfalls unter dem Gesichtspunkt der unzulässigen Rechtsausübung oder des Rechtsmißbrauchs könnte von der Maßgeblichkeit der formellen Vorlage abgerückt werden. Ein derartiger Fall liegt hier jedoch nicht vor. Es stellt nicht schon ein rechtsmißbräuchliches Verhalten dar, daß der Beklagte die Frist nach der formellen Vorlage bis zum letzten gesetzlich möglichen Tag ausgeschöpft hat. Zu Recht hat das SG darauf hingewiesen, daß der Beklagte selbst mit Schreiben vom 19. September 1997 beim Kläger zu 2. die Vorlage angemahnt und damit auf eine Beschleunigung des Verfahrens gedrängt hat. Daß die Beanstandung durch die Aufsichtsbehörde allein die rechtlichen Interessen der Vertragspartner und nicht diejenigen des Schiedsamtes berührt, berechtigt nicht zu der Annahme, daß in Abweichung vom klaren Gesetzeswortlaut regelmäßig bereits jedwede andere Kenntniserlangung vom Inhalt des Schiedsspruchs durch die Aufsichtsbehörde die Beanstandungsfrist in Gang setzen kann.

Die Aufsichtsverfügung des Beklagten ist auch materiell rechtmäßig; denn der Schiedsspruch des Klägers zu 2. vom 27. Juni 1997 ist rechtswidrig, weil er gegen den auch vom Landesschiedsamt zu beachtenden Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs 1 iVm § 141 Abs 2 SGB V) verstößt. Damit liegt ein Rechtsverstoß iS des § 71 Abs 2 Satz 2 SGB V idF des GSG vor, der die Aufsichtsbehörde berechtigt, den Schiedsspruch zu beanstanden.

Dem Schiedsamt kommt nach der Rechtsprechung des Senats bei der Festsetzung des Inhalts eines Gesamtvertrages über die vertragszahnärztliche Vergütung gemäß § 89 Abs 1 SGB V ein weiter Beurteilungsspielraum zu. Seine Vertragsgestaltungsfreiheit, die der aufsichtsrechtlichen und gerichtlichen Nachprüfung Grenzen setzt, ist nicht geringer als diejenige der Vertragspartner bei einer im Wege freier Verhandlungen erzielten Vereinbarung (BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 20 S 131; BSGE 20, 74, 76 f = SozR Nr 1 zu § 368h RVO; BSGE 36, 151, 152 f = SozR Nr 7 zu § 368g RVO; BSGE 51, 58, 62 = SozR 2200 § 368h Nr 3). Die aufsichtsrechtliche und die gerichtliche Kontrolle der Festsetzung von Vergütungsvereinbarungen durch das Schiedsamt ist dementsprechend auf die Prüfung beschränkt, ob der Entscheidung zutreffend ermittelte Tatsachen zugrunde gelegt worden sind, ob das Schiedsamt die Grenzen des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums eingehalten und sein Gestaltungsermessen - soweit ihm ein solches zukommt - sachgerecht ausgeübt hat (vgl Düring, Das Schiedswesen in der gesetzlichen Krankenversicherung, 1992, S 149 f). Die Grenzen des Beurteilungsspielraums im dargestellten Sinne sind nicht eingehalten, wenn das Schiedsamt seiner Entscheidung eine bestimmte Gewichtung der maßgeblichen Kriterien für eine Vergütungsvereinbarung zugrunde legt, die mit dem Gesetz nicht in Einklang steht und sich hieraus Auswirkungen auf die Höhe der Veränderung der Gesamtvergütung ergeben können. Das ist hier der Fall gewesen.

In Übereinstimmung mit seinem die Anfechtung des Schiedsspruches unmittelbar betreffenden Urteil - B 6 KA 19/99 R - vom selben Tage geht der Senat davon aus, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs 1 iVm § 141 Abs 2 SGB V) eine verbindliche rechtliche Grenze für Vergütungsvereinbarungen und Schiedssprüche sowie deren Überprüfung durch Aufsichtsbehörden und Gerichte darstellt. Dies ergibt übereinstimmend die Auslegung der Vorschriften des SGB V, in denen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verankert ist, nach Entstehungsgeschichte, Wortlaut und systematischen sowie teleologischen Gesichtspunkten.

Der Kläger zu 2. (Landesschiedsamt) hat auf der Grundlage des § 89 Abs 1 Satz 1 SGB V die Konditionen eines Gesamtvertrages über die Veränderungen der Gesamtvergütungen iS des § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V festgesetzt. Er hat seine Entscheidung über die Bemessung der Gesamtvergütung auf der Grundlage einer Einzelleistungsvergütung und einer Erhöhung der Punktwerte für die zahnärztlichen Leistungen nach den Gebührentarifen 1, 2 und 4 Bema-Z ausdrücklich darauf gestützt, daß er alle in § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V angesprochenen Kriterien, die für die Veränderung der Gesamtvergütung maßgeblich sind, sowie den in Satz 2 aaO angesprochenen Grundsatz der Beitragssatzstabilität gleichrangig zu berücksichtigen habe. Diese Auffassung steht im Widerspruch zu den einschlägigen gesetzlichen Regelungen.

Die Rechtsgrundlage für die Verpflichtung, den Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu beachten, findet sich in § 85 Abs 3 Satz 2 SGB V idF des GSG vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266). Danach haben die Vertragsparteien des Gesamtvertrages bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71) in bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten. Der in der Vorschrift in bezug genommene Grundsatz der Beitragssatzstabilität war in § 71 SGB V in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung des GRG (aF) nicht definiert. Vielmehr verwies § 71 Abs 1 SGB V aF insoweit auf § 141 Abs 2 SGB V. In dieser Bestimmung war bis zum 31. Dezember 1999 normiert, daß die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Empfehlungen zu den einzelnen Versorgungsbereichen abzugeben hat, und zwar auch über die Veränderung der Vergütungen (§ 141 Abs 2 Satz 2 SGB V aF). Nach Satz 3 aaO sind in den Empfehlungen die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten, daß "Beitragssatzerhöhungen vermieden" werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhung nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). Ausgabensteigerungen aufgrund gesetzlich vorgeschriebener Vorsorge- und Früherkennungsmaßnahmen verletzen nicht den Grundsatz der Beitragssatzstabilität (Abs 2 Satz 4 aaO).

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 71 Abs 1 SGB V aF iVm § 141 Abs 2 Satz 3 SGB V aF) ist kein unverbindlicher "Programmsatz", den die Partner des Gesamtvertrages bzw das Schiedsamt bei ihren Entscheidungen nur in irgendeiner, in ihr Belieben gestellten Form mit zu berücksichtigen haben. Er stellt vielmehr eine verbindliche gesetzliche Vorgabe für Vergütungsvereinbarungen dar, deren Beachtung

grundsätzlich der Beanstandung durch die Aufsichtsbehörde und der gerichtlichen Nachprüfung zugänglich ist (vgl Hencke in Peters, Handbuch, aaO, § 71 RdNr 4a; Hinz in Brackmann, Handbuch der Sozialversicherung, Gesetzliche Krankenversicherung, § 71 SGB V Anm 2; Klückmann in Hauck, SGB V, K § 71 RdNr 5). Das kommt besonders deutlich durch die Anfügung eines zweiten Absatzes in § 71 SGB V durch Art 1 Nr 29 GSG zum Ausdruck. Danach sind seit 1. Januar 1993 die Vereinbarungen über die Vergütung der Leistungen ua nach §§ 83, 85 SGB V den Aufsichtsbehörden vorzulegen (§ 71 Abs 2 Satz 1 SGB V), die sie bei einem Rechtsverstoß beanstanden können (Satz 2 aaO). Die vorgeschriebene Überprüfung durch die Aufsichtsbehörde dient nach der Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen von CDU/CSU, F.D.P. und SPD vom 5. November 1992 gerade dazu, die Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in den Vergütungsverträgen abzusichern. Verletzen die Verträge geltendes Recht, können sie beanstandet werden (BT-Drucks 12/3608 S 83). Der einzige Tatbestand einer Rechtsverletzung durch Vergütungsvereinbarungen, den die Gesetzesbegründung ausdrücklich anspricht, ist die Nichtbeachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Dieses kann nur so verstanden werden, daß der Grundsatz eine verbindliche rechtliche Obergrenze darstellen und seine Einhaltung aufsichtsbehördlich und gerichtlich in vollem Umfang der Rechtskontrolle unterliegen soll.

Auch der Wortlaut der maßgeblichen Vorschriften verdeutlicht den unterschiedlichen Grad der Verbindlichkeit der in ihnen geregelten Voraussetzungen. Wenn das Gesetz seit dem 1. Januar 1993 ausdrücklich unterscheidet zwischen bestimmten Kriterien, die bei der Veränderung der Gesamtvergütungen "zu berücksichtigen" sind (§ 72 Abs 2, § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V), und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der "zu beachten" (§ 71 Abs 1, § 85 Abs 3 Satz 2 SGB V) bzw für die Empfehlungen der Konzertierten Aktion zwingend (§ 141 Abs 2 Satz 3 SGB V) ist, kann nicht von einer Gleichrangigkeit der jeweiligen Tatbestandsmerkmale ausgegangen werden. Bereits die Verwendung des Verbs "beachten" bringt eine höhere Intensität der Gesetzesbindung zum Ausdruck als der Bedeutungsgehalt des Verbs "berücksichtigen" (so auch Orlowski in Maaßen/Schermer/ Wiegand/Zipperer, SGB V, § 71 SGB V RdNr 7). Demgemäß hat der Senat den Begriff "beachten" im Zusammenhang mit der Großgeräteplanung des (inzwischen aufgehobenen) § 122 SGB V im Sinne von "als verbindlich zugrunde legen" definiert, während dem Verb "berücksichtigen" nur der Bedeutungsinhalt beigemessen worden ist, daß Gesichtspunkte in Betracht gezogen werden müssen und eine sachliche Auseinandersetzung mit ihnen zu erfolgen hat, aber nach pflichtgemäßer Abwägung davon abgewichen werden darf (so BSGE 70, 285, 296 = SozR 3-2500 § 122 Nr 3 S 15).

Für dieses Auslegungsergebnis eines Vorranges des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität spricht zudem die Rechtsentwicklung beim Übergang von der Reichsversicherungsordnung (RVO) zum SGB V. Nach § 368f Abs 2 RVO idF des Gesetzes über das Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 waren bei der Festsetzung des Kopfpauschales, nach dem sich die Höhe der Gesamtvergütung bestimmte, "die wirtschaftliche Lage der Krankenkassen" und die seit der letzten Festsetzung des Kopfpauschales eingetretene Veränderung der Grundlohnsumme angemessen zu berücksichtigen. Nach § 368g Abs 1 RVO idF des GKAR 1955 war die kassenärztliche Versorgung durch Verträge zwischen den KÄVen und den Krankenkassen so zu regeln, daß (ua) die ärztlichen Leistungen unter Berücksichtigung der wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen angemessen vergütet werden. Zu dem Tatbestandsmerkmal der "wirtschaftlichen Lage der Krankenkassen" in § 368g Abs 1 RVO idF des GKAR 1955 hat der Senat mit Urteil vom 30. Oktober 1963 (BSGE 20, 73, 83 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO) entschieden, diese sei "mit dem gleichen Gewicht" wie die anderen Faktoren, etwa die Bewertung der (zahn)ärztlichen Leistung und die Lage der (Zahn)Ärzte, zu berücksichtigen. Die gesetzlichen Grundlagen für die Vereinbarungen über die Veränderung der Gesamtvergütung sind durch § 368f Abs 3 RVO in der ab 1. Juli 1977 geltenden Fassung des Krankenversicherungs-Kostendämpfungsgesetzes (KVKG) vom 27. Juni 1977 (BGBl I 1069) verändert worden. Danach hatten nunmehr die Vertragsparteien des Gesamtvertrags bei der Veränderung der Gesamtvergütungen die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme der beteiligten Krankenkassen, der Praxiskosten und der für die kassenärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsausweitung beruhten, zu berücksichtigen.

Mit der Kodifizierung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung im SGB V durch das GRG zum 1. Januar 1989 ist der Begriff "Beitragssatzstabilität" in den §§ 71, 86 und 141 SGB V in das Gesetz aufgenommen worden. Durch die Bestimmung des § 71 SGB V hat der Gesetzgeber ausweislich der Begründung des Gesetzentwurfs der Fraktionen von CDU/CSU und F.D.P. vom 3. Mai 1988 die Leistungsfähigkeit und die Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sowie deren Finanzierung zu vertretbaren Beitragssätzen auf Dauer sichern wollen (BT-Drucks 11/2237 S 191, zu § 79 des Entwurfs). Schließlich ist durch das GSG der Vorschrift des § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V der Satz 2 angefügt worden (Art 1 Nr 43 Buchst e, bb GSG), wonach bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten ist.

Angesichts dieser Rechtsentwicklung trifft die auf § 368g Abs 1 RVO idF des GKAR 1955 gegründete - frühere - Auffassung des Senats (BSGE 20, 73, 83 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO) von der Gleichrangigkeit aller damals im Gesetz genannten, für die Veränderung der Gesamtvergütung maßgeblichen Faktoren auf die Rechtslage nach dem SGB V nicht mehr zu (ebenso LSG Niedersachsen - Beschlüsse vom 15. April 1998 - ua L 5 KA 2/98 e.R.).

Allerdings wird weiterhin die Ansicht vertreten, der Gesetzgeber des SGB V habe hinsichtlich der Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität die Rechtslage gegenüber dem 1977 geltenden Rechtszustand des § 368f Abs 3 RVO nicht ändern wollen (Muschallik, NZS 1998, S 7, 8; Tiemann, SGb 1998, S 141 bei und mit Fn 5; Sodan/Gast, NZS 1998,S 497, 502, 504; vgl auch SG Frankfurt aM, SGb 1991, S 365, 368). Zum Beleg hierfür wird auf eine Passage im Bericht des Bundestagsausschusses für Arbeit und Sozialordnung zum GRG vom 24. November 1988 (BT-Drucks 11/3480) verwiesen. Dort werden die unterschiedlichen Positionen der Fraktionen von CDU/CSU und F.D.P. einerseits sowie der SPD andererseits referiert. Die Mitglieder der Fraktionen von CDU/CSU und F.D.P. hielten danach die vorgesehenen Regelungen im Vierten Kapitel des SGB V für sachgerecht. Sie erachteten es insbesondere als notwendig, die Vergütungen der Leistungserbringer am Grundsatz der Beitragssatzstabilität auszurichten; die vorgesehenen Instrumente seien geeignet, die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringer bei Wahrung eines freiheitlichen, pluralistischen und leistungsfähigen Gesundheitswesens zu verbessern. Demgegenüber wiesen die Mitglieder der Fraktion der SPD darauf hin, daß die Berücksichtigung der Beitragssatzstabilität bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung keine substantielle Veränderung der Rechtslage bedeute, da bereits nach § 368f RVO die Entwicklung der Grundlohnsumme zu berücksichtigen gewesen sei; das Problem des kontraproduktiven Wettbewerbs werde damit nicht gelöst (aaO S 37). Schon die Gegenüberstellung dieser beiden Positionen macht deutlich, daß für die Mehrheitsfraktionen von CDU/CSU und F.D.P. durch die Orientierung der Vergütungen der Leistungserbringer an dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität eine steuernde Wirkung bewirkt werden sollte, während die oppositionelle SPD-Fraktion dies als (noch) nicht ausreichend bewertete. Ein Konsens im Gesetzgebungsverfahren dahingehend, daß lediglich eine redaktionelle Änderung des Gesetzes beabsichtigt gewesen sei, kann daraus nicht abgeleitet werden. Demgegenüber lassen sowohl die Einzelbegründung zu § 71 SGB V als auch insbesondere die allgemeine Begründung

zum GRG (BT-Drucks 11/2237 S 133 ff) deutlich erkennen, daß der Gesetzgeber der Sicherung der Beitragssatzstabilität sowohl unter sozial- wie wirtschaftspolitischen Gesichtspunkten eine herausragende Bedeutung zugemessen hat.

Die spätere Rechtsentwicklung bekräftigt dieses Verständnis. Mit dem Gesetz zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000) vom 22. Dezember 1999 (BGBl I 2626) ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in § 71 Abs 1 SGB V selbst legal definiert und nunmehr bestimmt worden, daß die Vertragspartner auf Seiten der Krankenkassen und der Leistungserbringer die Vereinbarungen über die Vergütungen nach diesem Buch und dem Krankenhausfinanzierungsgesetz sowie den nach diesen Vorschriften getroffenen Regelungen so zu gestalten haben, daß "Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen" werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhung nicht zu gewährleisten (Grundsatz der Beitragssatzstabilität). In § 141 Abs 2 Satz 3 SGB V idF des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 ist entsprechend festgelegt, daß in den Empfehlungen der Konzertierten Aktion die inhaltlichen Vorgaben so zu gestalten sind, daß Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch nach Ausschöpfen von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten.

Die gesetzessystematische und teleologische Interpretation der einschlägigen normativen Bestimmungen belegt ebenfalls, daß mit dem Inkrafttreten des SGB V der Grundsatz der Beitragssatzstabilität bei den Veränderungen der Gesamtvergütung den entscheidenden Gesichtspunkt darstellen sollte. § 368f Abs 3 RVO in der bis zum 31. Dezember 1998 geltenden Fassung, wonach "die zu erwartende Entwicklung der durchschnittlichen Grundlohnsumme" der beteiligten Krankenkassen zu beachten war, stellte - insoweit einseitig - auf die Einnahmeseite der Krankenkasse ab. Der in § 141 Abs 2 Satz 3 SGB V idF des GRG legal definierte Grundsatz der Beitragssatzstabilität ist dagegen anders ausgestaltet. Er ist nur gewahrt, wenn Beitragssatzerhöhungen vermieden werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung ist auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhung nicht zu gewährleisten. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität enthält damit zwar kein generelles Verbot von Beitragssatzerhöhungen, bindet diese aber daran, daß die Wirtschaftlichkeitsreserven ausgeschöpft sind und die notwendige medizinische Versorgung ohne Beitragssatzanstieg nicht zu wahren ist. Beide maßgeblichen Aspekte - zum einen die Sicherung der notwendigen medizinischen Versorgung der Versicherten und zum anderen das Vermeiden bzw (ab 1. Januar 2000) der Ausschluß von Beitragssatzerhöhungen - sind kumulativ Inhalt des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität. Da dieser die Richtschnur für die Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen (§ 141 Abs 2 SGB V) darstellt, welche wiederum nach § 86 Abs 2 Satz 1 SGB V bei Abschluß der Gesamtverträge nach § 83 SGB V zu berücksichtigen sind, kann es keinem Zweifel unterliegen, daß die Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Sinne des § 85 Abs 3 Satz 2 SGB V idF des GSG von anderer rechtlicher Qualität ist als die den Partnern des Gesamtvertrages durch § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V als zu berücksichtigende Umstände benannten Kriterien der Praxiskosten, der aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der ärztlichen Leistungen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität wird im Leistungserbringungsrecht durch § 71 SGB V zudem bereits bei den "Allgemeinen Grundsätzen" im Ersten Abschnitt des Vierten Kapitels des SGB V eingeführt und hat damit durch seine Stellung im Gesetz besonderes Gewicht. Die Ergänzung des § 85 Abs 3 SGB V durch das GSG mit dem in Satz 2 enthaltenen Gebot der Beachtung der Beitragssatzstabilität - noch über die allgemeine Vorgabe des § 71 Abs 1 SGB V hinaus - soll zudem klarstellen, daß der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden Leistungen zu beziehen ist (vgl Gesetzentwurf der Fraktion der CDU/CSU, SPD und F.D.P. zu einem GSG vom 5. November 1992, BT-Drucks 12/3608 S 87).

Aus der Änderung der Rechtslage seit dem 1. Januar 1996 mit der Beendigung der strikten Budgetierung kann entgegen der Auffassung des Klägers zu 2. keine Relativierung oder Herabstufung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität abgeleitet werden. In dem Zeitraum von 1993 bis 1995 durfte die Zuwachsrate der von den Krankenkassen an die Kassen(zahn)ärztlichen Vereinigungen zu leistenden Gesamtvergütungen die Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung nicht übersteigen (§ 85 Abs 3a bis 3c SGB V idF des GSG). In der Begründung der Fraktionen von CDU/CSU, SPD und F.D.P. zum Entwurf des GSG ist nämlich ausgeführt worden: "Die nach den geltenden gesetzlichen Regelungen unter bestimmten Bedingungen, zB bei überproportional stark steigenden Praxiskosten oder bei Vorliegen der Voraussetzungen nach § 141 Abs 2 Satz 3 SGB V mögliche Vereinbarung von Vergütungszuwächsen, die den Anstieg der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder übersteigen, wird ausgeschlossen" (BT-Drucks 12/3608 S 87). Da mit den in der zitierten Passage "geltenden gesetzlichen Regelungen" die vor dem 1. Januar 1993 geltenden Vorschriften gemeint sind, die im Grundsatz hinsichtlich der Vereinbarung der Gesamtvergütung auch für die Zeit vom 1. Januar 1996 bis zum 31. Dezember 1997 (Inkrafttreten der Änderung des § 85 Abs 2 SGB V durch Art 1 Nr 28a des 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 am 1. Januar 1998 - vgl Art 19 Abs 5 des Gesetzes) - also im hier maßgeblichen Zeitraum - gegolten haben, besteht ein Unterschied zwischen der Verpflichtung zur Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität einerseits und der strikten Bindung des Anstiegs der Gesamtvergütungen an die Zuwachsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder der gesetzlichen Krankenversicherung andererseits. Dieser Unterschied liegt darin, daß nunmehr - wie schon in der Zeit von 1989 bis 1992 - der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in seinen beiden Aspekten, nämlich der Grundregel der Verhinderung von Beitragssatzanhebungen und der zugelassenen Ausnahme im Hinblick auf medizinische Versorgungsnotwendigkeiten, gilt; im Zeitraum der strikten Budgetierung des Anstiegs der Gesamtvergütungen ist dagegen aus Gründen der "Sofortbremsung" der Ausgabenentwicklung allein auf die Einnahmeseite bei den Krankenkassen abgestellt worden.

Die Klägerin zu 1. hält demgegenüber einen generellen Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Verhältnis zu den weiteren gesetzlich normierten Prinzipien (hier: gemäß § 72 Abs 2, § 85 Abs 3 Satz 1 SGB V) nicht für gegeben. Deshalb könne nicht abstrakt, sondern nur anhand des konkreten Falles geprüft werden, in welchem Verhältnis der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu den anderen Kriterien stehe. Anschließend daran sei die zutage liegende Kollision aufzulösen. Dem kann nicht gefolgt werden. Ihre Ansicht, nach der Rechtsanwender einem von mehreren einfachgesetzlich normierten Prinzipien keinen einseitigen Vorrang einräumen dürften, verkennt, daß der Gesetzgeber im SGB V das Verhältnis der widerstreitenden Prinzipien zueinander selbst geregelt hat, wie Wortwahl, Regelungssystematik sowie Hinweise in der Entstehungsgeschichte der einschlägigen Normen und ihr sich daraus erschließender Sinn und Zweck ergeben. Dabei mußte er nicht allen Grundsätzen denselben Stellenwert beimessen, sondern war berechtigt, ein Rangverhältnis unter mehreren Prinzipien anzuordnen, wie es im Zusammenhang mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität geschehen ist. Die Ausführungen der Klägerin zu 1. zu einem vermeintlichen Begründungsmangel der angefochtenen Beanstandungsverfügung mit Rücksicht auf eine Abwägung der Prinzipien gegeneinander gehen mithin fehl.

Nach den dargelegten Maßstäben und im Hinblick auf die Verpflichtung der Partner von Vergütungsvereinbarungen zur Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, die auch für die Festsetzung durch das Schiedsamt gilt, war der Schiedsspruch des Klägers zu 2. vom 27. Juni 1997 nach alledem schon im Ausgangspunkt gesetzwidrig. Der Ansatz von einer Gleichrangigkeit des Grundsatzes der

Beitragssatzstabilität mit den übrigen Kriterien der Gesamtvergütungsveränderung wirkt sich auch inhaltlich auf den Schiedsspruch aus.

Zunächst war es zwar grundsätzlich zulässig, im Schiedsspruch die Höhe der Gesamtvergütungen für das Jahr 1996 auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabs nach Einzelleistungen gemäß § 85 Abs 2 Satz 2 SGB V idF des GSG festzulegen. In § 85 SGB V wird zwischen der Vereinbarung der Höhe der Gesamtvergütung iS einer erstmaligen Vereinbarung nach Abs 2 aaO und der Veränderung der Gesamtvergütung nach Abs 3 aaO unterschieden. Es ist jedoch nicht zu beanstanden, daß die Vertragspartner nach Auslaufen der Phase der strikten Budgetierung des Anstiegs der Gesamtvergütung gemäß § 85 Abs 3a SGB V im Rahmen von Veränderungsvereinbarungen nach § 85 Abs 3 SGB V Elemente der Gesamtvergütungsberechnung nach § 85 Abs 2 SGB V aufnehmen. Insbesondere waren sie nicht verpflichtet, nach dem Ende der strikten Budgetierung lediglich die bisherigen Festbeträge etwa im Rahmen einer bloßen prozentualen Erhöhung festzuschreiben. Die Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen auf der Grundlage des Bema-Z durfte jedoch nicht ohne Verknüpfung mit mengensteuernden bzw -begrenzenden Komponenten erfolgen.

Die Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen zieht nämlich die auch vom Kläger zu 2. gesehene Gefahr "einer Mengenexplosion auf der Leistungsseite" nach sich. Er hat in seinem Schiedsspruch selbst formuliert, eine von den Leistungserbringern gesteuerte Mengenentwicklung, die sich weder aus der Änderung des Leistungskataloges noch aus der Entwicklung der Versichertenzahlen rechtfertigen ließe, würde dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität entgegenwirken. Der demgegenüber vertretenen Auffassung, es seien alle von Vertragszahnärzten selbstverantwortet erbrachten Leistungsmengen einschließlich ihrer fortschritts- und morbiditätsbedingten Schwankungen sowie Ausweitungen als gesetzlich gebotene und wirtschaftlich erbrachte Mehrleistungen nach Maßgabe des SGB V anzusehen, und ihre angemessene Vergütung habe Vorrang vor der Einhaltung des Gebotes der Beitragssatzstabilität (so Sodan/Gast, NZS 1998, S 497, 500, 503), kann nicht gefolgt werden. Sie steht zum einem im Widerspruch zur Rechtsprechung des erkennenden Senats zur "angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen" iS des § 72 Ab 2 SGB V (vgl nur BSGE 75, 187, 189 = SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 7; SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1; SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f) und berücksichtigt zum anderen insbesondere nicht, daß nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung einen hohen Gemeinwohlbelang darstellt (BVerfGE 68, 193, 218 = SozR 5495 Art 5 Nr 1; BVerfGE 70, 1, 26, 30 = SozR 2200 § 376d Nr 1; BVerfGE 82, 209, 230). Sie verkennt darüber hinaus die - im einzelnen dargestellte - Bedeutung der Beitragssatzstabilität. Deren überragende Funktion wird im übrigen durch die späteren gesetzlichen Regelungen bestätigt, mit denen der Gesetzgeber auf die bundesweit bestehende Problematik der Auswirkung von Mengensteigerungen auf die Vereinbarung der Gesamtvergütung reagiert hat. § 85 Abs 2 Satz 2 SGB V idF des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998, BGBl I 3853) lautet seit dem 1. Januar 1999 wie folgt: "Die Gesamtvergütung ist das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen; sie kann ... auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabs nach Einzelleistungen ... oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergibt." Diese Bestimmung wird ergänzt durch die Regelung des Satzes 7, der in dem hier vorliegenden Zusammenhang besonderes Gewicht zukommt. Danach ist, soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart wird, der Betrag des Ausgabenvolumens nach Satz 2 zu bestimmen sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen. Satz 7 aaO ist im Laufe der Beratungen des BT-Ausschusses für Gesundheit in den Gesetzentwurf eingefügt (BT-Drucks 14/157 S 10) und wie folgt begründet worden: "Die Regelung stellt klar, daß auch bei der Vereinbarung der Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen ein Gesamtvolumen zu bestimmen ist. Dies hat zur Konsequenz, daß auch Regelungen für den Fall einer möglichen Überschreitung dieses Ausgabenvolumens vorzusehen sind. Hierzu kann insbesondere ein floatender Punktwert dienen." (BT-Drucks 14/157 S 34; zu Art 1 Nr 13, zu cc; zu den Änderungen des § 85 Abs 2 SGB V zum 1. Januar 1999 vgl näher Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S 386 f). Das Gesetz schreibt somit nunmehr ausdrücklich vor, daß auch bei der Berechnung der Gesamtvergütung nach Einzelleistungen in der Gesamtvergütungsvereinbarung Vorsorge dafür zu treffen ist, daß das zulässige Gesamtvergütungsvolumen nicht überschritten wird. Die Gefahr der Überschreitung des zulässigen Gesamtvergütungsvolumens und der damit einhergehenden Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ergibt sich immer dann, wenn bei der Berechnung der Gesamtvergütung auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen keine mengensteuernden Komponenten vorgesehen sind.

Entgegen der Auffassung des Klägers zu 2. bestand die Notwendigkeit zur Aufnahme mengensteuernder Regelungen in die Gesamtvergütungsvereinbarung auch schon vor Einfügung des neu gefaßten Satzes 7 in § 85 Abs 2 SGB V zum 1. Januar 1999. Sie folgte aus der Verpflichtung der Gesamtvertragsparteien zur strikten Beachtung des Gebotes der Beitragssatzstabilität. Die vom Kläger zu 2. für 1996 vorgenommene Anhebung der im Jahre 1995 geltenden Punktwerte in den Gebührentarifen 1, 2 und 4 Bema-Z um 1% und die von ihm angeordnete Fortgeltung der für 1995 vereinbarten Punktwerte für prothetische und kieferorthopädische Leistungen für 1996 ohne mengenbegrenzende Komponenten konnten demgegenüber nicht sicherstellen, daß diese beitragssatzsteigernde Effekte nicht bewirkten. Entscheidend ist in diesem Zusammenhang, daß auf der Basis des Schiedsspruchs vom 27. Juni 1997 allein das Leistungsverhalten der Vertragszahnärzte über die Höhe der Gesamtvergütung und im Ergebnis über den Prozentsatz entschied, um den die von den Beigeladenen für 1996 zu leistende Gesamtvergütung die des Jahres 1995 überstieg. Die potentiell beitragssatzerhöhenden Wirkungen eines solchen Schiedsspruchs lagen auf der Hand. Denn bereits im Schiedsverfahren vor dem Kläger zu 2. gingen alle Beteiligten davon aus, daß es aufgrund der prognostizierten bzw tatsächlich eingetretenen Mengenentwicklung sowohl im Bereich der konservierend-chirurgischen Behandlung wie - noch erheblich stärker - im Bereich der kieferorthopädischen sowie der prothetischen Behandlung zu Mengensteigerungen kommen würde bzw gekommen ist, die bei Erhöhung bzw unveränderter Fortschreibung der für 1995 vereinbarten Punktwerte zu einem Anstieg der Gesamtvergütungen über die bundesweit festgestellte Veränderung der Grundlohnsumme hinausgingen.

Nach den hierzu maßgeblichen Empfehlungen der Konzertierten Aktion im Gesundheitswesen vom 14. September 1995 (vgl Die Ortskrankenkasse (DOK) 1995, S 650) sollte sich die Gesamtvergütung für die vertragszahnärztliche Versorgung im Jahre 1996 auf der Grundlage des zur Zeit gültigen Leistungskatalogs im Rahmen der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Krankenkassen verändern. Diese betrug im Bundesgebiet West 1,1 %. Von dieser Empfehlung hätte der Kläger zu 2. - ebenso wie die Partner eines Gesamtvertrages - gemäß § 86 Abs 2 Satz 2 SGB V nur abweichen dürfen, soweit besondere regionale Verhältnisse oder besondere Verhältnisse der Kassenarten dies erforderten und hierdurch der Grundsatz der Beitragssatzstabilität (§ 141 Abs 2 SGB V) nicht gefährdet wurde. Das hat der Kläger zu 2. nicht beachtet. Nach den vorliegenden Daten über besondere regionale Verhältnisse und die wirtschaftliche Situation der niedersächsischen Primärkassen sind, wie die Feststellungen des SG im Urteil des Senats vom heutigen Tage - B 6 KA 19/99 R - belegen, deren Einnahmen um etwa 0,4 Prozentpunkte weniger gewachsen als die Einnahmen im Bundesgebiet. Im übrigen dürfen nach dem Wortlaut des § 86 Abs 2 Satz 2 SGB V die geschilderten regionalen Verhältnisse nur berücksichtigt werden, wenn der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht gefährdet wird. Dieser gestattet, wie bereits dargelegt, Beitragssatzerhöhungen aber nur, wenn die notwendige

(zahn)medizinische Versorgung auch unter Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht zu gewährleisten ist. Dafür liegen weder Feststellungen der Vorinstanz noch ansonsten Anhaltspunkte vor. Auch der Kläger zu 2. hat nichts dazu dargelegt, inwieweit eine Fortschreibung der für 1995 vereinbarten Gesamtvergütung bzw eine Erhöhung im Rahmen der Grundlohnsummensteigerung (1,1 %) zu einer Gefährdung der zahnmedizinischen Versorgung der Versicherten in Niedersachsen hätte führen können. Er hat sich gleichfalls nicht zu einer nachhaltigen Erhöhung der Versichertenzahl sowie einer Ausweitung des Leistungskatalogs im Bema-Z geäußert, für die ebensowenig Anhaltspunkte gegeben sind.

Aus Rechtsgründen war danach bereits vor Neufassung des § 85 Abs 2 SGB V durch das GKV-SolG zum 1. Januar 1999 jedenfalls im Grundsatz ein Vergütungsvertrag ohne feste Obergrenze des Volumens der von der einzelnen Krankenkasse zu leistenden Gesamtvergütung rechtswidrig. Das hat bereits das Bundesgesundheitsministerium zutreffend in einem Schreiben vom 20. Februar 1997 an die Partner des Bundesmantelvertrages-Zahnärzte (BMV-Z), auf das sich der Schiedsspruch des Klägers zu 2. vom 27. Juni 1997 ausdrücklich (wenn auch negativ) bezieht, so gesehen. Dagegen läßt sich nicht einwenden, eine solche Pflicht zur Fixierung einer Obergrenze würde faktisch immer zu einer Budgetierung der Gesamtvergütung führen, weil auf diese Weise die Vergütungsform, die § 85 Abs 2 SGB V ausdrücklich offen lasse, von vornherein durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität präformiert werde (in diesem Sinne aber Tiemann, SGb 1998, S 144 und Sodan/Gast, NZS 1998, S 504). Die Begrenzung der Gesamtvergütung durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität entsprach der Rechtslage auch zur hier streitigen Zeit, weil der Gesetzgeber die Vertragspartner der Vergütungsvereinbarungen an dessen Beachtung unabhängig davon gebunden hat, für welche Form der Berechnung der Gesamtvergütung sie sich entschieden haben. Wären die Gesamtvertragsparteien nur bei der Vereinbarung eines Festbetrages an die zulässige prozentuale Steigerung der Gesamtvergütung für einen bestimmten Leistungsbereich auf die Empfehlungen der Konzertierten Aktion festgelegt, während sie bei vereinbarter Gesamtvergütung nach Einzelleistungen auf der Grundlage des Bema-Z kein festes Honorarvolumen anzugeben bräuchten, wären insoweit beitragssatzsprengende Effekte von vornherein einkalkuliert bzw könnten von der Krankenkassenseite nicht verhindert werden.

Der Einwand der Klägerin zu 1., im Hinblick auf den geringen Anteil der Leistungen für Vertragszahnärzte an der Gesamtheit der Ausgaben der Krankenkassen seien die davon ausgehenden beitragssatzgefährdenden Effekte kaum quantifizierbar bzw nicht sehr groß, so daß die Auswirkungen auf die Beitragssatzstabilität nicht feststünden und erst noch

ermittelt werden müßten, kann gleichfalls nicht überzeugen. Denn wenn der Gesetzgeber die Vertragspartner verpflichtet, die Beitragssatzstabilität bei Vergütungsvereinbarungen für jeden einzelnen Leistungsbereich zu beachten, können diese in einem bestimmten Versorgungsbereich dem nicht dadurch entgehen, daß sie darauf verweisen, Beitragssatzerhöhungen ließen sich voraussichtlich vermeiden, wenn in anderen - ausgabenrelevanteren - Bereichen die Vorgaben, die sie selbst nicht zu beachten gewillt sind, strikt eingehalten würden. Zutreffend gibt deshalb die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen Empfehlungen für den Anstieg der Gesamtvergütungsveränderung in den einzelnen Leistungsbereichen bzw für die Erhöhung der Vergütung in anderen, dem Gesamtvergütungssystem nicht unterliegenden Bereichen getrennt ab (vgl zB DOK 1995, 648 ff). Eine davon abweichende Sichtweise hätte zur Folge, daß jeder einzelne Bereich des Gesamtsystems auf die mögliche Zurückhaltung anderer Bereiche verweisen und sich dadurch von jeder Mitverantwortung für Beitragssatzerhöhungen freizeichnen könnte. Das entspricht jedoch ersichtlich nicht der Wertung des Gesetzes.

Aus den dargelegten Gründen ist der Schiedsspruch des Klägers zu 2. vom 27. Juni 1997 rechtswidrig, ohne daß von der Klägerin zu 1. für notwendig erachtete Beweiserhebungen durchzuführen gewesen sind. Eines Sachverständigengutachtens zur Frage der Ursächlichkeit der Festsetzungen in Ziff 1) und 3) des Schiedsspruchs für Beitragssatzerhöhungen im Bereich der Beigeladenen bedurfte es nicht, weil die Prüfung, ob der Kläger zu 2. seiner Verpflichtung zur Beachtung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nachgekommen ist, dem Beweis durch ein solches Gutachten nicht zugänglich ist. Der Schiedsspruch beruht auf der Annahme, dieser Grundsatz sei gleichrangig neben den anderen für die Veränderung der Gesamtvergütung maßgeblichen Faktoren zu berücksichtigen, und läßt erkennen, daß eine Erhöhung der Gesamtvergütung oberhalb der Grundlohnsummensteigerung vor allem wegen des auf 3,3 % veranschlagten Anstiegs der allgemeinen Praxiskosten von 1996 auf 1995 für geboten gehalten wird. Da die Krankenkassen für die zahnärztliche Behandlung einschließlich Zahnersatz 1996 in den alten Bundesländern 9,67 % und in den neuen Bundesländern 10,1 % der gesamten Leistungsangaben von etwa 196 Mrd DM aufgewandt haben (KZBV Jahrbuch 1997, S 54/55), unterliegt die Beitragssatzrelevanz dieses Leistungsbereichs keinem Zweifel. Ob eine oberhalb des Anstiegs der Grundlohnsumme liegende Erhöhung der Gesamtvergütung die beteiligten Krankenkassen tatsächlich zu einer Beitragssatzanhebung zwingt, kann vor Beginn des Jahres, für das die Veränderung nach § 85 Abs 3 SGB V vereinbart wird, nicht sicher abgeschätzt werden. Insoweit sind zahlreiche Faktoren wie etwa die Ausgabensituation in anderen Leistungsbereichen und Entwicklungen im Mitgliederbestand der Krankenkassen von Bedeutung. Gesamtvergütungsvereinbarungen und die an ihre Stelle tretenden Schiedsamtsentscheidungen enthalten deshalb notwendig prognostische Erwägungen. Diese können nur auf ihre Vertretbarkeit und daraufhin überprüft werden, ob die zur Entscheidung berufenen Institutionen von zutreffend ermittelten Daten ausgegangen sind. Eine auf prognostische Erwägungen gestützte Entscheidung wird bei Betrachtung ex post nicht falsch, wenn die Entwicklung anders als vorausgeschätzt verläuft. Umgekehrt wird eine solche Entscheidung nicht im rechtlichen Sinne "richtig", wenn die von ihr ausgehenden Gefährdungen tatsächlich nicht eingetreten sind. Aus dem Umstand, daß eine Krankenkasse 1997 ihren Beitragssatz infolge der Entwicklung des Leistungsgeschehens im Jahre 1996 nicht erhöht hat, folgt deshalb nicht notwendig, daß § 85 Abs 2 Satz 3 SGB V entsprochen worden ist.

Der angefochtenen, nach alledem zu Recht an die Rechtswidrigkeit des Schiedsspruches des Klägers zu 2. anknüpfenden Aufsichtsverfügung des Beklagten läßt sich schließlich nicht mit der Klägerin zu 1. entgegenhalten, die Beanstandung sei auf der Rechtsfolgenseite zu unbestimmt und verstoße damit gegen § 33 SGB X. Insoweit ist zu berücksichtigen, daß der Beklagte gemäß § 89 Abs 5 Satz 3 SGB V - ähnlich § 78 Abs 3 SGB V - hinsichtlich der Vergütungsvereinbarungen und Schiedssprüche nur zur Rechts- und nicht zur Fachaufsicht befugt ist. Dh, er darf nicht sein Gestaltungsermessen an die Stelle desjenigen der Vertragspartner bzw des Schiedsamtes setzen (ähnlich zur eingeschränkten gerichtlichen Kontrolle von Schiedssprüchen BSGE 20, 74, 76 f = SozR Nr 1 zu § 368h RVO; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 20 S 131). Wenn der Beklagte die beteiligten Gesamtvertragspartner bzw den Kläger zu 2. in der angefochtenen Beanstandungsverfügung vom 24. November 1997 daher verpflichtet hat, den erkannten, klar bezeichneten und gerügten Rechtsverstoß zu beheben, wird dies den Bestimmtheitsanforderungen an einen Verwaltungsakt gerecht. Denn der Beklagte wäre gar nicht berechtigt, den Beteiligten angesichts der Vielzahl denkbarer Lösungen vorzugeben, in welcher Weise dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität durch eine neue Vergütungsvereinbarung bzw einen Schiedsspruch konkret Rechnung zu tragen ist.

Fehler bei der Ausübung des dem Beklagten durch § 89 Abs 5 Satz 5 SGB V eingeräumten Aufsichtsermessens sind ebenfalls nicht ersichtlich. Er hat vielmehr zutreffend erkannt, daß er eine Ermessensentscheidung zu treffen hatte und sich darauf gestützt, daß die Schwere des Gesetzesverstoßes seinen Entschluß zu einem Einschreiten bewirkt habe. Diese Begründung geht - wie im einzelnen dargelegt - von der richtigen materiellen Rechtslage aus, beruht auf sachlichen Erwägungen und ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG. Da keiner der Beteiligten sich durch Bevollmächtigte hat vertreten lassen und die Kosten des Klägers zu 2. von den Beigeladenen und der Klägerin zu 1. gemeinsam zu tragen sind, hat der Senat von der Anordnung einer Kostenerstattungspflicht Abstand genommen.
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2003-08-28