

L 7 KA 425/02

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

7

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 27 KA 4456/00

Datum

30.01.2002

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 7 KA 425/02

Datum

10.12.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 25/04 R

Datum

14.12.2007

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 30. Januar 2002 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Rechtmäßigkeit des Schiedsspruches des Beklagten über die vertragszahnärztliche Gesamtvergütung im Jahre 2000 hinsichtlich der Ausgabenvolumina sowie hinsichtlich der Punktwerte der Gebührentarife C (Versorgung mit Zahnersatz und Zahnkronen) und D (Kieferorthopädische Behandlung) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für Zahnärztliche Leistungen (BemaZ) streitig.

Nach Scheitern der Vertragsverhandlungen zwischen den Klägern und den Beigeladenen zur Festsetzung des Gesamtvertrages über die Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen nach [§§ 82 Abs. 2 S. 1, 83 Abs. 1 S. 1](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) für das Jahr 2000 wurde von der Beigeladenen das Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Hessen angerufen. Streitig geblieben waren insoweit zwischen den Gesamtvertragsparteien die Festsetzungen der höchstzulässigen Ausgabenvolumina für die Gebührentarife A, B und E sowie für die Gebührentarife C und D. Streitig geblieben waren ferner die Festsetzungen der Punktwerte in diesen Gebührentarifen sowie des Punktwertes für die Vergütung der Individualprophylaxe-Leistungen.

Die Forderungen der Beigeladenen waren im Schriftsatz an das Landesschiedsamt vom 19. Mai 2000 enthalten. U.a. forderte darin die Beigeladene eine Gesamtanpassung gegenüber dem Jahr 1997 um 5,1 %. Die Kläger legten ihre Forderungen mit Schriftsatz vom 9. Juni 2000 dar. U.a. war darin die Forderung nach Festsetzung der Punktwerte in Höhe der Punktwerte der Primärkassen enthalten.

Das Landesschiedsamt setzte am 12. Juli 2000 durch Schiedsspruch nach [§ 89 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) den Vertragsinhalt des Gesamtvertrages mit der Gesamtvergütung für das Jahr 2000 fest. Unter Ziff. I Nr. 1 a) wurden die höchstzulässigen Ausgabenvolumina für die Tarife A, B und E vorläufig festgesetzt; unter Ziff. II Nr. 1 a) erfolgte die vorläufige Festsetzung der höchstzulässigen Ausgabenvolumina für den Tarif C und unter Ziff. III Nr. 1 a) diejenige für den Gebührentarif D. Grundlage für diese Festsetzungen waren die für das Jahr 1999 vom Schiedsamt festgelegten Ausgabenvolumina, berichtet um die tatsächliche Mitgliederentwicklung im Jahre 1999, unter Erhöhung eines Faktors von 1,3 %, was zu folgenden Ergebnissen führte:

A, B, E C D

VdAK 408.836.150,33 DM 111.940.904,52 DM 45.708.575,87 DM AEV/GEK 27.196.190,30 DM 6.900.205,50 DM 3.488.204,72 DM

Die endgültige Höhe der höchstzulässigen Ausgabenvolumina sollte nach dem Schiedsspruch nach abschließender Ermittlung der Mitgliederzahl im gesamten Jahr 2000 errechnet werden.

In den Gebührentarifen A, B und E wurden unter Ziff. I Nr. 2 die Punktwerte des Jahres 1999 für das Jahr 2000 um 1,1 % angehoben. Für den Tarif C erfolgte die Festsetzung der Punktwerte unter Ziff. II Nr. 2 und unter Ziff. III Nr. 2 die Festsetzung der Punktwerte für den Gebührentarif D; dabei wurde auf der Grundlage der im Jahre 1997 geltenden Punktwerte eine Steigerungsrate von 1,3 % zugrunde gelegt, was im Ergebnis zu folgenden Punktwerten führte:

A, B und E C D IP

VdAK 1,713 DM 1,4619 DM 1,4771 DM 1,734 DM

AEV 1,569 DM 1,3573 DM 1,3725 DM 1,591 DM

GEK 1,6308 DM 1,4164 DM 1,4316 DM 1,6505 DM

Der Schiedsspruch enthielt weitere Festsetzungen, deren Rechtmäßigkeit zwischen den Beteiligten nicht (mehr) umstritten ist.

Hinsichtlich der höchstzulässigen Ausgabenvolumina wurde vom Landesschiedsamt im Einzelnen ausgeführt, diese beruhten auf den für das vorangegangene Jahr 1999 vorläufig festgelegten Werten, korrigiert um den Mitgliederverlust des VdAK (20.263) und um den Zuwachs des AEV (3.249) unter Anwendung des - bereits angesprochenen - Erhöhungsfaktors von 1,3 %. Dieser Erhöhungsfaktor habe sich an der Bekanntmachung des Bundesministers für Gesundheit über die durchschnittlichen Veränderungsraten der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder der Krankenkassen vom 3. Januar 2000 (BAnz v. 4. Januar 2000, S. 2) orientiert, der eine Veränderungsrate von 1,43 % für das gesamte Bundesgebiet ausgewiesen habe. Unter Berücksichtigung des von den Ersatzkassen aus ihren Haushaltsmitteln zu zahlenden Risikostrukturausgleichs habe man zu deren Gunsten einen geringeren Satz für die Anhebung zugrunde gelegt. Mit diesem Steigerungssatz von nur 1,3 % sei hinreichend gewährleistet, dass eine Erhöhung der Beitragssätze im Jahre 2000 mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen sein werde und so dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität vorrangig Rechnung getragen worden sei.

Für die Gebührentarife A, B und E habe man für die einzelnen Ersatzkassenverbände unterschiedliche Punktwerte festgelegt. Dabei sei von einer Steigerungsrate von 1,1 % gegenüber den für das Vorjahr geltenden Punkten ausgegangen worden. Die unterschiedlichen Veränderungsraten hätten dabei allerdings nur eingeschränkt Berücksichtigung gefunden. Bei der Punktwertfestsetzung habe man allerdings dem Antrag der Kläger auf uneingeschränkte Anpassung an den Punktwert der AOK (1.589 DM) nicht folgen können. Dennoch habe man den Gedanken der Zusammenführung der Punktwerte nicht insgesamt fallen gelassen. Durch eine verhältnismäßig geringfügige Reduzierung der festzusetzenden Punktwerte sei vielmehr ein erster Schritt zur Annäherung der Punktwerte im Bereich der Primär- und Ersatzkassen getan worden. Deshalb sei man unter der vom Bundesministerium für Gesundheit genannten Veränderungsrate geblieben, die im AOK-Bereich 1,21 % betragen habe. Durch die jetzige Festsetzung sei die Punktwertdifferenz um 0,04 Pf. auf 12,40 Pf. verkürzt worden, ein Ergebnis, das auch auf den Bereich AEV/GEK übertragen worden sei. Diese Regelungen seien in vollem Einverständnis zwischen den Vertragsparteien formuliert und getroffen worden; das Schiedsamt habe keinen Anlass und keine Befugnis gesehen, von dem insoweit übereinstimmenden Willen der Beteiligten abzuweichen.

Für die Tarife C und D habe man als Grundlage für das Jahr 2000 wieder die für 1997 geltenden Punktwerte als maßgeblich angesehen, da die durch Art. 15 und 24 GKV-Solidaritätsgesetz (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 ([BGBl. I, S. 3853](#)) angeordnete Mindestabsenkung der Tarife C und D weggefallen sei. Die Steigerungsrate sei hier mit 1,3 % angesetzt worden. Auch insoweit habe man dem Vorschlag der Kläger, in Anlehnung an den Wert der AOK Hessen (1,33 DM) einen einheitlichen Punktwert zu gestalten, nicht folgen können. Durch den Ansatz des Steigerungssatzes von 1,3 % sei aber auch hier die Beitragsdifferenz gegenüber dem Punktwert im Primärkassenbereich zurückgeführt worden. Die im Vergleich zu den Tarifen A, B und E um 0,2 % höhere Steigerungsrate sei berechtigt gewesen, da diese Tarife in den vorangegangenen Jahren aufgrund gesetzgeberischer Maßnahmen nicht nur nicht erhöht, sondern sogar merklich zurückgefahren worden seien, während in den Tarifen A, B und E im Jahre 1999 mit + 0,31 % eine Fortschreibung erfolgt sei. Die für 1999 gesetzlich verordnete Minderung von 5 % sei dadurch aber keinesfalls wieder ausgeglichen worden. Auch insoweit seien die Regelungen in vollem Einverständnis mit den Vertragsparteien formuliert und getroffen worden. Den IP-Punktwert habe man um 0,011 % gegenüber der ansonsten maßgeblichen Steigerungsrate von 1,2 % im Primärkassenbereich zusätzlich aufgestockt, also um 1,211 %. Dies halte sich im Rahmen der Erhöhung der Tarifbereiche A bis E, wobei gleichzeitig der Gedanke der Zusammenführung der Punktwerte zwischen Primär- und Ersatzkassen eine Rolle gespielt habe.

Zu einer Festsetzung von differenzierten Punktwerten für die aus einer Fusion mit der Gärtner-Krankenkasse hervorgegangene vergrößerte Techniker-Krankenkasse, wie dies von den Klägern beantragt worden sei, habe trotz der bisherigen unterschiedlichen Punktwerte bezüglich der Gärtner-Krankenkasse, die dem AEV angehört habe, kein Anlass bestanden. Bei den insoweit aufgetretenen Einnahme- und Ausgabeschwierigkeiten handele es sich vielmehr um Probleme, die eine unmittelbare Folge der Fusion seien und damit ein Sachpunkt, der in den Bereich der internen Organisation der Kläger falle und deshalb beim Schiedsspruch keine Berücksichtigung gefunden habe.

Die Kläger haben hiergegen Klage erhoben und die Auffassung vertreten, das Landesschiedsamt habe seinen Gestaltungsspielraum in vielfacher Weise überschritten. Die Beigeladene ist dieser Auffassung entgegengetreten.

Durch Urteil vom 30. Januar 2002 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen.

Das Sozialgericht hat sich für befugt angesehen, über die Klage zu verhandeln und zu entscheiden, obgleich zum Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung ein Schiedsamtsvorsitzender nicht bestellt war und die Amtszeit des bisherigen Vorsitzenden kraft Gesetzes ([§§ 89 Abs. 3 S. 3 SGB V](#), § 3 Schiedsamtverordnung) nach Ablauf der 4-jährigen Amtsperiode ende. Lediglich für die Vertreter der Zahnärzte und ihre Stellvertreter sowie die Vertreter der Krankenkassen und ihre Stellvertreter bleibe die Mitgliedschaft nach § 4 Schiedsamtverordnung so lange bestehen, bis ein Nachfolger bestellt sei. Für den Vorsitzenden und die beiden weiteren unparteiischen Mitglieder gelte diese Regelung indes nicht. Insoweit bestehe auch keine Gesetzeslücke, da das Gesetz in [§ 89 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) ein Verfahren auch im Konfliktfall vorsehe. Soweit nach [§ 71 Abs. 4 SGG](#) für das Schiedsamt der Vorsitzende handle, werde an die ordnungsgemäße Bestellung des Vorsitzendenamtes angeknüpft. Der Vorsitzende könne jedoch nur handeln, wenn er entsprechend ordnungsgemäß bestellt sei. Dies ändere jedoch nichts daran, dass im vorliegenden Verfahren ein Urteil habe ergehen können, auch wenn der Beklagte nicht ordnungsgemäß vertreten gewesen sei. Denn der Beklagte habe keine eigenen Rechte, die in diesem Verfahren verletzt werden könnten. Die eigentlichen Vertragsparteien aber - hier die Kläger und die Beigeladene - könnten ihre Interessen selbst und unmittelbar ausreichend geltend machen. Darüber hinaus bestehende unmittelbar geltende Rechte des Beklagten, insbesondere ein Recht auf rechtliches Gehör, sei deshalb nicht verletzt. Die fehlende Eingliederung eines Schiedsamtes in die staatliche Verwaltung bewirke nämlich keine Teilhabe an der gemeinsamen Selbstverwaltung der Gesamtvertragspartner in dem Sinne, dass dessen eigenständige Klagebefugnis bejaht werden müsse (Hinweise auf BSG, Urteil vom 10. Mai 2000 - [B 6 KA 20/99 R](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 37](#)). Deshalb brauche im gerichtlichen Verfahren nicht bis zu dem Zeitpunkt zugewartet zu werden, zu dem eine ordnungsgemäße Besetzung des Schiedsamtes erfolge.

Den Schiedsspruch selbst hat das Sozialgericht als rechtmäßig angesehen. Es hat unter Berufung auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteile vom 19. März 1997 - [6 RKa 36/96](#) = [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 20](#) und Urteil vom 10. Mai 2000 - [B 6 KA 19/99 R](#) sowie [B 6 KA 20/99 R](#) = [SozR 3 - 2500 § 85 Nr. 37](#)) die Auffassung vertreten, die gerichtliche Kontrolle der Festsetzung von Vergütungsvereinbarungen durch das Schiedsamt sei auf die Prüfung beschränkt, ob der Entscheidung zutreffend ermittelte Tatsachen zugrunde gelegt worden seien, ob vom Schiedsamt die Grenzen des ihm zustehenden Beurteilungsspielraums eingehalten worden seien und das Schiedsamt sein Gestaltungsmessen, soweit ihm ein solches zukomme, sachgerecht ausgeübt habe. Anhand dieser Kriterien sei der ergangene Schiedsspruch nicht zu beanstanden.

Die Festsetzung der Gesamtvergütung für das Jahr 2000 habe nach Maßgabe des SGB V in der Fassung des GKV-Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22.12.1999 ([BGBl. I, S. 2626](#)) bzw. des Gesetzes zur Rechtsangleichung der gesetzlichen Krankenversicherung vom selben Tag ([BGBl. I, S. 2657](#)) erfolgen müssen. Sie könne als Festbetrag oder auf der Grundlage des Bewertungsmaßstabes nach Einzelleistungen, nach einer Kopfpauschale, nach einer Fallpauschale oder nach einem System berechnet werden, das sich aus der Verbindung dieser oder weiterer Berechnungsarten ergebe. Soweit die Gesamtvergütung auf der Grundlage von Einzelleistungen vereinbart werde, sei der Betrag des Ausgabevolumens nach [§ 85 Abs. 2 S. 2 SGB V](#) zu bestimmen sowie eine Regelung zur Vermeidung der Überschreitung dieses Betrages zu treffen ([§ 85 Abs. 2 S. 1, 2 und 7 SGB V](#)). Bei der Vereinbarung der Veränderung der Gesamtvergütungen sei der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 71 SGB V](#)) in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#)). Die Vertragspartner müssten dabei die Regelungen so gestalten, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen werden, es sei denn, die notwendige medizinische Versorgung sei auch nach Ausschöpfung von Wirtschaftlichkeitsreserven ohne Beitragssatzerhöhungen nicht gewährleistet (Hinweis auf [§ 71 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)). Um den Vorgaben nach [§ 71 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) zu entsprechen, dürfe die vereinbarte Veränderung der jeweiligen Vergütung, die sich bei der Anwendung der Veränderungsrate für das gesamte Bundesgebiet nach Abs. 3 ergebende Veränderung der Vergütung nicht überschreiten ([§ 71 Abs. 2 S. 1 SGB V](#)).

Diesen Kriterien entspreche der ergangene Schiedsspruch. So werde insbesondere der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht verletzt. Der Schiedsspruch gehe von einer höchstzulässigen Veränderungsrate von 1,43 % aus, die mit dem tatsächlich angewandten Steigerungssatz von 1,3 % allerdings nicht ausgeschöpft worden sei. Dass dabei an die vereinbarten, und nicht etwa an die tatsächlichen Ausgabenvolumina des Vorjahres (1999) unter Berücksichtigung der Mitgliederentwicklung angeknüpft worden sei, sei nicht zu beanstanden, zumal davon ausgegangen werden könne, dass die für das Vorjahr vereinbarten höchstzulässigen Ausgabenvolumina mit dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Übereinstimmung gestanden hätten. Eine gegenteilige gesetzliche Vorgabe gebe es nicht. [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) spreche lediglich von den "Veränderungen der Gesamtvergütungen", unterscheide aber nicht zwischen tatsächlichen und vereinbarten Gesamtvergütungen. Die Gesamtvergütung aber sei Ergebnis der Vereinbarung zwischen den Vertragspartnern des Gesamtvertrages, denen es in erster Linie obliege, die Höhe der Gesamtvergütung festzulegen und entsprechend auch die Folgevereinbarungen für das nächste Jahr zu treffen. An welche Daten des Vorjahres die Vertragspartner anknüpften, sei Bestandteil ihrer Vertragsfreiheit. In bestimmten Fällen habe der Gesetzgeber die Vertragspartner allerdings an die tatsächlichen Ausgaben gebunden, was z.B. auch im GKV-Solidaritätsgesetz verankert gewesen sei. Dort habe der Gesetzgeber ausdrücklich bestimmt, dass das Ausgabenvolumen für das Jahr 1999 die Gesamtheit der über die Kassenärztlichen Vereinigungen abgerechneten entsprechenden Vergütungen für das Jahr 1997 nicht überschreiten dürfe. Auch im Folgesatz für Zahnersatz und Kieferorthopädie sei der Begriff der abgerechneten Vergütungen aufgegriffen worden. Bezüglich der Gesamtvergütung der Vertragsärzte sei in Art. 14 Abs. 1 S. 2 GKV-SolG bestimmt worden, dass die Veränderungen der Gesamtvergütung im Jahr 1999 auf das entsprechend der Veränderung der beitragspflichtigen Einnahmen im Jahr 1998 veränderte Vergütungsvolumen des Jahres 1997 zu beziehen sei. Hier habe der Gesetzgeber also nicht an die tatsächlichen Ausgaben angeknüpft, sondern an vereinbarte Gesamtvergütungen. Jedenfalls dann, wenn der Gesetzgeber an tatsächliche Ausgaben bzw. das tatsächliche Ausgabenvolumen anknüpfe, verwende er hierfür die entsprechenden Formulierungen. Hätte der Gesetzgeber in dieser Frage für 2000 den Vertragspartnern deren Vertragsautonomie entziehen wollen, hätte dies nach alledem einer eindeutigen gesetzlichen Regelung bedurft, die jedoch nicht vorliege.

Auch ein Verstoß gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot sei nicht erkennbar geworden. Da gesetzgeberische Vorgaben nicht verletzt worden seien, obliege die Feststellung der "richtigen" Gesamtvergütung den Vertragsparteien und im Falle der Nichteinigung – wie hier – demnach dem Schiedsamt. Eine Unwirtschaftlichkeit könne vorliegend deshalb ebenso wenig angenommen werden wie ein Verstoß gegen das Kriterium der Angemessenheit der Vergütung. Jedenfalls sei auch insoweit der Beurteilungsspielraum des Beklagten nicht überschritten worden.

Der Beklagte sei auch nicht verpflichtet gewesen, für die Festsetzung der Punktwerte C und D auf das Ergebnis des GKV-SolG zurückzugreifen. Die dortigen Regelungen insbesondere in Art. 15 GKV-SolG hätten sich ausdrücklich auf das Jahr 1999 bezogen. Hätte der Gesetzgeber eine zwingende Strukturentscheidung auch für die Folgejahre treffen wollen, wäre eine entsprechende Erörterung in den Gesetzesmaterialien zu erwarten gewesen. Dies sei jedoch nicht geschehen.

Auch insoweit sei ein Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht festzustellen gewesen. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität werde nämlich ausschließlich durch die höchstzulässigen Ausgabenvolumina, nicht aber durch die jeweiligen Punktwerte berührt. Soweit die Ausgabenvolumina nicht ausgeschöpft würden, scheide ein Verstoß gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität aus. Würden andererseits die Ausgabenvolumina ausgeschöpft bzw. Leistungen in einer Zahl erbracht, die bei ausschließlich festen Punktwerten zu einem Überschreiten der Ausgabenvolumina führen würden, beschränkten gerade diese vereinbarten Ausgabenvolumina die von den Krankenkassen zu leistenden Gesamtvergütungen. Es könne deshalb dahingestellt bleiben, ob höhere Punktwerte, die grundsätzlich zu einem schnelleren Erreichen der vereinbarten Ausgabenvolumina führten, ggf. die Vertragsbehandler veranlassen könnten, von einer notwendigen Leistungserbringung abzusehen. Insoweit komme der Höhe des Punktwertes bei inzwischen zwingend vorgeschriebenen höchstzulässigen Ausgabenvolumina vor allem eine Steuerungsfunktion zu, wofür der Gesetzgeber aber jedenfalls für das Jahr 2000 keine Vorgaben gemacht habe. Die Vereinbarung hierüber unterliege deshalb dem Gestaltungswillen der Partner des Gesamtvertrages bzw. dem Schiedsamt. Von daher habe es auch keiner weitergehenden Begründung bedurft, weshalb das Schiedsamt als Grundlage der Festsetzungen für das Jahr 2000 wieder die für 1997 geltenden Punktwerte als maßgeblich angesehen habe.

Nicht zu erkennen sei auch, weshalb ein gewichteter Punktwert für die aus der Fusion hervorgegangene Techniker-Krankenkasse hätte festgesetzt werden müssen. Die Berechnung der höchstzulässigen Ausgabenvolumina beruhe für alle Gebührenbereiche auf der Grundlage

der vereinbarten Ausgabenvolumina für das Jahr 1989 unter Veränderung der Mitgliederentwicklung. Die Berechnung der höchstzulässigen Ausgabenvolumina beruhe demnach auf dem Zustand vor Wirksamwerden der zum 1. Januar 2000 wirksam gewordenen Fusion. Soweit höhere Punktwerte für Teile der fusionierten Technikerkrankenkasse zum Tragen kommen sollten, die im Vorjahr noch nicht zu leisten gewesen seien, so sei dies ohne Auswirkung auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Insoweit seien die Ausführungen des Schiedsamtes, dass es sich allein um eine organisatorische Maßnahme der Krankenkassen gehandelt habe, die bei der Regelung der Gesamtvergütung nicht zu berücksichtigen sei, nicht zu beanstanden.

Nicht zu beanstanden sei auch, dass der Beklagte keine weitergehende Angleichung an die Punktwerte der Primärkassen vorgenommen habe. Eine darauf gerichtete gesetzliche Vorgabe gebe es nicht.

Soweit das Landesschiedsamt auf die übrigen in [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) genannten Kriterien (Praxiskosten, für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen) in seiner Begründung nicht eingehe, sei dies ebenfalls nicht zu beanstanden gewesen, wenn auch nicht frei von Bedenken. Denn die vom Gesetzgeber vorgegebenen höchstzulässigen Veränderungsrate stellten lediglich Obergrenzen für eine zulässige Veränderung der Gesamtvergütung dar und bedeuteten nicht, dass immer oder annähernd in dieser Höhe die Gesamtvergütung zu erhöhen sei. Im Hinblick darauf, dass das Landesschiedsamt aber mit + 1,3 % unterhalb der höchstzulässigen Veränderung der Gesamtvergütung von 1,43 % geblieben sei, und im Hinblick auf den weiteren Umstand, dass die höchstzulässige Zunahme der Gesamtvergütung sich in der Höhe der allgemeinen Kostensteigerungen bewege, sei auch unter diesem Gesichtspunkt der Schiedsspruch nicht zu beanstanden gewesen.

Mit der in Bezug auf den Schiedsspruch vertretenen Auffassung werde auch nicht gegen das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 20. Dezember 2000 (L 7 KA 1120/98) verstoßen. Soweit das Landessozialgericht darin die Auffassung vertrete, die Gesamtvergütung in den vorangehenden Jahren, auf deren Regelung der Schiedsspruch aufbaue, habe nur als die Summe aller von den Krankenkassen tatsächlich erbrachten Zahlungen auf der Basis der in Rechnung gestellten Einzelleistungen zum vollen Punktwert verstanden werden können, bezögen sich diese Ausführungen ausdrücklich auf einen bestimmten Schiedsspruch, nämlich den im Primärkassenbereich vom 5. Juni 1996. Folgerungen hieraus seien in Bezug auf die im vorliegenden Fall maßgebliche Gesetzesauslegung nicht zu ziehen.

Gegen das den Klägern am 26. März 2002 zugestellte Urteil richtet sich die am 17. April 2002 eingegangene Berufung. Die Kläger vertreten in ihrer Berufung, die sich auf die Gebührentarife C und D bezieht, folgende Auffassung, die in wesentlichen Punkten bereits im sozialgerichtlichen Verfahren vorgetragen worden war:

Das Landesschiedsamt habe hinsichtlich der Festsetzung der Punktwerte für Leistungen nach den Gebührentarifen C und D seinen Ermessensspielraum überschritten, indem es den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzt habe. Insoweit könne die Auffassung des Sozialgerichts, die Zielsetzung des Art. 15 GKV-SolG, wonach sämtliche dortigen Regelungen ausschließlich und ohne Fortgeltung nur im Jahre 1999 wirken sollten, nicht geteilt werden. In den Punkten, in denen die Einzelregelungen tatsächlich nur für 1999 hätten gelten sollen, habe dies der Gesetzgeber ausdrücklich erwähnt. So sehe Satz 2 dieser Vorschrift ausdrücklich vor, dass die dort geregelte 5%ige Absenkung bezüglich des Ausgabenvolumens "für das Jahr 1999" gelten solle. Eine solche Formulierung finde sich im Gegensatz hierzu in Art. 15 Abs. 1 Satz 7 GKV-SolG gerade nicht. Der Gesetzgeber habe vielmehr, wie die Regelung in Satz 2 zeige, das Problem einer Fortgeltung der Absenkung gesehen und für den Bereich der Festsetzung der Punktwerthöhe eine solche vorgesehen. Die Notwendigkeit der Weitergeltung der Absenkung - wie dies beispielsweise in [§ 85 Abs. 2 b Satz 2 SGB V](#) geschehen sei - ausdrücklich festzuschreiben, habe also gar nicht bestanden. Im Lichte des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität ergebe sich aus Art. 15 Abs. 1 Satz 7 GKV-SolG eine Einschränkung der Vertragsautonomie der Gesamtvertragspartner bzw. der Gestaltungsfreiheit des Landesschiedsamtes derart, dass eine Fortschreibung der Absenkung der Punktwerte durch das GKV-SolG im Jahre 1999 für das Jahr 2000 erforderlich geworden sei. Die Rückführung der Absenkung und die Erhöhung um 1,3 % führe insgesamt zu einer Erhöhung der Punktwerte, welche die zur Erhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität maßgebliche Veränderungsrate der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder aller Krankenkassen um ein mehrfaches übersteige. Eine solche Anhebung der Punktwerte im Jahre 2000 widerspreche gerade der Absicht des Gesetzgebers, mit der Schaffung des GKV-SolG die Beitragssatzstabilität dauerhaft zu sichern. Dies werde auch in einem Schreiben des Bundesministeriums für Gesundheit vom 7. Dezember 2000 (Bl. 121 ff. GA) deutlich, wo es heiße, dass für 2000 die relevanten Parameter die in Artikel 15 GKV-SolG festgesetzten Gesamtvergütungen 1999 (konservierend-chirurgische Leistungen und Zahnersatz/Kieferorthopädie) sowie die Veränderungsrate für das Jahr 2000 seien. Auch das Bundesversicherungsamt vertrete in einem Schreiben vom 27.2.2002 (Bl. 123 ff. GA) die Auffassung, dass die Veränderung der Gesamtvergütung auch nach Zeiträumen der Budgetierung bzw. der Vergütungsabsenkung durch den Gesetzgeber grundsätzlich auf der Basis des Vorjahres - also auf der abgesenkten Basis - zu erfolgen habe. Die Rücknahme der durch das GKV-SolG angeordneten Absenkung der Punktwerte verletze damit den Grundsatz der Beitragssatzstabilität sowie der Angemessenheit und sei damit ermessensfehlerhaft. Die Entscheidung des Landesschiedsamtes stehe insoweit auch nicht im Einklang mit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Hinweis auf BSG Urteil vom 30.10.1963 - [6 RKA 4/62](#) = SozR Nr. 1 zu § 368 h RVO), die davon ausgehe, dass grundsätzlich eine Vergütungsanpassung auf der Basis der Vergütung des Vorjahres vorzunehmen sei, da diese die Vermutung der Angemessenheit in sich trage. Dies müsse erst recht gelten, wenn der Gesetzgeber selbst eine Vergütung festgelegt habe, wie dies mit Art. 15 GKV-SolG für die Vergütung des Jahres 1999 geschehen sei. In einem solchen Fall stelle die Missachtung der durch den Gesetzgeber vorgesehenen und an der Notwendigkeit der Ausgabenbegrenzung in der GKV orientierten Vergütungsregelungen und dabei die Vorjahresvergütung zu ignorieren und statt dessen auf die Punktwerte des Jahres 1997 zurückzugreifen, eine rechtswidrige Überschreitung des Gestaltungsspielraumes des Schiedsamtes dar.

Im Gegensatz zur Auffassung des Sozialgerichts habe das Landesschiedsamt auch insoweit den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum überschritten, als es bei der Festsetzung der höchstzulässigen Ausgabenvolumina in den zuletzt noch umstrittenen Gebührentarifen C und D von der Basis der vom Schiedsamt im Jahre 1999 festgelegten höchstzulässigen Ausgabenvolumina ausgegangen sei. Sofern ein höchstzulässiges Ausgabenvolumen nicht ausgeschöpft worden sei, könne sich die Vermutung der Angemessenheit der Vergütung für das Folgejahr nur auf das tatsächlich gezahlte Ausgabenvolumen beziehen, da ansonsten eine Gesamtvergütung als angemessen angenommen würde, die tatsächlich nicht notwendig gewesen sei. Die Festsetzung eines Ausgabenvolumens auf der Basis eines Volumens des Vorjahres, das nicht ausgeschöpft worden sei, widerspreche dem Sinn und Zweck des Gebotes der Angemessenheit der Vergütung vertragszahnärztlicher Leistungen ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)). Auch insoweit sei der Gestaltungsspielraum des Landesschiedsamtes eingeschränkt gewesen.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 30. Januar 2002 aufzuheben sowie den Schiedsspruch vom 12. Juli 2000 hinsichtlich der Ziffer II, 1.a (Ausgabenvolumina), Ziffer II, 2. (Punktwerte Tarif C) sowie Ziffer III, 1.a (Ausgabenvolumina) und III, 2. (Punktwerte Tarif D) abzuändern und den Beklagten zu verpflichten, insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung zurückzuweisen, hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beigeladene ist der Auffassung, die Regelungen insbesondere in Art. 15 GKV-SolG hätten sich ausdrücklich lediglich auf das Jahr 1999 bezogen. Deshalb sei auch durch das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 ([BGBl. I, S. 2626](#)) die für 1999 eingeführte Budgetierung der vertragszahnärztlichen Gesamtvergütung sowie die zusätzliche Absenkung der Vergütungen für Zahnersatz und Kieferorthopädie um 5 % nicht fortgeführt worden. Der Gesetzgeber habe in Art. 15 GKV-SolG lediglich eine Interimslösung für das Jahr 1999 treffen wollen, um "die Voraussetzungen für eine grundlegende Strukturreform im Jahr 2000 zu schaffen". Da eine Verletzung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität nicht ersichtlich sei und es insoweit keine andere gesetzliche Vorgabe gegeben habe, habe das Landesschiedsamt rechtsfehlerfrei von dem hier zugrunde gelegten vereinbarten Ausgabenvolumen ausgehen dürfen und insoweit keinen Ermessensfehler begangen. Selbst wenn das Bundesministerium für Gesundheit - was so nicht nachvollzogen werden könne - von anderen Parametern ausgehe, so bleibe es dennoch den Vertragsparteien unbenommen, unter Berücksichtigung der vorstehenden Aspekte im Rahmen ihrer Verhandlungsautonomie eine andere Grundlage zu wählen. Dies gelte deshalb auch für das Schiedsamt, das den ihm insoweit zustehenden Entscheidungs- und Ermessenskorridor nicht verlassen habe. Deshalb habe auch nicht zwangsläufig eine Vergütungsanpassung auf der Basis der Vergütung des Vorjahres vorgenommen werden müssen. Soweit auf die Auffassung des Bundesversicherungsamtes vom 27. Februar 2002 verwiesen werde, könne dieser Auffassung nicht gefolgt werden. Diese Rechtsauffassung stelle keine zwischen den Aufsichtsbehörden des Bundes und der Länder abgestimmte Rechtsauslegung dar. Dies werde auch von der vorliegend zuständigen Aufsichtsbehörde, dem Hessischen Sozialministerium, in dessen Schreiben vom 28. Juni 2002 (Bl. 149 GA) bestätigt. Nach alledem seien die getroffenen Regelungen so gestaltet worden, dass Beitragssatzerhöhungen ausgeschlossen gewesen seien. Dabei sei entscheidend, dass das Landesschiedsamt jeweils unter der höchstzulässigen Veränderungsrate geblieben sei.

Der für die Zeit vom 17. August 2002 bis zum 16. August 2003 bestellt gewesene Vorsitzende des Landesschiedsamtes hat schriftsätzlich (Schriftsatz vom 15. November 2002) ausgeführt, er stelle sich hinter die im angefochtenen Beschluss von der Mehrheit der Schiedsamtsmitglieder vertretene Meinung.

In der mündlichen Verhandlung vom 1. Oktober 2003 haben die Verfahrensbeteiligten übereinstimmend erklärt, die höchstzulässigen Ausgabenvolumina der Tarife A, B und E, wie sie im angefochtenen Schiedsspruch vom 12. Juli 2000 festgesetzt worden waren, seien in diesem Bereich sowie im Tarif C im Ergebnis unterschritten worden, wobei der Mitgliederrückgang um ca. 2,5 % bereits berücksichtigt worden sei. Die Unterschreitung bezüglich der Tarife A, B und E habe in Bezug auf den Schiedsspruch minus 1 % (4,131 Mio DM) und im Bereich des Zahnersatzes minus 16,5 % (18,01 Mio DM) betragen. Im Tarif D sei dagegen eine Überschreitung um 4,8 % (2,134 Mio DM) eingetreten.

Sowohl die Kläger als auch die Beigeladene haben sich zu der in der mündlichen Verhandlung angesprochenen Frage der Vertretung des Beklagten dahingehend geäußert, dass die Bestellung eines besonderen Vertreters nach [§§ 72 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#), 67 Zivilprozessordnung (ZPO) als nicht erforderlich angesehen werde und demnach auch ohne die Vertretung des Beklagten verhandelt und entschieden werden könne. Auch die Rechtmäßigkeit der Besetzung der Richterbank mit dem ehrenamtlichen Richter Scharf anstelle des ursprünglich geladenen ehrenamtlichen Richters M. ist von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogen worden.

Wegen der Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird im Übrigen Bezug genommen auf den gesamten weiteren Inhalt der Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte des beklagten Landesschiedsamtes.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 151 SGG](#)) ist zulässig. Berufungsausschließungsgründe nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegen nicht vor.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Einer erneuten Entscheidung des Beklagten hinsichtlich der Ausgabenvolumina sowie hinsichtlich der Punktwerte für die Gebührentarife C und D für das Jahr 2000 bedarf es nicht.

Dabei geht der Senat davon aus, dass über die Berufung der Kläger vom Senat entschieden werden konnte, obgleich der Beklagte zum Zeitpunkt der letzten mündlichen Verhandlung nicht vertreten war, nachdem zu diesem Zeitpunkt kein Schiedsamtsvorsitzender mehr bestellt gewesen ist. Der Senat teilt nämlich insoweit die Auffassung des Sozialgerichts, das sich bei seiner Entscheidung in derselben Situation befunden hat, wie der Senat im Zeitpunkt seiner mündlichen Verhandlung und nimmt auf die darauf bezogenen Ausführungen des Sozialgerichts gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug. Zu Recht hat sich das Sozialgericht dabei auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 10.5.2000 - [B 6 KA 20/99 R](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 37](#), m.w.N.) zur Frage der Klagebefugnis des Schiedsamtes berufen, die dem Schiedsamt vom Bundessozialgericht in Fällen der gegen einen Schiedsspruch ergangenen Aufsichtsverfügung ausdrücklich versagt worden ist. Die hierzu vertretene Auffassung lässt sich aber auch auf diejenige Fallgestaltung übertragen, bei der - wie hier - von einer der Gesamtvertragsparteien der ergangene Schiedsspruch angefochten wird. Auch hier sind die eigentlichen Prozessgegner die Vertragsparteien selbst, während das Schiedsamt als der eigentliche Beklagte diese Stellung nur förmlich inne hat (vgl. insoweit auch BSG, Urteil vom 16.7.2003 - [B 6 KA 29/02 R](#) -, m.w.N.). Diese lediglich formale Stellung zeigt sich auch darin, dass die Vertragsparteien noch nicht einmal zwingend an einen Schiedsspruch gebunden sind: Sie können insbesondere die Verhandlungen während eines laufenden Verfahrens einvernehmlich wieder an sich ziehen und sogar nach Ergehen eines Schiedsspruchs eine hiervon abweichende Vereinbarung treffen (BSG, Urteil vom 10.5.2000 a.a.O., m.w.N.), während dem Schiedsamt selbst, nach einem erfolgten Schiedsspruch, insoweit kein eigener Spielraum mehr zur Verfügung steht. Auch der Bestellung eines besonderen Vertreters nach [§ 72 SGG](#) bzw. [§ 57 ZPO](#), wie sie in der mündlichen Verhandlung vor dem Senat angesprochen worden war, bedurfte es unter diesen Voraussetzungen nicht.

Die Entscheidung über die Berufung war durch den Senat in der Besetzung mit der ehrenamtlichen Richterin Dr. Reuter und dem ehrenamtlichen Richter Scharf zu treffen. Der ursprünglich für die Sitzung nach dem Geschäftsverteilungsplan geladene ehrenamtliche Richter M. war als ehrenamtlicher Richter "aus den Kreisen der Krankenkassen ([§ 12 Abs. 3 Satz 1 SGG](#)) von Gesetzes wegen nach [§ 41 Nr. 4 ZPO](#) i.V.m. [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) von der Mitwirkung ausgeschlossen. Denn der ehrenamtliche Richter M. gehört als leitender Beschäftigter der Techniker-Krankenkasse an. Die Techniker-Krankenkasse aber ist ihrerseits Mitglied bei der Klägerin zu 1), die – im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG Urteil vom 25.11.1998 – [B 6 KA 84/97 R = SozR 3-1500 § 17 Nr. 3](#) m.w.N.) – ganz unzweifelhaft "aktiv" am vorliegenden Gerichtsverfahren beteiligt ist, was einer Teilnahme des ehrenamtlichen Richters M. in diesem Verfahren entgegensteht. Bei dem nachgeladenen ehrenamtlichen Richter Scharf, der als stellvertretendes Mitglied dem Verwaltungsrat der Innungskrankenkasse Hessen angehört, besteht die zuvor beschriebene Nähe zu den Verfahrensbeteiligten demgegenüber nicht, so dass seine Mitwirkungsmöglichkeit im vorliegenden Verfahren nicht infrage steht.

Hinsichtlich der Beurteilung der Frage der Rechtmäßigkeit des angefochtenen Schiedsspruches folgt der Senat gleichfalls den Ausführungen des Sozialgerichts.

Insoweit hat das Sozialgericht zu Recht darauf hingewiesen, dass dem Schiedsamt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. z.B. Urteil vom 10.5.2000 a.a.O., m.w.N.) bei der Festsetzung des Inhaltes eines Gesamtvertrages über die vertragszahnärztliche Vergütung nach [§ 89 Abs. 1 SGB V](#) ein weiter Beurteilungsspielraum zusteht. 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. Die aufsichtsrechtliche und 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 sachgerecht ausgeübt hat. Die Grenzen des Beurteilungsspielraums sind dann nicht eingehalten, wenn das Schiedsamt seiner Entscheidung eine bestimmte Gewichtung der maßgeblichen Kriterien für eine Vergütungsvereinbarung zugrunde legt, die mit dem Gesetz nicht im Einklang steht und sich hieraus Auswirkungen auf die Höhe der Veränderung der Gesamtvergütung ergeben können (BSG a.a.O.).

Sowohl hinsichtlich der vorliegend umstrittenen höchstzulässigen Ausgabenvolumina als auch im Hinblick auf die Festsetzung der Punktwerte in den Gebührentarifen C und D hat der Beklagte eine Entscheidung getroffen, die unter diesen rechtlichen Gesichtspunkten nicht zu beanstanden ist.

Bei den Ausgabenvolumina durfte das Schiedsamt an die im Jahr 1999 festgelegten höchstzulässigen Ausgabenvolumina anknüpfen. Das Sozialgericht hat insoweit zu Recht dem Beklagten die Befugnis eingeräumt, als Grundlage für die Ausgabenvolumina auf die für 1999 "vereinbarte" Gesamtvergütung zurückzugreifen, wobei die Rechtsprechung (BSG, Urteil vom 16.7.2003 a.a.O., m.w.N.) nach Art einer Vermutung davon ausgeht, dass die Höhe einer solchermaßen vereinbarten Gesamtvergütung angemessen ist. Nichts anderes gilt, wenn – wie hier – die Ausgabenvolumina aufgrund eines Schiedsspruches festgesetzt worden sind. Insoweit kommt es weder auf das tatsächlich gezahlte Ausgabenvolumen an – wie dies die Kläger für richtig halten –, noch etwa auf das – fiktive – Ausgabenvolumen, das gezahlt werden müsste, wenn eine Begrenzung nicht erfolgt wäre. Das Bundessozialgericht (a.a.O.) hat dabei auch darauf hingewiesen, dass dieses Prinzip, wonach die frühere Gesamtvergütungsvereinbarung als maßgeblicher Ausgangspunkt zugrunde zu legen ist und grundsätzlich nachträglich nicht in Frage gestellt werden kann, im Übrigen auch in [§ 85 Abs. 3c SGB V](#) i.d.F. des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I S. 2266](#)) zum Ausdruck gekommen ist. Die nachfolgenden Fassungen des Gesetzes haben daran nichts geändert.

Demgegenüber kann sich diese Vermutung der Angemessenheit – auch insoweit entgegen der Auffassung der Kläger – nicht auf eine vom Gesetz festgelegte Vergütung beziehen, wie dies vorliegend durch Art. 15 GKV-Solidaritätsstärkungsgesetz (GKV-SolG) vom 19.12.1998 ([BGBl. I S. 3853](#)) unter Eingriff in die Vertragsautonomie geschehen ist.

Der Senat teilt auch die Auffassung des Sozialgerichts zur Frage der Einhaltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität durch den ergangenen Schiedsspruch und seine Meinung zur Frage der Fortwirkung der durch das GKV-SolG für das Jahr 2000 getroffenen Regelungen, auf die der Senat gleichfalls gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug nimmt. Auch der Senat geht davon aus, dass insbesondere die Art. 14 und 15 GKV-SolG sich allein auf das Jahr 1999 beziehen und eine Fortschreibung der dort getroffenen Absenkung für das Jahr 1999 in Bezug auf die höchstzulässigen Ausgabenvolumina für Zahnersatz und Kieferorthopädie als Eingriff in die Vertragsautonomie der ausdrücklichen gesetzlichen Regelung bedurft hätte. Insoweit kommt nämlich auch dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität nach [§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) nicht diejenige Bedeutung zu, wie sie von den Klägern vertreten wird. Dieser Grundsatz der Beitragssatzstabilität soll nämlich nur dazu dienen, Erhöhungen, die durch Veränderungen bei den Praxiskosten, der Arbeitszeit sowie der Art und Umfang der ärztlichen Leistungen veranlasst sein könnten, zu begrenzen (BSG Urteil vom 16.7.2003 a.a.O.). Diesem Anliegen aber wird der angefochtene Schiedsspruch durchaus gerecht, indem er die Veränderung der höchstzulässigen Gesamtvergütung noch unterhalb der eingeräumten Obergrenzen vornimmt und sich damit – worauf das Sozialgericht zu Recht verweist – noch innerhalb des Bereichs der allgemeinen Kostensteigerung bewegt.

Insoweit bedurfte es auch keiner weitergehenden im Schiedsspruch zum Ausdruck kommenden Ermessenserwägungen, wie das Sozialgericht gleichfalls zu Recht ausgeführt hat. Zwar wird von der Rechtsprechung (BSG a.a.O.) dem Schiedsspruch Verwaltungsaktqualität beigemessen. Unter den besonderen Voraussetzungen, unter denen ein Schiedsspruch ergeht und der gerichtlichen Überprüfung zugänglich ist, sind nach Auffassung des Senats an die Begründung der getroffenen Ermessensentscheidung jedoch geringere Anforderungen zu stellen, als dies etwa beim Erlass eines Verwaltungsaktes durch eine Behörde der Fall ist. Dies ergibt sich daraus, dass die Gesamtvertragsparteien bei Abschluss entsprechender Vereinbarungen keinerlei Begründungszwang unterliegen. Deshalb orientiert sich bei ihnen z.B. auch die aufsichtsrechtliche Prüfung allein am Ergebnis der Verhandlungen. Auch bei einer Schiedsamtentscheidung steht das Ergebnis im Vordergrund, häufig als Resultat einer Mehrheitsentscheidung. Würde man an das Begründungserfordernis die selben hohen Anforderungen stellen, wie an einen als Ermessensentscheidung ergehenden behördlichen Verwaltungsakt, so würde das Gewicht eines Schiedsspruches deutlich hinter einer zwischen den Gesamtvertragsparteien getroffenen Vereinbarung zurücktreten, würde also die Gesamtvertragsvereinbarung nicht in jeder Hinsicht ersetzen, wie dies in [§ 89 SGB V](#) vorausgesetzt wird. Die Besonderheiten des Schiedsamsverfahrens lassen es deshalb aus der Sicht des Senats als ausreichend erscheinen, wenn einerseits das gefundene Ergebnis hinnehmbar erscheint und seine Begründung sich noch im Rahmen der Plausibilität bewegt und keine offensichtlichen Fehleinschätzungen erkennen lässt. Dies trifft auf die vorliegend umstrittene Schiedsamtentscheidung zu.

Auch hinsichtlich der Punktwertabsenkung schließt sich der Senat den Ausführungen des Sozialgerichts nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) an. Auch der Senat sieht keine Verpflichtung, bei der Festsetzung der Punktwerte der Tarife C und D auf das Ergebnis des GKV-SolG zurückzugreifen, zumal der Grundsatz der Beitragsatzstabilität, auf den die Kläger maßgeblich abstellen, in erster Linie durch die höchstzulässigen Ausgabenvolumina beeinflusst wird. Indem der Beklagte mit der von ihm getroffenen Entscheidung wieder auf die für 1997 maßgeblichen Punktwerte zurückgreift, in diesem Zusammenhang also Kriterien wie z.B. die eingetretene allgemeine Kostensteigerung zwischen 1997 und dem Jahr 2000 außer acht gelassen hat, wird der Schiedsspruch auch insoweit den Anforderungen des GKV-SolG nach einer fortdauernden Beitragsatzstabilisierung gerecht.

In diesem Zusammenhang teilt der Senat auch die Auffassung des Sozialgerichts, wonach eine weitergehende Angleichung der Punktwerte an diejenigen im Primärkassenbereich im Hinblick auf eine – bezogen auf das Jahr 2000 – fehlende gesetzliche Vorgabe nicht erforderlich war. Auch die Festsetzung eines gewichteten Punktwertes für die aus der Fusion hervorgegangene vergrößerte Techniker-Krankenkasse war nicht zwingend notwendig. Auch in diesem Bereich hat der Beklagte den ihm eingeräumten Ermessens- und Beurteilungsspielraum nicht verletzt.

Die Berufung der Kläger war deshalb zurückzuweisen.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#). Der Senat hat dabei berücksichtigt, dass keiner der Beteiligten sich durch Bevollmächtigte hat vertreten lassen und die Kosten des Beklagten von den Krankenkassen und der Beigeladenen gemeinsam zu tragen sind, so dass von einer Kostenerstattungsregelung unter den Verfahrensbeteiligten im gerichtlichen Verfahren abgesehen werden konnte (vgl. insoweit BSG, Urteil vom 19.3.1997 – [6 RKa 36/96](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 20](#)).

Die Revision hat der Senat nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-05-26