

L 12 KA 5022/14 KL

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

-

Aktenzeichen

-

Datum

-

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 12 KA 5022/14 KL

Datum

17.12.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Schiedssprüche nach [§ 89 SGB V](#) sind nur darauf zu überprüfen, ob der zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden vertragssubstituierenden Gestaltungsspielraum eingehalten hat, d. h. die zwingenden rechtlichen Vorgaben beachtet hat und ob der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis in einer Weise erkennen lässt, dass eine [Art. 19 Abs. 4 GG](#) entsprechende gerichtliche Überprüfung möglich ist.

2. Eine Abwägung setzt tragfähige Tatsachenfeststellungen voraus.

3. Bei der Feststellung, ob der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzt ist, haben die Gesamtvertragsparteien und die Landesschiedsämter keinen Beurteilungsspielraum.

I. Auf die Klage wird der Beschluss des Landesschiedsamts für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern vom 26. Februar 2014, aufgehoben. Der Beklagte wird verurteilt, über den Antrag der Beigeladenen vom 21.11./18.12.2013 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

II. Die Kosten des Verfahrens tragen der Beklagte und die Beigeladene je zur Hälfte.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Gegenstand des Verfahrens ist die Klage gegen den Schiedsspruch des Landesschiedsamts vom 26.02.2014.

Nach der Kündigung der Vereinbarung über die Gesamtvergütung für das Jahr 2013 durch die Beigeladene erklärten die Klägerin und die Beigeladene die Vertragsverhandlungen über die Gesamtvergütung für das Jahr 2014 für gescheitert. Auf Antrag der Beigeladenen wurde das Landesschiedsamt für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern angerufen, das den mit Klage angefochtenen Schiedsspruch vom 26.02.2014 aufgrund der mündlichen Verhandlung vom 25. und 26.02.2015 erließ.

Der Beschluss des Landesschiedsamts für die vertragszahnärztliche Versorgung in Bayern lautet auszugsweise: "§ 1

Einzelleistungsvergütung/Punktwerte im Jahr 2014 ... (2) Die Punktwerte für die Bema-Teile 1 bis 4 werden um jeweils 4,3 % erhöht. Ab 01.01.2014 gelten somit folgende Punktwerte ...

§ 2

Gesamtvergütung für das Jahr 2014

(1) Die Gesamtvergütungsobergrenze für Leistungen nach Abs. 2 S. 1 zu Gunsten der Versicherten im Sinne von § 1 der Vereinbarung zwischen der KZV Bayerns und der AOK Bayern zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen vom 25.02.2014 für das Jahr 2014 bemisst sich nach der für das Jahr 2013 durch Vertrag vom 13.02.2013 geregelten Obergrenze und wird um 4,3 % erhöht.

(2) Die Gesamtvergütungsobergrenze nach Abs. 1 für die vertragszahnärztlichen Leistungen im Jahr 2014 wird unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung und für alle vertragszahnärztlichen Leistungsbereiche (KONS-CHIR, PAR, KB und KFO, ausgenommen ZE, IP/FU,

Leistungen nach den Bema-Nummern 171 a und b, 172 a bis d sowie 151 bis 155, soweit diese im Zusammenhang mit Positionen nach den Bema-Nummern 171 a und b sowie 172 a bis d erbracht werden inklusive sogenannter "Annex-Leistungen") einheitlich festgelegt. Wegen der Umstellung der Gesamtvergütungsberechnung auf den Versichertenbezug wird die Gesamtvergütung einmalig im Jahr 2014 um den Betrag von 8 Millionen EUR erhöht.

(3) Die Gesamtvergütungsobergrenze nach Abs. 1 wird mit Rücksicht auf die früheren Ausgaben der AOK Bayern für Leistungen aus dem Vertragswerk "Claridentis" um 4,2 Millionen EUR basiswirksam erhöht.

(4) Wegen der im Jahr 2013 erfolgten Steigerung der Fallzahlen wird die Gesamtvergütungsobergrenze basiswirksam im Jahr 2014 um weitere 21,3 Millionen EUR erhöht ...

II.

... Der vorliegende Schiedsspruch ist auf Interessenausgleich angelegt und hat Kompromisscharakter ... Dies kommt bereits darin zum Ausdruck, dass der vom Schiedsamt festgelegte Vertragsinhalt hinsichtlich des Vergütungsvolumens einerseits deutlich hinter den Forderungen der KZVB zurückbleibt, andererseits aber erheblich über dem liegt, was die AOK Bayern der KZVB in Bezug auf die Gesamtvergütung und die Punktwerte zuzugestehen bereit ist ... Das Schiedsamt geht bei der Festsetzung des Vertragsinhalts davon aus, dass dieser die Beitragssatzstabilität nicht gefährdet. Während die gesetzlichen Krankenkassen noch im Jahr 2010 ein Defizit von 445 Millionen EUR auswiesen (Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 07.03.2011, Seite 1), änderte sich die Lage seit 2011 wesentlich: Am Ende des 4. Quartals 2013 verfügten die gesetzlichen Krankenkassen und der Gesundheitsfonds über Finanzreserven von zusammen rund 30,3 Milliarden EUR; Ende 2013 waren alle 132 gesetzlichen Krankenkassen schuldenfrei (Pressemitteilung des Bundesministeriums für Gesundheit vom 05.03.2014, Seite 1). Im Jahr 2013 erzielten die Allgemeinen Ortskrankenkassen Überschüsse von insgesamt rund 977 Millionen EUR (Pressemitteilung a.a.O., Seite 2). Aus den jüngsten Geschäftsberichten speziell der AOK Bayern ergibt sich, dass diese im Jahr 2011 einen Überschuss von 180,841 Millionen EUR (Geschäftsbericht 2011, Seite 26) und im Jahr 2012 einen Überschuss von 274,446 Millionen EUR (Geschäftsbericht 2012, 24) aufwies. Die AOK Bayern hat im vorliegenden Schiedsamtverfahren keine konkreten Angaben dazu gemacht, ob und gegebenenfalls wie sich die Antragsinhalte der KZVB, denen der Schiedsspruch ohnehin nur teilweise entspricht, auf den Beitragssatz ihrer Versicherten auswirken könnten.

In Anwendung der genannten rechtlichen Maßstäbe und unter Nutzung der dem Schiedsamt gesetzlich eingeräumten Gestaltungsfreiheit wird der Vertrag mit dem oben unter den §§ 1 bis 4 genannten Inhalt festgesetzt, wobei für das Schiedsamt im Wesentlichen folgende Überlegungen zu den einzelnen Regelungen maßgebend sind:

1 ...

2. Im Hinblick auf die Festsetzung der Punktwerte in § 1 Abs. 2 des Vertrags folgt das Schiedsamt dem Antrag der AOK Bayern bereits im Grundansatz nicht. Der Vortrag der AOK Bayern beruht nämlich im Wesentlichen auf allgemeinem statistischem Datenmaterial, welches keinen spezifischen Bezug zu zahnärztlichen Praxen aufweist ... Demgegenüber hält das Schiedsamt den von der KZVB vertretenen Grundansatz zur Herleitung der Erhöhung der Punktwerte für die Bema-Teile 1 bis 4 für überzeugend ... Das Schiedsamt schließt sich in Bezug auf die Personal- und Sachkosten den Berechnungen der KZVB aus dem Antragsschriftsatz vom 18.12.2013 ... an. Danach wird von durchschnittlichen Gehaltssteigerungen je Beschäftigtem in den Zahnarztpraxen von ca. 4,5 % und von einem preisbedingten Anstieg der Sachkosten von 3,4 % jeweils für das Jahr 2014 ausgegangen ... Aus den allgemeinen Kostenentwicklungen in den zahnärztlichen Praxen ergibt sich danach ein Anpassungsbedarf in Höhe von 3,05 % (gegenüber dem von der KZVB berechneten Wert von 4,02 %). Mit 3,05 % liegt das Schiedsamt nur leicht über der Veränderungsrate bei der Grundlohnsumme für das Jahr 2014 in Höhe von 2,81 %.

Als Sonderfaktor hinzuzurechnen sind allerdings die Kosten der Umsetzung der mit dem Titel "Anforderungen an die Hygiene bei der Aufbereitung von Medizinprodukten" von der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut sowie vom Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte erarbeiteten Empfehlung vom Oktober 2012 ..., die Aufbereitung von zahnärztlichem Instrumentarium mittels Thermodesinfektoren durchzuführen ... Der Antragsschriftsatz der KZVB vom 18.12.2013 (S. 17 f.) geht von einem zusätzlichen Anpassungsbedarf der Punktwerte für die Bema-Teile 1 bis 4 von 1,73 % aus. Unter Berücksichtigung des Hinweises der AOK Bayern, dass bereits in der Vergangenheit einzelne Zahnarztpraxen auf die neuen Hygieneanforderungen umgerüstet haben, nimmt das Schiedsamt einen zusätzlichen Anpassungsbedarf der Punktwerte für die Bema-Teile 1 bis 4 von pauschal 1,25 % an.

Unter Hinzurechnung des für die allgemeinen Kostenentwicklungen ermittelten Anpassungsbedarfs von 3,05 % sind die Punktwerte für die Bema-Teile 1 bis 4 also insgesamt um 4,3 % zu erhöhen ...

3. Nach § 1 Abs. 3 des Vertrages werden entsprechend den soeben zu 2. angestellten Überlegungen auch die Punktwerte für die Individualprophylaxeleistungen und Früherkennungsleistungen ab dem 1. Januar 2014 um jeweils 4,3 % erhöht. Der sich daraus ergebende Punktwert von 1,0899 EUR wird ferner für Leistungen aufsuchender Betreuung von pflegebedürftigen und behinderten Menschen festgesetzt, um dem Ziel des Gesetzgebers gerecht zu werden, durch attraktivere Vergütungen einem Versorgungsdefizit der betreffenden Versicherungsgruppe entgegenzuwirken ...

7. Nach § 2 Abs. 2 des Vertrages wird die Gesamtvergütungsobergrenze für die vertragszahnärztlichen Leistungen im Jahr 2014 unter Berücksichtigung der Versichertenentwicklung und grundsätzlich für alle vertragsärztlichen Leistungsbereiche ... einheitlich festgelegt. In seinem Beschluss vom 25. Februar 2014 zur Umsetzung der Einführung des Wohnortprinzips im Bereich der Allgemeinen Ortskrankenkassen ... hat das Schiedsamt die von der KZVB beantragte Regelung zur dauerhaften Volumenneutralität der Umstellung der Berechnung der Gesamtvergütung vom Mitgliederbezug auf den Versichertenbezug nicht in die Vereinbarung aufgenommen, ohne dabei verkannt zu haben, dass diese Umstellung im Zweifel nicht dauerhaft volumenneutral bleiben wird ... Die KZVB hat Zahlenmaterial vorgelegt, aus dem sich ergibt, dass die Entwicklung der Mitgliederzahlen im langjährigen Vergleich deutlich von der Entwicklung der Versichertenzahlen abweicht. Im Hinblick auf die Gesamtvergütungsberechnung würde eine regelmäßig höhere Veränderung der Zahl der Mitglieder gegenüber der Zahl der Versicherten zu Lasten der bayerischen Vertragszahnärzte gehen. Auch wenn sich die Entwicklung der Versichertenzahlen derzeit nicht genau prognostizieren lässt, sind für die KZVB negative Effekte aus der Umstellung der Gesamtvergütungsberechnung auf den

Versichertenbezug zu erwarten. Zu deren Ausgleich hält das Schiedsamt eine einmalige Erhöhung der Gesamtvergütung im Jahr 2014 um den Betrag von 8 Millionen EUR für angemessen. Dieser Festsetzung steht die Regelung in § 5 der Vereinbarung vom 13. Februar 2013, die nach § 6 Abs. 3 Satz 3 dieser Vereinbarung von einer Kündigung ausgenommen ist, nicht entgegen; denn diese Bestimmung setzt lediglich ein Ziel und lässt die Frage offen, ob die Umstellung der Veränderung der Gesamtvergütung ab dem Jahr 2014 auf Versichertenbasis mit einem finanziellen Ausgleich zu Gunsten der KZVB versehen werden soll ...

8. Die in § 2 Abs. 3 des Vertrages vorgenommene Erhöhung der Gesamtvergütungsobergrenze um 4,2 Millionen EUR ergibt sich insoweit aus einer Anwendung von [§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), als danach die Veränderung der Gesamtvergütung auch Modifizierungen der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen zu berücksichtigen sind, soweit diese auf einer Veränderung des satzungsmäßigen Leistungsumfanges beruhen. In der mündlichen Verhandlung hat die AOK Bayern auf Nachfrage der Schiedsamts eingeräumt, sie habe im Jahr 2012 für Leistungen, die im Vertragswerk "Claridentis" erbracht wurden und welche denjenigen Leistungen ähnlich sind, die im Klima enthalten sind, ca. 4,5 Millionen EUR aufgewandt; davon seien Berichtigungen in Höhe von ca. 300.000 EUR abzuziehen, so dass sich ein Gesamtbetrag von ca. 4,2 Millionen EUR ergebe. Nach der Ende 2013 erfolgten Einstellung des Vertragswerks "Claridentis" ist das entsprechende Leistungsvolumen ab dem Jahr 2014 nunmehr über die KZVB abzurechnen, so dass es folgerichtig ist, die Gesamtvergütungsobergrenze mit Rücksicht auf die früheren Ausgaben der AOK Bayern für dieses besondere Vertragswerk basiswirksam zu erhöhen.

9. Auch die Festsetzung in § 2 Abs. 4 des Vertrags erfolgt in Anwendung von [§ 85 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Danach ist bei der Veränderung der Gesamtvergütung unter anderem die Morbiditätsentwicklung zu berücksichtigen. Nach der Gesetzesbegründung der Bundesregierung kann insoweit ein "Anstieg bestimmter Leistungen" von Bedeutung sein ... Eine vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen, wie sie die KZVB im Hinblick auf die deutliche Steigerung der Fallzahl bei der AOK Bayern nachgewiesen hat, ist also bei der Veränderung der Gesamtvergütung zu berücksichtigen. Dass die erhebliche Steigerung der Fallzahl wesentlich auf die mit Wirkung zum 1. Januar 2013 erfolgte Abschaffung der so genannten "Praxisgebühr" durch die Aufhebung des [§ 28 Abs. 4 SGB V](#) ... zurückzuführen ist, hält das Schiedsamt für plausibel. Jedenfalls sieht es keinen Anlass, den bayerischen Vertragszahnärzten die Erbringung nicht erforderlicher Leistungen als Grund für die Steigerung der Fallzahl zu unterstellen ... Die Gesamtvergütungsobergrenze wird vom Schiedsamt basiswirksam im Jahr 2014 um 21,3 Millionen EUR erhöht; dieser Summe liegen die Angaben der KZVB zu der im Jahr 2013 gestiegenen Fallzahl zu Grunde ...

12. Zur Begründung dafür, dass die in § 2 Abs. 6 des Vertrags genannten Leistungen außerhalb der nach den Abs. 1 bis 4 begrenzten Gesamtvergütung nach Einzelleistungen und tatsächlichem Anfall vergütet werden, wird zunächst auf die oben unter Nummer 3 angestellten Überlegungen verwiesen, dass nach dem Ziel des Gesetzgebers für die Erbringung von Leistungen nach [§ 87 Absatz 2 i](#) und [2 j SGB V](#) besondere Anreize gesetzt werden sollen ..."

Gegen diesen Schiedsspruch legte die Klägerin am 15.04.2014 Klage beim Bayerischen Landessozialgericht ein.

Mit der Antragschrift vom 14.05.2014 beantragte sie beim Bayerischen Landessozialgericht die Anordnung der aufschiebenden Wirkung dieser Klage gegen den Beschluss des Landesschiedsamts für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 26.02.2014, zugestellt am 21.03.2014. Dem Antrag gab der Senat mit Beschluss vom 12.08.2014 statt.

Zur Begründung der Klage trug die Klägerin im Wesentlichen vor, dass der Schiedsspruch formell rechtswidrig sei, da aus Sicht der Klägerin erhebliche Zweifel an der Unparteilichkeit des Vorsitzenden des Landesschiedsamts bestehen würden. Ferner rügte sie die materielle Rechtmäßigkeit des Schiedsspruchs, wobei insbesondere dargelegt wurde, dass der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzt worden sei. Bereits für das Kalenderjahr 2013 sei die Gesamtvergütungsobergrenze um 2,58 % auf rund 578,8 Millionen EUR erhöht worden, wobei diese Erhöhung um 0,55 % über der am 07.09.2012 durch das Bundesgesundheitsministerium festgesetzten Veränderungsrate von 2,03 % gelegen habe. Dies wirke sich wegen des Prinzips der Vorjahresanknüpfung auch auf das Jahr 2014 aus. Zusammen mit den weiteren in § 2 des streitgegenständlichen Beschlusses erfolgten Anhebungen der Gesamtvergütungsobergrenze erfolge eine Erhöhung um circa 58,4 Millionen EUR, die einer Steigerung um 10,1 % entspreche. Hierzu kämen noch weitere 22 Millionen EUR durch die Ausgliederung der Leistungen nach [§ 87 Abs. 2 i](#) und [j SGB V](#), so dass von einem Gesamtvolumen des Schiedsspruchs von circa 80,4 Millionen auszugehen sei. Insofern bestehe eine Diskrepanz von 7,29 Prozentpunkten zu der für 2014 vom Bundesministerium für Gesundheit festgesetzten Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) von 2,81 %, die im Rahmen der Beitragssatzstabilität nur dann akzeptiert werden könnte, wenn ansonsten eine angemessene Berücksichtigung der übrigen in [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) genannten Kriterien nicht möglich sei. Hierzu würden in der Begründung des Schiedsspruchs keine Ausführungen gemacht. Nicht nachvollziehbar sei insbesondere die Berücksichtigung der Personalkosten mit durchschnittlichen Gehaltssteigerungen der Beschäftigten in Zahnarztpraxen von 4,5 % für das Jahr 2014. Der Lohnzuwachs nicht tariflich Beschäftigter habe 2013 nur 0,8 % betragen. Außerdem habe sich der Beklagte nicht mit der Kostenstruktur in den bayerischen Zahnarztpraxen auseinandergesetzt. Die Berücksichtigung der so genannten RKI-Kosten (Hygienekosten) mit 1,25 % erscheine willkürlich. Diese Kosten seien bereits 2013 in den Praxiskosten enthalten gewesen und 2014 nicht mehr angefallen. Die Berücksichtigung der Umstellung vom Mitglieder- auf das Versichertenprinzip (§ 2 Abs. 2 des Vertrages) durch eine Erhöhung von 8 Millionen EUR sei rechtswidrig. In der Vereinbarung vom 13.02.2013 über die Gesamtvergütung seien Klägerin und Beigeladene übereingekommen, dass die Umstellung volumenneutral erfolgen sollte. Außerdem habe das beklagte Landesschiedsamt über keinerlei belastbare Zahlen hinsichtlich der negativen Effekte aus der Umstellung der Gesamtvergütungsberechnung auf den Versichertenbezug verfügt. Aus Sicht der Klägerin sei eine Kompensation unnötig, wie sich insbesondere aus dem Gutachten des Professor Dr. K. vom 06.06.2014 ergebe. Auch sei die Erhöhung der Gesamtvergütungsobergrenze aufgrund der Kündigung der so genannten Claridentis-Vereinbarung (§ 2 Abs. 3 des Vertrages) rechtswidrig. Diese Kündigung könne nicht unter [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) subsumiert werden. Für die Erhöhung um 4,2 Millionen EUR fehle daher eine gesetzliche Grundlage. Das beklagte Landesschiedsamt verkenne, dass beim Abschluss der Claridentis-Vereinbarung weder die Basis noch die für die Veränderung der Gesamtvergütungsobergrenze zu Grunde liegende Mitgliederzahl bereinigt worden sei. Die Berücksichtigung der Morbiditätsentwicklung rechtfertige die Erhöhung der Gesamtvergütungsobergrenze um 21,3 Millionen EUR nicht. Die Fallzahlsteigerung sei nicht morbiditätsbedingt. Die Gesetzesbegründung zur Einführung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in der vertragsärztlichen Versorgung durch das GMG habe deutlich gemacht, dass Fallzahlsteigerungen alleine keine Erhöhung der Gesamtvergütung rechtfertigen könnten. Vielmehr sei zu prüfen, ob diese dem Behandlungsbedarf der Versicherten entsprächen oder ob diese auf einem unwirtschaftlichen Verhalten des Vertragszahnarztes oder einer Steigerung der Arztzahlen beruhten. Außerdem seien nach dem Gesetz nur nicht vorhersehbare Überschreitungen des morbiditätsbedingten Behandlungsbedarfs von den Kassen zu finanzieren. Die Begründung des beklagten Landesschiedsamts, wonach der Wegfall der "Praxisgebühr" als Rechtfertigung für eine Erhöhung der

Gesamtvergütungsobergrenze angeführt worden ist, sei sachwidrig und führe zu einer evidenten Rechtswidrigkeit des Schiedsspruchs in Bezug auf die in § 2 Abs. 4 festgesetzte Vereinbarung. Bezüglich der Feststellung der Ursachen der Fallzahlsteigerungen liege ein völliger Ermessensausfall vor. Außerdem habe das beklagte Landesschiedsamt nicht berücksichtigt, dass typische morbiditätsbedingte Leistungen wie zum Beispiel Füllungen nicht angestiegen seien. Auch habe die Klägerin dargelegt, dass die seit Jahren steigenden Zahnarztzahlen zu einer angebotsinduzierten Leistungsausweitung führen würden. Im übrigen hätte durch die vermehrten Behandlungen im Jahr 2013 im Jahr 2014 bereits ein Sanierungseffekte eintreten müssen, wenn die vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen morbiditätsbedingt gewesen wäre. Außerdem sei die Festsetzung der Punktwerte der Leistungen nach [§ 87 Abs. 2i](#) und j SGB V rechtswidrig. Das beklagte Landesschiedsamt habe insoweit verkannt, dass es sich bei diesen Leistungen zweifelsfrei von ihrer Systematik her um KCH-Leistungen handle, die auch bisher mit dem KCH-Punktwert vergütet worden seien. Die zukünftige Vergütung mit dem IP-Punktwert entspreche einer Punktwerterhöhung um 16 % und verletze den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Im übrigen sei der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 28.11.2013 davon ausgegangen, dass diese Leistungen mit dem KCH-Punktwert vergütet würden. Auch die Ausgliederung der Leistungen nach den Bema-Ziffern 171 a und 171 b aus der Gesamtvergütungsobergrenze sei rechtswidrig. Die Ausgliederung widerspreche der bislang praktizierten Vertragspraxis und sei daher nicht mit geltendem Recht vereinbar.

Die Beigeladene wies in ihrer Stellungnahme demgegenüber darauf hin, dass der Schiedsspruch nicht vom Bayerischen Staatsministerium für Gesundheit beanstandet worden sei, da jedenfalls kein eindeutiger Gesetzesverstoß erkennbar sei. Sie wies ferner auf den weiten Gestaltungs- und Ermessensspielraum der Schiedsämter und die eingeschränkte Kontrollichte durch die Gerichte hin. Das Landesschiedsamt habe die rechtlichen Rahmenbedingungen des neugefassten [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) hinreichend beachtet, nach denen die maßgeblichen Kriterien für die Veränderung der Gesamtvergütung die Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung, die Kosten- und Versorgungsstruktur, die für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit und die Art und der Umfang der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfangs beruhen, seien. Neben diesen Kriterien sei der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu berücksichtigen. Ein Verstoß gegen diesen liege nicht vor. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität sei grundsätzlich von der Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) getrennt zu sehen. Das Schiedsamt sei - da die Beitragssatzstabilität nur noch Berücksichtigung finden müsse - nicht verpflichtet, hier für eine rechnerisch festgestellte Überschreitung der Veränderungsrate eine gesonderte Begründung abzugeben, zumal [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) eine entsprechende Begründungspflicht nicht vorsehe und eine Überschreitung der Veränderungsrate in dem gerichtlich nur eingeschränkt überprüfbaren Gestaltungsermessen des Landesschiedsamts liege. Eine Begründungspflicht kollidiere nach Auffassung der Beigeladenen auch mit dem nicht justiziablen weiten Beurteilungsspielraum und Gestaltungsermessen der Schiedsämter. Die Pro-Kopf-Ausgaben der Antragstellerin lägen mit 193 EUR deutlich unter den Ausgaben anderer großer Krankenkassen, die bei der Barmer 198 EUR und bei der Techniker-Krankenkasse über 217 EUR betragen würden. Bereits damit sei der Vortrag der Klägerin widerlegt, dass der Schiedsspruch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletze. Weiter wies die Beigeladene schriftsätzlich auf die Überschüsse, die die Klägerin im Jahr 2013 in Höhe von 333,035 Millionen EUR erzielt habe, hin. Es wäre Aufgabe der Klägerin gewesen, dem Schiedsamt nachprüfbar Zahlen vorzulegen und eine Gefährdung der Finanzlage durch die zu erwartende Entscheidung des Schiedsamts nachvollziehbar darzustellen. Ferner seien die finanziellen Auswirkungen sowohl von der Klägerin als auch vom Senat im Beschluss vom 12.08.2014 unzutreffend berechnet worden. Die Erhöhung der Gesamtvergütung um 8 Millionen sei für die Klägerin aufkommensneutral, da damit lediglich ein Absinken der Gesamtvergütungsobergrenze ausgeglichen werden sollte. Dasselbe gelte für die "Claridentis"-Vereinbarung. Insoweit würden lediglich Kosten, die bei der Klägerin in dieser Höhe angefallen seien, im Sinne einer "Umbuchung" der Gesamtvergütung zugeschlagen. Die Erhöhung der Punktwerte und der Gesamtvergütungsobergrenze um 4,3 % sei gerechtfertigt. Der Orientierungspunktwert im vertragsärztlichen Bereich sei ein Spezifikum des vertragsärztlichen Vergütungssystems und habe keinerlei Bezug zur zahnärztlichen Vergütung. Die Personalkosten seien nicht ermessensfehlerhaft ermittelt worden. So seien zum Beispiel beim Tarifabschluss für den öffentlichen Dienst in den unteren Lohngruppen Tariflohnerhöhungen im Bereich von 4 % bis 5 % vereinbart worden. Die Zahnärzteschaft müsse auch durch ein Anheben der Gehälter dafür sorgen, dass genügend Auszubildende den Beruf der Zahnmedizinischen Fachangestellten ergreifen und nicht in einen anderen Beruf wechseln würden, in dem sich höhere Verdienstmöglichkeiten ergäben. Die erhöhten Hygieneanforderungen aufgrund verschärfter Richtlinien der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut würden seit Oktober 2012 gelten. Die Kosten für die nunmehr zwingend erforderliche Thermodesinfektion würden auch in den Jahren 2014 ff. anfallen. Dies sei so in einer Vereinbarung der Kassenzahnärztlichen Bundesvereinigung mit dem Bundesministerium für Verteidigung und dem Bundesministerium des Inneren anerkannt worden. Die einmalige Erhöhung der Gesamtvergütungsobergrenze in Höhe von 8 Millionen EUR wegen der Umstellung vom Mitgliederbezug auf den Versichertenbezug liege als Prognose im Gestaltungsermessen des Landesschiedsamts. Die Vergütung für den Versorgungsvertrag "Claridentis" sei außerhalb der Gesamtvergütung erfolgt, so dass die Einbeziehung in die Gesamtvergütung für die Antragstellerin im Sinne einer "Umbuchung" aufkommensneutral sei. Die Erhöhung der Gesamtvergütung wegen der Morbiditätsentwicklung sei ebenfalls rechtmäßig, da sich die Fallzahl im konservativ-chirurgischen Leistungsbereich von 2012 auf 2013 um 213.924 Fälle gesteigert habe. Diese Zahl sei nachgewiesen.

Die Klägerin stellt den Antrag, den Beschluss des Landesschiedsamts für die vertragszahnärztliche Versorgung vom 26.02.2014, zugestellt am 21.03.2014, wegen der Festsetzung der Vergütung der vertragszahnärztlichen Leistungen für die im Freistaat Bayern wohnenden Versicherten der Allgemeinen Ortskrankenkassen aufzuheben und den Beklagten zur neuen Entscheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts zu verurteilen.

Die Beigeladene stellt den Antrag, die Klage abzuweisen.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Gerichtsakten und die beigezogenen Akten des Landesschiedsamts im Verfahren [L 12 KA 5022/14 KL](#) verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig. Sachlich zuständig für die Entscheidung über die Klage ist das Bayerische Landessozialgericht nach [§ 29 Abs. 2 Nummer 1 SGG](#). Statthafte Klageart ist die kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 i.V.m. § 131 Abs. 2 Satz 2 und Abs. 3 SGG](#). Die Anfechtung des Schiedsspruchs in Verbindung mit der beantragten Verpflichtung zur Neubescheidung berücksichtigt, dass die Festsetzung des Vertragsinhalts durch ein Schiedsamt gegenüber den Vertragspartnern ein Verwaltungsakt ist ([BSGE 110, 258](#) = SozR 4-72500 § 87a Nr. 1, Rn.20; [BSGE 91, 153](#) = SozR 4-72500 § 85 Nr. 3, Rn. 10 mwN).

Sie ist auch begründet. Das beklagte Landesschiedsamt hat bei seinen Festsetzungen im streitgegenständlichen Schiedsspruch vom 26.02.2014 den ihm eingeräumten Beurteilungsspielraum überschritten und sein Gestaltungsermessen fehlerhaft ausgeübt. Damit ist der Schiedsspruch rechtswidrig. Er verletzt die Rechte der Klägerin und war aufzuheben.

[§ 89 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) ermächtigt das beklagte Landesschiedsamt zu einer vertragssubstituierenden Gestaltung der Gesamtverträge bzw. der Gesamtvergütung nach [§ 85 SGB V](#) an Stelle der Gesamtvertragsparteien, wobei diese Gestaltungsermächtigung durch die zwingenden gesetzlichen Vorgaben begrenzt ist und wie die die Gesamtvertragsparteien steuernden [§§ 85, 87a SGB V](#) weder im Rechtssinne prognostische noch planerische Elemente enthält, da die Gesamtvergütung jeweils nur kalenderjährlich festgesetzt wird, wie sich aus der Gesamtstruktur der [§§ 85, 87a SGB V](#) sowie dem Prinzip der Vorjahresanknüpfung ergibt, und bezüglich der Veränderung an bereits vorliegenden Daten angeknüpft wird, nicht an einer zu erwartenden Entwicklung (vergleiche BSG, Urteil vom 13.8.2014, [B 6 KA 6/14 R](#), Rn. 33). Dem Schiedsamt kommt deshalb nach der Rechtsprechung des BSG bei der Festsetzung des Inhalts eines Gesamtvertrages über die vertrags(zahn)ärztliche Vergütung gemäß [§ 89 Abs. 1 SGB V](#) ein weiterer Gestaltungsspielraum zu. Sein Gestaltungsermessen, das der gerichtlichen Nachprüfung Grenzen setzt, ist nicht geringer als dasjenige 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; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr. 73 RdNr 15; vgl auch [BSGE 86, 126](#), 134 f = SozR 3-2500 § 85 Nr. 37 S. 295 mwN). Die Schiedssprüche sind ebenso wie die von ihnen ersetzten Vereinbarungen der vorrangig zum Vertragsabschluss berufenen Vertragsparteien auf Interessenausgleich angelegt und haben Kompromisscharakter.

Schiedssprüche nach [§ 89 SGB V](#) unterliegen insoweit - auf Anfechtung der Gesamtvertragsparteien hin - nur in eingeschränktem Umfang gerichtlicher Kontrolle (stRspr; grundlegend: [BSGE 91, 153](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 3](#), Rn. 11 m.w.N.; vgl. ferner: [BSGE 100, 144](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 41](#), jeweils Rn.13 m.w.N.; [BSGE 87, 199](#), 202 = [SozR 3-3300 § 85 Nr. 1](#) S. 5; jüngst BSG Urteil vom 13.8.2014, [B 6 KA 6/14 R](#) Rn. 36, juris) und sind inhaltlich nur daraufhin zu überprüfen, ob der vom Schiedsamt zugrunde gelegte Sachverhalt zutrifft, ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, d.h. insbesondere die zwingenden rechtlichen Vorgaben beachtet hat und ob der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis ausreichend erkennen lässt. Hohe Anforderungen an die Begründung der Abwägungsentscheidung können zwar nicht gestellt werden. Die Gründe für das Entscheidungsergebnis müssen aber wenigstens andeutungsweise erkennbar sein. Dies setzt voraus, dass tragfähige Tatsachenfeststellungen getroffen werden, auf deren Grundlage die Abwägung vorgenommen wurde. Anderenfalls wäre eine [Art 19 Abs. 4 GG](#) entsprechende gerichtliche Überprüfung, ob das Schiedsamt seinen Gestaltungsspielraum eingehalten hat, nicht möglich (BSG Urteil vom 23.06.2010, [B 6 KA 4/09 R](#) Rn. 21; Urteil vom 13.8.2014, [B 6 KA 6/14 R](#) Rn. 60 m.w.N.).

Die gerichtliche Kontrolle ist darüber hinaus eingeschränkt, soweit rechtlichen Vorgaben ihrerseits den Gesamtvertragsparteien - und bei einer vertragssubstituierenden Entscheidung dem Schiedsamt - einen Beurteilungsspielraum einräumen (Wenner in: Eichenhofer/Wenner, SGB V, § 89 Rn. 24).

In Anwendung dieser Grundsätze kommt der Senat zu dem Ergebnis, dass das beklagte Landesschiedsamt teilweise von falschen Tatsachen ausgegangen ist, Beurteilungsspielräume überschritten und sein Gestaltungsermessen fehlerhaft ausgeübt hat.

Rechtsgrundlage für die Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen bzw. deren Substitution durch das beklagte Landesschiedsamt ist [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) in der Fassung des Gesetzes zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstrukturgesetz - GKV-VStG) vom 22.12.2011, [BGBl. I S. 2983](#). Nach [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) vereinbaren die Vertragsparteien des Gesamtvertrags die Veränderungen der Gesamtvergütungen unter Berücksichtigung der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer Veränderung des gesetzlichen oder satzungsmäßigen Leistungsumfanges beruhen. Dabei ist nach [§ 85 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 71 SGB V](#)) in Bezug auf das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragszahnärztlichen Leistungen ohne Zahnersatz neben den Kriterien nach S. 1 zu berücksichtigen. Während nach der bisherigen Fassung des [§ 85 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Bezug auf das Ausgabevolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten war, wurde durch die Neuregelung mit Wirkung zum 01.01.2013 der Vorrang des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität und die strikte Anbindung an die Grundlohnsummenentwicklung bei der Anpassung der Gesamtvergütungen aufgegeben (so die Gesetzesbegründung, [BT-Drs. 17/6906](#), Allgemeiner Teil, S. 44). Nach der Begründung zu § 85 (Nr. 20) sollten durch die Neuregelung Veränderungen der Gesamtvergütungen ermöglicht werden, die den morbiditätsbedingten Leistungsbedarf der Versicherten einer Krankenkasse widerspiegeln und nicht allein und vorrangig von der Einnahmesituation der Krankenkassen bestimmt werden ([BT-Drs. 17/6906 S. 59](#)). "Um dieses Ziel zu erreichen, wird zukünftig für die vertragszahnärztliche Versorgung (ohne Zahnersatz) auf die sich aus § 71 ergebende, vorrangige Geltung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität, das heißt auf die starre Begrenzung entsprechend der Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten, verzichtet. Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität und die übrigen in § 85 Abs. 3 S. 1 genannten Kriterien wie zum Beispiel Zahl und Struktur der Versicherten, die Morbiditätsentwicklung sowie die Kosten- und Versorgungsstruktur stehen nunmehr gleichwertig nebeneinander. Das bedeutet, dass nach Abwägung der unterschiedlichen Interessen eine Überschreitung der Veränderungsrate nach § 71 Abs. 3 zulässig sein kann, wenn ansonsten eine angemessene Berücksichtigung der übrigen in S. 1 genannten Kriterien nicht möglich ist." (a.a.O.)

Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität hat also nach der aktuellen Rechtslage keinen Vorrang vor den in [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) genannten Kriterien. Dennoch ist ein Überschreiten der Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) nur dann jeweils nach dem Ermessen der Gesamtvertragsparteien bzw. des Landesschiedsamts möglich, wenn die Überschreitung nach Abwägung mit den in [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) genannten Kriterien erforderlich ist, um eine angemessene Berücksichtigung der in [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) genannten Kriterien zu gewährleisten.

Bei der Feststellung, ob der Grundsatz der Beitragssatzstabilität verletzt ist, hat der Beklagte keinen Beurteilungsspielraum. Ob bei der Verwendung eines unbestimmten Rechtsbegriffes ein Beurteilungsspielraum besteht, ist nach der herrschenden normativen Ermächtigungslehre (vergleiche hierzu Schenke in: Bonner Kommentar, Art. 19 Abs. 4, Rn. 530, Stand August 2009; Schmidt-Assmann in: Maunz/Dürig/Herzog, Grundgesetz, Kommentar, Art. 19 Abs. 4 Rn. 185 ff., Stand Juli 2014) im Wege der Auslegung zu bestimmen, soweit

sich die Ermächtigung nicht unmittelbar aus der Norm ergibt. [§ 85 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) enthält nach dem Wortlaut keine Ermächtigung. Er verweist vielmehr auf die Legaldefinition des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität in [§ 71 SGB V](#), die ihrerseits einheitlich für das gesamte SGB V gilt und für die Gesamtvertragsparteien und das beklagte Landesschiedsamt keinen Beurteilungsspielraum eröffnet. Dies ergeben der Wortlaut und die systematische Auslegung: Der Grundsatz der Beitragssatzstabilität kann nicht durch verschiedene Leistungserbringer, z.B. die Gesamtvertragsparteien ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#)) oder die Vertragspartner der hausarztzentrierten Versorgung ([§ 73b Abs. 5a SGB V](#)), unterschiedlich interpretiert werden. Ein Beurteilungsspielraum bezüglich des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität im Sinne eines Gesamt(entscheidungs)ermessens kann schließlich auch nicht deshalb angenommen werden, weil dieser Rechtsbegriff auf der Tatbestandsseite mit der Einräumung eines Rechtsfolgeermessens, dem Gestaltungsermessens der Vertragspartner, gekoppelt ist. Die damit verbundene doppelte Einschränkung der gerichtlichen Kontrollrechte ist mit den verfassungsrechtlichen Vorgaben des [Art. 19 Abs. 4 Grundgesetz](#) und dem dort garantierten effektiven Rechtsschutz nicht vereinbar (vergleiche Schenke a.a.O. Rn. 571).

Nicht nachvollziehbar ist damit die Annahme des Beklagten, die Festsetzung des Vertragsinhalts gefährde die Beitragssatzstabilität nicht.

Entgegen der Auffassung des beklagten Landesschiedsamts verstoßen die Festsetzungen des streitgegenständlichen Beschlusses gegen den Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Die vom Bundesministerium für Gesundheit gemäß [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) am 06.09.2013 bekannt gegebene Veränderungsrate beträgt für das gesamte Bundesgebiet 2,81 %. Demgegenüber sieht der Schiedsspruch eine Hebung der Gesamtvergütung um 4,3 % vor, also um einen 53 % über der Veränderungsrate liegenden Prozentsatz. Zu dieser Erhöhung tritt eine weitere um insgesamt 33,5 Millionen EUR nach [§ 2 Abs. 2, 3 und 4](#) des Schiedsspruchs, die bei einer Gesamtvergütung von rund 580 Millionen EUR nochmals einer Anhebung um 5,7 % entspricht. Diese Veränderungen der Gesamtvergütung durch den Schiedsspruch sind prima facie nicht mehr beitragsneutral. Davon geht offensichtlich auch der Beklagte aus, der in der Begründung des Schiedsspruchs lediglich deshalb eine Gefährdung der Beitragssatzstabilität ausschließt, weil er die Rücklagen der gesetzlichen Krankenkassen und die Überschüsse der Antragstellerin berücksichtigt. Dies ist jedoch rechtswidrig. Rücklagen sind kein nach [§ 85 Abs. 3 S. 1](#) und [2 SGB V](#) zu berücksichtigender Faktor. Soweit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu berücksichtigen ist, verweist [§ 85 Abs. 3 S. 2 SGB V](#) auf [§ 71 SGB V](#), der in Abs. 2 die Entwicklung der Vergütungen an die Veränderungsrate nach Abs. 3 und damit die Entwicklung der Grundlohnsumme koppelt. Weder in [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) noch in [§ 71 SGB V](#) ist eine Berücksichtigung von Rücklagen vorgesehen (vgl. auch BSG, Urteil vom 16.07.2003, [B 6 KA 29/02 R](#) zu [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) a.F.). Die Berücksichtigung von Rücklagen bei Vergütungsvereinbarungen für eine einzelne Gruppe von Leistungserbringern ist auch deshalb nicht möglich, weil sie potenziell zu Lasten anderer Gruppen von Leistungserbringern geht, deren Vergütungsvereinbarung später abgeschlossen werden. Verträge zu Lasten Dritter sind rechtswidrig.

Aus dem Schiedsspruch ist nicht ersichtlich, dass das Landesschiedsamt zwischen der Zahl und Struktur der Versicherten, der Morbiditätsentwicklung, der Kosten- und Versorgungsstruktur, der für die vertragszahnärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit und der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen einerseits und dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität, das heißt der Veränderungsrate nach [§ 71 Abs. 3 SGB V](#) andererseits abgewogen hat und auf dieser Abwägung basierend sein Gestaltungsermessens fehlerfrei ausgeübt hat. Da der Beklagte nach der Begründung des Schiedsspruches eine Gefährdung der Beitragssatzstabilität ausschloss, erfolgte auch keine nachvollziehbar begründete Abwägung des Grundsatzes der Beitragssatzstabilität mit den gleichrangigen in [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) aufgezählten Interessen. Es liegt ein Abwägungsausfall vor. Der Schiedsspruch ist bereits insoweit rechtswidrig.

Hinsichtlich der Berücksichtigung der Kostenstruktur besteht nach Auffassung des Senats teilweise ein Ermittlungsdefizit.

Schiedsämter nach [§ 89 SGB V](#) sind Behörden i.S.v. [§ 1 Abs. 2 SGB X](#), so dass - soweit die Schiedsamtverordnung insbesondere in den [§§ 13 ff.](#) nichts regelt - das SGB X anzuwenden ist. Da [§ 15](#) Schiedsamtverordnung nur die Vertragsparteien zur Vorlage erforderlicher Unterlagen verpflichtet, ergibt sich aus [§ 20 SGB X](#) die Verpflichtung des Schiedsamts zur Ermittlung entscheidungserheblicher Tatsachen von Amts wegen (siehe auch Vahldiek in: Hauck/Noftz, SGB V K [§ 89](#) Rn. 54).

Das beklagte Landesschiedsamt geht entsprechend dem Vortrag der Beigeladenen von durchschnittlichen Gehaltssteigerungen je Beschäftigtem in Zahnarztpraxen von 4,5% aus. Dieser Betrag wurde von der Klägerin bestritten und erscheint in Anbetracht der Tatsache, dass der ab 01.04.2013 geltende in Bayern gültige Gehaltstarifvertrag für Medizinische Fachangestellte bei einer Laufzeit von drei Jahren lediglich eine Erhöhung um 3 % zum 01.04.2014 vorsieht sowie des Umstandes, dass für Zahnmedizinische Fachangestellte in Hamburg, Hessen, Westfalen-Lippe und im Saarland ab 01.01.2014 eine Tarifloohnerhöhung um 2,5 % vereinbart wurde, und des Hinweises der Klägerin, dass in Bayern für Zahnmedizinische Fachangestellte kein Tarifvertrag existiert, nicht plausibel. Tragfähige Tatsachenfeststellungen zu Gehaltssteigerungen fehlen.

Auch die Berücksichtigung des "Sonderfaktors Thermodesinfektion" ist nicht in vollem Umfang durch Tatsachenfeststellungen untermauert. Es wurden die Investitions- und Betriebskosten "pauschal" berücksichtigt, ohne Einsparungen aufgrund des Einsatzes sog. Reinigungs- und Desinfektionsgeräte (RDG) zu erfassen. Die Aussage des Vorsitzenden des Vorstands der Beklagten in der mündlichen Verhandlung, RDG würden zusätzlich zu der bisherigen Reinigung eingesetzt, so dass es keine Einsparungen gebe, ist unzutreffend. Vielmehr unterscheidet sich der Arbeitsablauf bei maschineller und manueller Reinigung und Desinfektion nach Standardarbeitsanweisungen deutlich. Während nach dem Auseinandernehmen des Medizinprodukts bei der manuellen Bearbeitung das Einlegen in eine Reinigungslösung, die mechanische Reinigung, ggf. mit Ultraschall, die chemische Desinfektion, nach Ablauf der Einwirkzeit die Spülung und anschließend die Trocknung erforderlich sind, wird das Medizinprodukt bei der Reinigung im RDG lediglich in die Maschine gelegt und nach dem Reinigungsgang wieder herausgeholt (siehe Infektionsprävention in der Zahnheilkunde - Anforderungen an die Hygiene, Mitteilung der Kommission für Krankenhaushygiene und Infektionsprävention beim Robert-Koch-Institut, Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 4, 2006, 375, 379). Die Personalkosten verringern sich also beim Einsatz von RDG deutlich. Dies ist nicht in die Schätzung eingeflossen. Außerdem fehlen tatsächliche Feststellungen, in welchem Umfang sich die Nachrüstung mit RDG in 2014 überhaupt auf die Kostenstruktur auswirkt. Bereits nach Empfehlung von 2006 sollten nämlich Reinigung und Desinfektion bevorzugt thermisch-maschinell erfolgen (a.a.O. 385) und ab Oktober 2012 war die maschinelle Aufbereitung in RDG für Zahnarztpraxen verbindlich.

Das beklagte Landesschiedsamt ist damit bei der Kostenstruktur von einem unzutreffenden bzw. unvollständigen Sachverhalt ausgegangen. Auch insoweit ist der Beschluss rechtswidrig.

Der streitgegenständliche Beschluss ist ferner rechtswidrig, soweit er in [§ 2 Abs. 2 S. 2](#) eine einmalige Erhöhung der

Gesamtvergütungsobergrenze um 8 Millionen EUR wegen der Berücksichtigung der Zahl der Versicherten anstelle der Zahl der Mitglieder bei der Veränderung der Gesamtvergütung vorsieht ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#)). Diese Festsetzung erfolgte ohne Rechtsgrundlage und verstößt gegen zwingende Rechtsvorschriften. [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) in der aktuellen Fassung bestimmt ausdrücklich, dass die Höhe der Gesamtvergütung ab 01.01.2013 (Tag des Inkrafttretens) entsprechend der Zahl und Struktur der Versicherten, nicht mehr der Mitgliederzahl, anzupassen ist. Eine Übergangsregelung gibt es nicht. Damit war die Gesamtvergütung 2014 ausschließlich nach der Entwicklung der Versichertenzahl festzustellen. Verfassungsrechtlich ist die Neuregelung unbedenklich, zumal die Gesamtvertragsparteien als Körperschaften des öffentlichen Rechts ([§§ 77 Abs. 5 SGB V](#), [29 Abs. 1 SGB IV](#)) nicht grundrechtsfähig sind und triftige Gründe für die Neuregelung sprechen. Sie erlaubt erstmals auch die Berücksichtigung von Familienversicherten ([§ 10 SGB V](#)) damit eine differenziertere und bedarfsgerechtere Betrachtung (vgl. Gesetzesbegründung, [BT-Drs. 17/6906, S. 60](#)). Eine "dauerhafte Volumenneutralität der Umstellung" war also gerade kein Ziel der Neuregelung.

Außerdem geht das beklagte Landesschiedsamt auch hier von unzureichend ermittelten Tatsachen aus. Entsprechend dem Vortrag der Beigeladenen wird festgestellt: " Auch wenn sich die Entwicklung der Versichertenzahlen derzeit nicht genau prognostizieren lässt, sind für die KZVB negative Effekte aus der Umstellung der Gesamtvergütungsberechnung auf den Versichertenbezug zu erwarten. Zu deren Ausgleich hält das Schiedsamt eine einmalige Erhöhung ... um ... 8 Mio. Euro für angemessen." Diese Festsetzung ist neben dem Umstand, dass sie rechtswidrig ist, auch nicht auf tragfähige Tatsachenfeststellungen gestützt.

Letzteres gilt auch für § 2 Abs. 3 des Beschlusses. Bereits die Annahme des beklagten Landesschiedsamts, die Beendigung der "Claridentis"-Vereinbarung habe zu einer Änderung der Art und des Umfangs der zahnärztlichen Leistungen durch die Satzung der Klägerin geführt, ist falsch. Die durch den 41. Nachtrag m.W.z. 01.01.2014 geänderte Satzung bezieht sich in keiner Vorschrift auf die ausgelaufene "Claridentis"-Vereinbarung. Die Anhebung der Gesamtvergütungsobergrenze um 4,2 Mio. Euro wegen des Auslaufens des "Claridentis"-Vertrags zum Jahresende 2013 berücksichtigt ferner nicht, dass ab Vertragsbeginn nachweislich keine Bereinigung, d.h. Reduzierung der Gesamtvergütung nach [§ 140d SGB V](#) erfolgte; die hierauf gerichtete Klage der Klägerin beim Senat endete durch Klagerücknahme. Dies hatte zur Folge, dass bei nicht bereinigter, unveränderter Gesamtvergütung von der Beigeladenen weniger zahnärztliche Leistungen aus dieser zu bezahlen waren. Die Anhebung ohne vorangegangene Reduzierung bedeutet also tatsächlich eine Erhöhung der Gesamtvergütung, für die die rechtlichen Vorgaben des [§ 85 Abs. 3 S. 1](#) und 2 SGB V keine Rechtsgrundlage bieten, so dass sie rechtswidrig ist.

[§ 85 Abs. 3 S. 5 SGB V](#) führt entgegen des Vortrags der Beigeladenen zu keinem anderen Ergebnis, da auch nach der gesetzlich vorgeschriebenen angemessenen Berücksichtigung der für das Jahr 2012 abgerechneten Punktmengen bei den Vertragsverhandlungen für 2013 in § 1 der Vereinbarung vom 13.02.2013 in diesem Jahr noch zahnärztliche Leistungen über den "Claridentis"-Vertrag abgerechnet wurden, ohne dass eine Bereinigung der Gesamtvergütung erfolgte.

Auch bei der Festsetzung in § 2 Abs. 4 hat das beklagte Landesschiedsamt die zwingenden rechtlichen Vorgaben nicht beachtet. Die Anhebung der Gesamtvergütungsobergrenze um 21,3 Mio. Euro wegen der durch den Wegfall der Praxisgebühr verursachten Fallzahlsteigerung erfolgte ohne Rechtsgrundlage und ist rechtswidrig.

Die aktuelle Fassung des [§ 85 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ermöglicht es, bei der Veränderung der Gesamtvergütung die orale Morbiditätsentwicklung zu berücksichtigen, da sie einen maßgeblichen Parameter für den zahnärztlichen Behandlungsbedarf darstellt (so die Gesetzesbegründung, a.a.O.). Dabei können ein morbiditätsbedingter Rückgang - infolge einer verbesserten Mundhygiene - oder ein Anstieg bestimmter Leistungen und Verschiebungen zwischen Leistungsbereichen der zahnärztlichen Versorgung berücksichtigt werden (a.a.O.), nicht jedoch ein Anstieg der Fallzahlen. Die Frequenz der Arztbesuche, die nach Wegfall der Praxisgebühr zu einer höheren Fallzahl in zahnärztlichen Praxen führte, erlaubt prima facie keine Rückschlüsse auf die Morbidität, d.h. die Krankheitshäufigkeit innerhalb einer Population, zumal die orale Morbidität nicht durch Pan-, En- und Epidemien beeinflusst wird.

Soweit das beklagte Landesschiedsamt die durch die deutliche Steigerung der Fallzahl nachgewiesene vermehrte Inanspruchnahme von Leistungen bei der Veränderung der Gesamtvergütung berücksichtigt, ist dies rechtsfehlerhaft, da jeder Bezug zur oralen Morbiditätsentwicklung fehlt. Dies räumt letztlich auch das Schiedsamt ein, da es für "plausibel" hält, dass der Anstieg der Fallzahlen auf die Abschaffung der Praxisgebühr zurückzuführen ist, also gerade nicht auf morbiditätsbedingte, sondern auf rechtliche Ursachen. Dies gilt auch für den von der Beigeladenen behaupteten "Nachholeffekt" durch die Abschaffung der Praxisgebühr, der nicht kausal auf die Morbiditätsentwicklung i.S.v. [§ 85 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) zurückgeführt werden kann.

Im Ergebnis war der Klage stattzugeben und der Beklagte zur Neubescheidung zu verpflichten. In Anbetracht des weiten Gestaltungsermessens des beklagten Landesschiedsamts äußert sich der Senat nicht zur Notwendigkeit von (weiteren) Tatsachenfeststellungen und zur Abwägung in Ausübung des Ermessens.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 a SGG](#), [§ 154 Abs. 1 VwGO](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da keine klärungsbedürftigen Rechtsfragen entscheidungserheblich waren. Der Umfang gerichtlicher Prüfung von Schiedssprüchen ist in ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts geklärt (vgl. jüngst Urteil vom 13.08.2014, [B 6 KA 6/14 R](#)). Die Rechtsfrage, wie der Grundsatz der Beitragssatzstabilität auszulegen und zu berücksichtigen ist bei der Veränderung der Gesamtvergütung, kann anhand der bisherigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts beantwortet werden (zum Berücksichtigungsgebot schon [BSGE 70, 285, 296](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2015-04-17