

B 6 KA 29/02 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Schwerin (MVP)
Aktenzeichen
S 3 KA 12/98
Datum
23.02.2000
2. Instanz
LSG Mecklenburg-Vorpommern
Aktenzeichen
L 1 KA 13/00
Datum
22.05.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 29/02 R
Datum
16.07.2003
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Bei den jährlichen Veränderungen der Gesamtvergütungen können die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs nach der derzeitigen Gesetzeslage nicht berücksichtigt werden.
2. Ein Anspruch dass die Gesamtvergütungen in den neuen Bundesländern zur Anpassung an das Vergütungsniveau West zusätzlich erhöht werden besteht nicht.
3. Eine Anschlussrevision kann in bestimmten Konstellationen auch von weiteren Klägern geführt werden.
Auf die Revision der Klägerin zu 3. werden die Urteile des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern vom 22. Mai 2002 und des Sozialgerichts Schwerin vom 23. Februar 2000 insoweit aufgehoben, als sie es gebilligt haben, dass der Beklagte bei Erlass eines neuen Schiedsspruchs die Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs berücksichtigt. Im Übrigen wird die Revision der Klägerin zu 3. zurückgewiesen. Die Revisionen der Kläger zu 1. und 2. werden zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Revisionsverfahren nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Der Rechtsstreit betrifft den Schiedsspruch des beklagten Landesschiedsamtes über die Gesamtvergütungen, die die zu 1. und 2. klagenden Ersatzkassen-Verbände (VdAK und AEV) für das Jahr 1997 der zu 3. klagenden Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) zu gewähren haben. Im Revisionsverfahren ist streitig, ob der Beklagte die Vergütungserhöhung wegen der Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs (RSA) um 5 % verringern und eine Anhebung um 5 % zur Anpassung an das Vergütungsniveau West ablehnen durfte.

Die Kläger zu 1. und 2. und die Klägerin zu 3. hatten für die Jahre bis 1996 Einigungen über die Gesamtvergütungen erzielt. Für das Jahr 1997 gelangten sie indessen zu keiner Vereinbarung. Im September 1997 erklärte die Klägerin zu 3. die Verhandlungen für gescheitert. Der von ihr angerufene Beklagte setzte die Gesamtvergütungen durch Schiedsspruch vom 12. Dezember 1997 fest.

Der Schiedsspruch sah vor, dass Basis für die Berechnung der Gesamtvergütungen für 1997 - getrennt für die Kläger zu 1. und zu 2. - die Werte sein sollten, die gemäß den Vereinbarungen für 1996 ermittelt worden waren. Die nachträglich für 1996 festgestellte Entwicklung der beitragspflichtigen Einnahmen aller Mitglieder (Allgemeinversicherte und Rentner) sei korrigierend zu berücksichtigen; zudem sei eine Bereinigung um verschiedene Leistungen für Prävention und ambulantes Operieren vorzunehmen. So ergebe sich anhand der Zahl der im Lande wohnenden Mitglieder eine einheitliche Kopfpauschale (Nr 2.1 und 2.2 des Schiedsspruchs). Dieser Ausgangsbetrag sei wegen der Effekte des RSA um 5 % abzusenken (Nr 2.2.1 aaO) und wegen der Mehrfachanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch Versicherte - Chipkarteneffekt - um 4 % zu erhöhen (Nr 2.2.3 aaO). Ferner wurden zB für verschiedene Leistungen feste Punktwerte und untere Interventionspunktwerte festgesetzt (Nr 2.7 und 2.8 aaO) und die nach der Onkologie-Vereinbarung vorgesehenen Zahlungen geregelt (Nr 4 aaO). Im Schiedsspruch wurde die Forderung der Klägerin zu 3. nach einer Annäherung an das Vergütungsniveau der alten Bundesländer abgelehnt (Gründe unter C. zu Nr 2.2.3 letzter Absatz aaO). - Zur Begründung der 5 %igen Verringerung der Vergütungserhöhung wegen der Auswirkungen des RSA ist ausgeführt, dass der Punktwert bei den Ersatzkassen um 28 - 30 % höher liege als bei anderen Kassenarten, insbesondere als bei der AOK. Dies lasse sich nicht auf eine vermehrte Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen durch die Ersatzkassen-Versicherten zurückführen, beruhe vielmehr auf den in früheren Zeiten höheren Kopfpauschalen der Ersatzkassen, die noch heute Grundlage der jährlichen Neufestsetzung der Gesamtvergütungen seien. Die Ersatzkassen seien außer durch die höheren Gesamtvergütungen auch durch Ausgleichspflichten im RSA belastet, während andere Krankenkassen (KKn) wie die AOK traditionell geringere Kopfpauschalen entrichteten und zusätzlich Ausgleichszahlungen aus dem RSA erhielten. Um die finanzstarken KKn durch diese

Wirkungen nicht übermäßig zu benachteiligen, müsse die Ärzteschaft bei der Festlegung der Kopfpauschalen im Rahmen der Gesamtvergütungen eine Absenkung hinnehmen. Diese sei dadurch zu kompensieren, dass sie die für die finanzschwächeren KKn positiven Auswirkungen des RSA in die Verhandlungen mit diesen einbringe. Die Absenkung könne allerdings nicht auf einen Schlag um die von den Klägern zu 1. und 2. geforderten 15 %, vielmehr nur schrittweise erfolgen und werde für 1997 auf 5 % festgelegt. - In dem Schiedsspruch ist zur Frage einer weiteren Erhöhung der Gesamtvergütung um 5 % zur Annäherung an das Vergütungsniveau West dargelegt, dass dies allenfalls unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung gerechtfertigt sein könne, Versorgungsdefizite derzeit aber nicht erkennbar seien.

Die Klägerin zu 3. hat Klage gegen den Schiedsspruch erhoben; sie hat insbesondere die Verringerung wegen der Auswirkungen des RSA und die Ablehnung der Annäherung an das Vergütungsniveau West beanstandet. Die Kläger zu 1. und 2. haben den Schiedsspruch ebenfalls, aber aus anderen Gründen, angefochten. Das Sozialgericht (SG) hat den Schiedsspruch auf die Klage der Klägerin zu 3. hin wegen unzureichender Feststellungen im Zusammenhang mit der Berücksichtigung des RSA aufgehoben und den Beklagten verurteilt, erneut über die Gesamtvergütungen für 1997 zu entscheiden. Es hat die weiteren Beanstandungen der Klägerin zu 3. zurück- und die Klagen der Kläger zu 1. und 2. abgewiesen (Urteil vom 23. Februar 2000).

Sowohl die Kläger zu 1. und 2. als auch die Klägerin zu 3. haben Berufungen eingelegt. Auf diejenige der Kläger zu 1. und 2. hin hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG geändert und den Beklagten verurteilt, einen neuen Schiedsspruch unter Beachtung seiner - des LSG - Rechtsauffassung zu erlassen. Die weitergehenden Berufungen der Kläger zu 1. und 2. sowie die Berufung der Klägerin zu 3. hat es zurückgewiesen (Urteil vom 22. Mai 2002). In der Begründung ist - zu den Punkten, die Gegenstand des Revisionsverfahrens sind - ausgeführt, der Beklagte müsse eine neue Entscheidung zu Einzelfragen bei der Berücksichtigung der Auswirkungen des RSA treffen. Eine KK mit bislang höheren Beiträgen könne sich für ihr Begehren nach einer Verringerung der Kopfpauschalen auf den Grundsatz der Beitragssatzstabilität berufen, wenn ihre Leistungsausgaben durch hohe Kopfpauschalen überdurchschnittlich hoch, ihre Verwaltungsausgaben aber niedrig seien. Das Schiedsamt müsse aber weitere Sachverhaltsfeststellungen treffen. Für die Begrenzung einer an sich gebotenen Erhöhung der Gesamtvergütung reiche nicht aus, dass die Leistungsausgaben der KK im ambulanten vertragsärztlichen Bereich um 28 - 30 % über den so genannten standardisierten Leistungsausgaben lägen. Mit einzubeziehen seien die weiteren Ausgaben wie diejenigen für die vertragszahnärztliche und stationäre Versorgung, das Krankengeld und die Arzneimittel. - Was das Begehren nach Annäherung um 5 % an das Vergütungsniveau West betreffe, so habe der Beklagte dies zu Recht abgelehnt. Das Fünfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) sehe weder einen übergreifenden Finanzausgleich für die Bereiche Ost und West noch eine übergreifende Gesamtbetrachtung vor. Zudem stehe der Erhöhung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität entgegen. Der Gesichtspunkt angemessener Vergütung ergäbe einen Anspruch nur, wenn die Versorgung zumindest in einem Teilbereich ernsthaft gefährdet wäre, wofür jedenfalls für 1997 nichts ersichtlich sei. Auch die übrigen Begehren der Kläger zu 1. und 2. sowie die der Klägerin zu 3. habe der Beklagte zu Recht abgelehnt.

Die Klägerin zu 3. hat die vom LSG zugelassene Revision eingelegt mit dem Ziel, dass die Auswirkungen des RSA unberücksichtigt bleiben und eine Annäherung an das Vergütungsniveau West erfolgt. Die Kläger zu 1. und 2. haben Anschlussrevisionen eingelegt; sie halten einzelne der vom LSG ausgesprochenen Maßgaben zur Berücksichtigung der Auswirkungen des RSA für unzutreffend.

Die Klägerin zu 3. macht geltend, [§ 85 Abs 3 SGB V](#) lasse keinen Raum für die Berücksichtigung der Auswirkungen des RSA. Dies lasse sich auch nicht auf [§§ 266, 267 SGB V](#) stützen, jedenfalls nicht, soweit KKn mit höheren Beitragseinnahmen höhere Gesamtvergütungen auf Grund der Vereinbarung höherer Kopfpauschalen gewährten. Denn der Gesetzgeber habe mit dem RSA lediglich unterschiedliche Einnahmen, nicht aber unterschiedliche Ausgaben zum Ausgleich bringen wollen, sodass unterschiedliche Gesamtvergütungsausgaben unbeachtlich seien. Ebenso wenig könnten umgekehrt die Transferverpflichtungen aus dem RSA im Rahmen der Gesamtvergütung berücksichtigt werden. Nichts anderes ergebe sich aus dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität. Dieser beziehe sich zunächst schon nicht auf den Beitragssatz einer einzelnen KK, sondern nur auf den durchschnittlichen Beitragssatz aller bundesdeutschen KKn. Darüber hinaus würden sich inakzeptable Folgen ergeben. Würde den Ersatzkassen eine Absenkung der hohen Gesamtvergütungen gewährt, so müssten bei anderen KKn bzw Kassenarten die Gesamtvergütungen angehoben werden. Denn sonst litte die Stabilität des Gesamtniveaus der Gesamtvergütungen und der ärztlichen Honoraransprüche, was der Zielsetzung der gesetzlichen Regelung zuwider liefe. Sollten dennoch die Auswirkungen des RSA berücksichtigt werden, so sei jedenfalls die mit den Anschlussrevisionen der Kläger zu 1. und 2. geltend gemachte Forderung zurückzuweisen, beim Vergleich der Vergütungsausgaben der bundesweite Durchschnitt zu berücksichtigen. Denn dies passe nicht dazu, dass die Vergütung für jeden KÄV-Bereich einzeln vereinbart bzw festgelegt werde. - Was das Verlangen nach Annäherung der Gesamtvergütung an das Vergütungsniveau West betreffe, so sei zu beachten, dass Vergütungsvereinbarungen gemäß [§ 85 Abs 3 SGB V](#) die Funktion hätten, für ein funktionierendes System mit angemessenen Vergütungen zu sorgen, die ärztliche Versorgung in Mecklenburg-Vorpommern aber auf Grund unangemessen niedriger Vergütungen im Vergleich zu den alten Bundesländern gefährdet sei. Dem Gebot der Annäherung an deren Vergütungsniveau stehe nicht die im Einigungsvertrag geregelte finanzielle Trennung der alten und neuen Bundesländer entgegen, denn diese sei ohnehin nicht konsequent durchgehalten worden. Vielmehr habe der Gesetzgeber schon verschiedentlich Maßnahmen zur Annäherung getroffen, die bis 1995 auch Wirkung gezeigt hätten. Die weitere Entwicklung - 1997 und 1998 - in den neuen Ländern sei indessen ungünstig gewesen. Die Ausgaben für die ambulanten Behandlungen je Versichertem hätten 1997 lediglich ca 75 % des Westniveaus betragen. Die Kläger zu 1. und 2. hätten 1997 für jedes Mitglied nur 658,64 DM (Kläger zu 1.) bzw 447,06 DM (Kläger zu 2.) im Vergleich zu 879,23 DM bzw 779,12 DM in den alten Ländern gewährt, sodass das Vergütungsvolumen für die Ärzte lediglich je Mitglied 74,9 % bzw 57,4 % desjenigen in den alten Bundesländern betragen habe. Diese Diskrepanz habe sich in der Folgezeit fortgesetzt. Der Anspruch auf Annäherung an das Westniveau ergebe sich auch aus [Art 3 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#), wie das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) sinngemäß zur Vergütung der Rechtsanwälte entschieden habe.

Die Klägerin zu 3. beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern vom 22. Mai 2002 und des Sozialgerichts Schwerin vom 23. Februar 2000 aufzuheben und den Beklagten unter Änderung seines Bescheides vom 12. Dezember 1997 zu verurteilen, über die Höhe der Gesamtvergütung für 1997 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden, und die Anschlussrevisionen der Kläger zu 1. und 2. zurückzuweisen.

Das beklagte Landesschiedsamt und das beigeladene Land Mecklenburg-Vorpommern - Sozialministerium - stellen keine Anträge.

Die Kläger zu 1. und 2. beantragen - im Wege der Anschlussrevision -, die Urteile des Landessozialgerichts Mecklenburg-Vorpommern vom 22. Mai 2002 und des Sozialgerichts Schwerin vom 23. Februar 2000 insoweit aufzuheben, als sie den Bescheid des Beklagten vom 12. Dezember 1997 wegen der Berücksichtigung der Auswirkungen des Risikostrukturausgleichs beanstanden, und insoweit die Klage der Klägerin zu 3. gegen den Bescheid abzuweisen, sowie die Revision der Klägerin zu 3. zurückzuweisen.

Die Kläger zu 1. und 2. machen mit ihren Anschlussrevisionen geltend, das LSG stelle ungerechtfertigte Anforderungen an die Berücksichtigung der Auswirkungen des RSA. Wenn die Gesamtvergütungen nicht im RSA berücksichtigt werden könnten, so müssten jedenfalls umgekehrt dessen Auswirkungen bei der Festlegung der Gesamtvergütungen beachtet werden. Das folge aus dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität, der im Rahmen des § 85 Abs 3 Satz 2 SGB V heranzuziehen sei. Die Beiträge könnten nur stabil gehalten werden, wenn längerfristig hohe Gesamtvergütungen den durchschnittlichen angepasst würden, so wie der RSA langfristig zur Angleichung der Leistungsausgaben aller KKn an die standardisierten Leistungsausgaben führe. Während der Schiedsspruch bei der Berücksichtigung der Auswirkungen des RSA zu Recht ausreichen lasse, dass die Leistungsausgaben der KKn im Bereich der ambulanten Versorgung die standardisierten überträfen, fordere das LSG, dass die Ausgaben der KKn in allen Leistungsbereichen, dh bei spartenübergreifender, saldierender Betrachtung, über den standardisierten Leistungsausgaben liegen müssten. Indessen gelte der Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht nur spartenübergreifend, sondern für jeden einzelnen Bereich, wie in den Senatsurteilen vom 10. Mai 2000 ausgeführt worden sei. Die Leistungsausgaben würden ohnehin gesondert für alle Bereiche ermittelt. Zu Unrecht fordere das LSG auch Feststellungen speziell für Mecklenburg-Vorpommern, während der Schiedsspruch zu Recht bundesweite Durchschnittswerte zu Grunde lege. Die Revision der Klägerin zu 3., die sich gegen jegliche Berücksichtigung der Auswirkungen des RSA wende, greife zu kurz. Gerade die Ausklammerung der Höhe der Gesamtvergütungen beim RSA setze voraus bzw intendiere, dass durch diesen bedingte Ausgabenunterschiede in die Vergütungsverhandlungen bzw -festsetzungen einzubeziehen seien. Was das Begehren nach Annäherung an das Vergütungs niveau West betreffe, so fehle dafür eine Anspruchsgrundlage. Im Übrigen habe in den hier maßgeblichen Jahren 1996 bis 1998 der durchschnittliche Praxisüberschuss mit 165.782 DM nur wenig unter dem der alten Bundesländer mit 194.739 DM gelegen. Ein Versorgungsnotstand in den neuen Bundesländern sei nicht festzustellen, zumal nicht in der damaligen Zeit.

Der Beklagte verteidigt seinen Schiedsspruch, ohne einen Antrag zu stellen. Er hält die Revision der Klägerin zu 3. teilweise bereits für unzulässig, jedenfalls aber für unbegründet. Die Auswirkungen des RSA seien zu berücksichtigen, weil sie die Beitragssatzstabilität beeinflussten, sich nämlich jedenfalls dann auf die Beitragssatzentwicklung bei einer KK auswirkten, wenn dadurch die Leistungsausgaben die standardisierten überschritten. Die vom LSG für die Berücksichtigung der Auswirkungen des RSA formulierten Restriktionen überzeugten nicht, wie die Kläger zu 1. und 2. mit ihren Anschlussrevisionen zu Recht rügten. Die Ablehnung der Annäherung an das Vergütungs niveau West sei ebenfalls nicht zu beanstanden. Dafür gebe es keine Rechtsgrundlage. Zudem stehe der Annäherung der Grundsatz der Beitragssatzstabilität entgegen.

Das beige ladene Land Mecklenburg-Vorpommern - Sozialministerium - wendet sich, ohne einen Antrag zu stellen, wie die Klägerin zu 3. gegen die Berücksichtigung von Auswirkungen des RSA bei der Festlegung der Gesamtvergütung. Dieser könne allenfalls über das Kriterium der Beitragssatzstabilität einbezogen werden. Werde dies bejaht, so sei zu entscheiden, ob bei den Leistungsausgaben ein bundesweiter Vergleich oder ein Vergleich nur mit dem Rechtskreis Ost oder lediglich mit dem Durchschnittsniveau in Mecklenburg-Vorpommern vorzunehmen, und, ob dabei auf alle Bereiche oder nur auf den ambulanten Bereich abzustellen sei. Das Letztere sei richtig, erfordere aber noch nähere Feststellungen des LSG oder des Schiedsamts. Der Hinweis auf die traditionellerweise höheren Kopfpauschalen der Ersatzkassen reiche nicht aus. Den politischen Bestrebungen nach weiterer Ost-West-Angleichung dürfe nicht im Wege von Gesamtvergütungskorrekturen in diesem Einzelfall vorgegriffen werden.

II

Die Revision der Klägerin zu 3. hat teilweise Erfolg.

Gegenstand des Rechtsstreits sind die von der Klägerin zu 3. mit ihrer Revision angegriffenen Vorgaben, die das LSG dem beklagten Landesschiedsamt für dessen erneute Entscheidung über die Höhe der Gesamtvergütungen für 1997 gegeben hat. Sie hält es für rechtswidrig, bei der Erhöhung der vorjährigen Gesamtvergütungen die Auswirkungen des RSA vermindern zu berücksichtigen und eine Annäherung an das Vergütungs niveau West abzulehnen. Mit dem so formulierten Revisionsbegehren hat sie den Gegenstand des Revisionsverfahrens auf diese Vorgaben eingeschränkt. Eine solche Beschränkung ist zulässig. Denn die vorinstanzliche Verurteilung zur Neubescheidung ist teilbar und eingrenzbar. Der dem Rechtsstreit zu Grunde liegende Schiedsspruch enthält, bezogen auf die vorjährigen Gesamtvergütungen, verschiedene Erhöhungs- und Absenkungsfestsetzungen, die voneinander getrennt gewürdigt werden können. Daran hat schon die Vorinstanz angeknüpft, indem sie sich darauf beschränkt hat, die angegriffenen "Rechnungsposten" jeweils gesondert zu überprüfen. Von diesen wiederum hat die Klägerin zu 3. nur zwei zum Gegenstand des Revisionsverfahrens gemacht, nämlich die Verringerung der Erhöhung der Gesamtvergütungen durch Berücksichtigung der Auswirkungen des RSA und die Ablehnung einer Erhöhung zur Annäherung an das Vergütungs niveau West. Hierüber kann die revisionsgerichtliche Überprüfung nicht hinausgehen.

Dementsprechend kann das Revisionsgericht auch nur in diesem Umfang neue bindende Vorgaben für die erneute Entscheidung des Beklagten geben. Außerhalb der beiden im Revisionsverfahren zur Entscheidung gestellten Rechtsfragen bleibt es bei dem Schiedsspruch bzw - soweit die Vorinstanzen ihn beanstanden haben - bei den Vorgaben der Vorinstanzen. Die Bindung an deren Vorgaben umfasst auch den Hinweis des Berufungsgerichts, der Beklagte habe eine vollumfängliche neue Entscheidung zu treffen, nämlich auch die Auswirkungen der neu zu beurteilenden Gesichtspunkte - RSA und Chipkarten-Effekt - auf das Gesamtergebnis zu berücksichtigen, wobei er jedoch im Einzelnen an die gerichtlichen Vorgaben und insoweit jeweils an das Verbot der reformatio in peius gebunden sei. Wegen der Bindung an diese - jedenfalls vertretbaren - Ausführungen ist auch dem Senat insoweit eine revisionsgerichtliche Überprüfung verwehrt.

Die Revision der Klägerin zu 3. ist zulässig. Ihr kann - entgegen der Ansicht des Beklagten - nicht mit Erfolg entgegengehalten werden, für ihr Rechtsschutzbegehren fehle die erforderliche Beschwerde, weil sie lediglich andere Maßgaben im Rahmen der schon vorinstanzlich erfolgten Verurteilung zur erneuten Entscheidung begehre. Sie erstrebt zwar in der Tat kein weitergehendes Ergebnis als die Neubescheidungsverpflichtung, die ihr schon die Vorinstanzen zuerkannt haben. Sie begehrt mit ihrer Revision aber abweichende rechtliche Vorgaben für die neue Entscheidung des Beklagten. Damit strebt sie eine für sich letztlich günstigere Neufestlegung der

Gesamtvergütungen an. Dies begründet die Beschwer der Klägerin (vgl Senatsurteil vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 27](#) S 191, in Fortführung des Urteils vom 27. Oktober 1976, [BSGE 43, 1](#), 3 f = SozR 1500 § 131 Nr 4 S 5 f).

Die der Revision zu Grunde liegende Klage ist zulässig und teilweise begründet. Die Klägerin zu 3. hat mit ihrem Neubescheidungsbegehren gemäß [§ 54 Abs 1 iVm § 131 Abs 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) - mit dem Ziel, einen inhaltlich neuen Schiedsspruch zu erreichen - die richtige Klageart gewählt. Die damit geltend gemachte Verpflichtung zum Erlass eines neuen Verwaltungsaktes berücksichtigt, dass die Festsetzung der Gesamtvergütungen durch ein Schiedsamt als Verwaltungsakt anzusehen ist ([BSGE 20, 73](#), 75 = SozR Nr 1 zu § 368h RVO; BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 20](#) S 126, - zur Anwendung des § 54 Abs 1 und nicht des Abs 3 SGG vgl [BSGE 86, 126](#), 130 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 37](#) S 290 f). Die Klägerin zu 3. ist mit ihrem Revisions- und Klagebegehren in der Sache insoweit erfolgreich, als sie mit ihren Einwänden gegen die Verringerung der Gesamtvergütungen mit Rücksicht auf die Auswirkungen auf den RSA um 5 % durchdringt.

Ihre Einwände gegen eine Einbeziehung der Auswirkungen auf den RSA scheitern nicht daran, dass Schiedssprüche gemäß [§ 89 SGB V](#) nur in eingeschränktem Umfang gerichtlicher Kontrolle zugänglich sind. Die Beschränkung der gerichtlichen Kontrolle berücksichtigt, dass die Schiedsämter, deren Sprüche fehlende Vereinbarungen der zum Vertragsabschluss berufenen Vertragspartner ersetzen, eine weite Gestaltungsfreiheit haben. Dies trägt dem Wesen der Schiedssprüche Rechnung, die auf Interessenausgleich angelegt sind und Kompromisscharakter haben (vgl [BSGE 87, 199](#), 202 = [SozR 3-3300 § 85 Nr 1](#) S 5). Dementsprechend sind sie nur daraufhin zu überprüfen, ob sie die grundlegenden verfahrensrechtlichen Anforderungen und in inhaltlicher Hinsicht die zwingenden rechtlichen Vorgaben eingehalten haben. Mithin ist in formeller Hinsicht zu prüfen, ob das Schiedsamt den von ihm zu Grunde gelegten Sachverhalt in einem fairen Verfahren unter Wahrung des rechtlichen Gehörs ermittelt hat und der Schiedsspruch die Gründe für das Entscheidungsergebnis wenigstens andeutungsweise erkennen lässt (BSG aaO). Die inhaltliche Kontrolle beschränkt sich darauf, ob der vom Schiedsspruch zu Grunde gelegte Sachverhalt zutrifft und ob das Schiedsamt den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum eingehalten, dh die maßgeblichen Rechtsmaßstäbe beachtet hat (hierzu zusammenfassend BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 20](#) S 131; [BSGE 86, 126](#), 135, 146 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 37](#) S 295, 308; vgl auch [BVerwGE 108, 47](#), 49-53; [116, 78](#), 80 f und 85). Nach Maßgabe dieser Prüfungsbefugnis ist es dem Senat eröffnet, den angefochtenen Schiedsspruch nicht nur in formeller Hinsicht, sondern im Umfang des Streitgegenstandes des Revisionsverfahrens auch inhaltlich zu überprüfen.

Mängel des Schiedsspruchs in formeller Hinsicht sind nicht ersichtlich. Insoweit ist im Berufungsurteil das Erforderliche ausgeführt; darauf wird verwiesen (zum erforderlichen Begründungsumfang vgl BSGE 51, 58, 64, insoweit in SozR 2200 § 368h Nr 3 nicht abgedruckt).

In inhaltlicher Hinsicht ist zu beanstanden, dass der Beklagte zwingende rechtliche Vorgaben nicht beachtet hat. Er durfte die Erhöhung der Gesamtvergütung nicht wegen der Auswirkungen des RSA verringern. Dies haben die Vorinstanzen zu Unrecht, wenn auch nur unter bestimmten Voraussetzungen, gebilligt. Das ist mit den Gesetzesregelungen nicht vereinbar, liegt nämlich außerhalb des durch [§ 85 Abs 3 SGB V](#) vorgegebenen Rahmens für die Festlegung von Gesamtvergütungen.

Gemäß [§ 85 Abs 3 SGB V](#) (in der bis heute geltenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#)) sind bei der Vereinbarung von Gesamtvergütungen die Praxiskosten, die für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendende Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen, soweit sie auf einer gesetzlichen oder satzungsgemäßen Leistungsausweitung beruhen, zu berücksichtigen (Satz 1). Zudem ist der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten (Satz 2).

Nach dieser Regelung richten sich die Veränderungen der Gesamtvergütungen zum einen an speziell die Vertragsärzte betreffenden Gesichtspunkten aus, nämlich ob und inwieweit bei den Praxiskosten, bei der für die vertragsärztliche Tätigkeit aufzuwendenden Arbeitszeit sowie bei der Art und dem Umfang der ärztlichen Leistungen Änderungen eingetreten sind ([§ 85 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)). Zum anderen sollen der Vertragsärzteschaft auch die allgemeinen Veränderungen - in der Regel Erhöhungen - der Einkommen zugute kommen, allerdings nur, soweit dies im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung tragbar ist. Dem soll die Anbindung an den Grundsatz der Beitragssatzstabilität Rechnung tragen (Satz 2 aaO iVm [§ 71 iVm § 141 Abs 2 SGB V](#)). Dadurch orientieren sich die Veränderungen an den - mit allgemeinen Einkommenssteigerungen im Regelfall verbundenen - Erhöhungen des Beitragsaufkommens der KKn und damit an der Vermehrung ihrer Einnahmen (vgl dazu zB Begründung zum Gesetzentwurf des GSG, [BT-Drucks 12/3608 S 69](#) f). Wie der Senat schon in seinem Urteil vom 15. Mai 1991 ausgeführt hat, ist das System der kassen- bzw vertragsärztlichen Versorgung darauf angewiesen, dass Untervergütungen vermieden und so den Ärzten und anderen Leistungserbringern genügend Anreize geboten werden, sich für die Zulassung auch wirtschaftlich zu interessieren ([BSGE 68, 291](#), 297 = [SozR 3-1500 § 54 Nr 7](#) S 17 f; stRspr).

Die Regelung des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) mit den Kriterien der Praxiskosten, der Arbeitszeit, der Art und des Umfanges der ärztlichen Leistungen sowie der Beitragssatzstabilität ermöglicht indessen nicht, Ausgleichspflichten aus dem RSA zu berücksichtigen. Erfolglos ist insbesondere die Argumentation, hohe Ausgleichszahlungen im RSA ergäben höhere Ausgaben der KKn und könnten dadurch zu höheren Beiträgen führen und somit die Beitragssatzstabilität gefährden, was im Rahmen des [§ 85 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) bei der Festlegung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen sei. Auch wenn ein solcher Zusammenhang bestehen kann, so ist dennoch kein Raum, solche Auswirkungen des RSA bei der Veränderung der Gesamtvergütungen zu berücksichtigen. Dem stehen zum einen das inhaltliche Verhältnis der Bestimmung des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) zu den Regelungen der [§§ 266, 267 SGB V](#) und zum anderen Sinn und Zweck der Vorschrift des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) entgegen.

Bei den Bestimmungen über die Veränderungen der Gesamtvergütungen ([§ 85 Abs 3 SGB V](#)) und denen über den RSA ([§§ 266, 267 SGB V](#) idF des Art 1 Nr 143, 144 GSG) handelt es sich um unterschiedliche Regelungskomplexe, die selbstständig nebeneinander stehen. Sie sind nicht miteinander verknüpft, weder wechselseitig noch einseitig in dem Sinne, dass die Ausgaben für Gesamtvergütungen im Rahmen des RSA zu berücksichtigen wären, noch umgekehrt einseitig dahingehend, dass die Ausgleichspflichten nach dem RSA bei der Veränderung der Gesamtvergütungen beachtet werden könnten. Die Sperre, im Rahmen des RSA die Ausgaben für Gesamtvergütungen einzubeziehen, ergibt sich aus [§ 266 SGB V](#). Diese Vorschrift bestimmt, dass die Höhe des Ausgleichsanspruchs oder der Ausgleichsverpflichtung durch den Vergleich des Beitragsbedarfs einer KK mit ihrer Finanzkraft ermittelt wird (Abs 2 Satz 1 aaO). Der Beitragsbedarf der KK ergibt sich aus der Summe ihrer standardisierten Leistungsausgaben, die nach der Zusammensetzung ihrer Mitglieder und der nach [§ 10 SGB V](#) mitversicherten Familienangehörigen errechnet werden (Abs 2 Satz 2 iVm Abs 1 Satz 2 aaO). Die Versicherten werden gemäß ihrem Alter und Geschlecht in Gruppen eingeteilt, denen ein Durchschnittsbetrag an Leistungsausgaben zugeordnet wird (s im Einzelnen [§ 266 Abs 2](#) ff SGB V; zum

schematisierenden Charakter des RSA s BSG, Urteil vom 24. Januar 2003 - [B 12 KR 19/01 R](#) = [BSGE 90, 231](#), 245, 266 = [SozR 4-2500 § 266 Nr 1](#) RdNr 46, 103). Ergibt die so ermittelte Summe der Leistungsausgaben einen Beitragsbedarf, der über den Beitragseinnahmen der KK liegt, so ist diese ausgleichsberechtigt; liegt der Beitragsbedarf unter den Beitragseinnahmen, so ist die KK ausgleichsverpflichtet. In [§ 266 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) ist zusätzlich ausdrücklich bestimmt, dass solche Einnahmen- und Ausgabenunterschiede unbeachtet bleiben, die nicht auf die Höhe der beitragspflichtigen Einnahmen der Mitglieder, die Zahl der nach § 10 mitversicherten Familienangehörigen oder die Alters- oder Geschlechtsverteilung zurückzuführen sind. Somit besteht keine Möglichkeit, im Rahmen des RSA die Ausgaben für Gesamtvergütungen und Unterschiede bei den dabei zu Grunde gelegten Kopfpauschalen zu berücksichtigen.

Diese "Ausblendung" der Gesamtvergütungsausgaben aus den Regelungen des RSA kann aber nicht die Folgerung rechtfertigen, dass die unterschiedlichen Ausgleichsansprüche und -verpflichtungen aus dem RSA umgekehrt bei der Festlegung der Veränderungen der Gesamtvergütungen gemäß [§ 85 Abs 3 SGB V](#) Beachtung finden könnten. Dafür ist kein Raum. Die Bestimmung des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) nennt in Satz 1 als Kriterien für die Veränderung der Gesamtvergütungen lediglich die Praxiskosten, die Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen. Für die Berücksichtigung von Ausgleichsansprüchen und -verpflichtungen aus dem RSA kommt daher nur der Satz 2 aaO in Betracht. Auch dessen Bestimmung, dass bei der Vereinbarung der Veränderungen der Gesamtvergütungen der Grundsatz der Beitragssatzstabilität in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten ist, ermöglicht indessen nicht, die Auswirkungen des RSA einzubeziehen. Dem stehen sowohl praktische Gründe als auch - was entscheidend ist - die derzeitige Gesetzeslage entgegen.

Würden im Rahmen der Festlegung der Veränderungen der Gesamtvergütungen Ausgleichsverpflichtungen aus dem RSA berücksichtigt, so müssten um der Ausgewogenheit willen - um nicht Sinn und Zweck des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) zuwider zu handeln - auch Ausgleichsansprüche aus dem RSA die Festlegung der Gesamtvergütungen beeinflussen. Würden nämlich zB bei den Ersatzkassen deren Ausgleichsverpflichtungen in der Weise einbezogen, dass die von ihnen den KÄVen zu zahlenden Gesamtvergütungen bzw Kopfpauschalen nur in geringerem Umfang erhöht würden, so müssten auf der anderen Seite zB bei den AOKen deren Ausgleichsansprüche dazu führen, dass die von ihnen zu entrichtenden Gesamtvergütungen bzw Kopfpauschalen zusätzlich erhöht werden. Denn nur wenn außer den RSA-Ausgleichsverpflichtungen auch die RSA-Ausgleichsansprüche beachtet werden, wird vermieden, dass die Summe aller Gesamtvergütungen niedriger ausfällt, als es in [§ 85 Abs 3 SGB V](#) angelegt ist, der - wie ausgeführt - auf eine Erhöhung der Gesamtvergütungen entsprechend den allgemeinen Veränderungen der Einkommen - nach Maßgabe der Erhöhungen des Beitragsaufkommens für die KKn - ausgerichtet ist. Nur bei gleichmäßiger - und möglichst auch gleichzeitiger - Berücksichtigung sowohl der Ausgleichszahlungen als auch der Ausgleichsverpflichtungen ergäbe sich die von diesem Konzept her erforderliche Ausgewogenheit. Diese ist aber nicht gewährleistet, weil ein Instrumentarium, mit dem gegenüber den ausgleichsberechtigten KKn größere Erhöhungen der Gesamtvergütungen durchgesetzt werden könnten, im Gesetz nicht vorgesehen ist.

Der Möglichkeit, im Rahmen der Festlegung der Veränderungen der Gesamtvergütungen Auswirkungen des RSA einzubeziehen, scheitert aber nicht nur am Fehlen eines gesetzlichen Instrumentariums, mit dem bei ausgleichsberechtigten KKn erhöhte Gesamtvergütungssteigerungen durchgesetzt werden könnten. Dem steht vielmehr auch die Regelung des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) als solche entgegen, in deren Satz 2 der Grundsatz der Beitragssatzstabilität zwar genannt ist, dem aber nicht die von den Klägern zu 1. und 2. und dem Beklagten geltend gemachte Reichweite zukommt. Der hier verankerte Grundsatz ist in den Kontext des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) eingebunden. Er ist in dessen Satz 2 enthalten, der an den vorstehenden Satz 1 anschließt. Hieraus ergibt sich, dass er nur dazu dienen soll, Erhöhungen, die durch Veränderungen bei den Praxiskosten, der Arbeitszeit sowie der Art und dem Umfang der ärztlichen Leistungen veranlasst sein könnten (Satz 1 aaO), uU zu begrenzen. Eine weiter gehende Funktion kommt diesem Grundsatz der Beitragssatzstabilität nicht zu. Es gibt keinen gesetzlichen Ansatzpunkt, Umstände, die sich aus den Regelungen des RSA ([§§ 266, 267 SGB V](#)) ergeben, in die Festlegung der Gesamtvergütungen einzuführen. Zwar ist einzuräumen, dass es denkbar ist, dass hohe Ausgleichspflichten aus dem RSA höhere Ausgaben der KKn ergeben und dadurch zu höheren Beiträgen führen. Indessen hätte der Gesetzgeber, falls er dies bei der Veränderung der Gesamtvergütungen beachtet wissen wollte, die Regelung des [§ 85 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) entsprechend erweitern müssen.

Es liegt insoweit anders als bei dem Gesichtspunkt der Angemessenheit der Vergütung, der in § 72 Abs 2 (am Ende) SGB V zum Ausdruck kommt und auch ohne ausdrückliche Erwähnung in [§ 85 Abs 3 SGB V](#) bei Veränderungen der Gesamtvergütungen mit zu berücksichtigen ist (ebenso zB Engelhard in Hauck/Noftz, SGB V, § 85 RdNr 54 mwN). Die Erzielung einer angemessenen Vergütung - unter Beachtung der Finanzierungsbelastung für die KKn und dementsprechend nur nach Maßgabe des Beitragsaufkommens der KKn - ist Kern und Ziel der Regelung des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) insgesamt. Dementsprechend geht das Bundessozialgericht (BSG) in ständiger Rechtsprechung nach Art einer Vermutung davon aus, dass die Höhe der vereinbarten Gesamtvergütung angemessen ist ([BSGE 20, 73](#), 84, 86 = [SozR Nr 1 zu § 368h RVO S Aa5 RückS](#); [BSGE 51, 58, 63 f](#), insoweit in [SozR 2200 § 368h Nr 3](#) nicht abgedruckt; vgl auch [BSGE 36, 151, 154 f](#) = [SozR Nr 7 zu § 368g RVO S Aa8](#)). Diese Vermutung liegt auch dem Konzept der gesetzlichen Regelung des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) zu Grunde, wonach von der vorjährigen Gesamtvergütung auszugehen ist und nur Veränderungen zu vereinbaren sind (zur Maßgeblichkeit gerade der Veränderungen vgl BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 17 S 111 f](#) für 1991/1993). Die Konzeption, die frühere Gesamtvergütungsvereinbarung als maßgeblichen Ausgangspunkt zu Grunde zu legen und grundsätzlich nicht nachträglich in Frage zu stellen, ist im Übrigen auch in [§ 85 Abs 3c SGB V](#) zum Ausdruck gekommen (idF des GSG vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#), erst zum 1. Januar 2000 und zum 1. Januar 2002 geringfügig geändert). Wurde einer früheren vereinbarten Gesamtvergütung vorläufig eine Veränderungsrate zu Grunde gelegt, weicht aber die spätere tatsächliche davon ab, so ist nicht etwa nachträglich die frühere Vereinbarung zu korrigieren, sondern die Abweichung darf erst im Rahmen der folgenden Vereinbarung mitberücksichtigt werden (vgl dazu BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 17 S 113](#); s auch BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 40 S 323 f](#); s auch LSG Niedersachsen, Beschluss vom 15. April 1998 - [L 5 KA 4/98 ER](#) -, Juris). Ungeachtet dessen, dass der Regelung des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) das Ziel der Erreichung einer angemessenen Vergütung zu Grunde liegt, kommt dem dennoch kein Vorrang etwa gegenüber dem Grundsatz der Beitragssatzstabilität zu (so schon [BSGE 86, 126, 142](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr 37 S 303](#)).

Die Berücksichtigung weiterer Gesichtspunkte bei der Festlegung der Veränderungen der Gesamtvergütungen, wie hier die Auswirkungen des RSA, ist nach der gesetzlichen Regelung des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) indessen nicht möglich. Dies ist auch schon seit längerer Zeit im Schrifttum erkannt worden; zum Teil ist deshalb ein Tätigwerden des Gesetzgebers gefordert worden (vgl Reichelt, DOK 1998, 214; Graf, Arbeit und Sozialpolitik 2000, Heft 9-10, 59, 61 f; Schönbach, BKK 2000, 375, 376 f; Schneider, ErsK 2001, 196, 198 f; Paquet, VSSR 2001, 235, 240; Hess, VSSR 2001, 267, 268-271; Schnapp, NZS 2003, 337, 339; Felder/Robra, Gesundheits- und Sozialpolitik, 2003, Heft 3-4, 18, 19 f; dagegen will das Bundesversicherungsamt schon nach bisheriger Gesetzeslage die Auswirkungen des RSA berücksichtigen - so der Bericht von Schnapp, NZS 2003, 1, 2 unter III 1, und NZS 2003, 337, 339 unter III; der Tendenz nach auch Ballast, ErsK 2000, 139, 141 f, der

aber Lösungen in der Praxis auch erst mit Hilfe einer Gesetzesreform sieht). Der Gesetzgeber hat die Regelungen bisher trotzdem insoweit nicht geändert, weder diejenige des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) noch die der [§§ 266, 267 SGB V](#), und dies, obgleich er ansonsten gelegentlich Änderungen vorgenommen hat (abgesehen von kleineren Änderungen siehe vor allem das Gesetz zur Reform des RSA in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 10. Dezember 2001, [BGBl I 3465](#), mit Weiterentwicklung des RSA durch Anfügung der [§§ 268, 269 SGB V](#)). Auch die erneute Zunahme der Diskrepanzen beim ärztlichen Einkommen zwischen den neuen und den alten Bundesländern ab 1997 hat den Gesetzgeber nicht zu einer Neuregelung veranlasst. Dementsprechend hat schon der 12. Senat des BSG darauf hingewiesen, dass letztlich der Gesetzgeber tätig werden muss (Urteil vom 24. Januar 2003 - [B 12 KR 2/02 R](#) = [SozR 4-2500 § 266 Nr 3](#) RdNr 17 am Ende). Erst die Hinweise des 12. Senats und die Verkündung des vorliegenden Urteils haben ihn offenbar zu Überlegungen veranlasst, die ungleichgewichtige Belastung der verschiedenen KKn durch die unterschiedlichen Kopfpauschalen abzubauen (vgl dazu die anvisierte Neuregelung mit einheitlichen Durchschnittspunktwerten für alle KKn ab 2007, s [BT-Drucks 15/1525](#) mit einem neuen [§ 85d SGB V](#)). Den angestrebten Maßnahmen des Gesetzgebers kann die Rechtsprechung aber nicht vorgreifen.

Mithin sind der Schiedsspruch und die vorinstanzlichen Entscheidungen insoweit zu beanstanden, als sie die Auswirkungen des RSA bei der Festlegung der Gesamtvergütungen berücksichtigt bzw dies gebilligt haben. Insoweit hat die Revision der Klägerin zu 3. Erfolg.

Erfolgos bleibt dagegen das Begehren der Klägerin zu 3. nach einer Erhöhung der Gesamtvergütung zur Annäherung an das Vergütungsniveau West. Denn für dieses Verlangen gibt es keine Grundlage.

Ein solcher Anspruch lässt sich aus [§ 85 Abs 3 SGB V](#) nicht ableiten. Wie dargelegt, sind für die Erhöhungen der Gesamtvergütungen jeweils die vorjährigen Gesamtvergütungen zu Grunde zu legen und Veränderungen nur nach Maßgabe der Kriterien des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) möglich. Es gibt auch keine andere Regelung, auf die sich der geltend gemachte Anspruch auf Annäherung der Vergütungen 1997 in Mecklenburg-Vorpommern an diejenigen in den KÄV-Bereichen der westlichen Bundesländer stützen ließe.

Der Gesetzgeber ist insoweit nicht untätig geblieben, hat sich vielmehr bereits wiederholt mit den Diskrepanzen zwischen dem Einkommensniveau der neuen im Vergleich zu den alten Bundesländern befasst. Mit dem Einigungsvertrag hatte der Gesetzgeber zunächst die Sonderregelungen der [§§ 308 ff SGB V](#) für die neuen Bundesländer geschaffen (Einigungsvertrag vom 31. August 1990, [BGBl II 885](#), 889, 1048 ff). Zum 1. Januar 1993 modifizierte er [§ 85 Abs 3 SGB V](#) durch Einfügung des Abs 3b für das Beitrittsgebiet (Art 1 Nr 43 f GSG): Diese Anbindung an die erheblichen Steigerungen der Grundlohnsomme hat in den neuen Bundesländern zu deutlich höheren Vergütungssteigerungen als in den alten geführt. Zudem hat der Gesetzgeber als Ausgangsbasis für die Gesamtvergütungen für 1993 das Doppelte derjenigen des ersten Halbjahres 1992 zuzüglich 4 % bestimmt sowie für 1993 und 1994 eine weitere Erhöhung um jeweils 3 % und für 1995 um weitere 4 % vorgesehen (s [§ 85 Abs 3b Satz 2](#) und 3 SGB V, einschließlich der Änderung zum 1. Januar 1995, [Art 1 Nr 1 Buchst a](#) und b des 4. SGB V-ÄndG vom 4. Dezember 1995, [BGBl I 1558](#)). Diese gesetzlichen Maßnahmen haben zu einer zunehmenden Angleichung des Ost- an das Westniveau geführt, allerdings noch keine Gleichstellung bewirken können. Vor diesem Hintergrund kann dem Gesetzgeber keine rechtswidrige Untätigkeit angelastet werden. Die immer noch bestehenden Diskrepanzen wären nur dann nicht mehr hinnehmbar, wenn die sich für Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen ergebende geringere Vergütung nicht mehr als angemessen iS des [§ 72 Abs 2](#) am Ende SGB V angesehen werden könnte. Dies würde aber voraussetzen, dass die Vergütung so unangemessen niedrig ist, dass der Anreiz für Ärzte und andere Leistungserbringer, sich dort niederzulassen, so gering geworden ist, dass die Versorgung - zumindest in einem relevanten Teilbereich - gefährdet ist (vgl stRspr des Senats, zB [BSGE 75, 187](#), 189 ff = [SozR 3-2500 § 72 Nr 5](#) S 7 ff; BSG SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1 S 5 f). Hierfür gibt es indessen, jedenfalls bezogen auf den vorliegend streitrelevanten Zeitraum 1997, keinen greifbaren Anhaltspunkt. Auch die Klägerin zu 3. hat hierfür nichts vorgetragen; sie hat dies lediglich abstrakt in ihrer Revisionsbegründung behauptet, aber nicht näher substantiiert, was als Tatsachenvortrag im Revisionsverfahren im Übrigen ohnehin nicht gewürdigt werden könnte.

Eine über die bisherige gesetzgeberische Tätigkeit hinaus gehende Annäherung des Ost- an das Westniveau kann die Klägerin zu 3. auch nicht auf Grund des Gleichbehandlungsgebots des [Art 3 Abs 1 GG](#) beanspruchen. Die Annahme einer Gleichheitswidrigkeit würde voraussetzen, dass der bisherige Rechtszustand unzureichend und deshalb rechtswidrig ist. Dies ist indessen nicht der Fall. Der von der Klägerin zu 3. herangezogene Vergleich mit dem Urteil des BVerfG vom 28. Januar 2003 ([1 BvR 487/01](#) = [NJW 2003, 737](#)) greift nicht durch. Das BVerfG hat darin die Regelungen über den 10 %igen Vergütungsabschlag für die Rechtsanwälte mit Kanzleisitz in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen für verfassungswidrig erklärt. Es hat dies damit begründet, für die unterschiedliche Behandlung bestehe kein sachlich rechtfertigender Grund mehr, seitdem es keine Beschränkung der Postulationsfähigkeit auf den Gerichtsbezirk am Kanzleisitz mehr gebe (so früher bei Zivilprozessen vor den Land- und Familiengerichten - bis zur Neuregelung zum 1. Januar 2000 durch das Gesetz zur Änderung des Gesetzes zur Neuordnung des Berufsrechts der Rechtsanwälte und Patentanwälte vom 17. Dezember 1999, [BGBl I 2448](#), veranlasst durch den BVerfG-Beschluss vom 5. Dezember 1995, [BVerfGE 93, 362](#)). Könne der Rechtsanwalt im gesamten Bundesgebiet tätig werden, so dürfe die Vergütung auch nicht je nach der geographischen Lage seines Kanzleisitzes unterschiedlich sein. Mit dieser Situation im anwaltlichen Bereich ist diejenige der Vertragsärzte indessen - entgegen der Ansicht der Klägerin zu 3. - nicht vergleichbar. Diese sind nicht frei, wo sie im Bundesgebiet tätig werden. Sie können zwar auch Versicherte auswärtiger KKn behandeln (so genannte Fremdkassenfälle), dies aber grundsätzlich nur an ihrem Vertragsarztsitz und in diesem Planungsbereich (vgl dazu zusammenfassend - auch unter Darstellung der Ausnahmen - Engelmann, MedR 2002, 561). Anhaltspunkte dafür, dass diese Beschränkungen, die gleichermaßen die Vertragsärzte in den neuen wie in den alten Bundesländern treffen, verfassungswidrig sein könnten, bestehen nicht. Das BSG und das BVerfG sind bisher ohne Weiteres von ihrer Verfassungsmäßigkeit ausgegangen (vgl zB [BSGE 82, 41](#) = [SozR 3-2500 § 103 Nr 2](#); BVerfG (Kammer), Beschluss vom 27. April 2001 - [1 BvR 1282/99](#) = [MedR 2001, 639](#)).

Die Anschlussrevisionen der Kläger zu 1. und 2. sind zwar ebenfalls zulässig, aber unbegründet.

Die Rechtsmittel der Kläger zu 1. und 2. stellen zulässige, so genannte unselbstständige - nämlich erst nach Ablauf der Revisionsfrist eingelegte - Anschlussrevisionen dar. Deren Zulässigkeit richtet sich nach [§ 202 SGG](#) iVm [§ 554](#) Zivilprozessordnung (ZPO) (vgl zB [BSGE 37, 28](#), 33 = [SozR Nr 4 zu § 556 ZPO](#); [BSGE 44, 184](#), 184 f = [SozR 1750 § 556 Nr 1](#); [BSGE 47, 168](#), 169 = [SozR 1750 § 556 Nr 2 S 2](#); BSG [SozR 3-5050 § 15 Nr 5](#) S 23). Gemäß [§ 554 Abs 1 iVm Abs 2 ZPO](#) kann sich der Revisionsbeklagte der Revision auch noch nach Ablauf der Revisionsfrist anschließen, wenn er dies binnen eines Monats nach der Zustellung der Revisionsbegründung erklärt (zur Anwendung dieser Frist vgl [BSGE 44, 184](#) = [SozR 1750 § 556 Nr 1](#)). Diese Frist haben die Kläger zu 1. und 2. mit ihrem Schriftsatz gewahrt, den sie - nach

Erhalt der Revisionsbegründung vom 11. November 2002 - am 4. Dezember 2002 eingereicht haben.

Der Zulässigkeit ihrer Anschlussrevisionen steht nicht entgegen, dass sie von ihrer Prozessstellung her nicht Revisions"beklagte" sind, wie es der Wortlaut des [§ 554 Abs 1 und 2 ZPO](#) an sich erfordert. Im Rahmen der gemäß [§ 202 ZPO](#) erfolgenden "entsprechenden" Anwendung dieser Bestimmungen ist den besonderen verwaltungsgerichtlichen bzw sozialgerichtlichen Fallgestaltungen Rechnung zu tragen. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass der eigentliche Gegner des Revisionsführers gelegentlich nicht der Revisionsbeklagte ist, sondern ein Beigeladener (so zB bei Konkurrentenklagen und auch bei baurechtlichen Nachbarklagen) oder ein Mit-Kläger ist (so bei Schiedssprüchen wie im vorliegenden Fall). In solchen Fällen von Verwaltungsakten mit Doppelwirkung und mit Beiladung des materiellen Gegenspielers wird außer dem Beklagten auch dem Beigeladenen die Befugnis zur Einlegung eines Anschlussrechtsmittels zuerkannt (so ausdrücklich [§ 141 iVm § 127 VwGO](#): "und die anderen Beteiligten"; ebenso für das SGG zB Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl 2002, § 143 RdNr 5f aE; wohl auch Hennig in Hennig, SGG, § 160 RdNr 48: "eines anderen Beteiligten"; vgl auch BSG [SozR 3-4100 § 157 Nr 2](#) S 10, das ein Anschlussrechtsmittel nicht schon deshalb als unzulässig angesehen hat, weil es ein Beigeladener eingelegt hatte). In entsprechender Weise kann die Befugnis zur Anschlussberufung oder -revision uU auch einem Mit-Kläger zB dann zustehen, wenn ein Verwaltungsakt oder ein Vertragsverhältnis eine gemischt begünstigende und belastende Doppelwirkung gegenüber zwei oder mehr Personen entfaltet, die alle dagegen den Rechtsweg beschreiten. In diesem Fall sind diese zwar allesamt Kläger, aber sie stehen einander mit ihren unterschiedlichen Interessen und Begehren als Gegner gegenüber. Dies kann in der Berufungs- und/oder Revisionsinstanz dazu führen, dass nach einem Urteil, bei dem sie teilweise obsiegen und teilweise unterliegen, ein Kläger Berufung oder Revision einlegt und der andere Anschlussberufung oder -revision. Ein Bedürfnis, dieses Rechtsmittel als zulässig anzusehen, besteht insbesondere dann, wenn - wie in Schiedsamt-Fällen - der eigentliche Beklagte diese Stellung nur förmlich innehat, nämlich nicht selbst als klagebefugt angesehen wird (vgl dazu [BSGE 86, 126](#), 130-133 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 37](#) S 290-294). Jedenfalls in einem solchen Fall, in dem nur die verschiedenen Kläger klagebefugt und deshalb sie im Verhältnis zueinander die Gegner sind, ist ihnen die Befugnis zur Einlegung von Anschlussrechtsmitteln anzuerkennen.

Die von den Klägern zu 1. und 2. eingelegten Anschlussrevisionen erfüllen auch die weitere Zulässigkeitsvoraussetzung, dass sie sich nämlich innerhalb des Streitgegenstandes halten, der durch die Revision der Klägerin zu 3. in die Revisionsinstanz gelangt ist (vgl zu dieser Voraussetzung zB BSG [SozR 3-5050 § 15 Nr 5](#) S 23; USK 96 131 S 780; Meyer-Ladewig, aaO, § 160 RdNr 3c; zu deren großzügiger Auslegung vgl zB [BVerwGE 116, 169](#), 174 f).

In der Sache aber sind die Anschlussrevisionen der Kläger zu 1. und 2. zurückzuweisen. Diese sind auf die volle Wiederherstellung des Schiedsspruchs gerichtet, soweit dieser die Auswirkungen des RSA berücksichtigt, nämlich auf die Beseitigung der insoweit einschränkenden Maßgaben des LSG. Damit haben sie keinen Erfolg, weil - wie dargelegt - die Auswirkungen des RSA überhaupt nicht im Rahmen des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) gewürdigt werden können.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 und 4 SGG](#) in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr 24](#) S 115 ff). Bei seinem Ausspruch, dass außergerichtliche Kosten nicht zu erstatten sind, hat der Senat das teilweise Obsiegen und teilweise Unterliegen der Beteiligten berücksichtigt.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-01-20