

B 6 KA 83/03 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 17 KA 239/99
Datum
10.10.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KA 243/01
Datum
25.06.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 83/03 R
Datum
09.12.2004
Kategorie
Urteil

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25. Juni 2003 wird zurückgewiesen. Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Revisionsverfahren als Gesamtschuldner zu erstatten.

Gründe:

I

Die Kläger beanspruchen eine höhere Vergütung für die im Quartal III/1998 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen.

Die drei Kläger sind im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) als Pathologen in Gemeinschaftspraxis niedergelassen und nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten sah vor, dass aus dem für die Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Betrag, in den neben den Gesamtvergütungen auch die Zahlungen anderer KÄVen in Fremdkassenfällen eingingen, vorweg unter anderem die Zahlungen an andere KÄVen für Fremdarztfälle berücksichtigt wurden (§ 6 Abs 3 HVM). Der nach Abzug der Vorwegzahlungen verbleibende Betrag wurde nach einem Schlüssel den einzelnen Arztgruppen zur Verfügung gestellt und auf im Einzelnen aufgeführte Honorartöpfe verteilt; die Höhe der Honorartöpfe war ab I/1998 quartalsweise durch den Vorstand der Beklagten zu prüfen und für das Folgequartal entsprechend der Veränderung der Arztzahl je Arztgruppe zum Basiszeitraum der Quartale I und II/1996 anzupassen (§ 6 Abs 4 Buchst a HVM). Das einer Arztgruppe im Abrechnungsquartal zustehende Honorarkontingent wurde danach auf der Basis des prozentualen Anteils der Arztgruppe am Honorarvolumen des Vergleichsquartals ermittelt. Für Pathologen ergab sich auf dieser Grundlage im Quartal III/1998 ein Arztgruppenanteil von 0,5356 % und ein Punktwert im Ersatzkassenbereich von 7,74 Pf und im Primärkassenbereich von 6,7312 Pf.

Die Beklagte setzte den Gesamthonorar-Saldo der Kläger für das Quartal III/1998 unter Einschluss kleinerer Beträge aus Vorquartalen bei einer Fallzahl von 7.641 auf 283.597,80 DM fest (Bescheid vom 20. Januar 1999). Den nicht näher begründeten Widerspruch wies die Beklagte zurück (Widerspruchsbescheid vom 21. September 1999).

Die Kläger haben mit ihrer Klage unter Vorlage einer Ausgabenermittlung für das Quartal III/1998 ein höheres Honorar begehrt. Sie hätten in diesem Quartal bei einem Gesamtaufwand für die vertragsärztliche Tätigkeit von 241.449,80 DM lediglich einen Überschuss von 42.148 DM erzielt; ausgehend von einem jährlichen Arztlohn je Arzt von 180.000 DM im Jahr ergebe sich ein Restanspruch von 92.852 DM. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage mit Urteil vom 10. Oktober 2001 abgewiesen. Die hiergegen gerichtete Berufung hat das Landessozialgericht (LSG) mit Urteil vom 25. Juni 2003 zurückgewiesen. Die Kläger hätten keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung der von ihnen im Quartal III/1998 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. - Sie hätten keinen Anspruch auf Neubescheidung wegen eines Verfahrensfehlers. Der angefochtene Honorarbescheid sei hinreichend bestimmt und ausreichend begründet ([§ 33 Abs 1](#), [§ 35 Abs 1](#) des Zehnten Buches Sozialgesetzbuch (SGB X)). Ob dies auch für den Widerspruchsbescheid gelte, könne dahinstehen. Denn selbst bei einer fehlenden Begründung könnte er nach [§ 42 SGB X](#) nicht aufgehoben werden. Die Beklagte habe weder vor Erlass des Honorar- noch des Widerspruchsbescheides den Grundsatz des rechtlichen Gehörs verletzt ([§ 24 SGB X](#)). Soweit die Kläger vortrügen, der Vorstand habe ihre Widerspruchsbegründung nicht zur Kenntnis genommen, hätten sie dazu keine konkreten Anhaltspunkte benannt. Dies wäre aber angesichts der Beweiskraft des Widerspruchsbescheids unerlässlich gewesen. Die Auffassung, der angefochtene Bescheid verstoße gegen die guten Sitten, weil den Klägern nur eine monatliche Vergütung von 4.000 DM verbleibe, und sei deswegen nichtig ([§ 40 Abs 2 Nr 5 SGB X](#)), sei verfehlt. Selbst wenn dies der Fall wäre, folge daraus kein Anspruch auf eine höhere Vergütung. - Auch in der Sache seien der Honorarbescheid und die ihm zu Grunde liegenden Regelungen rechtmäßig. Die Kläger könnten einen Anspruch auf eine höhere Vergütung

ihrer Leistungen weder auf das Gebot der Angemessenheit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß [§ 72 Abs 2](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) noch auf den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit stützen. Die Beklagte habe das Honorar der Kläger für das Quartal III/1998 in Anwendung ihres HVM berechnet. Sowohl diese Verfahrensweise als auch die zu Grunde liegenden Regelungen seien rechtmäßig. Die den HVM beschließende Vertreterversammlung sei ausreichend legitimiert. Insbesondere bestünden keine Bedenken gegen eine Einbeziehung von Nichtvertragsärzten als außerordentliche Mitglieder in die Vertreterversammlung. Die Auffassung, deren personelle Zusammensetzung müsse der unterschiedlichen Interessenlage der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen Rechnung tragen, etwa die jeweils betroffenen Arztgruppen widerspiegeln, entbehre einer rechtlichen Grundlage. Bei der Festsetzung des HVM sei das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen ordnungsgemäß hergestellt worden. Zwar habe ausweislich der amtlichen Bekanntmachung die Benehmensherstellung hinsichtlich einzelner Regelungen gefehlt. Auf diese Regelungen käme es im vorliegenden Fall aber nicht an. - Der Vorwegabzug der in § 6 Abs 3 HVM aufgeführten Leistungen sei zulässig. Es könne dahinstehen, ob den Pathologen im Zuständigkeitsbereich der Beklagten - wie die Kläger mutmaßen - übermäßig Patienten bereichsfremder Krankenkassen überwiesen würden und ob die Pathologen dadurch belastet würden, dass Fremdkassenleistungen in die zu verteilende Gesamtvergütung einfließen, statt vorrangig den im Fremdkassenbereich tätigen Pathologen zugute zu kommen. Eine daraus ggf resultierende, allenfalls geringfügige Ungleichgewichtung sei im Rahmen pauschalierender und schematischer Regelung eines HVM hinzunehmen. - Auch die Bildung von Honorartöpfen verstoße nicht gegen höherrangiges Recht. Damit begegne die Beklagte in zulässiger Weise der Gefahr, dass sich durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändere. Es sei sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der KÄV bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben. Ferner sei es gerechtfertigt, auch solche Arztgruppen in Honorartöpfe einzubeziehen, die ihre Leistungen nur auf Überweisung von anderen Vertragsärzten erbringen könnten. - Ein Anspruch auf einen höheren Punktwert als den, der sich auf der Grundlage des HVM ergebe, bestehe nicht. Ein solcher Anspruch könne nicht auf das objektiv-rechtliche Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen ([§ 72 Abs 2 SGB V](#)) gestützt werden, das im Allgemeinen keine subjektiven Rechte begründe. Auch aus [Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) lasse sich ein Anspruch auf eine bestimmte Vergütung vertragsärztlicher Leistungen nicht herleiten. Dem stehe schon das vom Gesetz vorgegebene Vergütungssystem entgegen. Zu den für die Gesamtvertragsparteien bindenden Vorgaben zähle ua auch die Pflicht zur Wahrung der Beitragssatzstabilität. Diese wiederum diene der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und damit einem Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang. Ihm gegenüber müsse der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als derjenigen, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich sei, zurücktreten. Etwas anderes könne nur dann in Betracht kommen, wenn der Punktwert für ärztliche Leistungen extrem ver falle, wovon vorliegend keine Rede sein könne. - Auch der Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit sei nicht verletzt. Hiergegen habe die Beklagte insbesondere nicht dadurch verstoßen, dass sie den Honoraranteil der Pathologen, der sich in Anknüpfung an das Honorarvolumen der Ausgangs quartale des Jahres 1996 ergeben habe, nicht erhöht habe. Die Anzahl der zugelassenen Pathologen sei zwar von (durchschnittlich) 58 im Jahr 1996 auf 63 im Quartal III/1998 (Durchschnitt 1998 = 63,75), also um über 8 % gestiegen. Ebenso habe der Leistungsbedarf eine Steigerung von über 11 % erfahren (von 73.900.796,6 Punkten im Durchschnitt des Jahres 1996 auf 83.172.054,2 Punkte im Quartal III/1998; Durchschnitt 1998 = 85.013.957,9 Punkte). Zu einem - deutlichen - Absinken des Punktwertes habe dies aber nicht geführt. Hätten die Durchschnittspunktwerte aller Arztgruppen 1996 bei 6,5516 Pf/Primärkassen und 7,7414 Pf/Ersatzkassen gelegen, so hätten die Punktwerte für Pathologen im Quartal III/1998 6,7312 Pf (Primärkassen) und 7,7400 Pf bei den Ersatzkassen betragen. - Soweit das Begehren der Kläger auf eine günstigere Bewertung der von ihnen erbrachten Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) abziele, stehe dem die eingeschränkte Überprüfbarkeit der vom Bewertungsausschuss getroffenen Entscheidungen entgegen. Ein unsachgemäßes Vorgehen bei der Bewertung des pathologischen Leistungsspektrums sei nicht erkennbar. Zwar habe den Beschlüssen des Bewertungsausschusses eine Kostenstrukturanalyse für die Arztgruppe der Pathologen offensichtlich nicht zu Grunde gelegen. Es gebe jedoch keinen Anhalt dafür, dass sich der Bewertungsausschuss von sachfremden Erwägungen habe leiten lassen und sogar Vorschläge bzw Einwände des Berufsverbandes deutscher Pathologen nicht beachtet habe. Die betriebswirtschaftliche Analyse der HCR Henker-Consulting sei erst im April 1998 erschienen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) im Februar 1999 übergeben worden. - Die Regelung des § 6 Abs 8 Satz 1 HVM, wonach von der Zahlung an die Vertragsärzte die von der Vertreterversammlung beschlossenen Verwaltungskostenbeiträge in Abzug gebracht würden, decke sich mit § 6 Abs 9 Buchst j und § 9 Abs 2 der Satzung der Beklagten und sei nicht zu beanstanden. Sie verstoße nicht gegen Gesetzesrecht. Der Vorschrift des [§ 81 Abs 1 Satz 1 Nr 5 SGB V](#) sei Genüge getan, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalte und die betragsmäßige Festsetzung der Unkostenumlagen einer anderen Regelung der Vertreterversammlung überlasse. Der Einwand der Kläger, es fehle an einer Bekanntmachung der Beklagten entsprechend § 13 ihrer Satzung, greife nicht, da sich diese Bestimmung auf Änderungen des Satzungsrechts beziehe, nicht aber auf die Festlegung des Umlagesatzes, die durch einfachen Beschluss der Vertreterversammlung erfolgen könne.

Die Kläger rügen mit ihrer Revision eine Verletzung ihres Rechts auf angemessene Vergütung aus [Art 12 Abs 1 GG](#) mit [§ 72 Abs 2](#), [§ 85 Abs 2 Satz 4](#), [Abs 3 Satz 1](#), [Abs 4 Satz 3 SGB V](#), des Gebots der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Art 3 Abs 1 GG](#), des Rechtsstaatsprinzips ([Art 20 Abs 2](#), [Art 28 Abs 1 Satz 1 GG](#)), des Demokratieprinzips ([Art 20 Abs 2](#), [Art 28 Abs 1 Satz 1](#), [Art 38 Abs 1 Satz 1 GG](#)), des Anspruchs auf effektiven Rechtsschutz ([Art 19 Abs 4 GG](#)) sowie der [§§ 62](#), [103](#) und [128 Abs 1 SGG](#). - Die Vorinstanzen hätten den Klägern das rechtliche Gehör versagt. Das SG habe in seinem Urteil Auskünfte des Bewertungsausschusses verarbeitet, die es den Klägern vorenthalten habe. Das LSG habe die Ausführungen der Kläger und des Berufsverbandes deutscher Pathologen zu diesen Auskünften des Bewertungsausschusses ignoriert. Gleiches gelte im Hinblick auf die gutachterliche Stellungnahme der Bundesgeschäftsführerin des Berufsverbandes deutscher Pathologen Kempny zum HVM der Beklagten. Das LSG-Urteil verschweige auch, welchen Arztlohn die Kläger in dem streitigen Quartal sowie in den Jahren 1996 bis 2001 erhalten hätten, obwohl es diesbezüglich Ermittlungen angestellt habe. Angesichts dessen schöpfe die wörtliche Übernahme der Urteilsgründe aus einer Parallelsache die Sach- und Rechtslage des vorliegenden Falles nicht aus. - Der angefochtene Bescheid gewähre den Klägern keine angemessene Vergütung, auf die sie einen Rechtsanspruch hätten. Vertragsärzte hätten gegen ihre KÄV aus [Art 12 Abs 1 GG](#) iVm [§§ 72 Abs 2](#), [85 Abs 2 Satz 4](#), [Abs 3 Satz 1](#), [Abs 4 Satz 3 SGB V](#) subjektive Rechte auf angemessene Vergütung. Zwar könne das Grundrecht auf angemessene vertragsärztliche Vergütung einfach-rechtlich Einschränkungen unterliegen. Doch sei ein Krankenversicherungssystem, das den Versicherten umfassende Krankenbehandlung garantiere, diese ausschließlich aus den Beiträgen der Versicherten finanziere, dann aber Milliarden aus diesen Beiträgen für krankenversicherungsfremde Leistungen verwende bzw umfangreiche Personengruppen beitragsfrei behandle, wegen der wachsenden Kosten der Krankenversorgung den Leistungserbringern keine angemessene Vergütung mehr bezahlen könne und sich weigere, durch Beitragssatzerhöhungen, Leistungsverminderungen, Änderungen des Finanzierungssystems oä Abhilfe zu schaffen kein gegenüber den Vergütungsgrundrechten der Leistungserbringer vorgreiflich schutzwürdiger Gemeinwohlbelang. Ebenso wenig wie die Versicherten hinnehmen müssten, dass sie mit ihrem Beitrag

krankenversicherungsfremde Leistungen finanzierten, müssten das die Vertragsärzte in Bezug auf ihr Honorar. Verpflichtete der Staat die Vertragsärzte zur uneingeschränkten Gesundheitsversorgung aller Versicherten, so übernehme er damit zugleich Verantwortung für die angemessene Bezahlung dieser Tätigkeit. Angemessen sei der volle Kostenausgleich und ein Arztlohn je Quartal und Arzt von 45.000 DM, wie er in vergleichbaren akademischen Berufen erzielt werde. Die den Klägern im Quartal III/1998 gewährte Vergütung von monatlich 4.683 DM brutto habe weit darunter gelegen. Dabei habe es sich nicht um einen einmaligen Ausreißer, sondern um eine langfristige Unterbezahlung gehandelt. Der monatliche Arztlohn habe bei den Klägern 1996 je Arzt knapp 4.000 DM, 1997 6.600 DM, 1998 4.346 DM, 1999 4.298 DM, 2000 4.944 DM und 2001 817 DM betragen. Ein derartiges Honorar sei von dem üblichen Einkommensniveau vergleichbarer akademischer Berufe so weit entfernt, dass dies gegen die guten Sitten verstoße. Die Kläger hätten somit für das Quartal III/1998 92.852 DM zu wenig Honorar erhalten. Allerdings dürfte der Beklagten hinsichtlich des den Klägern zustehenden Arztlohns eine Einschätzungsprärogative zukommen, weshalb kein Zahlungs-, sondern ein Neubescheidungsantrag gestellt worden sei. - Der Honorarbescheid sei unverständlich und verstoße gegen § 33 Abs 1 SGB X oder jedenfalls gegen [§ 35 Abs 1 SGB X](#). Nachvollziehbar seien zwar die ersten beiden Seiten des Honorarbescheides, aus denen sich der Auszahlungsbetrag ergebe. Nicht aus sich verständlich seien aber die als Anlagen beigefügten Kürzungsentscheidungen. Auch sei aus dem Bescheid und seiner Begründung nicht zu erkennen, wie das Honorar der Kläger berechnet worden sei. Der Widerspruchsbescheid verstoße gegen [§ 24 SGB X](#), weil der Vorstand der Beklagten die Widerspruchsbegründung der Kläger nicht zur Kenntnis genommen habe. Soweit das LSG dem den öffentlichen Glauben des Widerspruchsbescheids entgegenhalte, hätte es im Hinblick auf [§ 415 Abs 2](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) dem Beweisantrag der Kläger stattgeben müssen. Dem könne nicht entgegengehalten werden, der Vorstand habe als Widerspruchsbehörde eine gebundene Entscheidung zu treffen gehabt. Denn die Meinungsbildung darüber, welche Vergütung angemessen sei, sei nicht normativ gebunden gewesen, sondern habe dem Vorstand Ermessensspielräume eröffnet. - Der Honorarbescheid beruhe auf fehlerhaften Rechtsquellen. So fehle für den Abzug von Verwaltungskosten in Höhe von 6.519,77 DM eine Rechtsgrundlage. [§ 81 Abs 1 Nr 5 SGB V](#) sei keine eigene Erhebungsgrundlage, sondern bestimme nur, dass satzungsrechtliche Vorschriften über die Aufbringung und Verwendung der Mittel zulässig und geboten seien. Auch § 9 Abs 2 der Satzung der Beklagten reiche als Rechtsgrundlage für die Beitragserhebung nicht aus, weil die Bestimmung den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen nicht genüge. Wegen des damit verbundenen Grundrechtseingriffs bedürfe auch die jährliche Höhe des Beitrags der Satzungsform. Die in § 9 Abs 2 der Satzung vorgesehene Festsetzung der Höhe durch einfachen Beschluss der Vertreterversammlung, der weder ausgefertigt noch veröffentlicht werden müsse, genüge nicht. Darüber hinaus sei die Bemessungsgrundlage rechtswidrig. Dass § 9 Abs 2 der Satzung und der angeblich für das streitige Quartal gefasste Beitragsbeschluss - dessen Beiziehung beantragt werde - an die von der Beklagten abgerechnete Vergütung anknüpfe und einen einheitlichen Vomhundertsatz vorsehe, stehe weder mit dem Äquivalenzprinzip noch mit dem Gleichheitssatz in Einklang. Der konkrete Vorteil, den die Mitglieder der Beklagten durch ihre Mitgliedschaft hätten, bestehe in dem Gewinn, den diese aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit erzielten. Ein an das ausgezahlte Honorar anknüpfender Beitragsmaßstab wäre nur dann nicht zu beanstanden, wenn der Gewinn bei allen Vertragsärzten annähernd gleich wäre. Dies wäre aber auf Grund der voneinander abweichenden Kostensituation der einzelnen Arztgruppen nicht der Fall. - Des Weiteren sei der EBM-Ä rechtswidrig. Seine Bewertungsregelungen griffen tief in die Grundrechte der Vertragsärzte aus [Art 12 Abs 1](#), [Art 14 Abs 1](#) und [Art 3 Abs 1 GG](#) ein und hätten schwer wiegende Auswirkungen auf die Grundrechte der Versicherten aus [Art 2 Abs 2 Satz 1 GG](#). Derart empfindliche Einschränkungen müsse der Gesetzes- oder Ordnungsgeber selbst regeln. Die Budgetierung bestimmter Arztgruppen im EBM-Ä ab III/1997 finde in [§ 87 SGB V](#) keine Stütze. Budgets seien nicht die Bewertung eines Leistungskomplexes, sondern dienten ausschließlich der Mangelbewirtschaftung einer unzulänglichen Gesamtvergütung. Die Normgeber des EBM-Ä seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch-autonom legitimiert. Weder die Partner der Bundesmantelverträge noch der Bewertungsausschuss seien verfassungskonform beschaffen. Der fehlende Minderheitenschutz in den Vertreterversammlungen der KÄVen schlage auch auf die Vertreterversammlung der KÄBV durch und mache deren Entscheidungen rechtsstaatlich insuffizient. Außerdem sei die Legitimationskette zu den Vertragsärzten homöopathisch verdünnt. Die Krankenkassen seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch-autonom verfasst. Ihre Tätigkeit beruhe weit überwiegend auf Friedenswahlen, die keine demokratische Legitimation vermitteln könnten. Die Ersatzkassenverbände seien als juristische Personen des Privatrechts keine geeigneten Rechtsnormgeber. Die Versicherten seien in den Verwaltungsräten der Krankenkassen nicht vertreten. Eine ununterbrochene demokratische Legitimationskette bestehe nicht, weil die Verwaltungsräte der Landesverbände nicht generell von allen Mitgliedschaften besetzt würden. Auch der Bewertungsausschuss sei nicht rechtsstaatlich und demokratisch legitimiert, zumal er um unparteiische, nicht weisungsgebundene Mitglieder erweitert werde, wenn es nicht zu einstimmigen Beschlüssen komme. - Rechtswidrig sei auch das Verfahren, nach dem der Bewertungsausschuss tätig werde. Undurchschaubar sei, wer im Vorfeld seiner Entscheidungen mitwirke, ob und welche Gutachten den Entscheidungen zu Grunde gelegt würden, ob überhaupt betriebswirtschaftliche Untersuchungen angestellt würden, welche Vorgaben die Gutachter erhielten, sowie vor allem, welche nicht betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte seinen Entscheidungen zu Grunde lägen. Der EBM-Ä genüge auch nicht den verfassungsrechtlichen Anforderungen an die Verständlichkeit untergesetzlicher Rechtsvorschriften. Das System der Praxis- und Zusatzbudgets bereite den Vertragsärzten unüberwindbare Verständnisschwierigkeiten. Der EBM-Ä sei ferner rechtswidrig, weil der Bewertung der pathologischen Leistungen keinerlei Ermittlungen des Bewertungsausschusses vorangegangen seien. Dieses rechtswidrige Verhalten könne auch nicht mit einer Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt werden. - Auch der HVM sei rechtswidrig. Die Vertreterversammlung sei nicht rechtsstaatlich-demokratisch legitimiert. Außerordentliche Mitglieder dürften an der Beschlussfassung über einen HVM nicht mitwirken. Der HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Da die Materialien nur teilweise zugänglich seien, werde bestritten, dass zu den Sitzungen der Vertreterversammlung ordnungsgemäß eingeladen worden sei, dass die Ausfertigungen mit den angeblich gefassten Beschlüssen übereinstimmten, dass das Benehmen mit den Kassenverbänden hergestellt und dass der HVM satzungsgemäß veröffentlicht worden sei. Auf die Überprüfung, ob der HVM wirksam in Kraft gesetzt sei, hätten sie - die Kläger - unter der Geltung des [Art 19 Abs 4 GG](#) auch dann einen Anspruch, wenn sie ihre Zweifel zunächst nicht konkretisieren könnten. Die Rechtsgrundlage des HVM ([§ 85 Abs 4 SGB V](#)) genüge nicht dem Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Die Vorschrift enthalte keinerlei Vorgaben für den Maßstab der Honorarverteilung und stehe mit der Rechtsprechung zur verfassungsrechtlichen Wesentlichkeitslehre nicht in Einklang. Der HVM sei auch deshalb rechtswidrig, weil die Vertreterversammlung bei seinem Erlass keine Informationen über die Kosten der pathologischen Vertragsarztpraxen in ihrem Bezirk gehabt, weil sie sich keine Meinung über den den Vertragsärzten zuzubilligenden Arztlohn gebildet und weil sie nicht einmal den Versuch einer Prognose unternommen habe, welche Auswirkungen ihr HVM auf die Pathologen haben werde. Der HVM rechtfertige sich auch nicht als Anfangs- und Erprobungsregelung, denn selbst hierfür benötige man irgendwelche Daten. - Der HVM sei auch in der Sache rechtswidrig. Er verstoße gegen [Art 3 Abs 1 GG](#) und verfälsche den EBM-Ä. Die Bundesgeschäftsführerin des Berufsverbands deutscher Pathologen Kempny habe in ihrem Gutachten nachgewiesen, dass die tatsächlichen Punktwertabsenkungen (von gedachten 8,82 Pf im EBM-Ä) im streitigen Quartal zu massiven Ungleichheiten zwischen den Arztgruppen geführt hätten. So hätten im Quartal III/1998 Frauenärzte bei einem Punktwert von 7,7 Pf einen Arztlohn von 2,74 Pf, Orthopäden bei einem Punktwert von 7,8 Pf einen Arztlohn von 2,2 Pf und Pathologen bei einem Punktwert von 7,1 Pf einen Arztlohn von nur 0,4 Pf erzielt. Dieser Punktwertabstand sei größer als die 15 %, auf die das Bundessozialgericht (BSG) abstelle. Damit verstoße der HVM nicht nur gegen [Art 3](#)

[Abs 1 GG](#), sondern setze sich auch in Widerspruch zu den verbindlichen Vorgaben des EBM-Ä. Ferner sei die Bildung eines Honorartopfs für Pathologen rechtswidrig. Sie verstoße gegen das Budgetierungsverbot für Pathologen im EBM-Ä. Zudem seien die Referenzquartale für die Bemessung des Honorartopfs falsch gewesen; in diesen Quartalen sei schon damals nicht bedarfsgerecht honoriert worden. - Des Weiteren sei der HVM rechtswidrig, soweit er auch bei Pathologen Kürzungen wegen übermäßiger Ausdehnung der Kassenarztpraxis zulasse, obwohl diese auf die Quantität ihrer Leistungen keinen Einfluss hätten. Zwar nehme § 7 Abs 1 Buchst d HVM die Pathologen von der Fallzahlzuwachsbeschränkung aus; § 7 Abs 2 HVM beziehe sie aber unzulässigerweise in die Kürzung bei Überschreitung der Punktzahlengrenzwerte ein. - Schließlich sei die Regelung des Fremdkassenausgleichs im HVM rechtswidrig. Die Bundesgeschäftsführerin des Berufsverbands deutscher Pathologen Kempny habe die Vermutung geäußert, dass wegen besonderer Gegebenheiten bei den Pathologen durch die Regelung im HVM andere Fachgruppen begünstigt und die Pathologen gleichheitswidrig benachteiligt würden. Diese Vermutung hätte für das Gericht Anlass für eine Prüfung von Amts wegen sein müssen.

Die Kläger beantragen,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 25. Juni 2003 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 10. Oktober 2001 aufzuheben, den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal III/1998 und den Widerspruchsbescheid vom 21. September 1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihre - der Kläger - vertragsärztliche Vergütung für das Quartal III/1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu festzusetzen.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beklagte hat angegeben, das an die voll zugelassenen pathologisch tätigen Vertragsärzte ausgezahlte Honorar habe im Quartal III/1998 insgesamt 58.220,43 EUR und im Quartal IV/1998 61.415,20 EUR je Arzt betragen. Im Jahr 1998 habe jeder zugelassene Pathologe rechnerisch eine Vergütung in Höhe von 237.013,16 EUR und im Jahr 1999 in Höhe von 250.454,61 EUR erhalten.

Der Senat hat den Klägern anheim gestellt, zur Frage der Beurteilung einer dauerhaften Kostenunterdeckung ihrer vertragsärztlichen Leistungen über einen längeren Zeitraum hinweg die insoweit maßgeblichen Teile der ihnen für die Jahre 1997 bis 1999 erteilten Steuerbescheide vorzulegen. Die Kläger haben davon abgesehen.

Der Senat hat zu dem Verfahren die Verfahrensakten der Parallelverfahren [B 6 KA 71/03 R](#) und [B 6 KA 73/03 R](#) (dazu verbunden [B 6 KA 74/03 R](#)) beigezogen.

II

Die Revision der Kläger ist nicht begründet. Zu Recht hat das LSG ihre Berufung gegen das Urteil des SG zurückgewiesen. Der angefochtene Bescheid für das Quartal III/1998 ist formell und materiell rechtmäßig.

1. Der angefochtene Bescheid verletzt nicht Vorschriften des SGB X.

a) Der Honorarbescheid ist hinreichend bestimmt iS des [§ 33 Abs 1 SGB X](#). Diesem Bestimmtheitsgebot entspricht ein Verwaltungsakt nur dann nicht, wenn dessen Verfügungssatz nach seinem Regelungsgehalt in sich nicht widerspruchsfrei ist und der davon Betroffene bei Zugrundelegung der Erkenntnismöglichkeiten eines verständigen Empfängers nicht in der Lage ist, sein Verhalten daran auszurichten ([BSGE 89, 90, 100 = SozR 3-2500 § 82 Nr 3](#) S 13; s auch BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 46](#) S 384 und BSG [SozR 3-4100 § 242q Nr 1](#) S 2; Engelmann in: von Wulffen (Hrsg), SGB X, 4. Aufl 2001, § 33 RdNr 3; Krasney in: Kasseler Kommentar, Stand 2003, [§ 33 SGB X](#) RdNr 3; s auch Kopp/Ramsauer, VwVfG, 8. Aufl 2003, § 37 RdNr 5). Diesen Anforderungen genügt der angefochtene Honorarbescheid. Aus ihm geht klar und unzweideutig hervor, in welcher Höhe die Beklagte den Honoraranspruch der Kläger für das betroffene Quartal festgestellt hat. Hiergegen wendet sich die Revision nicht. Sie macht vielmehr geltend, für die Frage der Bestimmtheit sei auf alle diejenigen Bestandteile des angefochtenen Bescheides abzuheben, die ihrerseits Vorgaben für die abschließende Honorarfestsetzung enthielten; aus diesen Teilen des Bescheides lasse sich die Berechnung des ausgezahlten Honorars aber nicht entnehmen. Dem ist nicht zu folgen. Zum Verfügungssatz eines Honorarbescheides gehören nicht die einzelnen Rechenschritte, die erforderlich sind, um von der Honoraranforderung des Vertragsarztes zu der Honorarsumme zu gelangen, die er nach den für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften beanspruchen kann. Dies gilt auch dann, wenn bei der Berechnung Honorarbegrenzungsmaßnahmen anzuwenden sind. Auch in diesem Fall ist es im Hinblick auf [§ 33 Abs 1 SGB X](#) unerheblich, wie verständlich die der festgestellten Honorarsumme zu Grunde liegenden Rechenschritte in dem Honorarbescheid dargestellt sind. Hierbei handelt es sich vielmehr um eine Frage der Begründung des Verwaltungsakts, die an [§ 35 SGB X](#) zu messen ist.

b) Die Begründung des angefochtenen Honorarbescheides genügt den Anforderungen des [§ 35 Abs 1 SGB X](#). Die Vorschrift verlangt nicht, schriftliche Verwaltungsakte in allen Einzelheiten zu begründen. Vielmehr sind nach Abs 1 Satz 2 aaO dem Betroffenen nur die wesentlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Dabei richten sich Inhalt und Umfang der notwendigen Begründung nach den Besonderheiten des jeweiligen Rechtsgebiets und nach den Umständen des einzelnen Falles. Die Begründung braucht sich nicht ausdrücklich mit allen in Betracht kommenden Umständen und Einzelüberlegungen auseinander zu setzen. Es reicht aus, wenn dem Betroffenen die Gründe der Entscheidung in solcher Weise und in solchem Umfang bekannt gegeben werden, dass er seine Rechte sachgemäß wahrnehmen kann. Die Verwaltung darf sich deshalb auf die Angabe der maßgebend tragenden Erwägungen beschränken und braucht Gesichtspunkte und Umstände, die auf der Hand liegen oder dem Betroffenen bekannt sind, nicht nochmals ausführlich darzulegen (vgl [BSGE 74, 70, 74 f = SozR 3-2500 § 106 Nr 23](#) S 128 f; [BVerwGE 74, 196, 205](#); [BVerwG NVwZ 1986, 374, 375](#); Engelmann in: von Wulffen, aaO, § 35 RdNr 5; Krasney in: Kasseler Kommentar, [§ 35 SGB X](#) RdNr 4).

Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen (vgl [BSGE](#)

74, 70, 75 = [SozR 3-2500 § 106 Nr 23](#) S 129 und BSG [SozR 4-2500 § 106 Nr 2](#) RdNr 11 - zu Bescheiden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung; ebenso BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 46](#) S 384 f). Das erlaubt es den KÄVen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine KÄV im Honorarbescheid alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechengang aus dem HVM ergibt ([BSGE 81, 213](#), 215 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 23](#) S 150).

Diesen Anforderungen wird die Begründung des angefochtenen Honorarbescheides gerecht. Denn sie enthält die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren: die Honoraranforderung, von der die Beklagte ausgegangen ist, die zu Grunde gelegten Punktwerte und die vorgenommenen Abzüge. Dagegen musste, entgegen der Auffassung der Revision, nicht ausführlich im Einzelnen dargelegt werden, wie die jeweiligen Faktoren ineinander greifen. Die Beklagte durfte vielmehr die Begründung ihrer Honorarbescheide daran ausrichten, dass sich diese an einen Personenkreis wenden, der mit den Grundlagen der Honorarberechnung vertraut ist oder jedenfalls in der Lage ist, sich mit ihnen vertraut zu machen.

Doch selbst wenn die Begründung des angefochtenen Honorarbescheides den Anforderungen des [§ 35 Abs 1 Satz 2 SGB X](#) nicht entsprechen würde, könnten die Kläger nicht allein deswegen beanspruchen, dass der Bescheid wenigstens insoweit aufgehoben wird, als darin eine weiter gehende Vergütung abgelehnt wurde. Denn nach [§ 42 Satz 1 SGB X](#) (in der hier anzuwendenden, bis zum Inkrafttreten des 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21. Dezember 2000 ([BGBl I 1983](#)) geltenden, noch eingeschränkten Fassung) rechtfertigen bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten bloße Begründungsmängel grundsätzlich nicht deren Aufhebung ([BSGE 87, 8](#), 11 = [SozR 3-4100 § 152 Nr 9](#) S 29; s auch [BSGE 81, 213](#), 215 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 23](#) S 150 und [BSGE 68, 228](#), 231 = [SozR 3-2200 § 248 Nr 1](#) S 4). Bei der Feststellung des Honoraranspruchs der Kläger nach den allgemein für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften des HVM trifft die KÄV eine solche rechtsgebundene Entscheidung, da ihr insoweit kein Ermessen eingeräumt ist. Aus diesem Grunde brauchte die Begründung des Honorarbescheides auch nicht den für Ermessensverwaltungsakte geltenden gesteigerten Anforderungen des [§ 35 Abs 1 Satz 3 SGB X](#) zu entsprechen.

c) Der angefochtene Bescheid ist auch nicht wegen eines Anhörungsmangels rechtswidrig. [§ 24 Abs 1 SGB X](#) verlangt eine Anhörung nur, wenn ein Verwaltungsakt erlassen werden soll, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift. Dies ist nicht bei sämtlichen belastenden Verwaltungsakten der Fall, sondern lediglich dann, wenn die bisherige, bereits konkretisierte Rechtsstellung eines Beteiligten durch den beabsichtigten Verwaltungsakt zu dessen Nachteil verändert werden soll. Daher sind nicht anhorungspflichtig solche Verwaltungsakte, die über Bestehen und Umfang eines vom Antragsteller lediglich behaupteten Rechts entscheiden, selbst wenn sie seinem Begehren nicht (vollständig) stattgeben, also eine (teilweise) ablehnende Verwaltungsentscheidung treffen ([BSGE 68, 42](#), 43 ff = [SozR 3-4100 § 139a Nr 1](#) S 2 f; s auch BSG [SozR 1200 § 34 Nr 8](#) S 36 f; [BVerwGE 66, 184](#), 186; von Wulffen, aaO, § 24 RdNr 3; Bonk/Kallerhoff in: Stelkens/Bonk/Sachs, aaO, § 28 RdNr 26 ff). Folglich gilt die Anhörungspflicht nicht für Honorarbescheide, mit denen die KÄV die Höhe der Vergütung erstmals festsetzt, selbst wenn sie dabei hinter der Honoraranforderung des Vertragsarztes zurückbleibt (BSG [SozR 1200 § 34 Nr 8](#) S 37 f). Eine Anhörungspflicht besteht bei Honorarbescheiden vielmehr erst dann, wenn deren begünstigende Regelungen (teilweise) aufgehoben oder ersetzt werden sollen, da in diesem Fall durch Bescheid zuerkannte Rechte wieder entzogen werden ([BSGE 89, 90](#), 93 = [SozR 3-2500 § 82 Nr 3](#) S 5; s auch [BSGE 89, 62](#), 63 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 42](#) S 342 und [BSGE 87, 122](#), 123 = [SozR 3-3900 § 22 Nr 2](#) S 10 f). Ferner besteht eine Anhörungspflicht, wenn im Widerspruchsverfahren ein Honorarbescheid zu Ungunsten des Arztes abgeändert werden soll (BSG [SozR 1200 § 34 Nr 8](#) S 39).

Da der angefochtene Honorarbescheid nicht in diesem Sinne in Rechte der Kläger eingriff, waren diese vor seinem Erlass nicht anzuhören. Eine Anhörungspflicht bestand auch nicht vor Erlass des Widerspruchsbescheides, da dieser den Honorarbescheid bestätigte, nicht aber zu Ungunsten der Kläger abänderte.

d) Eine Aufhebung des Bescheides bzw des Widerspruchsbescheides kommt auch nicht unter dem allgemeinen Gesichtspunkt, dass eine Behörde jedes Vorbringen der Beteiligten zur Kenntnis nehmen und in ihre Erwägungen einbeziehen muss, in Betracht. Denn selbst wenn insoweit eine Rechtsverletzung vorläge, könnte diese wegen [§ 42 Satz 1 SGB X](#) (Unbeachtlichkeit von Verfahrensfehlern bei rechtsgebundenen Verwaltungsakten) nicht zur Aufhebung der Bescheide führen; daher hat das LSG über die - im Übrigen nicht näher spezifizierten - Behauptungen der Kläger, der Vorstand der Beklagten habe ihre Widerspruchsbegründungen nicht zur Kenntnis genommen, nicht Beweis erheben müssen. Die Ausnahme des Satzes 2 des [§ 42 SGB X](#) greift insoweit nicht ein; sie betrifft nur speziell die Anhörung iS des [§ 24 SGB X](#).

2. Der Honorarbescheid ist auch materiell rechtmäßig. Der ihm zu Grunde liegende HVM und/oder seine Auslegung und Anwendung verletzen entgegen der Ansicht der Kläger nicht Bundesrecht. Dabei beschränkt sich die gerichtliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit auf diejenigen Vorschriften des HVM, deren Anwendung dem angefochtenen Honorarbescheid zu Grunde liegt. Soweit Rügen der Kläger Vorschriften betreffen, die für die Festsetzung ihres Honorars ohne Bedeutung sind, hat kein Anlass bestanden, diesen nachzugehen.

a) Die gesetzliche Ermächtigung für den Erlass des HVM in [§ 85 Abs 4 SGB V](#) (in der hier maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992, [BGBl I 2266](#)) wird entgegen der Auffassung der Kläger dem Parlamentsvorbehalt und dem verfassungsrechtlichen Bestimmtheitsgebot gerecht.

Der Parlamentsvorbehalt besagt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), dass staatliches Handeln in grundlegenden Bereichen durch Parlamentsgesetz legitimiert sein muss. Der parlamentarische Gesetzgeber ist verpflichtet, alle wesentlichen Entscheidungen in ihren Grundzügen selbst zu treffen, und darf dies nicht anderen Normgebern oder der Exekutive überlassen. Wann es danach einer Regelung durch Parlamentsgesetz bedarf und wie weit die parlamentsgesetzlichen Vorgaben ins Einzelne gehen müssen, lässt sich nur mit Blick auf den jeweiligen Sachbereich und auf die Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes beurteilen. Die verfassungsrechtlichen Wertungskriterien sind dabei den tragenden Prinzipien des Grundgesetzes, insbesondere den darin verbürgten Grundrechten zu entnehmen. Als wesentlich sind Regelungen zu verstehen, die für die Verwirklichung der Grundrechte erhebliche Bedeutung haben (vgl [BVerfGE 83, 130](#), 142; [95, 267](#), 307 f; [98, 218](#), 251; [108, 282](#), 311 f, jeweils mwN). Der Umfang des parlamentarischen Regelungsvorbehalts richtet sich nach der Intensität, mit der die Grundrechte des Regelungsadressaten durch die

jeweilige Maßnahme betroffen sind (vgl. [BVerfGE 98, 218](#), 252 mwN; ebenso zB [BSGE 70, 285](#), 292, 306 f. = [SozR 3-2500 § 122 Nr 3](#) S 11, 26, ohne Weiterführung der insoweit strengeren Maßstäbe von [BSGE 67, 256](#), 266 f. = [SozR 3-2500 § 92 Nr 1](#) S 12 f.). Deshalb müssen gesetzliche Bestimmungen, die Grundregeln für die Berufsausübung von Ärzten und Einrichtungen enthalten und somit für deren Grundrechte aus [Art 12 Abs 1 GG](#) von Bedeutung sind (dazu gehören auch Vergütungsregelungen: s BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, mwN; ebenso BVerfG, stRspr, zB [BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346 f.; [110, 226](#), 251; BVerfG (Kammer), [NJW 2002, 2091](#) f.; BVerfG (Kammer) SozR 4-1500 § 34 Nr 4 RdNr 18 = [NJW 2005, 273](#) = [MedR 2004, 680](#), 681; Beschluss vom 25. Oktober 2004 - [1 BvR 1437/02](#), RdNr 19), erkennen lassen, mit welcher Tendenz und nach welchen Grundsätzen die nähere Ausgestaltung durch die zur weiteren Rechtsetzung ermächtigten Selbstverwaltungsorgane zu erfolgen hat (zu Satzungsregelungen s [BVerfGE 33, 125](#), 158 ff.; [BVerfGE 33, 171](#), 183 ff. = SozR Nr 12 zu [Art 12 GG](#); [BVerfGE 76, 171](#), 184 f.; [BSGE 73, 131](#), 136 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4](#) S 24).

Das Bestimmtheitsgebot besagt, dass die Rechtsvorschriften so gefasst sein müssen, dass der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage konkret erkennen kann. Er muss sein Verhalten danach ausrichten können (vgl. [BVerfGE 108, 52](#), 75 mwN). Dabei dürfen die Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit jedoch nicht übersteigert werden. Müsste jeder Tatbestand mit exakt erfassbaren Merkmalen bis ins Letzte beschrieben sein, dann wären die Normen sehr starr und/oder rein kasuistisch und könnten deshalb der Vielgestaltigkeit des Lebens und den Besonderheiten des Einzelfalls nicht mehr gerecht werden (vgl. BayVerfGH [NZS 2004, 264](#), 265). Die Regelungen müssen lediglich so genau gefasst sein, wie dies nach der Eigenart des zu ordnenden Lebenssachverhalts und mit Rücksicht auf den Normzweck gerechtfertigt ist (vgl. [BVerfGE 110, 371](#), 396 mwN). Eine Auslegungsbedürftigkeit macht eine Norm nicht unbestimmt. Dem Bestimmtheitserfordernis ist vielmehr genügt, wenn Auslegungsprobleme mit herkömmlichen juristischen Methoden bewältigt werden können (vgl. [BVerfGE 82, 209](#), 224 ff.; [110, 370](#), 396 f. mwN). So können unbestimmte Rechtsbegriffe verwendet werden, sofern sie der Konkretisierung durch Auslegung zugänglich sind (vgl. zB [BVerfGE 82, 209](#), 224 bis 227 zu Begriffen wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit).

Diesen Erfordernissen entspricht die Regelung des [§ 85 Abs 4 SGB V](#). Sie räumt den KÄVen keine zu weit gehende Gestaltungsfreiheit für die Ausgestaltung der Honorarverteilung ein und ist insbesondere in ihren Regelungsvorgaben hinreichend bestimmt. So muss sich die Honorarverteilung an Art und Umfang der Leistungen orientieren (aaO Satz 3). Des Weiteren soll eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet werden (aaO Satz 4). Ferner kann eine unterschiedliche Verteilung nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten erfolgen (aaO Satz 5). Zudem wird der Normsetzungsspielraum des Satzungsgebers durch den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit, der aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) herzuleiten ist, begrenzt. Diese Rahmenvorgaben reichen, wie die Rechtsprechung des BSG aufgezeigt hat, als Konkretisierung des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aus (hierzu zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Aus ihnen folgt mit hinreichender Deutlichkeit, mit welcher Tendenz und nach welchen Grundsätzen die zur weiteren Rechtsetzung ermächtigten Selbstverwaltungsorgane nähere Regelungen zu treffen haben. Das Ziel ist, eine ordnungsgemäße - dh ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche - vertragsärztliche Versorgung zu gewährleisten. Die Honorarverteilung muss dafür Sorge tragen, dass in allen ärztlichen Bereichen ausreichender finanzieller Anreiz besteht, vertragsärztlich tätig zu werden (s zB BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, aaO). Jede Arztgruppe muss die Chance haben, eine den anderen Arztgruppen vergleichbare Vergütung zu erhalten (vgl. dazu [BSGE 90, 111](#), 116 f. = SozR 3-2500 § 85 Nr 49 S 420 mwN). Dabei darf die KÄV die in [§ 71 Abs 1](#) und [§ 85 Abs 3 bis 3 c](#) SGB V normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen für die verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereiche umsetzen, indem sie im HVM Honorarbegrenzungen normiert (vgl. zB BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 409). Vor dem Hintergrund dieser Konkretisierungen geht auch das BVerfG in stRspr von der Verfassungsmäßigkeit des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) aus ([BVerfGE 33, 171](#), 182 = SozR Nr 12 zu [Art 12 GG](#) zum früheren § 368f RVO; ebenso zu [§ 85 Abs 4 SGB V](#) zB BVerfG (Kammer), Beschlüsse vom 30. März 2001 - [1 BvR 1491/99](#) - [NZS 2001, 486](#), und vom 1. Juli 2004 - [1 BvR 1079/04](#) - zu BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 6](#)).

b) Die Einwendungen, die die Kläger gegen die Rechtmäßigkeit des HVM wegen der gesetzlichen Vorgaben über die Zusammensetzung der Vertreterversammlung der Beklagten erheben, greifen nicht durch. Begründete Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der insoweit maßgeblichen Norm des [§ 80 Abs 1 Satz 1](#) und 2 SGB V bestehen nicht. Sie bestimmt, dass die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der KÄVen getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung wählen, wobei die außerordentlichen Mitglieder höchstens mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung vertreten sein dürfen.

Der Gesetzgeber hat bei der Regelung der Organisationsform und der Ausübung der Hoheitsgewalt sowie bei der Schaffung von Organisationsformen der Selbstverwaltung außerhalb der unmittelbaren Staatsverwaltung eine weite Gestaltungsfreiheit ([BVerfGE 107, 59](#), insbes S 91, aber auch S 90 bis 94, 98 f.). Eine "ununterbrochene Legitimationskette" von den Normunterworfenen hin zum Normgeber bzw den Repräsentanten im Normsetzungsgremium ist nicht erforderlich ([BVerfGE aaO S 87, 91, 94](#); weiter gehend noch [BSGE 82, 41](#), 46 f. = [SozR 3-2500 § 103 Nr 2](#) S 15 f.). Erforderlich sind lediglich ausreichende Vorkehrungen dafür, dass die Interessen der Betroffenen angemessen berücksichtigt werden ([BVerfGE aaO S 93, 100](#)). Dafür müssen die betroffenen Gruppen im Selbstverwaltungsgremium vertreten sein ([BVerfG](#), Beschluss vom 13. Juli 2004 - [1 BvR 1298/94](#), RdNr 153). Ein Gebot strikter formaler Gleichheit besteht dabei nicht (vgl. [BVerfGE 41, 1](#), 12; [54, 363](#), 388 f. mwN - dagegen strenger im Bereich parlamentarischer Repräsentation). Nicht alle betroffenen einzelnen (Unter-)Gruppen müssen notwendigerweise mitrepräsentiert sein (so [BVerfGE 70, 324](#), 364, sogar im Falle parlamentarischer Gremien). Unschädlich ist auch, wenn in dem Gremium Nichtbetroffene vertreten sind, was zur Einbeziehung weiteren Sachverständes sinnvoll sein kann; dabei müssen die Betroffenen aber die Mehrheit bilden (vgl. [BVerfGE 93, 37](#), 67 f, 72; [107, 59](#), 88, 99).

Nach diesen Grundsätzen ist insbesondere die Einbeziehung auch solcher Ärzte, die in das Arztregister eingetragen, aber nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, nicht zu beanstanden. Deren Legitimation erwächst daraus, dass die Arztregistereintragung grundsätzlich Vorstufe und Voraussetzung für die Zulassung ist ([§ 95 Abs 2](#) iVm [§ 95a SGB V](#), - im Einzelnen und zur historischen Entwicklung s BSG [SozR 3-2500 § 95a Nr 2](#) S 8 f.; - geändert durch [§ 77 Abs 3 SGB V](#) i dF des GMG vom 14. November 2003, [BGBl I 2190](#), mit Wirkung zum 1. Januar 2005). Ihre Einflussmöglichkeiten sind dadurch beschränkt, dass ihre Zahl in der Vertreterversammlung auf ein Fünftel der Vertreter begrenzt ist ([§ 77 Abs 3 Satz 2](#) iVm [§ 80 Abs 1 Satz 1](#) und 2 SGB V). Soweit die gesetzlichen Vorgaben über die Mitwirkung außerordentlicher Mitglieder der KÄV mit höherrangigem Recht in Einklang stehen, kann deren Mitwirkung bei der Abstimmung ua über Satzungen wie den HVM nicht zur Rechtswidrigkeit der erlassenen Normen führen. Da im Gesetz keine Regelung darüber getroffen worden ist, dass die außerordentlichen Mitglieder bei der Entscheidung über bestimmte Materien nicht mitwirkungsberechtigt sind, ist die von der Revision aufgeworfene Frage, ob auch die in die Vertreterversammlung der Beklagten gewählten außerordentlichen Mitglieder bei der Entscheidung über den von den Klägern beanstandeten, ab dem Quartal III/1998 geltenden HVM abstimmungsberechtigt waren, ohne

weiteres zu bejahen.

In der Selbstverwaltungseinheit KÄV durften auch verschiedene (Unter-)Gruppen mit nicht gleichgerichteten, sondern eher gegensätzlichen Interessen zusammengefasst werden (vgl dazu Schmidt-Aßmann, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S 74). Zwar sind in der Tat vor allem im Honorarbereich die Interessen der verschiedenen Gruppen insofern gegeneinander gerichtet, als auf Grund der - gemäß [§ 71 Abs 1](#) und [§ 85 Abs 3 bis 3c SGB V](#) - beschränkten Erhöhungen der Gesamtvergütungen ein Mehr an Honorar für eine Arztgruppe regelmäßig ein Weniger für andere bedeutet. Dies steht indessen der Zusammenfassung aller vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungserbringer in einer Selbstverwaltungskörperschaft nicht entgegen, vermeidet vielmehr eine - auch organisatorisch problematische - weit gehende Aufsplitterung der Leistungserbringer in zahlreiche verschiedene Körperschaften. Zudem ist die Honorarverteilung nur eine von vielen Aufgaben, die den KÄVen zugewiesen sind. Weitere Aufgabenbereiche sind insbesondere die Sicherstellung und Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung sowie die Interessenvertretung und Öffentlichkeitsarbeit gegenüber Krankenkassen und politischen Institutionen (zu diesen Aufgaben s zB BSG [SozR 3-2500 § 75 Nr 5](#) S 34; [SozR 4-2500 § 75 Nr 2](#) RdNr 13; Schiller in Schnapp/Wigge (Hrsg), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, § 5 a II (S 97 ff); Clemens in: von Wulffen/Krasney (Hrsg), Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S 373, 394 bis 396). Deshalb konnte der Gesetzgeber den Gesichtspunkt, dass bei der Honorarverteilung Interessengegensätze bestehen, als nachrangig ansehen und trotzdem - wegen der übrigen wichtigen gemeinschaftlichen Aufgaben mit weniger gegensätzlicher Interessenausrichtung - die verschiedenen Gruppen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungserbringer in einer KÄV zusammenbinden. So hat auch das BVerfG klargestellt, dass der Gesetzgeber nicht gehindert ist, einen einheitlichen Selbstverwaltungsträger für teilweise konkurrierende Interessen zu bilden (vgl [BVerfGE 10, 89](#), 103).

c) Den von den Klägern gegen den HVM erhobenen Einwendungen, dieser sei nicht wirksam zu Stande gekommen, ist nicht zu folgen.

Ihre Rügen betreffen die Korrektheit der Ladungen zu den Sitzungen der Vertreterversammlungen, die Herstellung des Benehmens mit den Verbänden der Krankenkassen (s [§ 85 Abs 4 Satz 2 SGB V](#)) und die Ausfertigung der gefassten Beschlüsse. Sie greifen nicht durch, weil sie ihre Zweifel nicht näher konkretisiert haben. Zwar darf von den Beteiligten kein Vortrag erwartet werden, den sie mangels Kenntnis der Entscheidungsgrundlagen nicht liefern können. Wird zB der Mangel an überprüfbaren Unterlagen gerügt, so widerspräche es fairer Verfahrensgestaltung und dem Gebot effektiven Rechtsschutzes, vom Rechtsmittelführer weiteren Vortrag zu verlangen (BVerfG (Kammer), [NVwZ 2004, 1112](#), 1113 f). Aber ein rechtskundig vertretener Kläger, der die Herstellung des Benehmens und/oder eine korrekte Ausfertigung bestreiten will, muss sich zumindest mit dem einschlägigen Publikationsorgan, in dem der Honorarverteilungsmaßstab und seine Änderungen regelmäßig veröffentlicht werden, und dem darin amtlich publizierten Inhalt befassen. Der HVM der Beklagten wird im Rheinischen Ärzteblatt, dem amtlichen Publikationsorgan der Beklagten und der Ärztekammer Nordrhein veröffentlicht. Das gilt auch für Änderungen dieses Regelwerkes. Die zum 1. April 1998 in Kraft getretenen Änderungen des HVM sind in Heft 4/1998 S 52 ff des Rheinischen Ärzteblatts publiziert. Auf S 66 findet sich hinter der Regelung des § 12 über das Inkrafttreten die fett gedruckte Anmerkung: "Die gekennzeichneten" (hier der Sache nach nicht betroffenen) "Passagen sind durch die in diesen Punkten fehlende Benehmensherstellung noch nicht rechtswirksam". Daraus ergibt sich im Umkehrschluss, dass im Übrigen das Benehmen mit den Kassen bzw Kassenverbänden hergestellt worden ist. Mit solchen Hinweisen müsste sich ein Kläger, der die Herstellung des Benehmens mit den Verbänden der Krankenkassen und/oder die korrekte Wiedergabe der gefassten Beschlüsse in den Ausfertigungen anzweifelt, auseinander setzen. Dem gegenüber haben die Kläger weder dargelegt, dass im Rheinischen Ärzteblatt zwar die Bekanntmachung stehe, ein Hinweis auf das Benehmen aber fehle, noch ausgeführt, dass die Bekanntmachung überhaupt nicht in einem ihnen zugänglichen Publikationsblatt erfolgt sei. Damit fehlt das Mindestmaß dessen, was von einem rechtskundig vertretenen Kläger zu erwarten ist (vgl ähnlich [BVerwGE 116, 188](#), 196 f zu Kalkulationsgrundlagen bei Abgabensatzungen; [BVerwGE 108, 71](#), 75 f zum Außerkrafttreten von Bebauungsplänen wegen Funktionslosigkeit). Ohne die Forderung eines Minimums an Vorbringen von rechtskundig Vertretenen ergäbe sich für die Gerichte die Verpflichtung zu "Ermittlungen ins Blaue hinein". Die Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung von Amts wegen ([§ 103 SGG](#)) bedeutet nicht, dass die Gerichte auf bloße, von einem Beteiligten geäußerte allgemeine Zweifel hin in Ermittlungen eintreten müssten; eine Überprüfung ist nur insoweit erforderlich, als substantiierte Einwände erhoben worden sind (vgl [BVerwGE 116, 188](#), 197 am Ende). Eine solche Pflicht folgt auch nicht aus [Art 19 Abs 4 Satz 1 GG](#). Dementsprechend bedarf es hier keiner weiter gehenden Erörterung der Einwendungen der Kläger im Zusammenhang mit der Ausfertigung der HVM-Beschlüsse (zu Funktion und Erforderlichkeit der Ausfertigung s zB [BVerwGE 88, 204](#), 206, 209; [BVerwG VersR 2002, 553](#), 554; [BGHZ 126, 16](#), 19 f; Wigge, NWVBI 1997, 241, 242; Ziegler, DVBI 1987, 280, 281) und ebenso wenig ihrer Einwände gegen die Korrektheit der Ladungen zu den Sitzungen der Vertreterversammlungen und gegen die Benehmensherstellung.

d) Entgegen der Auffassung der Revision ist der HVM nicht deshalb rechtswidrig, weil die Vertreterversammlung bei seinem Erlass möglicherweise keine umfassenden Informationen über die Kosten- und Ertragslage der Pathologen hatte.

Die Ermittlung entsprechender objektiver Daten hätte eine umfassende Offenlegung der gesamten Einnahme- und Ausgabesituation aller im Bezirk der Beklagten niedergelassenen Pathologen vorausgesetzt. Eine Bereitschaft der Ärzte, entsprechende Daten offen zu legen, besteht indessen nur in sehr eingeschränktem Umfang, wie bereits das Verhalten der Kläger in diesem und in verschiedenen Parallelverfahren belegt, in denen der Senat am 8. und 9. Dezember 2004 mündlich verhandelt hat. Darüber hinaus ist zweifelhaft, ob überhaupt eine Offenlegungspflicht bestünde. Ungeachtet dessen ist bei Rechtsnormen grundsätzlich nur entscheidend, ob die Regelungen objektiv sachlich gerechtfertigt sind. Ihnen müssen objektiv ausreichende Erwägungen zu Grunde liegen, und die zur Erreichung der verfolgten Ziele gewählten Mittel müssen angemessen sein. Auf die Überlegungen des Normgebers im Einzelnen kommt es nicht an. Ihn trifft grundsätzlich keine Begründungspflicht (BVerfG (Kammer), Beschluss vom 22. Oktober 2004 - [1 BvR 528/04](#) ua - juris; ebenso [BSGE 89, 259](#), 266 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#) S 194 f; BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 1](#) RdNr 23). Der Normgeber hat - wenngleich bei Rechtsnormen, denen Prognoseerwägungen zu Grunde liegen, Ermittlungen sinnvoll sein dürften - grundsätzlich auch keine Ermittlungspflicht. Für die normsetzende Tätigkeit besteht eine Regelung wie [§ 20 SGB X](#), dessen Anwendbarkeit ein Verwaltungsverfahren iS des [§ 8 SGB X](#) voraussetzt, nicht. Den Normgeber des HVM trifft allerdings im Falle eines Honorartopfes, dem nur wenige Leistungserbringer zugeordnet sind, unter bestimmten Voraussetzungen eine verstärkte Beobachtungs- und Reaktionspflicht (vgl BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, zur Strahlentherapie in einem kleinen KÄV-Bezirk). Eine derartige Konstellation liegt hier indessen nicht vor.

e) Soweit die Kläger die Auswirkungen der Regelungen des HVM über den Fremdkassenausgleich auf ihren Honoraranspruch im streitbefangenen Quartal beanstanden, ist bereits fraglich, ob diese Revisionsrüge den Zulässigkeitsanforderungen des [§ 164 Abs 2 Satz 3](#)

[SGG](#) genügt. Danach muss zumindest die verletzte Rechtsnorm benannt werden. Ob dem durch die Wendung, "der Fremdkassenausgleich in dem dem Honorarbescheid zu Grunde liegenden HVM sei rechtswidrig", genügt wird, erscheint zweifelhaft, weil nicht einmal deutlich wird, ob die bundesrechtlichen Vorgaben der Vergütung in Fremdarzt- bzw Fremdkassenfällen oder deren Umsetzung in § 6 HVM beanstandet wird, und ob sich die Kläger gegen die Höhe der Zuflüsse an die zu verteilende Gesamtvergütung durch Zahlungen anderer KÄVen in den sog Fremdkassenfällen (§ 6 Abs 1 Buchst c HVM) oder die Vorwegberücksichtigung der Zahlungen an andere KÄVen in sog Fremdarztfällen (§ 6 Abs 3 Buchst a HVM) wenden. Sie beziehen sich insoweit lediglich auf Vermutungen der Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Pathologen, wonach "wegen besonderer Gegebenheiten bei den Pathologen andere Fachgruppen begünstigt und die Pathologen einschließlich der Kläger gleichheitswidrig benachteiligt würden". Worauf diese Benachteiligung beruhen und wie sie sich auf das Honorar der Kläger auswirken könnte, wird nicht ausgeführt.

Soweit die Revisionsrüge hinsichtlich der Fremdkassenfälle trotz der aufgezeigten Bedenken als zulässig angesehen wird, erweist sie sich der Sache nach als unbegründet. Zunächst sind Auslegung und Anwendung des § 6 HVM durch das LSG einer Nachprüfung durch das Revisionsgericht entzogen. Bei den Bestimmungen des HVM handelt es sich um nicht revisibles Recht im Sinne des [§ 162 SGG](#), weil der HVM der einzelnen KÄV Geltung nur im Bezirk eines einzigen Landessozialgerichts besitzt. Aus Bundesrecht ergibt sich im hier zu beurteilenden Zusammenhang lediglich, dass sich die Vergütung von Leistungen, die Mitglieder einer KÄV gegenüber Versicherten erbringen, deren Krankenkassen ihren Verwaltungssitz nicht im Bezirk dieser KÄV haben (sog Fremdkassenleistungen), nach den für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften richtet. Die Vergütung dieser Leistungen ist Bestandteil der "Verteilung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte" im Sinne des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) und erfolgt auf der Grundlage des HVM (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 16](#) S 101 f).

Die Versicherten dürfen sich von Vertragsärzten behandeln lassen, die einer KÄV angehören, mit denen die Krankenkasse dieser Versicherten keinen Gesamtvertrag im Sinne des [§ 82 Abs 2](#) und [§ 83 Abs 1 SGB V](#) geschlossen hat. Dieser Umstand sowie das System der regionalisierten Gesamtverträge hat zur zwingenden Folge, dass jede KÄV Gesamtvergütungsanteile erhält, die der Honorierung von vertragsärztlichen Leistungen von Mitgliedern anderer KÄVen dienen (sog Fremdarztfälle) und auf der anderen Seite vertragsärztliche Leistungen honorieren muss, die wirtschaftlich von für sie fremden, weil mit ihr nicht durch einen Gesamtvertrag verbundenen Kassen zu bezahlen sind (vgl BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 1](#) RdNr 7). Diese in dem streitbefangenen Quartal des Jahres 1998 geltende Rechtslage hat sich zum 1. Januar 2002 durch das Gesetz zur Einführung des Wohnortprinzips bei Honorarvereinbarungen für Ärzte und Zahnärzte vom 11. Dezember 2001 ([BGBl I 3526](#)) geändert. Für den hier maßgeblichen Rechtszustand bis zum 31. Dezember 2001 hat der Senat die Gestaltungsfreiheit der KÄVen bei der Vergütung der Fremdkassenleistungen lediglich insoweit für eingeschränkt gehalten, als es nicht zulässig war, unabhängig von der Kassen- und Kassenartzugehörigkeit der Versicherten alle Fremdkassenleistungen mit einem einheitlichen Fremdkassenpunktwert zu honorieren (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 16](#) S 104). Für den vertragszahnärztlichen Bereich hat der Senat entschieden, dass der einzelne Zahnarzt nicht beanspruchen kann, dass seine in Fremdkassenfällen erbrachten Leistungen mit dem für bereichseigene Kassen der jeweiligen Kassenart geltenden Punktwert honoriert werden muss. Die Kassenzahnärztliche Vereinigung (KZÄV) ist berechtigt, die ihr in Fremdkassenfällen zufließenden Vergütungen von anderen KZÄVen, die niedrigere Punktwerte vereinbart haben, unsubventioniert an ihre Mitglieder weiterzugeben (BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 1](#) RdNr 12). Es ist weder von den Klägern dargetan noch sonst ersichtlich, dass die von der Beklagten praktizierte Form der Vergütung von Fremdkassenfällen mit diesen bundesrechtlichen Grundsätzen in Widerspruch stehen oder aus anderen Erwägungen mit höherrangigem Recht unvereinbar sein könnte.

f) Die weiteren Beanstandungen der Kläger gegen den Regelungsinhalt des HVM greifen ebenfalls nicht durch. Die Bildung eines Honorartopfes für Pathologen ist nicht zu beanstanden und von Honorarkürzungen bei übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit sind die Kläger nicht betroffen.

Der Senat hat wiederholt ausgesprochen, dass die KÄVen bei der Ausformung des HVM einen Gestaltungsspielraum haben, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist (zusammenfassend: Urteile vom 10. Dezember 2003 - [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 6 - und vom 10. März 2004 - [BSGE 92, 233](#) = [SozR aaO Nr 9](#), jeweils RdNr 7; ebenso zuletzt Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und [SozR 4](#) vorgesehen). Zu beachten sind dabei allerdings insbesondere das in [§ 85 Abs 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus [Art 12 Abs 1](#) iVm [Art 3 Abs 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen (vgl BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 [aaO](#) mwN). Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf (aaO). In ständiger Rechtsprechung hat der Senat die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen als rechtmäßig angesehen (aaO mit Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48](#) S 408 f mwN). Dabei können Arztgruppen und Leistungen, die - wie zB diagnostisch und strahlentherapeutisch tätige Radiologen und Nuklearmediziner, oder zB auch Leistungen der Pathologie oder der gynäkologischen Einsendezytologie - gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden. Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs 3 bis 3c SGB V](#) normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, [aaO](#)). Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können (BSG aaO mwN). Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind (aaO, jeweils mwN). Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt (BSG aaO). Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden (BSG aaO, mit Hinweis auf BSG [SozR aaO S 409](#) mwN und [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 14).

In der Bildung von Honorartöpfen liegt ebenfalls kein rechtswidriges Abweichen des HVM vom EBM-Ä (vgl [BSGE 86, 16](#), 26 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 125 f). Zwar ist die KÄV im Rahmen der ihr nach [§ 85 Abs 4 Satz 4 SGB V](#) obliegenden Honorarverteilung an höherrangiges Recht und damit auch an die Bestimmungen des EBM-Ä gebunden. Der HVM einer KÄV darf sich daher nicht in Widerspruch zu verbindlichen Vergütungsvorgaben des EBM-Ä setzen ([BSGE 86, 16](#), 25 = [SozR aaO Nr 23 S 124](#); BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr 7](#) RdNr 6). Doch verstößt die Bildung von Honorartöpfen nicht gegen die Bewertungsvorgaben des EBM-Ä, wenn bzw weil sie nicht auf eine Korrektur der im EBM-Ä erfolgten Festlegungen gerichtet ist, sondern nur - an diese anknüpfend - aus Gründen der Honorarverteilung bestimmte Vorgaben für den

sich ergebenden Auszahlungspunktwert macht (vgl. [BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 126](#)). Auch die fehlende Einbeziehung der Pathologen in die Praxisbudgets des EBM-Ä begründet kein Verbot, für diese Fachgruppe im HVM einen Honorartopf zu schaffen und eine individuelle Budgetierung vorzunehmen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409](#) zur Topfbildung bei sog freien Leistungen). Die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets (Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997, Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1996, A-3364 ff; 1997, A-864 ff) haben grundsätzlich nichts an der Berechtigung der KÄVen geändert, im HVM auch mengensteuernde Regelungen zu treffen, um so eine gerechte Honorarverteilung zu erreichen und zugleich ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gerecht zu werden (vgl. hierzu [BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 125](#)).

Dies kann in Bereichen mit erheblichem Mengenzuwachs dazu führen, dass normativ hohe Punktzahlen im EBM-Ä weiter bestehen, aber die aus dem HVM resultierenden Auszahlungspunktwerte sinken - dies uU auch im Vergleich zu anderen Leistungen mit an sich vergleichbar hohen EBM-Ä-Punktzahlen - und dass sich bei kostenintensiven Leistungen trotz eines mit Mengensteigerungen typischerweise einhergehenden Rationalisierungseffektes der relative Kostenanteil erhöht. Das ist hinzunehmen, solange es gerechtfertigt ist, an der Bildung des Honorartopfes und an dem ihm zugeordneten Honorarvolumen für diesen Bereich festzuhalten (vgl. dazu Urteil vom heutigen Tage zB - [B 6 KA 44/03 R](#), mit Hinweis auf BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Insoweit besteht allerdings eine verstärkte Beobachtungspflicht der KÄV, sofern dem Honorartopf nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern - aber mit einem relevanten Leistungsbereich - zugeordnet und der betroffene Bereich in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist (s. dazu Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, zum strahlentherapeutischen Bereich in einem kleinen KÄV-Bezirk). Anhaltspunkte dafür, dass vorliegend eine derartige Situation mit einer vergleichbar sehr kleinen Zahl von Leistungserbringern gegeben sein könnte, lassen sich den Feststellungen des LSG nicht entnehmen und haben die Kläger auch nicht vorgebracht. Im Durchschnitt des Jahres 1998 waren nach den Angaben der Beklagten immerhin 64 Pathologen in deren Bezirk zur vertragsärztlichen Versorgung voll zugelassen.

Soweit die Kläger in diesem Zusammenhang rügen, die Arztgruppe der Pathologen sei von den Punktwertverminderungen seit 1998 in anderer Weise als andere Arztgruppen betroffen, trifft das nicht zu. Die Revision macht hier unter Hinweis auf die Ausführungen der Bundesgeschäftsführerin des Berufsverbandes deutscher Pathologen Kempny, der der Senat auch in der mündlichen Verhandlung Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben hat, geltend, der in jedem "Punkt" im Sinne des [§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) enthaltene Arztlohn sei bei identischen oder fast identischen Punktwerten je nach Arztgruppe sehr unterschiedlich. Er betrage etwa bei Gynäkologen und Orthopäden mehr als das Fünffache gegenüber Pathologen. Dem muss indessen unter dem normativen Gesichtspunkt einer mit [Art 3 Abs 1 GG](#) kollidierenden Ungleichbehandlung nicht näher nachgegangen werden. Dem in dem einzelnen "Punkt" enthaltenen fiktiven Arztlohn kommt für sich genommen kein Aussagekraft hinsichtlich einer Ungleichbehandlung von Arztgruppen zu. Entscheidend ist insoweit das Gesamtergebnis, welche Anzahl von Punkten die einzelne Praxis zu welchem Punktwert vergütet erhält. Der fiktive Arztlohnanteil pro Punkt ist vor allem Ausdruck einer unterschiedlichen Kostenstruktur der einzelnen Arztgruppen und wird im Falle der Pathologen durch die für diese Arztgruppe typischerweise besonders hohen Fallzahlen ausgeglichen. In den Quartalen des Jahres 1998 belief sich die Fallzahl typischer pathologischer Praxen auf zwischen ca. 5.000 und 5.550 je Arzt, wie sie beispielhaft in den Abrechnungsergebnissen der von den Beteiligten als repräsentativ angesehenen Praxis des Verfahrens [B 6 KA 73/03 R](#) ihren Niederschlag gefunden haben; dass die Fallzahl in der Praxis der Kläger im Quartal III/1998 mit ca. 2.550 pro Arzt niedriger war, ist im Rahmen einer generellen Betrachtung ohne Bedeutung. Derartige Fallzahlen erreichen - abgesehen von Laborärzten - die anderen Arztgruppen bei weitem nicht. Fallzahlen von ca. 1.000 bis 1.500 im Quartal für Allgemeinärzte oder bestimmte Fachärzte sind schon überdurchschnittlich hoch. Wenn daher ein Pathologe ohne weiteres fünf Mal so viele Fälle wie ein Orthopäde oder Gynäkologe abrechnen kann, ohne von Maßnahmen wegen übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit betroffen zu werden, ist es - die gleiche rechnerische Punktzahl pro Fall unterstellt - nicht nur nicht zu beanstanden, sondern unter Gleichbehandlungsgesichtspunkten geboten, dass der fiktive Arztlohn pro Punkt bei einem Pathologen sehr viel niedriger ist als bei den anderen Arztgruppen.

Ungerechtfertigt ist weiterhin der Einwand der Kläger, für die Berechnung des den Pathologen zustehenden Anteils an der zu verteilenden Gesamtvergütung (Honorarkontingent) sei zu Unrecht auf die Quartale I/1996 und II/1996 als Referenzzeitraum abgestellt worden. In diesem Zusammenhang ist zunächst von Bedeutung, dass der HVM in § 6 Abs 4 Buchst a den auf die Pathologen entfallenden Anteil der insgesamt zur Verteilung zur Verfügung stehenden Gesamtvergütung normativ mit 0,5356 % festschreibt. Der Vertreterversammlung der KÄV als Normgeber kommt bei der zukunftsbezogenen Festlegung von Quoten einzelner Arztgruppen die für jede Rechtsetzung kennzeichnende Gestaltungsfreiheit ebenso zu wie dem Bewertungsausschuss nach [§ 87 Abs 1 SGB V](#) bei der Festsetzung von Praxiskostensätzen im EBM-Ä (dazu näher [BSGE 89, 259, 264 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 192](#)). Soweit allerdings das Normprogramm auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt, weil es etwa bestimmte Gegebenheiten in der Vergangenheit abbilden will, unterliegt die Normsetzung gerichtlicher Kontrolle insbesondere dahingehend, dass der festgesetzte Zahlenwert den Bedingungen rationaler Abwägung genügen muss (BSGE aaO, S 265 = SozR aaO, S 193). Soweit hier aus der Anpassungsregelung in § 6 Abs 4 Buchst a HVM geschlossen werden kann, dass die Quartale I/1996 und II/1996 der für die Quotenfestlegung maßgebliche Basiszeitraum gewesen sind, liegt darin keine gleichheitswidrige Benachteiligung der Pathologen. Es ist weder vom LSG festgestellt ([§ 163 SGG](#)) noch sonst ersichtlich, dass die Steigerung der Zahl der zugelassenen Pathologen zwischen 1996 und 1998 (von 58 auf 63 im Quartal III/1998) und/oder des pathologischen Leistungsbedarfs signifikant von den Zuwachsraten bei anderen Arztgruppen abweicht. Dagegen spricht bereits, dass nach den Feststellungen des LSG der Punktwert für die Pathologen trotz eines Anstiegs der Leistungsmenge in dieser Arztgruppe um 11% gegenüber 1996 nicht nennenswert von den Punktwerten für alle Arztgruppen abgewichen ist und zum Teil höher lag als der Punktwert aller unbudgetierten Arztgruppen. Das lässt darauf schließen, dass sich Arztzahlen und Leistungsmenge bei den Pathologen nicht wesentlich anders als bei anderen Arztgruppen entwickelt haben. Deshalb liegt in der Anknüpfung an die Basisquartale I/1996 und II/1996 keine Benachteiligung der Pathologen. Im Übrigen sieht § 6 Abs 4 Buchst a HVM ausdrücklich eine Verpflichtung des Vorstands zur regelmäßigen Prüfung und Anpassung der arztgruppenbezogenen Honorarkontingente bei Veränderungen der Zahl der Ärzte einzelner Arztgruppen gegenüber den Basisquartalen vor. Das schützt gerade eine Arztgruppe wie die Pathologen, für die keine Zulassungsbeschränkungen bestehen, vor den wirtschaftlichen Folgen eines schnellen Anstiegs der Zahl der zugelassenen Ärzte.

Soweit die Kläger schließlich geltend machen, die Vorschriften über die Honorarbegrenzung nach § 7 HVM dürften auf Pathologen keine Anwendung finden, muss dem nicht näher nachgegangen werden. Die Pathologen sind nach § 7 Abs 1 Buchst d HVM von der Fallzahlzuwachsbeschränkung nach § 7 Abs 1 Buchst a HVM ausdrücklich ausgenommen. Die Vorschriften über die Verhinderung der übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit in § 7 Abs 2 HVM gelten zwar grundsätzlich auch für Pathologen, doch sind die

Kläger in dem streitbefangenen Quartal von solchen Maßnahmen nicht betroffen worden. Das hat das SG ausdrücklich festgestellt. Die Kläger sind dem im Berufungsverfahren nicht entgegengetreten, sodass für das LSG kein Anlass bestanden hat, ausdrücklich eine entsprechende Feststellung zu treffen. Auch in ihrer Revisionsbegründung legen die Kläger nur dar, weshalb Vorschriften über die Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit Pathologen generell nicht erfassen dürften, tragen aber nicht vor, dass sie selbst in dem streitbefangenen Quartal entsprechende Kürzungen hätten hinnehmen müssen.

3. Der EBM-Ä ist, soweit er für den Honoraranspruch der Kläger Bedeutung hat, gleichfalls rechtmäßig. Die gerichtliche Überprüfung beschränkt sich ebenso wie beim HVM auf jene Regelungen, die die Vergütung der von den Klägern im streitigen Quartal erbrachten und abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen betreffen.

a) Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM-Ä in [§ 87 Abs 2 und Abs 2a SGB V](#) (in der ab dem 1. Juli 1997 geltenden Fassung des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#))) genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts (allgemein zu diesen oben unter 3a). Der Gesetzgeber hat alle mit Blick auf die Eigenart des zu regelnden Sachbereichs und die Intensität der Grundrechtsbetroffenheit wesentlichen Entscheidungen selbst getroffen. Funktion des EBM-Ä ist es, den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander zu bestimmen ([§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)). Damit sind die Festlegungen des EBM-Ä für die berufliche Tätigkeit der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen und somit für deren Grundrechte aus [Art 12 Abs 1 GG](#) von Relevanz. Trotz dieser Grundrechtsrelevanz ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge, die im Bewertungsausschuss den EBM-Ä vereinbaren ([§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)), verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM-Ä und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt (vgl BSG [SozR 3-2200 § 368g Nr 2](#) S 4 f; Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 87 RdNr 42). [§ 87 Abs 2 SGB V](#) gibt in Satz 1 mit der Beschreibung und der (verhältnismäßigen) Bewertung der abrechenbaren Leistungen die Art der im EBM-Ä zu treffenden Regelungen und in Satz 2 mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen der wirtschaftlichen Leistungserbringung bestimmte inhaltliche Ziele vor. Darüber hinaus gelten für die Ausgestaltung des EBM-Ä die allgemeinen Grundsätze der [§§ 70, 71 SGB V](#) sowie des [§ 72 Abs 2 SGB V](#). Danach dient der EBM-Ä bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten ([§ 70 Abs 1 Satz 1, Abs 2, § 72 Abs 2 SGB V](#)) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen ([§ 70 Abs 1 Satz 2, § 72 Abs 2 SGB V](#)). Zugleich muss der EBM-Ä aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden ([§ 72 Abs 2 SGB V](#)). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl BSGE 78, 70, 83 = [SozR 3-2500 § 92 Nr 6](#) zur hinreichenden Bestimmtheit der Normsetzungsermächtigung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen). Darüber hinaus sind durch das GSG und das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 in [§ 87 Abs 2a](#) und 2b SGB V eine Reihe konkreter inhaltlicher Vorgaben eingeführt worden. So sind nach [§ 87 Abs 2a Satz 1](#) und 2 SGB V die im EBM-Ä aufgeführten ärztlichen Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen; Einzelleistungen sind nur noch zulässig, soweit dies medizinisch notwendig ist. Während dahinter das Bestreben steht, der Zergliederung in eine ständig zunehmende Zahl von Vergütungspositionen entgegenzuwirken (vgl Engelhard in: Hauck/Noftz, aaO, K § 87 RdNr 75), nehmen die anderen Vorgaben des [§ 87 Abs 2a SGB V](#) den EBM-Ä für die Verwirklichung bestimmter Steuerungsziele in Anspruch. Letzteres gilt insbesondere für die ausdrückliche Ermächtigung zur Schaffung von Abstufungen in [§ 87 Abs 2a Satz 7 SGB V](#) sowie von Obergrenzen für abrechenbare Leistungen in [§ 87 Abs 2a Satz 8 SGB V](#). Hierdurch wurden die gesetzlichen Vorgaben für die Gestaltung des EBM-Ä weiter ausgebaut und präzisiert.

Das SGB V enthält damit deutlich mehr Vorgaben für die Vereinbarung des EBM-Ä als die Bundesärztereordnung (BÄO) in ihrer entsprechenden Verordnungsermächtigung für das ärztliche und zahnärztliche Gebührenrecht (Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) bzw Zahnärzte (GOZ)). § 11 Satz 1 BÄO bezeichnet als Regelungsgegenstand die "Entgelte für ärztliche Tätigkeit". Weiter wird bestimmt, dass in der Gebührenordnung "Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen" sind und dass bei der Festsetzung den "berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen" ist (§ 11 Satz 2 und 3 BÄO). Nach der Rechtsprechung des BVerfG lassen sich aus dieser Vorschrift mit hinreichender Deutlichkeit Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung erkennen ([BVerfGE 68, 319, 333](#)).

Dieser Blick auf die Ermächtigung zum Erlass der privatärztlichen Gebührenordnungen macht deutlich, dass die Eigenart des zu regelnden Sachbereichs oder die berührten grundrechtlichen Schutzbereiche es dem Gesetzgeber nicht gebieten, alle Einzelheiten des Leistungsgeschehens selbst zu regeln (vgl Engelmann, NZS 2000, 76, 78 f). Eine solche Forderung lässt sich auch aus der Grundrechtsbetroffenheit der Vertragsärzte nicht ableiten, da diese bei Beschreibung und Bewertung der abrechenbaren vertragsärztlichen Leistungen in aller Regel nicht besonders intensiv ist. Anders verhält es sich bei statusrelevanten Regelungen im EBM-Ä (zur Abgrenzung vgl BSGE 78, 91, 93 = [SozR 3-5540 § 25 Nr 2](#) S 5 und Clemens in: Umbach/Clemens (Hrsg), Grundgesetz, 2002, Anhang zu Art 12, RdNr 122 f mwN). Diese bedürfen einer über die Generalermächtigung in [§ 87 Abs 2](#) bzw Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V hinausgehenden ausdrücklichen gesetzlichen Ermächtigung (vgl Clemens, aaO, RdNr 121, 124 ff; zu den Normsetzungsbefugnissen der Partner der BMVe bei statusrelevanten Regelungen BSGE 82, 55, 59 = [SozR 3-2500 § 135 Nr 9](#) S 42; BSG [SozR 3-2500 § 72 Nr 8](#) S 19). Die für den streitbefangenen Honoraranspruch der Kläger maßgeblichen Bestimmungen des EBM-Ä weisen aber keine derartige Statusrelevanz auf (vgl die Beispiele bei Clemens, aaO, RdNr 143, 161 ff, 172 ff).

b) Die Bestimmungen des EBM-Ä beruhen auf einem Regelungskonzept der Normsetzung durch vertragliche Vereinbarung, das mit der Verfassung, insbesondere dem Demokratieprinzip, vereinbar ist.

Bei den Bewertungsmaßstäben handelt es sich um Normsetzung durch Vertrag (vgl BSGE 89, 259, 263 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#) S 191; s auch BSGE 81, 86, 89 = [SozR aaO Nr 18](#) S 84; BSGE 83, 218, 219 f = [SozR aaO Nr 21](#) S 108 f; BSGE 88, 126, 133 = [SozR aaO Nr 29](#) S 152 f; Engelmann, NZS 2000, 1, 7). Normgeber des EBM-Ä sind die Spitzenverbände der Krankenkassen sowie die KÄBV. Sie vereinbaren nach [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) durch den Bewertungsausschuss einen für alle Kassenarten einheitlichen Bewertungsmaßstab (BSGE 81, 86, 89 = [SozR aaO Nr 18](#) S 84; s auch BSGE 78, 191, 196 = [SozR 3-2200 § 368i Nr 1](#) S 7). Der Bewertungsausschuss ist - ungeachtet seiner Verselbstständigung - ein Vertragsorgan, durch das die Partner der Bundesmantelverträge den EBM-Ä vereinbaren (vgl BSGE 73, 131, 133 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4](#) S 20; BSGE 90, 61, 64 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 35](#) S 203; BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr 3](#) RdNr 6). Sein Handeln wird den Partnern der Bundesmantelverträge als eigenes zugerechnet (vgl BSGE 89, 259, 263 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 34](#) S 191; s auch BSGE 73, 131,

133 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 4](#) S 20 f). Als bloßes Vertragsorgan ist der Bewertungsausschuss bei der Schaffung von Bestimmungen des EBM-Ä nicht selbst Träger von Rechten und Pflichten ([BSGE 90, 61](#), 64 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 35](#) S 203 f). Die von der Revision gegen die Rechtmäßigkeit dieses Regelungskonzepts vorgebrachten Einwände überzeugen nicht.

Das Gesetz sieht im Vertragsarztrecht verschiedene Formen der Kooperation von Krankenkassen und KÄVen bei der Normsetzung vor. Diese reichen von der einseitigen Normsetzung mit Benehmenspflichten ([§ 85 Abs 4 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2003 geltenden Fassung) über die einvernehmliche Normsetzung durch Vertrag ([§ 82 Abs 1](#), [§ 83 SGB V](#)) bis hin zur Normsetzung durch Mehrheitsbeschluss ([§ 92 SGB V](#)). In diesem Spektrum gehört der Bewertungsmaßstab schon wegen des für sein Zustandekommen vorgeschriebenen Einvernehmens (vgl. [§ 87 Abs 4 Satz 1 SGB V](#)) zu den Verträgen. Dass er durch einen Ausschuss vereinbart wird, ändert daran nichts. Dadurch ist die Kooperation in diesem Bereich zwar stärker institutionalisiert als bei den anderen Verträgen. Entscheidend bleibt aber, dass im (einfachen) Bewertungsausschuss nur einvernehmliche Entscheidungen möglich sind. Um Entscheidungsblockaden aufzulösen, sieht das Gesetz eine Erweiterung des Bewertungsausschusses um unparteiische Mitglieder vor ([§ 87 Abs 4 SGB V](#)). Der auf diese Weise erweiterte Bewertungsausschuss ist zu Mehrheitsbeschlüssen in der Lage ([§ 87 Abs 5 SGB V](#)) und nimmt dabei die Funktionen eines Schiedsamts wahr ([BSGE 90, 61](#), 62 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 35](#) S 202 f). Auch wenn einfacher und erweiterter Bewertungsausschuss einen einheitlichen Ausschuss darstellen, der seine Entscheidungen lediglich in verschiedener Zusammensetzung nach unterschiedlichen Regeln (Einstimmigkeitsprinzip, Mehrheitsentscheidungen) fällt ([BSGE 78, 191](#), 192 = [SozR 3-2200 § 368i Nr 1](#) S 3), ändert dies nichts daran, dass es sich bei dem Bewertungsmaßstab um eine vertragliche Vereinbarung zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KÄBV handelt (vgl. [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)).

Für die funktionale Selbstverwaltung gelten - wie bereits oben angesprochen (unter 2b) - nicht dieselben Legitimationsanforderungen wie für die unmittelbare Staatsverwaltung oder die kommunale Selbstverwaltung. Eine personelle Legitimation durch eine ununterbrochene Legitimationskette ist in der funktionalen Selbstverwaltung nicht erforderlich. Ihre Legitimation leitet sich vielmehr daraus ab, dass die beteiligten Körperschaften durch Gesetz errichtet worden sind und dass ihnen durch Gesetz ausdrücklich die Aufgabe der Rechtsetzung mit Außenwirkung zugewiesen worden ist ([BVerfGE 107, 59](#), 91 f). Die Bindungswirkung dieses untergesetzlichen Rechts für Dritte wie Versicherte, Krankenkassen, ärztliche Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser war schon bisher in der Rechtsprechung anerkannt (zum Normcharakter des EBM-Ä s zB [BVerfG](#) (Kammer), Beschluss vom 22. Oktober 2004 - [1 BvR 528/04](#) ua - juris) und wird nunmehr zusätzlich durch zB [§ 91 Abs 9 SGB V](#) (eingefügt durch das GMG vom 14. November 2003) für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich klargestellt. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang erforderlich, dass die Ausgestaltung der funktionalen Selbstverwaltung mit dem Grundgedanken autonomer interessengerechter Selbstverwaltung und effektiver öffentlicher Aufgabenwahrnehmung vereinbar ist. Es muss daher dafür gesorgt sein, dass die Interessen der Betroffenen in den Organisationsstrukturen angemessen berücksichtigt und nicht Interessen Einzelner bevorzugt werden. Ferner müssen die Organe der Selbstverwaltungseinheiten nach demokratischen Grundsätzen gebildet werden. Im Übrigen stehen die Auswahl der auf die Organisationseinheiten zu übertragenden Aufgaben und die Regelung der Strukturen und Entscheidungsprozesse, in denen diese bewältigt werden, weitgehend im Ermessen des Gesetzgebers.

Die Normsetzung durch vertragliche Vereinbarung lässt sich gleichfalls sinnvoll in das demokratische Prinzip des Grundgesetzes einordnen. Allerdings weicht das System kollektivvertraglicher Normsetzung, auf dem das Vertragsarztrecht aufbaut, in wesentlichen Punkten von der autonomen Rechtsetzung ab, die mitgliederschäftlich strukturierten Körperschaften zur eigenverantwortlichen Regelung der sie selbst betreffenden Angelegenheiten eröffnet ist. Denn beim Abschluss der Vereinbarungen über die vertragsärztliche Versorgung sind die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände gezwungen, einen Interessenausgleich mit der jeweils anderen Seite zu finden, können also gerade nicht autonom über die eigenen Belange entscheiden ([BSGE 81, 73](#), 82 = [SozR 3-2500 § 92 Nr 7](#) S 57). Freilich wird man der Funktion solcher vertraglichen Vereinbarungen nicht gerecht, wenn man in ihnen allein ein Instrument der Fremdbestimmung sieht (so aber Ebsen in: Schulin (Hrsg.), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1: Krankenversicherungsrecht, 1994, § 7 RdNr 119). Wie das Privatrecht zeigt, sind Verträge keineswegs mit dem Autonomiegedanken unvereinbar. Auch im Bereich der funktionalen Selbstverwaltung bedeutet die vertragliche Kooperation nicht primär Verlust von, sondern Gewinn an Autonomie, wenn sie Bereiche betrifft, die die Interessen der Mitglieder eines Selbstverwaltungsträgers berühren, von diesem aber nicht einseitig geregelt werden können, weil auch die Interessen der Mitglieder eines anderen Selbstverwaltungsträgers berührt sind (vgl. Wahl, Kooperationsstrukturen im Vertragsarztrecht, 2001, S 444). Vertragliche Vereinbarungen sind deshalb ein Instrument, das es ermöglicht, alle von einer Regelung betroffenen Interessen angemessen zu berücksichtigen, ohne deren Träger in eine Selbstverwaltungseinheit einbinden zu müssen. Die gemeinsame autonome Regelung von Angelegenheiten in einem Bereich, in dem sich die Interessen der Mitglieder von Krankenkassen und KÄVen überschneiden, war Grund dafür, hier von "gemeinsamer Selbstverwaltung" zu sprechen (zum Begriff s nur Axer in: von Wulffen/Krasney (Hrsg.), Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S 339 ff). Dass in diesem Überschneidungsbereich Interessengegensätze bestehen, ist kein zwingendes Argument gegen eine Regelung durch vertragliche Vereinbarungen. Denn der Vertrag ist ein Instrument des Interessenausgleichs.

Die Normsetzung durch Vertrag entspricht im Übrigen den Funktionsnotwendigkeiten des bestehenden Krankenversicherungssystems. Sie hat ihren Grund im Naturalleistungsprinzip ([§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)) auf der einen und im Grundsatz der Leistungserbringung durch Dritte ([§ 2 Abs 2 Satz 2 SGB V](#)) auf der anderen Seite, mithin in zwei Prinzipien, die das deutsche Krankenversicherungsrecht seit jeher geprägt haben. Müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die notwendigen medizinischen Leistungen als solche zur Verfügung stellen, ohne auf eigenes medizinisches Personal zurückgreifen zu können, so sind sie auf die Mitwirkung selbstständiger Leistungserbringer angewiesen. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Versicherten sind dann vertragliche Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern unerlässlich. Werden diese Beziehungen nicht durch Einzelverträge zwischen der einzelnen Krankenkasse und dem einzelnen Leistungserbringer geregelt, sondern durch Kollektivverträge der entsprechenden Verbände - wie dies zwischen Ärzten und Krankenkassen seit langem der Fall ist -, kommt das vertragliche Zusammenwirken ohne die Zuweisung von Normsetzungsbefugnissen an die Vertragspartner nicht aus ([BSGE 81, 73](#), 83 = [SozR 3-2500 § 92 Nr 7](#) S 59). Das Regelungskonzept der Rechtsetzung durch Normenverträge ist vom BSG stets gebilligt worden (vgl. nur [BSGE 71, 42](#), 48 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 4](#) S 15; [BSGE 81, 73](#), 83 f = [SozR 3-2500 § 92 Nr 7](#) S 59; [BSGE 82, 41](#), 47 = [SozR 3-2500 § 103 Nr 2](#) S 16 f). Auch das BVerfG hat bisher in keiner der zahlreichen Entscheidungen, die sich mit der Anwendung vereinbarter Normen des Vertragsarztrechts befassen, Zweifel an der Zulässigkeit vertraglicher Rechtsetzung auch nur angedeutet (vgl. zuletzt [BVerfG](#) (Kammer), Beschluss vom 22. Oktober 2004 - [1 BvR 528/04](#) ua - juris -, und [BVerfG](#) (Kammer) [SozR 3-5557 Allg Nr 1](#), jeweils zum EBM-Ä; [BVerfG](#) (Kammer) [SozR 4-2500 § 135 Nr 2](#) = [NVwZ 2004, 1347](#) = [MedR 2004, 608](#) zur Kernspintomographie-Vereinbarung; [BVerfG](#) (Vorprüfungsausschuss) [SozR 2200 § 368g Nr 3](#) zu einem Gesamtvertrag über die Vergütung von Zahnersatz; vgl. auch [BVerfGE 68, 193](#), 215 zu Zahntechniker-Vergütungsvereinbarungen; [BVerfGE 70, 1](#), 25 ff = [SozR 2200 §](#)

376d Nr 1 S 8 ff zu Vereinbarungen über die Preise für Heil- und Hilfsmittel). Ganz im Gegenteil hat es speziell zum EBM-Ä ausgeführt, dass dessen Leistungsbeschreibungen dem Gemeinwohlbelang der Funktionsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dienen. Sie seien geeignet und erforderlich, eine gleichmäßige Vergütung der Vertragsärzte sicherzustellen (BVerfG (Kammer), Beschluss vom 22. Oktober 2004 - [1 BvR 528/04](#) ua - juris).

Lässt sich die Rechtsetzung durch Normenverträge im Grundsatz mit dem demokratischen Prinzip des Grundgesetzes vereinbaren, so bedeutet dies nicht, dass damit jedwede gesetzliche Ausgestaltung vertraglicher Kooperation gerechtfertigt wäre. Voraussetzung dafür ist vielmehr, dass in den Kooperationsstrukturen die betroffenen Interessen angemessen berücksichtigt und nicht einzelne Interessen bevorzugt werden. Nicht nur die Struktur der vertraglichen Kooperation selbst, sondern auch die der daran beteiligten Organisationseinheiten hat dem zu genügen.

Die Partner der Bundesmantelverträge, die durch den Bewertungsausschuss den EBM-Ä vereinbaren, verfügen über eine ausreichende demokratische Legitimation. Die KÄBV ist zur Normsetzung nicht weniger legitimiert als die einzelnen KÄVen (zu diesen s oben unter 3b). Auch greift der Einwand der Revision, die Legitimationskette sei zu sehr verdünnt, nicht durch. Abgesehen davon, dass für die funktionale Selbstverwaltung nicht dieselben Legitimationsanforderungen wie für die unmittelbare Staatsverwaltung und die kommunale Selbstverwaltung gelten und daher Abweichungen von dem Erfordernis lückenloser personeller demokratischer Legitimation aller Entscheidungsbefugten möglich sind ([BVerfGE 107, 59](#), 91 f), besteht bei den Ärzten eine diesem Erfordernis genügende Legitimationskette (vgl [BSGE 82, 41](#), 46 f = [SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 16](#); BSG [SozR 3-5520 § 24 Nr 3 S 11](#)).

Die Bundesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen sind gleichfalls hinreichend demokratisch legitimiert. Soweit die Revision die sog Friedenswahlen bei den Krankenkassen, die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten und eine nicht gewährleistete Vertretung aller Mitgliedskassen in den Verwaltungsräten der Landesverbände rügt, handelt es sich um Einwände gegen die Wahl der Repräsentativorgane der Krankenkassen bzw ihrer Verbände. Hierdurch wird aber die Gültigkeit des Handelns der Krankenkassen nicht in Zweifel gezogen. Denn die Unwirksamkeit der Bestellung von Organen stellt bis zur Rechtskraft der Entscheidung hierüber deren Maßnahmen und Beschlüsse nicht in Frage (vgl [BVerwGE 108, 169](#), 177 f; BVerwG [NVwZ 2003, 995](#), 996). Auch für den Verwaltungsrat der Krankenkassen gilt, dass die Rechtmäßigkeit seiner Wahl in einem eigenen Wahlanfechtungsverfahren zu klären ist ([§ 57](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IV)). Erst die rechtskräftige Entscheidung, dass die Wahl rechtswidrig war, berührt die Wirksamkeit der nach diesem Zeitpunkt gefassten Beschlüsse des Verwaltungsrats. Das Wahlanfechtungsverfahren ist an bestimmte Voraussetzungen geknüpft und hat allein die Entscheidung über die Gültigkeit der Wahl zum Inhalt. Es liefe der Eigenständigkeit des Wahlanfechtungsverfahrens zuwider, diese Frage inzident im Rahmen eines anderen Streitverfahrens zu klären (vgl [BVerwGE 108, 169](#), 176). Hiervon abgesehen ist es mit den im Rechtsstaatsprinzip verankerten Grundsätzen der Rechtssicherheit und Rechtsklarheit unvereinbar, wenn die Maßnahmen und Beschlüsse eines Organs, die bis zur Rechtskraft einer Entscheidung über die Gültigkeit seiner Wahl getroffen bzw gefasst worden sind, in ihrem Rechtsbestand und in ihrer Verbindlichkeit in Frage gestellt würden ([BVerwGE 108, 169](#), 177 unter Bezugnahme auf [BVerfGE 1, 14](#), 38; [34, 81](#), 95 f). Deshalb ist bis zu einer gegenteiligen Entscheidung im Wahlanfechtungsverfahren der nach den Vorschriften des Gesetzes gewählte Verwaltungsrat als das demokratisch legitimierte willensbildende Organ der Krankenkassen bzw ihrer Verbände anzusehen. Konsequenterweise hat das BVerfG daher, wenn es über Handlungen von Krankenkassen zu befinden hatte, niemals die Frage aufgeworfen, ob deren Organe aus Wahlen hervorgegangen sind, die verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden sind (s nur [BVerfGE 106, 275](#), 297 ff = [SozR 3-2500 § 35 Nr 2 S 17](#) ff).

Aus diesem Grund ist in einem Honorarstreit - und damit auf die Klage eines Vertragsarztes, der als solcher nicht in die Selbstverwaltung der Krankenkassen einbezogen ist - nicht darauf einzugehen, ob die sog Friedenswahlen bei den Krankenkassen, die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten und eine nicht generell gewährleistete Vertretung aller Mitgliedskassen in den Verwaltungsräten der Landesverbände mit der Verfassung vereinbar sind. Im Übrigen wäre zu beachten, dass das Gesetz zwar bei den Krankenkassen - anders als bei den KÄVen (vgl [BSGE 23, 92](#), 95 f) - Wahlen ohne Wahlhandlung (sog Friedenswahlen) zulässt ([§ 46 Abs 3 SGB IV](#)); als Regelfall sieht es aber auch bei den Krankenkassen Wahlen mit Wahlhandlung vor ([§ 46 Abs 1 SGB IV](#)). Dass diese Legitimation vermitteln können, ist nicht zweifelhaft. Die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sieht das Gesetz zwar - mit Ausnahme der Ersatzkassen - im Regelfall vor ([§ 44 Abs 1 SGB IV](#)); doch erlaubt es den Krankenkassen, diese Beteiligung ganz oder teilweise zu beseitigen (vgl [§ 44 Abs 4 SGB IV](#)). Sollte die Arbeitgeberbeteiligung verfassungswidrig sein, so ist es den Krankenkassen unbenommen, diesen Verfassungsverstoß selbst zu beheben. Auch für die Vertretung der Mitgliedskassen in den Verwaltungsräten gilt, dass das Gesetz genügend Möglichkeiten einräumt, den Anforderungen des Demokratieprinzips gerecht zu werden. Zwar müssen nach [§ 209 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) im Verwaltungsrat der Landesverbände nur, soweit möglich, alle Mitgliedskassen vertreten sein. Kann aber auf Grund der gesetzlichen Obergrenze des [§ 209 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) nicht eine Vertretung jeder Mitgliedskasse erreicht werden, lässt es das Gesetz zu, ein Wahlverfahren vorzusehen, in dem die Mitgliedskassen ihre Vertreter gemeinsam auswählen (vgl Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Mai 2004; [§ 209 SGB V](#) RdNr 8). Es ist gerade Kennzeichen von Repräsentativorganen, dass diese nur ein verkleinertes Abbild der Mitgliedschaft sind, in ihnen aber keineswegs jedes Mitglied vertreten ist (hierzu vgl oben unter 2b mit Hinweis auf [BVerfGE 70, 324](#), 364).

Auch gegen die Beteiligung der Ersatzkassenverbände an der Normsetzung bestehen keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Sie sind zwar nicht körperschaftlich, sondern in Vereinsform organisiert. Doch handelt es sich bei ihnen nur der Form nach um Privatpersonen. Hinter ihnen stehen die als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfassten Ersatzkassen ([§ 4 Abs 1](#) und 2 SGB V). Zahlreiche Aufgaben, die diesen als Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung obliegen, hat ihnen das Gesetz entzogen und auf ihre Verbände übertragen. Insoweit besteht kein Unterschied zu den Primärkassen. Der Spielraum, den das Gesetz den Ersatzkassen bei der Verbandsbildung lässt ([§ 212 Abs 5 SGB V](#)), ist angesichts der Vielzahl der Aufgaben, die es auch bei ihnen zwingend den Verbänden zuweist, eher gering. Von den körperschaftlich organisierten Krankenkassen-Verbänden unterscheiden sich die Ersatzkassenverbände weder von den Aufgaben und Befugnissen (vgl Krauskopf, aaO, [§ 212 SGB V](#) RdNr 13 f) noch von der Aufsicht ([§ 214 Abs 1](#) und 2 SGB V) her. Im Hinblick darauf werden sie prozessrechtlich wie Körperschaften des öffentlichen Rechts behandelt ([BSGE 11, 102](#), 106; BVerwG [NJW 1999, 882](#) f), auch zB soweit dies ihre Gebührenpflichtigkeit nach [§ 184 SGG](#) im sozialgerichtlichen Verfahren betrifft (BSG [SozR 3-1500 § 184 Nr 1](#)). Sie bei der Normsetzung anders als die Bundesverbände der Krankenkassen zu behandeln, denen sie rechtlich weitgehend gleichgestellt sind, ist sachlich nicht gerechtfertigt. Dagegen spricht auch, dass die Ersatzkassenverbände bei der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben als Beliehene angesehen werden (vgl [BVerfGE 106, 275](#), 305 = [SozR 3-2500 § 35 Nr 2 S 23](#); [BSGE 78, 233](#), 237 = [SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 5](#); BVerwG [NJW 1999, 882](#) f; Engelmann, NZS 2000, 76, 78; Ebsen in: Schuln (Hrsg), Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1:

Krankenversicherungsrecht, 1994, § 7 RdNr 41 f). Einer Beleihung privatrechtlich organisierter Verbände öffentlich-rechtlicher Körperschaften mit Rechtsetzungsbefugnissen steht Verfassungsrecht nicht entgegen. Zwar wird gelegentlich die Auffassung vertreten, eine Beleihung mit Rechtsetzungsbefugnissen sei unzulässig (Stober in: Wolff/Bachof/Stober, Verwaltungsrecht, Bd 3, 5. Aufl 2004, § 90 RdNr 18). Dem ist jedoch in dieser Allgemeinheit nicht zu folgen. Da Normsetzung durch die Verwaltung ein Instrument zur Erledigung von Verwaltungsaufgaben ist, kann es auch nicht verwehrt sein, bei der Beleihung mit Verwaltungskompetenzen die zugehörigen Normsetzungsbefugnisse einzuräumen (Axe, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S 33 f; Neumann, Normenvertrag, Rechtsverordnung oder Allgemeinverbindlicherklärung?, 2002, S 34). Im Übrigen unterliegen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses seit 2004 verstärkter staatlicher Überprüfung. Nach [§ 87 Abs 6 Satz 1 SGB V](#) (eingefügt durch das GMG vom 14. November 2003) sind die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse und die ihnen zu Grunde liegenden Beratungsunterlagen nunmehr dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen, das die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden kann.

Schließlich steht die konkrete Ausgestaltung der vertraglichen Kooperation bei der Vereinbarung des EBM-Ä nicht in Widerspruch zum Demokratieprinzip des GG. Insbesondere ist mit ihm vereinbar, dass der Bewertungsausschuss um unparteiische Mitglieder erweitert wird, wenn in ihm eine einvernehmliche Vereinbarung nicht zu Stande kommt ([§ 87 Abs 4 SGB V](#); s auch oben unter 2b zur Beteiligung Nichtbetroffener). Der erweiterte Bewertungsausschuss nimmt Aufgaben eines Schiedsamtes wahr (s dazu [BSGE 90, 61](#), 62 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 35](#) S 202 f). Als solches ist er mit dem demokratischen Prinzip vereinbar. Seine Mitglieder werden ausschließlich von den beteiligten Verbänden bestellt ([§ 87 Abs 3 Satz 1 SGB V](#)). Dies gilt auch für die unparteiischen Mitglieder ([§ 87 Abs 4 Satz 2 bis 4 SGB V](#)). Dass die unparteiischen Mitglieder keinen Weisungen durch die bestellenden Verbände unterworfen sind, entspricht den Funktionsnotwendigkeiten von Schiedsämtern. Eine völlige Weisungsfreiheit der Tätigkeit des (erweiterten) Bewertungsausschusses wird damit jedoch nicht begründet. Die im Bewertungsausschuss vertretenen Verbände unterliegen der staatlichen Aufsicht (vgl [§ 78 Abs 1](#) und 3 SGB V iVm [§§ 88 ff SGB IV](#), [§ 79a SGB V](#) für die KÄBV; [§ 214 Abs 1](#) und 2 iVm [§ 208 SGB V](#) und [§§ 87 ff SGB IV](#) für die Spitzenverbände der Krankenkassen). Die Verbände können entsprechenden Aufsichtsmaßnahmen auch nachkommen. Denn sie sind jederzeit in der Lage, im einfachen Bewertungsausschuss Mehrheitsbeschlüsse des erweiterten Bewertungsausschusses abzuändern.

c) Die von der Revision erhobenen Einwände gegen die Ausgestaltung des Verfahrens, nach dem der Bewertungsausschuss tätig wird, greifen nicht durch. Soweit gerügt wird, es sei undurchschaubar, wer im Vorfeld seiner Entscheidungen mitwirke, ob und welche Gutachten den Entscheidungen zu Grunde gelegt würden, ob überhaupt betriebswirtschaftliche Untersuchungen angestellt würden, welche Vorgaben die Gutachter erhielten sowie welche nicht betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte den Entscheidungen zu Grunde lägen, geht es letztlich um die Dokumentation der Ermittlungen des Bewertungsausschusses über Umstände, die für seine Entscheidungen relevant sind. Eine Pflicht zu einer lückenlosen Dokumentation des gesamten Entscheidungsprozesses des Bewertungsausschusses sieht das Gesetz nicht vor, und sie lässt sich auch aus Verfassungsrecht nicht ableiten. Der Bewertungsausschuss ist im Regelfall nicht einmal verpflichtet, seine schließlich getroffenen Entscheidungen zu begründen (vgl [BSGE 88, 126](#), 136 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 29](#) S 156; [BSGE 89, 259](#), 266 f = [SozR aaO Nr 34](#) S 194 f; s auch oben unter 3 f).

Gleichmaßen erfolglos ist die Rüge, der Bewertungsausschuss habe vor der Bewertung der pathologischen Leistungen seiner Ermittlungspflicht nicht genügt. Es ist bereits dargelegt worden, dass es gerade bei Vergütungsregelungen nicht ausgeschlossen ist, Entscheidungen auf der Grundlage der verfügbaren Erkenntnisse und somit, wo diese keinen vollständigen Überblick bieten, unter Inkaufnahme von Ungewissheiten zu treffen (vgl dazu oben unter 2d mit grundsätzlicher Verneinung einer Ermittlungspflicht).

d) Der EBM-Ä entspricht, soweit er hier zu überprüfen ist, den rechtsstaatlichen Anforderungen an die Normenklarheit. Soweit der EBM-Ä die Vergütungstatbestände und die Bewertung der vom Kläger abgerechneten und erbrachten vertragsärztlichen Leistungen regelt, sind Zweifel an der Klarheit und Bestimmtheit der maßgeblichen Vorschriften des EBM-Ä weder von der Revision vorgebracht worden noch ersichtlich.

e) Die für den Honoraranspruch der Kläger maßgeblichen Bestimmungen des EBM-Ä sind auch in der Sache rechtmäßig. Nach [§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Für die Beschreibung und Bewertung der Leistungen enthält das Gesetz weitere Vorgaben (zu diesen s oben unter 3a). Dabei lassen die gesetzlichen Regelungen auch die Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu (s dazu zB [BSGE 88, 126](#), 129 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 29](#) S 147 f; [BSGE 89, 259](#), 260 f = [SozR aaO Nr 34](#) S 188).

Soweit sich die Revision gegen die Einführung der Praxisbudgets wendet und rügt, die Budgetierung bestimmter Arztgruppen im EBM-Ä ab 1. Juli 1997 finde im Gesetz keine Grundlage, ist das LSG dem zu Recht nicht nachgegangen. Denn die Arztgruppe, der die Kläger angehören, war von den Regelungen der Praxisbudgets unmittelbar nicht erfasst. Eine mittelbare Betroffenheit der Kläger, die zu einer gerichtlichen Überprüfung der Regelungen über die Praxisbudgets veranlassen würde, ergibt sich auch nicht aus der von der Revision vorgebrachten Erwägung, den Klägern seien durch die fehlende Einbeziehung ihrer Arztgruppe in die Praxisbudgets möglicherweise Nachteile entstanden. Hierfür sind schon keine konkreten Anhaltspunkte erkennbar - auch nicht von den Klägern dargelegt worden -. Im Übrigen sind die Regelungen über die Budgetierung auch inhaltlich rechtmäßig, wie in dem Urteil vom 9. Dezember 2004 im Verfahren [B 6 KA 44/03 R](#) ausgeführt wird.

4. Die Revision macht weiter geltend, dass die Abzüge, die die Beklagte für Verwaltungskosten vorgenommen habe, rechtswidrig seien. Dem ist nicht zu folgen.

a) Als Rechtsgrundlage für die Erhebung von Verwaltungskosten bedarf es einer entsprechenden Satzungsbestimmung, wie sich aus [§ 81 Abs 1 Satz 3 Nr 5 SGB V](#) ergibt. Hiernach müssen die Satzungen der KÄVen Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind (vgl dazu BSG [SozR 3-2500 § 81 Nr 5](#) S 12; s aber auch BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 2](#) zur Erhebung von Verwaltungskosten ohne zu Grunde liegende Satzungsregelung). Nach der Rechtsprechung des Senats reicht es aus, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält. Eine Satzungsvorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Dies kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln (BSG [SozR 3-2500 § 81 Nr 5](#) S 12; s auch BSG [SozR 2200 § 368m Nr 4](#) S 8).

Diesen Anforderungen wird im vorliegenden Fall durch [§ 9 Abs 2](#) der Satzung der Beklagten entsprochen. Dort ist für den streitigen Zeitraum

bestimmt, dass die KÄV Nordrhein zur Deckung der Verwaltungskosten einen Vomhundertsatz der über sie abgerechneten ärztlichen Vergütungen (Beitrag) erhebt (Satz 1). Der Beitrag wird für jedes Geschäftsjahr entsprechend dem Haushaltsplan von der Vertreterversammlung festgesetzt (aaO, Satz 2).

b) Auch der konkrete Betrag bzw Prozentsatz, auf den die Beklagte die Verwaltungskostenumlage festlegte, ist rechtlich nicht zu beanstanden.

Die Obergrenze zulässiger Belastung ergibt sich entsprechend allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts aus dem Kostendeckungsprinzip. D.h., dass eine KÄV von ihren Mitgliedern Finanzmittel nur insoweit fordern darf, als sie diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt (vgl BSG [SozR 2200 § 368m Nr 4](#) S 10; s auch BSG [SozR 3-2500 § 81 Nr 5](#) S 15; dazu ferner [BVerfGE 108, 1](#), 17 bis 20; [110, 370](#), 390 f). Die KÄV hat die hiernach umlegbaren Kosten - ihre eigenen Aufwendungen, vor allem die Kosten der Verwaltung und die Aufwendungen für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung - grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen (BSG [SozR 3-2500 § 81 Nr 5](#) S 14; s auch BSG [SozR 2200 § 368m Nr 4](#) S 10). Dabei bedarf es keiner genauen Bemessung des beitragsrechtlichen Vorteils. Ausreichend sind insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie vergrößerte Pauschalierungen (vgl [BVerfGE 108, 1](#), 19; [BVerfGE 92, 24](#), 28; BVerwG [NVwZ-RR 1992, 175](#), 176). Die Höhe der Beiträge darf gemäß dem Äquivalenzprinzip lediglich nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw der Vorteilmöglichkeit stehen, den bzw die sie abgelten sollen (vgl [BVerfGE 108, 1](#), 19 mwN; [BVerfGE 108, 169](#), 180; [109, 97](#), 111 f). Die Beiträge dürfen die Beitragspflichtigen nur insoweit unterschiedlich belasten, als dies dem verschiedenen Maß an Vorteilen bzw Vorteilmöglichkeiten entspricht. Dementsprechend setzt die Erhebung besonderer Abgaben nur von einem Teil der Mitglieder voraus, dass den dazu herangezogenen Mitgliedern aus der Inanspruchnahme von Leistungen oder Einrichtungen der KÄV besondere Vorteile erwachsen (BSG [SozR 3-2500 § 81 Nr 5](#) S 14; s auch BSG [SozR 2200 § 368m Nr 4](#) S 10; vgl ferner [BVerfGE 108, 169](#), 181 f). Zudem kann entsprechend dem Solidargedanken eine Abstufung der Belastung nach Leistungsfähigkeit erfolgen (vgl [BVerfGE 108, 1](#), 18 mwN; BVerwG [NVwZ-RR 1992, 175](#), 176; [BVerfGE 92, 24](#), 26).

Entgegen der Ansicht der Kläger folgt eine Rechtswidrigkeit auch nicht daraus, dass der Umlagebetrag sich an der Höhe der Honoraransprüche - und nicht nur am Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit, dh nach Abzug der Praxiskosten - orientiert. Denn auch derjenige Honoraranteil, der nur zur Deckung der Kosten aus vertragsärztlicher Tätigkeit dient, verursacht bei der KÄV Verwaltungsaufwand und -kosten. Aus diesem Grund und deshalb, weil bei der Bemessung pauschaliert werden darf (s [BVerfGE 108, 1](#), 19), kann der vom Vertragsarzt zu tragende Verwaltungskostenanteil nach dem abgerechneten Honorarvolumen bestimmt werden (vgl BSG [MedR 1985, 283](#), 284 = USK 84269 S 1363; s auch BVerwG [NVwZ-RR 1992, 175](#), 176 zur grundsätzlichen Zulässigkeit der Anknüpfung von Innungszusatzbeiträgen an die Lohnsumme; vgl ferner Schiller, [MedR 2004](#), 348, 350).

5. Die Kläger machen einen weiter gehenden Honoraranspruch aus [§ 72 Abs 2 SGB V](#) geltend. Sie stützen dies auf einen Anspruch auf angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, die sich grundsätzlich auf einen Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit (also nach Abzug der Praxiskosten, aber vor Steuern) in Höhe von 180.000 DM pro Jahr bzw 45.000 DM pro Quartal je Arzt belaufe. Die insoweit erforderliche Honorarzahlung haben sie im Quartal III/1998 nach ihren Berechnungen nicht erhalten. Sie haben demgemäß gegenüber der Beklagten eine Honorarnachzahlung für dieses Quartal gefordert. Dem ist nicht zu folgen.

Nach [§ 72 Abs 2 SGB V](#) ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der KÄVen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Vertragsärzte gefährdet wird ([BSGE 75, 187](#), 189 ff = [SozR 3-2500 § 72 Nr 5](#) S 6 ff; BSG [SozR 3-5555 § 10 Nr 1](#) S 5 f; [BSGE 88, 20](#), 24 = [SozR 3-2500 § 75 Nr 12](#) S 70; [BSGE 88, 126](#), 136 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 29](#) S 155; s zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe ist dies regelmäßig nicht der Fall (vgl BSG [SozR 3-5555 § 10 Nr 1](#) S 6; [SozR 3-5533 Nr 763](#) Nr 1 S 6).

Die an dieser Rechtsprechung geübte Kritik (Wimmer in: Sodan (Hrsg), *Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und Grundrechte der Leistungserbringer*, 2004, S 45, 48 ff; ders, [NZS 1999](#), 480 ff; ders, [MedR 1998](#), 533 ff; Sodan, [GesR 2004](#), 305, 307; Isensee, [VSSR 1995](#), 321 ff) veranlasst den Senat nicht dazu, diese zu ändern. Wortlaut, Systematik und Zweck des Gesetzes stehen der Annahme entgegen, dem einzelnen Vertragsarzt könne aus [§ 72 Abs 2 SGB V](#) allgemein ein Rechtsanspruch auf eine Vergütung in einer bestimmten Höhe gegen die KÄV zustehen.

Schon dem Wortlaut nach ist [§ 72 Abs 2 SGB V](#) nicht als Anspruchsgrundlage ausgestaltet (so auch Spoerr, [MedR 1997](#), 342, 343). [§ 72 Abs 2 SGB V](#) enthält danach nur ein an die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände gerichtetes Gebot, wie die Verträge über die vertragsärztliche Versorgung auszugestalten sind. [§ 72 Abs 2 SGB V](#) formuliert insoweit kein konkretes Normprogramm, sondern lediglich eine abstrakte Zielvorgabe. Angemessenheit ist ein hochabstrakter Begriff (vgl Isensee, [VSSR 1995](#), 321, 322 f). Er bedarf der Konkretisierung, damit erkennbar wird, welche Vergütungshöhe dem Gesetz entspricht. Hierfür hat das Gesetz einen prozeduralen Weg gewählt. Dies zeigt sich bereits an [§ 72 Abs 2 SGB V](#), in dem die Angemessenheit der Vergütung als Ziel einer vertraglichen Regelung vorgegeben wird.

Für die vertragliche Regelung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen sieht das Gesetz ein komplexes System vor. Danach honorieren die Krankenkassen nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine Gesamtvergütung ([§ 85 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)). Die Höhe der Gesamtvergütung sowie deren Veränderung wird in einem Gesamtvertrag von den KÄVen und Landesverbänden der Krankenkassen bzw den Verbänden der Ersatzkassen vereinbart ([§ 85 Abs 3](#) iVm [§ 83 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)). Kommt eine solche Vereinbarung auf diesem Wege nicht zu Stande, kann das Schiedsamt angerufen werden ([§ 89 Abs 1, Abs 1a SGB V](#)). Nur die vereinbarte oder die durch Schiedsspruch festgesetzte Gesamtvergütung kann die KÄV auf der Grundlage des [§ 85 Abs 4 SGB V](#) an die Vertragsärzte verteilen; Nachforderungen der KÄVen an die Krankenkassen sind grundsätzlich ausgeschlossen (vgl BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 30](#) S 228 f). Lediglich in der besonderen, nicht auf andere Konstellationen übertragbaren Situation der Vergütung psychotherapeutischer Leistungen hat der erkennende Senat im Hinblick auf die von den Partnern des

Bewertungsausschusses in diesem speziellen Fall gemeinsam zu tragende Verantwortung für ein angemessenes Vergütungsniveau der zeitgebundenen und genehmigungsbedürftigen psychotherapeutischen Leistungen die Möglichkeit angesprochen, nachträglich die Höhe der Gesamtvergütung zu modifizieren ([BSGE 92, 87](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 8](#), jeweils RdNr 35). Von Bedeutung für die Vergütung des einzelnen Vertragsarztes ist darüber hinaus auch der von der KÄBV und den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch den Bewertungsausschuss vereinbarte Bewertungsmaßstab ([§ 87 Abs 1 SGB V](#)); denn von den darin enthaltenen Bewertungsrelationen darf in den Verteilungsmaßstäben und den anderen die Vergütung betreffenden Regelungen nicht abgewichen werden. Die angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ist nach den Vorstellungen des Gesetzgebers Ergebnis dieses komplexen Konkretisierungsprozesses.

Bei dem Ziel einer angemessenen Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen in [§ 72 Abs 2 SGB V](#) handelt es sich um eine Vorgabe für die Regelung der vertraglichen Beziehungen zwischen den KÄVen und den Krankenkassenverbänden, mithin für die Ausgestaltung der Normenverträge, durch die diese Regelung erfolgt. Die Partner dieser Verträge verfügen dabei zwar über Spielräume, sind aber nicht frei. Zu den Belangen, die sie bei der Ausgestaltung der vertraglichen Regelungen zu einem sachgerechten Ausgleich bringen müssen, zählt [§ 72 Abs 2 SGB V](#) auch die Angemessenheit der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen. Es handelt sich dabei aber nur um einen von mehreren Gesichtspunkten, der in die erforderliche Gesamtabwägung einzustellen ist. [§ 72 Abs 2 SGB V](#) nennt bereits mit der Gewährleistung einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse eine weitere - aus mehreren Teilaspekten zusammengesetzte - Zielvorgabe. Darüber hinaus enthält das Gesetz, insbesondere in [§§ 70, 71 SGB V](#), noch weitere Gesichtspunkte, die in unterschiedlicher Weise bei der Vereinbarung der Verträge nach [§ 72 Abs 2 SGB V](#) von den Gesamtvertragspartnern zu berücksichtigen sind. Von zentraler Bedeutung ist insoweit der Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 71 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)). Dieser normiert eine verbindliche gesetzliche Vorgabe für den Inhalt von Vergütungsvereinbarungen, der im Verhältnis zu den anderen Kriterien für die Festsetzung der Gesamtvergütung sogar Vorrang zukommt ([BSGE 86, 126](#), 135 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 37](#) S 296 ff). Aus einer die Verwirklichung unterschiedlicher, teilweise gegenläufiger Belange und Interessen durch vertragliche Normsetzung dirigierenden Bestimmung, wie sie [§ 72 Abs 2 SGB V](#) darstellt, lassen sich subjektive Rechte einzelner Normunterwerfener im Regelfall nicht ableiten.

Die fehlende Eignung des [§ 72 Abs 2 SGB V](#) als generelle Anspruchsgrundlage auf eine bestimmte Vergütung, die uU höher ist als in den maßgeblichen gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften vorgesehen, zeigt sich schon darin, dass Vergütungsansprüche dem Vertragsarzt nur gegenüber seiner KÄV zustehen, während Normadressaten des [§ 72 Abs 2 SGB V](#) die Partner der Gesamtverträge sind. Diese könnten aber die Obliegenheit, beim Abschluss von Vergütungsvereinbarungen nach [§ 83 Abs 1](#), [§ 85 Abs 1](#) und [Abs 3 SGB V](#) auf eine angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen hinzuwirken, allenfalls dann verletzen, wenn flächendeckend und unabhängig von Besonderheiten in einzelnen Regionen und/oder bei einzelnen Arztgruppen ein Vergütungsniveau zu beobachten wäre, das mangels ausreichenden finanziellen Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führt. Eine solche Situation hat in dem streitbefangenen Quartal nicht bestanden.

Nach den für das Jahr 1998 vorliegenden Daten standen Gesamtvergütungen zur Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen von insgesamt 40,7 Milliarden DM zur Verfügung, die an ca 113.000 Vertragsärzte und ca 12.000 angestellte und ermächtigte Ärzte sowie ärztlich geleitete Einrichtungen zu verteilen waren. Bezogen auf die alten Bundesländer haben die Fachärzte im Durchschnitt der Jahre 1996 bis 1998 einen Überschuss pro Jahr - nach Abzug der Betriebskosten - von 211.900 DM erzielt (Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Hrsg KÄBV, 1999 und 2000, Tabellen A 9, A 12, A 14, D 9 und G 3). Damit wurden auch die im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von 138.000 DM je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit übertraffen (s hierzu [BSGE 86, 16](#), 18 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 117; [BSGE 89, 259](#), 262 = [SozR aaO Nr 34](#) S 189; Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Diese Zahlen schließen die Annahme eines flächendeckend unangemessen niedrigen Vergütungsniveaus der vertragsärztlichen Tätigkeit in dem streitbefangenen Quartal aus (so zB für die Radiologen - für 1996 - [BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30](#) S 231 und - für 1997/1998 - die Urteile vom 9. Dezember 2004 in zahlreichen Parallelverfahren, ua [B 6 KA 44/03 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Das gilt auch für die Pathologen in Nordrhein. Die durchschnittlichen Honorare beliefen sich in den Quartalen III/1998 und IV/1998 auf ca 60.000 EUR je Vertragsarzt. Abzüglich eines Praxiskostensatzes von ca 80 % verblieben mithin ca 12.000 EUR als Überschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit.

Auch wenn nicht die im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von 138.000 DM je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit erreicht wurden (s hierzu [BSGE 86, 16](#), 18 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 23](#) S 117; [BSGE 89, 259](#), 262 = [SozR aaO Nr 34](#) S 189; Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen), so blieb trotzdem die Anzahl der vertragsärztlich tätigen Pathologen im Bereich der Beklagten ungefähr gleich. Die Zahl schwankte zwischen 1998 und 2000 zwischen 60 und 67 Pathologen (vgl die nicht in Zweifel gezogenen Angaben der Beklagten). Dies schließt es aus, dass die Honorarrückgänge den Anreiz zu pathologisch vertragsärztlicher Tätigkeit und damit die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der pathologischen Diagnostik ernstlich gefährdet haben könnten, wie es Voraussetzung für einen Anspruch auf höheres Honorar aus dem Gesichtspunkt (un)angemessener Vergütung ist. Auch war keine verschärfte Beobachtungs- und Reaktionspflicht gegeben, wie es nach der Rechtsprechung des Senats der Fall ist, wenn eine Arztgruppe besonders klein ist, aber die Arztzahl wächst und sich deshalb ein Honorarabfall besonders intensiv auf jeden Einzelnen, der zu der Gruppe gehört, auswirkt (vgl hierzu BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Mithin war ungeachtet der Frage, wer in welchem Verfahren einen solchen Verstoß feststellen könnte, wie er zu beheben wäre und welche Konsequenzen sich daraus für den einzelnen Vertragsarzt ergeben könnten, ein Anspruch auf höheres Honorar aus [§ 72 Abs 1 SGB V](#) zu verneinen.

Im Übrigen haben die Kläger in ihrer Praxis nur ca 60 % Proben von GKV-Patienten untersucht. Ihre Gegenüberstellung der entsprechenden Praxiskosten mit den Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit ist nur beschränkt aussagekräftig. Wenn in einer Gemeinschaftspraxis die Auslastung nur zu weniger als zwei Dritteln durch die vertragsärztliche Tätigkeit realisiert wird, liegt zumindest nicht auf der Hand, dass der gesamte Praxiszuschnitt noch in der Weise von der vertragsärztlichen Tätigkeit geprägt wird, dass es gerechtfertigt ist, ohne nähere Kenntnis der von den Ärzten ansonsten in der Praxis erzielten Einnahmen die Praxiskosten allein nach der Zahl der behandelten Patienten dem vertragsärztlichen Praxisbereich zuzurechnen. Angaben zur Höhe der Einnahmen aus anderen ärztlichen Tätigkeiten in der Gemeinschaftspraxis, die immerhin ca 40 % des Umsatzes ergeben, haben die Kläger trotz einer entsprechenden Anregung des Senats ausdrücklich nicht gemacht.

6. Ein Anspruch der Kläger auf höhere Vergütung der im Quartal III/1998 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich schließlich

auch nicht unmittelbar aus [Art 12 Abs 1 GG](#).

Bei der Prüfung, ob normative Regelungen der Honorarverteilung insoweit den Anforderungen des [Art 12 Abs 1 GG](#) genügen, ist primär auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragsituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen (vgl. [BVerfGE 70, 1](#), 30 = SozR 2200 § 376d Nr 1 S 11 mwN zum Abstellen auf den Wirtschaftszweig insgesamt; ebenso [BVerfGE 77, 84](#), 105). Dementsprechend ist unerheblich, in welcher Höhe der einzelne Vertragsarzt Honoraransprüche erwerben und ob seine Praxis einen ausreichenden Gewinn abwerfen kann. Dies hängt nicht nur von der Höhe der insgesamt zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen und der Ausgestaltung der normativen Regelungen über die Honorarverteilung ab, sondern wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die der Verantwortungssphäre des einzelnen Vertragsarztes zuzurechnen sind. Solche Umstände sind zB die Ausrichtung seiner Praxis, die Qualität seines Dienstleistungsangebotes, die Qualität seiner medizinischen Leistungen, aber auch strukturelle Faktoren wie zB die Infrastruktur des Praxisstandortes (Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parkplatzsituation), die Größe des Einzugsbereichs der Praxis, die Patientenstruktur (Verhältnis von Primärkassen- und Ersatzkassenpatienten und Privatpatienten) und nicht zuletzt die Konkurrenzsituation.

Die Berücksichtigung der generellen Situation einer Arztgruppe schließt zugleich aus, dass ein Anspruch auf höhere Vergütung mit Erfolg für nur einen kurzen Zeitraum oder für beliebig herausgegriffene Quartale geltend gemacht werden kann. Zur Erfassung der generellen Lage ist die Gesamtsituation der betroffenen Arztgruppe über einen längeren Zeitraum, nämlich über mindestens vier zusammenhängende Quartale, zu betrachten. Demgemäß kann ein Anspruch auf höhere Vergütung nicht auf niedrigere Umsätze eines Arztes und damit zusammenhängend auf eine schlechtere Ertragslage in nur einem Quartal gegründet werden, zumal nicht auf die Erträge lediglich im dritten Quartal eines Jahres, weil dieses Quartal - bedingt durch Ferienzeiten - typischerweise nicht aussagekräftig ist. Ob nicht überhaupt auch der privatärztliche Einnahmehereich in die Betrachtung einbezogen werden müsste (vgl. hierzu BVerfG (Kammer), [NJW 2000, 3413](#) unter b), sei dahingestellt.

a) Auf diesem Hintergrund gehen das BVerfG und das BSG davon aus, dass der Schutz der vertragsärztlichen Tätigkeit aus [Art 12 Abs 1 GG](#) grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Leistungen umfasst (hierzu zB [BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346 f; [110, 226](#), 251; BVerfG (Kammer), Beschlüsse vom 17. August 2004 - [1 BvR 378/00](#) - [MedR 2004, 680](#), 681 und vom 25. Oktober 2004 - [1 BvR 1437/02](#), RdNr 19; ebenso stRspr des BSG, das den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Art 12 Abs 1 GG](#) ableitet: dazu zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen; [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr 5](#), jeweils RdNr 6, und [BSGE 92, 233](#) = [SozR aaO Nr 9](#), jeweils RdNr 7). Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des [§ 72 Abs 2](#) und des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) erfolgt ist (vgl. dazu insbesondere BSG [SozR 3-5555 § 10 Nr 1](#) S 5 f). Diese ergeben spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung. Die Vorschrift des [§ 85 Abs 3 SGB V](#) enthält Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen haben die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs 2 SGB V](#) ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw. früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren. Sie müssen zum einen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die uU bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem Umfang gerecht zu werden, können es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen, wie in den Senatsurteilen vom 3. März 1999 - [B 6 KA 6/98 R](#) und [B 6 KA 8/98 R](#) - dargelegt ist (Letzteres veröffentlicht in [SozR 3-2500 § 85 Nr 30](#)). Der Senat hat dort ausgeführt, dass die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss ([§ 87 Abs 2 SGB V](#) - Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen), Gesamtvertragsparteien ([§ 85 Abs 3 SGB V](#) - Bemessung der Gesamtvergütungen) und KÄVen ([§ 85 Abs 4 SGB V](#) - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet ist (vgl. dazu die ausführliche Darstellung in BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 30](#) S 228). Das BSG verneinte die geltend gemachten Ansprüche auf höheres Honorar. Das BVerfG hat die gegen diese Urteile gerichteten Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG (Kammer), Beschlüsse vom 30. März 2001 - [1 BvR 1491/99](#) - [NZS 2001, 486](#) f und 1 BvR 1496/99 -, Letzteres zu BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 30](#)).

Das vom Gesetz festgelegte und zuletzt durch das GMG vom 14. November 2003 weiter ausdifferenzierte Vergütungssystem vermeidet grundsätzlich unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen den Krankenkassen als Leistungsträgern und den Vertragsärzten als Leistungserbringern. Es verzichtet zwar nicht darauf, dass die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ausgehandelt wird. Dies wird aber nicht durch Marktkräfte, sondern durch Verbände gesteuert. Ein derartiges Vergütungssystem ist grundsätzlich mit [Art 12 Abs 1 GG](#) vereinbar. Das Grundrecht der Berufsfreiheit gebietet nicht unmittelbare Rechtsbeziehungen zwischen Arzt und Krankenkasse, in denen die Preise für Güter und Leistungen unter Wettbewerbsbedingungen ausgehandelt werden. Vielmehr erlaubt [Art 12 Abs 1 GG](#) - insbesondere um Marktungleichgewichte zu beseitigen - die Aushandlung der Preise zwischen den Verbänden der Ärzte und den Krankenkassen.

Nicht nur die Strukturen dieses Vergütungssystems, sondern auch die Ziele, die das Gesetz den Verbänden der Ärzte und den Krankenkassen für die Bestimmung der Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen vorgibt, sind mit dem Grundrecht aus [Art 12 Abs 1 GG](#) vereinbar. Dies gilt nicht nur für das grundsätzliche Ziel der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung ([§ 72 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)), sondern auch für die allgemeinen Vorgaben hinsichtlich der Qualität und Wirtschaftlichkeit dieser Versorgung ([§ 70](#), [§ 72 Abs 2 SGB V](#)) und ebenso für die besondere Ausprägung, die das Wirtschaftlichkeitsprinzip durch den Grundsatz der Beitragssatzstabilität ([§ 71 SGB V](#)) erfahren hat (zu diesem Grundsatz vgl. [BSGE 86, 126](#), 135 ff = [SozR 3-2500 § 85 Nr 37](#) S 296 ff). Diese Ziele dienen der Sicherung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung.

b) Entgegen der Auffassung der Revision ist in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung, ob das gegenwärtig geltende System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt verfassungsrechtlich geschützt ist. Der Revision liegt die Vorstellung zu Grunde, wenn das geltende, wesentlich im SGB V und in zahlreichen untergesetzlichen Regelwerken niedergelegte System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vom GG geschützt sei, könne sein Erhalt und die Sicherung seiner finanziellen Stabilität kein Gemeinwohlbelang sein, der einen unmittelbar grundrechtlich legitimierten Anspruch von Vertragsärzten auf eine von ihnen als angemessen bewertete Vergütung beschränken dürfe (ähnlich Sodan, [GesR 2004, 305, 306](#)). Diese Erwägung trifft indessen nicht zu.

Zunächst ermöglicht [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) Regelungen der Berufsausübung. Das schließt Regelungen der Vergütung beruflicher Tätigkeiten ein. Der Gesetzgeber darf in diesem Rahmen Festlegungen treffen, die durch vernünftige Gründe des Gemeinwohls gerechtfertigt sind. Er ist nicht darauf beschränkt, mit Berufsausübungsregelungen iS des [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) Ziele zu verfolgen, die ihrerseits unmittelbar im GG vorgegeben sind. Ihm ist vielmehr durch den Gesetzesvorbehalt des [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) von Verfassungen wegen die Befugnis eingeräumt, im Wege einfacher Gesetze im Gemeinwohlinteresse - ohne Bindung an im GG vorgegebene Ziele - berufsbezogene Regelungen zu treffen. Selbst wenn also die Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV kein verfassungsrechtlich strikt vorgegebener Handlungsauftrag an den Gesetzgeber wäre, dürfte er um ihrerwillen Begrenzungen der Vergütung der an dem Versorgungssystem der GKV beteiligten Ärzte vorschreiben, soweit diese zur Erreichung der genannten Ziele geeignet und erforderlich sind und die betroffenen Ärzte nicht unzumutbar belasten.

Im Übrigen bedarf die verfassungsrechtliche Verankerung der finanziellen Stabilität der GKV im hier relevanten Kontext als Legitimationsgrundlage für einfach-gesetzliche Regelungen im Schutzbereich des [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) einer differenzierenden Beurteilung. Der Gesetzgeber ist von Verfassungen wegen nicht frei, ob er ein System errichten und erhalten will, das allen oder zumindest der großen Mehrzahl der Bürger eine angemessene Versorgung im Krankheitsfall gewährleistet. Die Sicherung einer solchen angemessenen Versorgung zu bezahlbaren Konditionen (vgl Jaeger, NZS 2003, 225, 232) ist ein Gemeinwohlbelang von überragender Wichtigkeit. Ungeachtet seiner Ausgestaltung im Einzelnen kann kein System der Gesundheitsversorgung für nahezu alle Bürger auf Regelungen hinsichtlich der Preise von ärztlichen und nichtärztlichen Behandlungsleistungen verzichten. Wenn der Gesetzgeber den Bürgern eine angemessene gesundheitliche Versorgung nicht in einem staatlich organisierten Gesundheitswesen anbietet, sondern sich für ein Versicherungssystem entscheidet, in dem der Einzelne als Gegenleistung für seinen Versicherungsbeitrag entweder eine angemessene Gesundheitsversorgung grundsätzlich im Wege von Sachleistungen zur Verfügung gestellt (gesetzliche Krankenversicherung) oder die notwendigen Behandlungskosten ersetzt bekommt (private Krankenversicherung), müssen die Vergütungen für die Behandlungsleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und nichtärztlichen Leistungserbringern geregelt werden (siehe EBM-Ä und Bema-Z iVm HVM bzw GOÄ und GOZ). Andernfalls wären diese Leistungen nach den Grundsätzen eines lohn- und beitragsabhängigen Sozialversicherungssystems nicht mehr versicherbar oder die Versicherungsprämien würden - bei einem privatrechtlich organisierten Kostenerstattungssystem - in einer Weise wachsen, dass zahlreiche Bürger die Prämien aus eigener Kraft nicht mehr zahlen könnten. Insoweit liegt unabhängig von der Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems im Einzelnen ein struktureller Gegensatz zwischen dem Ziel einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung zu bezahlbaren Konditionen und den Interessen der Leistungserbringer an möglichst hohen Einkünften aus ihrer Tätigkeit vor. Da aber jedes Krankenversicherungssystem auf Preisregulierungen im Hinblick auf seine finanzielle Stabilität im Kontext der gesamten Volkswirtschaft nicht verzichten kann, ist der Einwand, nicht jede der für die Vergütung der Vertragsärzte maßgeblichen Regelungen im SGB V, im EBM-Ä und im HVM einer KÄV sei vom GG unmittelbar gefordert oder durch dieses in besonderer Weise geschützt, irrelevant.

(1) Der Gesetzgeber entscheidet über die Art und Weise, in der er das Ziel einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen und zugleich bezahlbaren Gesundheitsversorgung realisiert und in diesem Zusammenhang die (partiell) gegenläufigen Interessen von Patienten, Versicherten und Leistungserbringern zum Ausgleich bringt (vgl [BVerfGE 103, 172](#), 185 = [SozR 3-5520 § 25 Nr 4](#) S 27; s auch [BVerfGE 101, 331](#), 348). Soweit sich der deutsche Gesetzgeber dabei in der Kontinuität einer mehr als hundertjährigen Entwicklung und gestärkt durch Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenztitel des GG ([Art 74 Abs 1 Nr 12](#), [Art 87 Abs 2 GG](#)) für eine Sozialversicherungslösung entscheidet, steht dies mit dem GG in Einklang (so auch Leisner, in: Sodan (Hrsg), Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und Grundrechte der Leistungserbringer, 2004, S 19). Mit dieser verfassungskonformen Entscheidung für eine Absicherung des Krankheitsrisikos durch eine nach den Prinzipien der Sozialversicherung organisierte Krankenversicherung sind sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer bestimmte Vorteile und Nachteile verbunden. Arbeitnehmer ohne Familienangehörige mit einem Einkommen in der Nähe der Versicherungspflichtgrenze des [§ 6 Abs 1 Nr 1](#) iVm Abs 6 SGB V müssen hinnehmen, dass sie relativ hohe Beiträge für ihren Krankenversicherungsschutz bezahlen müssen, obwohl sie aus eigener Kraft möglicherweise einen günstigeren Schutz in der privaten Krankenversicherung erreichen könnten. Die Leistungserbringer müssen hinnehmen, in ein relativ dichtes Geflecht von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Art und Weise ihrer Leistungserbringung und ihrer Vergütung eingebunden zu sein, damit landesweit eine flächendeckende Versorgung auf qualitativ hohem Niveau für alle Versicherten vorgehalten werden kann, ohne dass die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber unzumutbar ansteigen. Auf der anderen Seite haben die Versicherten und ihre Familienangehörigen auch bei geringen Einkommen und in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen umfassende Leistungsansprüche, sodass die Ungleichheit der Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland sich auf die existenziellen Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung nur sehr begrenzt auswirken kann. Die zur Leistungserbringung im System der GKV berechtigten Vertragsärzte sind - anders als viele andere freiberuflich tätige Berufsgruppen - durch ihre öffentlich-rechtlichen Vergütungsansprüche gegen die KÄVen davor geschützt, ihre erbrachten Leistungen nicht, nicht vollständig oder nicht in angemessener Zeit honoriert zu bekommen, was ihnen ein hohes Maß an Planungssicherheit gewährleistet. Das BVerfG hat mehrfach ausgeführt, dass Leistungserbringer innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung von den Vorteilen des öffentlich-rechtlichen Systems des Vertragsarztrechts profitieren, im Interesse der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit dieses Systems unter Umständen aber auch Einschränkungen hinnehmen müssen, die ihnen das Berufsrecht nicht abverlangt (zuletzt Beschluss vom 16. Juli 2004 - [1 BvR 1127/01](#) - [NVwZ 2004, 1347](#), 1349 = [SozR 4-2500 § 135 Nr 2](#) RdNr 29). Im Unterschied zu den pflichtversicherten Arbeitnehmern haben sie zudem die Möglichkeit, sich für oder gegen die Eingliederung in das System der GKV in Kenntnis der damit für sie verbundenen Vor- und Nachteile zu entscheiden. Angesichts dieses Umstandes und der Tatsache, dass speziell den Vertragsärzten aus ihrer Tätigkeit für die Versicherten der Krankenkassen seit Jahrzehnten und bis heute ein Einkommen ermöglicht wird, das weit über dem Durchschnittseinkommen der pflichtversicherten Arbeitnehmer liegt, kann schlechterdings nicht angenommen werden, dass prinzipiell das Vergütungssystem der GKV für die beteiligten Ärzte eine unverhältnismäßige bzw unzumutbare Beschränkung der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit zur Folge hat.

Vor diesem Hintergrund ist es - anders als die Revision nahe legt - kein sprachliches Versehen, wenn das BVerfG in ständiger Rechtsprechung formuliert, die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei eine Gemeinwohlaufgabe, welche der Gesetzgeber nicht nur verfolgen könne, sondern der er sich nicht einmal entziehen dürfe (stRspr seit [BVerfGE 68, 193](#), 218). In seinem Beschluss vom 20. März 2001 hat das BVerfG den Zusammenhang zwischen der Entscheidung des Gesetzgebers für die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems und der Stabilität der GKV noch einmal verdeutlicht: "Soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems erreicht werden, stellt auch dessen Finanzierbarkeit einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar, von dem sich der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Systems und der damit verbundenen Steuerung des Verhaltens der Leistungserbringer leiten lassen darf" ([BVerfGE 103, 172](#), 185 = [SozR 3-5520 § 25 Nr](#)

4 S 27). An anderer Stelle formuliert das BVerfG, die Leistungs- und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung müsse erhalten und deren finanzielle Stabilität als Voraussetzung ihrer Funktionsfähigkeit gesichert bleiben (vgl BVerfG (Kammer), [NJW 1997, 2444](#), 2445 = [SozR 3-2500 § 47 Nr 8](#) S 19). Daraus ergibt sich zunächst, dass es für die Frage, ob Vergütungsansprüche von Leistungserbringern im Hinblick auf die Sicherung der Stabilität der gegenwärtig bestehenden GKV beschränkt und eingeschränkt werden können, nicht darauf ankommt, ob der Gesetzgeber das gegenwärtig praktizierte Krankenversicherungssystem von Verfassungs wegen einführen und unverändert beibehalten musste. Verfolgt der Gesetzgeber im Rahmen eines insgesamt verfassungsmäßigen Sozialversicherungssystems das von der Verfassung vorgegebene Ziel einer gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, kann die Verfassungskonformität gesetzlicher Vergütungsregelungen nicht mit dem Hinweis in Frage gestellt werden, das Ziel einer angemessenen Gesundheitsversorgung sei nach den Vorgaben des GG auch auf anderem Wege als im Rahmen des gegenwärtig praktizierten GKV-Systems erreichbar. Ohne Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, ob allein mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften über die Vergütung der ärztlichen Leistungen die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung in notwendigem Maße gesichert werden kann oder nicht. Das BVerfG hat ausgeführt, dass jeder einzelne Schritt, mit dem der Gesetzgeber die Sicherung von Leistungsfähigkeit und finanzieller Stabilität der GKV zu erreichen sucht, von erheblicher Bedeutung ist, auch wenn eine einzelne Maßnahme immer nur einen Teilbetrag zur Verwirklichung des Gesamtziels leisten kann. Die öffentlichen Belange verlieren nicht an Gewicht, wenn sie sich nur durch eine Vielzahl kleiner Schritte verwirklichen lassen ([BVerfGE 103, 172](#), 192 f = [SozR 3-5520 § 25 Nr 4](#) S 33).

(2) Der Einwand der Revision, wegen Finanzierung versicherungsfremder Leistungen sei das gegenwärtige Krankenversicherungssystem kein gegenüber "Vergütungsgrundrechten" der Leistungserbringer vorgreiflich schutzwürdiger Gemeinwohlbelang, greift nicht durch. Dabei kann offen bleiben, ob in der gesetzlichen Krankenversicherung mit Beiträgen versicherungsfremde Leistungen finanziert werden. Denn selbst wenn dies der Fall und die entsprechende Belastung der Beitragszahler verfassungswidrig wäre, könnte ein Vertragsarzt hieraus für sein Begehren nach einer bestimmten Vergütung der von ihm erbrachten Leistungen nichts herleiten. Vertragsärzte sind nicht "Wächter über die objektive Verfassungsordnung" (vgl [BVerfGE 67, 26](#), 37 = [SozR 1500 § 54 Nr 60](#) S 54). Die Abwehr von Eingriffen in die Grundrechte der Beitragszahler obliegt allein diesen, nicht aber den Vertragsärzten. Zu etwas anderem führt auch nicht der bei Maßnahmen mit Relevanz für die Berufsfreiheit der Vertragsärzte gebotene Ausgleich vielfältiger Grundrechtspositionen und Gemeinwohlbelange (vgl dazu [BVerfGE 103, 172](#), 185 = [SozR 3-5520 § 25 Nr 4](#) S 27). Es gibt keinen Verfassungssatz, wonach den Leistungserbringern ein bestimmtes Beitragsaufkommen oder jedenfalls das jeweilige Beitragsaufkommen garantiert ist. Vielmehr ist es Sache des Gesetzgebers im Rahmen der ihm bei Vergütungsregelungen obliegenden Interessenabwägung, für einen verhältnismäßigen Ausgleich zwischen dem Begehren der Leistungserbringer nach hohen Vergütungen aus einem hohen Beitragsaufkommen und dem Anliegen möglichst geringer Belastung für die Beitragszahler Sorge zu tragen. Ein Anspruch auf höhere Vergütung könnte nicht aus der verfassungswidrigen Verwendung von Beitragsmitteln für versicherungsfremde Zwecke hergeleitet werden. Aus einem Verfassungsverstoß durch Verwendung von Beiträgen für verfassungswidrige Zwecke ergäbe sich vielmehr zunächst nur die Folge, die Beitragsbelastung der Versicherten entsprechend zurückzuführen, nicht aber ein Anspruch der Leistungserbringer darauf, dass das Beitragsniveau beibehalten und das überschießende Beitragsaufkommen für sie verwendet werde.

Daher kann dahinstehen, ob die von der Revision angeführten Leistungen krankenversicherungsfremd und die Erhebung entsprechender Beiträge verfassungswidrig sind. Nach Auffassung der Revision sollen auf der Einnahmenseite krankenversicherungsfremde Leistungen darin bestehen, dass bestimmte Versichertengruppen aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten - wie Personen während des Erziehungsurlaubs, Studenten und Praktikanten, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Strafvollzug, Teilnehmer an beruflfördernden Maßnahmen, Bezieher von Leistungen der Arbeitsförderung, Härtefall-Patienten und Familienversicherte. Die Revision lässt dabei unberücksichtigt, dass die gesetzliche Krankenversicherung ganz wesentlich auf dem Gedanken der Solidarität ihrer Mitglieder sowie des sozialen Ausgleichs beruht (vgl [BVerfGE 76, 256](#), 301; siehe auch BVerfG (Kammer) [SozR 4-2500 § 5 Nr 1](#) RdNr 20, 28). Der Gesetzgeber ist daher nicht nur berechtigt, die Erhebung von Sozialversicherungsbeiträgen nach den Prinzipien der Solidarität und des sozialen Ausgleichs auszugestalten ([BVerfGE 79, 223](#), 236 f = [SozR 2200 § 180 Nr 46](#) S 198 f). Er kann vielmehr von Verfassungs wegen zu Maßnahmen des sozialen Ausgleichs sogar verpflichtet sein (dazu [BVerfGE 103, 242](#), 257 ff = [SozR 3-3300 § 54 Nr 2](#) S 12 ff; s aber auch [BVerfGE 107, 205](#), 212 ff = [SozR 4-2500 § 10 Nr 1](#) RdNr 26 ff). Soweit die Revision auf der Ausgabenseite bestimmte Leistungen als krankenversicherungsfremd bezeichnet - wie das Sterbegeld, die Schwangerschafts- und Mutterschaftsleistungen nach §§ 195 ff der Reichsversicherungsordnung (RVO), die Leistungen zur Empfängnisverhütung, zur Sterilisation und zum Schwangerschaftsabbruch, die Haushaltshilfe nach [§ 38 SGB V](#), das Krankengeld bei Erkrankung des Kindes sowie die Finanzierung der allgemeinmedizinischen Weiterbildung nach Art 8 des Gesetzes zur Stärkung der Solidarität in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-SolG) vom 19. Dezember 1998 ([BGBl I S 3853](#); Letzteres mangels Rückwirkung für den streitigen Zeitraum irrelevant) -, unterstellt sie, dass die Verfassung Vorgaben dafür enthält, welche Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung übertragen werden dürfen. Dies ist indessen nicht der Fall. Wie das BSG bereits für die Rentenversicherung entschieden hat, lässt sich die Frage, ob eine Aufgabe der Sozialversicherung zulässigerweise zur Finanzierung durch Beiträge zugewiesen ist, nur formal nach der Einbeziehung der Leistungen in ein System der Sozialversicherung, nicht aber inhaltlich nach einem Versicherungsprinzip beurteilen (vgl [BSGE 81, 276](#), 282 = [SozR 3-2600 § 158 Nr 1](#) S 7 f; zur Nichtannahme der Verfassungsbeschwerde s BVerfG (Kammer), [SozR aaO Nr 2](#)). Die Abgrenzung zwischen den Aufgaben der Sozialversicherung und denen der Gesamtgesellschaft ist verfassungsrechtlich nicht im Einzelnen vorgegeben, sondern politischer Natur und vom Gesetzgeber zu treffen (vgl [BSGE 81, 276](#), 285 = [SozR aaO Nr 1](#) S 10). Vor diesem Hintergrund ist es nicht zu beanstanden, dass der Gesetzgeber auch Leistungen in die gesetzliche Krankenversicherung einbezogen hat, die keinen (unmittelbaren) Bezug zur Morbidität haben (zu diesem Gesichtspunkt vgl das Gutachten des Sachverständigenrates für die Konzertierte Aktion im Gesundheitswesen 2003, [Bundestags-Drucksache 15/530 S 55](#)). Daran ändert sich auch dadurch nichts, dass das Gesetz nunmehr in [§ 221 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) idF des GMG den Begriff der versicherungsfremden Leistungen selbst verwendet. Denn dieser Gesetzesbegriff hat keinen Verfassungsrang.

(3) Die Ausführungen des BVerfG zur überragend wichtigen Gemeinwohlaufgabe der Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV in den zahlreichen Entscheidungen zum Recht der GKV seit derjenigen vom 31. Oktober 1984 ([BVerfGE 68, 193](#) ff) gehören zu den "tragenden Gründen" der jeweiligen Urteile bzw Beschlüsse. Sie binden deshalb - nicht anders als die jeweils entschiedene Rechtsfrage der Verfassungsmäßigkeit der einzelnen zur Überprüfung gestellten Normen - auf der Grundlage des [§ 31 Abs 1](#) Bundesverfassungsgerichtsgesetz auch die Gerichte. Die Bindungswirkung dieser Vorschrift erfasst nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG neben dem Tenor auch die tragenden Entscheidungsgründe ([BVerfGE 40, 88](#), 93 f; [70, 242](#), 249 f; [96, 375](#), 404 f). Auch deshalb ist die in der wissenschaftlichen Diskussion aufgeworfene Frage, ob das BVerfG zu Recht bei der verfassungsgerichtlichen Prüfung von Regelungen im Bereich der GKV weniger strenge Anforderungen an die Rechtfertigung von Eingriffen in die Berufsausübungsfreiheit stellt als in anderen Bereichen, zB bei berufsrechtlichen Regelungen (so vor allem Hufen, in Sodan (Hrsg), aaO, S 37), für die Rechtspraxis derzeit

ohne Relevanz. Im Übrigen beantwortet sich diese Frage zwanglos dahingehend, dass zum einen die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit auch die Teilhabe an einem umfassenden Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht, das aus Beiträgen anderer Personen (Versicherte und Arbeitgeber) finanziert wird, von dem auch die Leistungserbringer profitieren und für dessen Funktionsfähigkeit der Staat die Verantwortung trägt ([BVerfGE 103, 172](#), 185 f = [SozR 3-5520 § 25 Nr 4](#) S 28). Vergleiche ua mit den rechtlichen Vorgaben für erlaubte Werbung von Rechtsanwälten und dem Betrieb einer Spielbank (vgl Hufen, aaO, S 27 ff) werden dem hier zu leistenden Interessenausgleich schon im Ansatz nicht gerecht. Zum anderen sind Rang und Gemeinwohlbedeutung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung von solchem Gewicht, dass denjenigen, die ihre berufliche Tätigkeit in diesem System und unter seinem Schutz ausüben, stärkere Reglementierungen zugemutet werden können als anderen freiberuflich tätigen Personen, die in einem allein durch die Marktkräfte gesteuerten System arbeiten.

Wie dargestellt, erfordern die als verfassungskonform zu bewertenden gesetzlichen Grundstrukturen über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen einen Ausgleich ua zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung. Dieser Ausgleich ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig realisiert (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (dazu zuletzt: BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen; s weiter [BSGE 75, 187](#), 189 ff = [SozR 3-2500 § 72 Nr 5](#) S 6 ff; BSG [SozR 3-5555 § 10 Nr 1](#) S 5 f; [BSGE 88, 20](#), 24 = [SozR 3-2500 § 75 Nr 12](#) S 70; [BSGE 88, 126](#), 136 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 29](#) S 155). Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die von den Klägern angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der Pathologie gefährdet haben könnten, bestehen nicht.

Es ist nichts dafür ersichtlich, dass Pathologen im Jahre 1998 generell nicht in der Lage gewesen wären, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen, wie schon oben ausgeführt worden ist. Bei ihnen beliefen sich die vertragsärztlichen Honorare in den zwölf Quartalen der Jahre 1998, 1999 und 2000 im Bereich der Beklagten allerdings nur auf Beträge zwischen ca 54.400 EUR und ca 65.700 EUR je Vertragsarzt, sodass unter Berücksichtigung des hohen Kostenanteils in pathologischen Praxen nur Überschüsse von durchschnittlich 12.000 EUR verbleiben. Dabei sind allerdings die Überschüsse aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit, die auch bei den Ärzten für Pathologie anfallen, nicht berücksichtigt. Trotz der im streitbefangenen Quartal hinter anderen Arztgruppen zurückbleibenden Gewinnsituation der Pathologen bestehen keine greifbaren Anhaltspunkte dafür, dass keine hinreichenden Anreize mehr vorhanden waren, im pathologischen Fachgebiet vertragsärztlich tätig zu sein. Dagegen spricht schon, dass die Zahl der im Bezirk der Beklagten zugelassenen Pathologen nur geringfügig geschwankt hat. 64 niedergelassenen Pathologen im Jahre 1998 standen 62 im Jahre 1999 und 66 im Jahre 2000 gegenüber (s dazu schon oben 2a). Keine pathologische Praxis ist zwischen 1998 und 2000 wegen Insolvenz aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschieden. Zudem haben einige Krankenkassen nach Mitteilung der Beklagten zumindest für das Quartal III/1998 Sondervergütungen für zytologische Leistungen (auch) zur Verbesserung der Honorarsituation der Pathologen geleistet.

Vor diesem Hintergrund ist nicht ersichtlich, dass im Rahmen des verfassungsrechtlich gebotenen Interessenausgleichs dem Einkommensinteresse der Kläger der Vorrang gebühren und ihnen daher über die nach einfachem Recht bestehenden Honoraransprüche hinaus unmittelbar aus [Art 12 Abs 1 GG](#) ein Vergütungsanspruch in bestimmter Höhe zustehen könnte. Dass die Kläger nach den von ihnen vorgelegten Gewinnermittlungen im streitbefangenen Quartal nur einen relativ geringen Gewinn erreicht haben, lässt für sich allein einen derartigen Schluss nicht zu. Dabei kann dahinstehen, wieweit die in den Gewinnermittlungen angegebenen Kosten überhaupt für die Höhe der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen relevant sein können; soweit steuerrechtliche Gestaltungen bei Gewinnermittlungen die tatsächliche Kostenstruktur verfälschen können, haben diese von vornherein außer Betracht zu bleiben. Die von den Klägern zu den Akten gereichten Kostenaufstellungen sind für sich genommen wenig aussagekräftig. Sie enthalten Ausgabeposten wie "Verwaltungskosten", Trinkgelder, "Fremdleistung", Spenden, Bewirtung, Werbekosten, Bürokosten, "Beratung", "Kosten Geldverkehr", deren Berücksichtigungsfähigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung und im Hinblick auf andere Ausgabeposten nicht unmittelbar plausibel ist. Dasselbe gilt im Grundsatz auch für im Jahre 1998 mit ca 88.000 DM angesetzten und nicht näher zugeordneten Abschreibungen. Zudem ist die Fallzahl der Kläger im streitbefangenen Quartal deutlich niedriger als in anderen pathologischen Praxen, wie dem Senat aus den im Einverständnis mit den Klägern beigezogenen Parallelverfahren (ua [B 6 KA 73/03 R](#)) bekannt ist. Wenn die Ertragssituation einer unterdurchschnittlich großen vertragsärztlichen Praxis hinter derjenigen durchschnittlicher Praxen zurückbleibt, müssen die damit verbundenen Nachteile kleinerer pathologischer Praxen von den Klägern getragen werden.

Zweifel bestehen auf der Grundlage der eigenen Angaben der Kläger auch an deren Einschätzung, im streitbefangenen Quartal durch die vertragsärztliche Tätigkeit voll ausgelastet gewesen zu sein. Sie machen geltend, "dass die Praxis um die 60 % KV-Fälle bearbeitet hat". Wenn sie dadurch voll ausgelastet gewesen sein soll und die Kläger zudem, wie sie selbst im Revisionsverfahren vortragen, "von montags bis freitags jeweils bis spät in den Abend hinein gearbeitet haben und sie waren auch samstags, nicht selten auch sonntags tätig", bleibt offen, wann und mit welchen Arbeitskapazitäten die Kläger die 40 % ihrer Fälle untersucht haben, die nicht der vertragsärztlichen Behandlung zuzurechnen sind. Allein wenn hypothetisch unterstellt wird, die Kläger seien zu 100% mit vertragsärztlichen Untersuchungen befasst gewesen, ergäben sich weit höhere Überschüsse im Jahre 1998 als die von den Klägern tatsächlich angegebenen 250.492,24 DM. Die Kläger können jedenfalls nicht beanspruchen, dass wirtschaftlich problematische Entscheidungen und ihre Auswirkungen über die Erhöhung ihres Honorars durch die Gesamtheit der Ärzte einer KÄV getragen werden. Im Übrigen hatte der Senat den Klägern freigestellt, eine wirtschaftlich schwierige Entwicklung ihrer pathologischen Praxis näher zu belegen. Die Kläger haben - wie bereits ausgeführt - hiervon Abstand genommen.

(4) Entgegen der Auffassung der Revision gebietet Verfassungsrecht auch nicht, dem Vertragsarzt im Einzelfall unabhängig von den Ursachen wenigstens alle Kosten zu erstatten, die ihm bei der Erbringung vertragsärztlicher Leistungen entstanden sind. Der Vertragsarzt hat das Risiko einer unwirtschaftlich betriebenen Praxis und unternehmerischer Fehleinschätzungen selbst zu tragen.

Auch diejenigen Autoren, die dem einzelnen Vertragsarzt aus [Art 12 Abs 1 GG](#) einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung in einer bestimmten Höhe - jedenfalls im Sinne einer Erstattung der Praxiskosten - zubilligen wollen, setzen stets eine voll ausgelastete und wirtschaftlich arbeitende vertragsärztliche Praxis voraus (Wimmer, MedR 1998, 533, 535; Isensee, VSSR 1995, 321, 341). Auslastung und

Wirtschaftlichkeit sind wertungsoffene Kriterien. Von Wertungen abhängig ist insbesondere, welche variablen Kosten je Leistung als angemessen gelten sollen und welche Leistungsmenge in welchem Zeitraum erbracht werden muss, um die Fixkosten zu decken, die bei dem geforderten Qualitätsstandard anfallen (vgl Ludwig, Die Vergütung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von "Sozialtarifen" in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2000, S 74 ff). Stellt sich damit die Feststellung der Kosten einer voll ausgelasteten und wirtschaftlich betriebenen Praxis nicht als ein rein empirisches Problem, sondern auch als eine Wertungsaufgabe dar, so haben Statistiken nur eine beschränkte Aussagekraft. Sie können nur Durchschnittswerte über die tatsächlich vorkommenden Kosten der Praxen wiedergeben, nicht aber beurteilen, ob diese auch den Anforderungen an eine voll ausgelastete und wirtschaftlich arbeitende Praxis entsprechen.

Noch deutlicher wertungsabhängig ist, welchen Gewinn ein Vertragsarzt aus seiner vertragsärztlichen Tätigkeit erwarten darf. Einen allgemeinen verfassungsrechtlichen Maßstab hierfür gibt es nicht. Die Verfassung verlangt nicht, dass die Vergütung selbstständiger Tätigkeiten der Entlohnung vergleichbarer abhängiger Beschäftigungen entspricht. Der Vertragsarzt hat daher keinen verfassungsrechtlichen Anspruch darauf, wenigstens einen Gewinn in der Höhe des (Brutto-)Einkommens von Krankenhausärzten zu erzielen (dahingehend aber Schmiedl, MedR 2002, 116, 119). Selbstständige Tätigkeit eröffnet die Möglichkeit zur Gewinnerzielung, garantiert sie aber nicht.

(5) Ungeachtet dessen kann es Sondersituationen geben, in denen die KÄV unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gehalten sein kann, über einen gewissen Zeitraum eine im Grundsatz wirtschaftlich arbeitende Praxis mit Sonderzahlungen zu stützen, soweit diese - zB auf Grund ihrer örtlichen Lage oder eines speziellen Praxiszuschnitts - den von durchschnittlichen Praxen der Fachgruppe erreichten Überschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit nicht erzielen kann und auch nicht über hinreichende Kompensationsmöglichkeiten in anderen Bereichen verfügt; dies ist am Beispiel einer radiologischen Einzelpraxis im ländlichen Raum im Urteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - näher dargestellt worden. Eine Sicherstellung wegen regional problematischer Lage dürfte allerdings bei Arztgruppen, die nicht unmittelbar patientenbezogen tätig werden wie Pathologen und Laborärzte kaum in Betracht kommen, weil sie überregional tätig werden können. Dies gilt umso mehr dann, wenn trotz einer in einzelnen Quartalen in Relation zu anderen Arztgruppen unterdurchschnittlichen Gewinnsituation keine Praxis aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschieden ist und einzelne Praxen - wie diejenige der Kläger - trotz Angabe von beträchtlichen rechnerischen Verlusten aus der vertragsärztlichen Tätigkeit diese unverändert fortgesetzt haben. Die Entscheidung über die Gewährung einer Honorarstützung könnte im Übrigen ohnehin nicht Gegenstand des vorliegenden Revisionsverfahrens sein.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1](#) und 4, [§ 194 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).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2007-12-27