

## **B 6 KA 40/04 R**

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Bremen (NSB)  
Aktenzeichen  
S 1 KA 119/98  
Datum  
06.12.2000  
2. Instanz  
LSG Niedersachsen-Bremen  
Aktenzeichen  
L 11 KA 7/01  
Datum  
28.01.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 40/04 R  
Datum  
09.12.2004  
Kategorie  
Urteil

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 28. Januar 2004 wird zurückgewiesen. Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten für das Revisionsverfahren als Gesamtschuldner zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über eine höhere Vergütung vertragsärztlicher Leistungen.

Die beiden Kläger betrieben in den streitigen Quartalen III und IV/1997 in B. eine pathologische Gemeinschaftspraxis.

Die Vertreterversammlung der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) beschloss im Zuge der Einführung von Praxis- und Zusatzbudgets durch den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) zum 1. Juli 1997, ab diesem Zeitpunkt für die Verteilung der Gesamtvergütung in ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) Honorargruppen zu bilden, denen bestimmte Anteile der Gesamtvergütung (Honorarkontingente) zugewiesen waren. Zunächst erfolgte eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Gesamtkontingente für die budgetierten und für die nicht budgetierten Arztgruppen auf der Grundlage der tatsächlichen Abrechnungsergebnisse des ersten Halbjahres 1996. Weiterhin wurden auf der Basis der Abrechnungsergebnisse dieses Zeitraums Kontingente für fünf Leistungsbereiche gebildet, in denen bestimmte Leistungen nach einzelnen Abschnitten des EBM-Ä zusammengefasst wurden. Für die Kläger, die einer nicht budgetierten Arztgruppe angehören, umfasste dieser Bereich vor allem histologische und zytologische Leistungen nach Abschnitt P EBM-Ä. Die Verteilungspunktwerte für diese fünf Bereiche wurden in der Weise ermittelt, dass der auf den einzelnen Bereich entfallende Anteil der Gesamtvergütung durch die anerkannten und in Anlehnung an die Vorschriften über die Praxisbudgets um 20 % verminderten Punktzahlen je Leistungsbereich dividiert wurde. Der sich so errechnende Verteilungspunktwert durfte nicht unter 6 Pf im Ersatzkassenbereich und 7 Pf im Primärkassenbereich sinken (Interventionspunktwerte). Schließlich sah der HVM Stützungs- und Härtefallregelungen vor.

Die Beklagte gewährte den unter zwei verschiedenen Abrechnungsnummern abrechnenden Klägern bei Gesamtfallzahlen von 10.659 (Quartal III/1997) und 10.719 (Quartal IV/1997) Honorare in Höhe von 267.282,89 DM für das Quartal III/1997 und 316.591,81 DM für das Quartal IV/1997. Dagegen hatten sich die Kläger ursprünglich vor allem mit der Begründung gewandt, ihr Anspruch auf angemessene Vergütung werde verletzt, weil sie unter Berücksichtigung der hohen Praxiskosten keinen bzw. nur einen unangemessen niedrigen Gewinn erwirtschaften können. An diesem Vorbringen halten die Kläger im Revisionsverfahren nicht mehr fest. Auch Zahlungen nach der Härtefallregelung des § 12 HVM sind nicht mehr im Streit. Soweit im Revisionsrechtszug noch von Bedeutung, machten die Kläger mit ihren Widersprüchen die fehlende Wirksamkeit der für die Vergütung (auch) der pathologischen Leistungen maßgeblichen Bestimmungen im EBM-Ä und im HVM der Beklagten geltend und beanstandeten die in § 9 Abs 2 HVM vorgeschriebene Absenkung der Punktzahlen um 20 vH.

Die Beklagte wies die Widersprüche der Kläger mit Widerspruchsbescheid vom 2. September 1998 zurück und führte zur Begründung an, auch die Vergütung der nicht budgetierten Leistungen müsse dem Ziel dienen, den Punktwert stabil zu halten. Deshalb sehe der HVM - ebenso wie bei den budgetierten Leistungen - eine Absenkung der Punktzahlen zur Ermittlung des Verteilungspunktwertes um 20 % vor.

Das Sozialgericht hat die Klage zum überwiegenden Teil abgewiesen (Urteil vom 6. Dezember 2000). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Kläger zurückgewiesen. Bedenken gegen die Rechtmäßigkeit des EBM-Ä in formeller und materieller Hinsicht seien nicht gerechtfertigt. Die Festsetzungen der Punktzahlen für die von den Klägern überwiegend abgerechneten histologischen und zytologischen

Leistungen seien nicht zu beanstanden. Auch der HVM und dort insbesondere die Regelungen der §§ 8 und 9 seien rechtmäßig. Soweit die Vertreterversammlung der Beklagten in § 8 HVM die Gesamtvergütung auf verschiedene Honorarkontingente einerseits für die budgetierten und für die nicht budgetierten Arztgruppen und andererseits für bestimmte Leistungsbereiche verteilt habe, stehe das im Einklang mit [§ 85 Abs 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und der stRspr des Bundessozialgerichts (BSG). Auch die Bindung der Größe der einzelnen Honorarkontingente an Abrechnungsergebnisse aus vorangegangenen Zeiträumen sei nicht zu beanstanden. Das BSG habe bereits entschieden, dass Leistungen, die von Arztgruppen erbracht würden, deren Leistungen im EBM-Ä nicht budgetiert seien, einem Honorartopf zugewiesen werden dürften. Zu Unrecht beanstandeten die Kläger schließlich die Punktzahlminderungen in § 9 Abs 2 Buchst c HVM. Diese Regelung enthalte keine Reduzierung der gegenüber der KÄV berechnungsfähigen Punkte. Vielmehr werde nach § 9 Abs 2 Buchst c HVM ein so genannter rechnerischer Interventionspunktwert ermittelt. Entscheidende Bezugsgröße für die Ermittlung des Verteilungspunktwertes sei der untere Interventionspunktwert. Lediglich zum Zwecke der Ermittlung des Verteilungspunktwertes habe die Beklagte in ihrem HVM vorgeschrieben, dass die von den Ärzten abgerechneten und anerkannten Punktzahlen um 20 vH reduziert werden (Urteil vom 28. Januar 2004).

Mit ihrer vom LSG zugelassenen Revision rügen die Kläger die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide. Zunächst machen sie geltend, für den Abzug von Verwaltungskosten seien Rechtsgrundlagen nicht ersichtlich. Im Übrigen 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 Grundgesetz \(GG\)](#) 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 dem Quartal III/1997 finde in [§ 87 SGB V](#) keine Stütze. Budgets stellten nicht die Bewertung eines Leistungskomplexes dar, 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. - Das Fehlen eines Minderheitenschutzes in den Vertreterversammlungen der KÄVen schlage auch auf die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) durch und mache deren Entscheidungen rechtsstaatlich insuffizient. Außerdem sei die Legitimationskette zu den Vertragsärzten homöopathisch verdünnt und damit unzureichend. - 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 Mitglieds-kassen beschickt 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. - Des Weiteren genüge der EBM-Ä 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.

Der HVM, der den angefochtenen Bescheiden zu Grunde liege, sei ebenfalls rechtswidrig, weil die Vertreterversammlung nicht rechtsstaatlich demokratisch-autonom-legitimiert sei, der HVM nicht wirksam in Kraft gesetzt worden sei und ein Verstoß gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt bestehe. Die Vertreterversammlung habe sich nicht hinreichend darüber informiert, wie die wirtschaftliche Lage pathologischer Praxen sei und welche Auswirkungen von dem zum 1. Juli 1997 in Kraft gesetzten HVM zu erwarten seien. Dem entsprechenden Vortrag einer unzulänglichen Sachaufklärung des Normgebers sei das Berufungsgericht nicht nachgegangen. Soweit es in diesem Zusammenhang spezielle Anforderungen an ihre - der Kläger - Darlegungsobliegenheiten gestellt habe, sei das mit der Garantie eines effektiven Rechtsschutzes im Sinne des [Art 19 Abs 4 GG](#) unvereinbar, wie ein Kammerbeschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 31. März 2004 - [1 BvR 356/04](#) - erkennen lasse. Vor allem sei es unzulässig, dass der HVM Punktwertabsenkungen vorgenommen habe, für die sich im EBM-Ä keine Rechtsgrundlage finde. Darin liege eine Verfälschung des EBM-Ä und ein Verstoß gegen das Gleichbehandlungsgebot. - Die Bildung und der Zuschnitt des Honorartopfes für die Pathologen sei mit höherrangigem Recht unvereinbar. Dasselbe gelte vor allem für die schematische Verminderung der Punktzahlen um 20 vH.

Die Kläger beantragen,  
das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 28. Januar 2004, das Urteil des Sozialgerichts Bremen vom 6. Dezember 2000 und die Honorarbescheide für die Quartale III und IV/1997 idF des Widerspruchsbescheides vom 2. September 1998 teilweise aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über ihre - der Kläger - Vergütungsansprüche aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit in den Quartalen III/1997 und IV/1997 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

Sie hält das Berufungsurteil für zutreffend. Die rechnerische Verminderung der Punktzahlen der nicht budgetierten Arztgruppen um 20 % als Bezugsgröße für den garantierten Mindestpunktwert sei gerechtfertigt.

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.

II

Die Revision der Kläger ist nicht begründet. Zu Recht hat das LSG ihre Berufung gegen das Urteil des SG zurückgewiesen. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale III und IV/1997 sind rechtmäßig.

1. Der den angefochtenen Bescheiden 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 den angefochtenen Honorarbescheiden 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 § 54 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, 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 Bestimmtheitsanforderung 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 3c 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 Einwände, 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](#) idF 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). Da nicht jede betroffene einzelne (Unter-)Gruppe in der Vertreterversammlung vertreten sein muss (s oben mit Hinweis auf [BVerfGE 70, 324](#), 364), ist es unschädlich, wenn in ihr zB kein Pathologe Mitglied ist. Nur zu Gunsten der Psychotherapeuten besteht seit dem 1. Januar 1999 eine Sonderregelung; diese wählen seit diesem Zeitpunkt ihre Vertreter gesondert, allerdings mit einer Begrenzung auf höchstens ein Zehntel der Mitglieder der Vertreterversammlung (s [§ 80 Abs 1a SGB V](#) idF des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des SGB V und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998, [BGBl I 1311](#)). 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 mitwirkungsbehaftet 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 1997 geltenden HVM abstimmungsberechtigt waren, ohne weiteres zu bejahen.

In der Selbstverwaltungseinheit KÄV dürfen 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 indes 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 8](#) S 34; [SozR 4-2500 § 75 Nr 2](#) RdNr 13; Schiller in Schnapp/Wigge (Hrsg), Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, § 5a 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 das Fehlen der von ihnen so genannten "Aufstellungsakten" 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 widerspricht 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 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. Das ist nicht geschehen.

d) Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung des HVM ist es entgegen der Ansicht der Kläger nicht zu beanstanden, dass die Bekanntmachungsregelung in § 14 der Satzung der Beklagten eine Veröffentlichung alternativ durch Rundschreiben oder im Bremer Ärzteblatt zulässt. Dadurch wird Bundesrecht nicht verletzt. Das Rechtsstaatsprinzip ([Art 20 Abs 3 GG](#)) gebietet es, dass förmlich gesetzte Rechtsnormen verkündet werden ([BVerfGE 65, 283](#), 291; [90, 60](#), 85; [BSGE 81, 86](#), 90 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 18](#) S 85). Diese müssen der Öffentlichkeit so zugänglich gemacht werden, dass die Betroffenen sich verlässlich Kenntnis von ihrem Inhalt verschaffen können (vgl. [BVerfGE 65, 283](#), 291 mwN). Konkrete weitere Gebote für die Ausgestaltung des Verkündungsvorganges ergeben sich aus dem Rechtsstaatsprinzip nicht (vgl. [BVerfGE 65, 283](#), 291; [90, 60](#), 85; s auch BVerwG [NVwZ-RR 1993, 262](#), 263). Eine Regelung, die eine alternative Art der Veröffentlichung vorsieht, entspricht den rechtsstaatlichen Anforderungen dann, wenn beide gleichermaßen geeignet sind, den Betroffenen zuverlässig Kenntnis vom Inhalt der Rechtsnorm zu verschaffen. Soweit im Kommunalrecht die Auffassung vertreten wird, eine Regelung, die verschiedene Bekanntmachungsarten uneingeschränkt nebeneinander stellt und dem zuständigen Organ die freie Wahl der Bekanntmachungsart lässt, sei rechtsungültig (so VGH Mannheim [ESVG 19, 25](#), 27; VGH Kassel [ESVG 27, 80](#), 86 f; dagegen indessen OVG Münster [OVGE 21, 311](#), 313 f; OVG Lüneburg [OVGE 25, 386](#), 387 f, und [DVBl 1970, 424](#), 425 f), beruht dies auf kommunalrechtlichen Regelungen, ergibt sich aber nicht allgemein aus dem Rechtsstaatsprinzip. Um ihre rechtsstaatliche Funktion erfüllen zu können, reichen Bekanntmachungen alternativ in zwei Medien jedenfalls dann aus, wenn diese beide regelmäßig den Rechtsunterworfenen übersandt werden (so auch OVG Greifswald, [NVwZ-RR 1996, 227](#), 228) oder die Betroffenen sich ohne weiteres von beiden Medien verlässlich Kenntnis verschaffen können. Dies war hier der Fall. Die Möglichkeit der Kenntnisnahme bestand unabhängig davon, dass sich die Rundschreiben der KÄV nur an die jeweils bereits an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte richteten. Denn es ist davon auszugehen, dass die Mitteilungsblätter der KÄVen auch jedem weiteren interessierten Arzt, jedenfalls wenn er im



Arztregister eingetragen ist, zugänglich sind. Dies ist die Grundlage der Rechtsprechung des BSG, das keine Bedenken gegen Bekanntmachungen von HVM durch Rundschreiben der KÄV erhoben hat (s zB [BSGE 77, 288](#), 290 f = [SozR 3-2500 § 85 Nr 11](#) S 66). Welche relevanten Unsicherheiten bei den Vertragsärzten in Bremen dadurch hervorgerufen worden sein könnten, dass die Veröffentlichung des zum 1. Juli 1997 geänderten HVM im "Bremer Arztejournal" statt - wie es dem Wortlaut von § 14 der Satzung der Beklagten entsprochen hätte - im "Bremer Arzteblatt" erfolgt ist, ist nicht erkennbar. Es liegt zumindest nahe, dass das allen Bremer Vertragsärzten bekannte Publikationsorgan aus journalistischen Gründen seinen Titel geändert hat, ohne dass dadurch eine Änderung in der Sache eingetreten ist. Nähere Sachaufklärung zu dieser Frage hält der Senat nicht für geboten.

e) 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.

f) Die weiteren Beanstandungen der Kläger gegen den Regelungsinhalt des HVM greifen ebenfalls nicht durch. Die Regelungen über die Vergütung der von den Klägern erbrachten pathologischen Leistungen sind nicht zu beanstanden.

Zunächst ist der Revision schon im Ausgangspunkt nicht zu folgen, soweit sie "die Bildung eines Honorartopfes für Pathologen" beanstandet. Einen solchen "Topf" hat es in den streitbefangenen Quartalen im HVM der Beklagten nicht gegeben. Dieser hat nämlich keine Aufteilung der Gesamtvergütung in fachgruppenbezogene Honorarkontingente ("Arztgruppentöpfe"), sondern in verschiedene Leistungsbereiche vorgesehen (§ 8 Abs 4 HVM). Die Mehrzahl der von den Klägern erbrachten Leistungen gehörten zum Leistungsbereich 4, der neben den histologischen und zytologischen Leistungen auch solche der Strahlentherapie und der radiologischen Diagnostik umfasste. Ein kleiner Teil der Leistungen der Kläger war dem Bereich 2 zugeordnet, der vor allem Präventions- und Vorsorgeleistungen betraf. Die Anteile der Gesamtvergütung, die auf die einzelnen Leistungsbereiche entfallen, entsprachen den Honorarzählungen für die jeweiligen Bereiche im ersten Halbjahr 1996. Schaffung und Ausgestaltung der leistungsbezogenen Honorarbereiche in § 8 HVM sind bundesrechtlich nicht zu beanstanden.

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 3](#) c 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 festen Honorarkontingenten für bestimmte Leistungen 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 oder die Mehrzahl der von dieser Arztgruppe erbrachten Leistungen bestimmten begrenzten Kontingenten zuzuordnen und so 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 (zu den Besonderheiten bei der hier nicht relevanten Bildung von arztgruppenbezogenen Honorarkontingenten vgl näher Senatsurteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - zu Radiologen und Senatsurteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 73/03 R](#) - zu Pathologen).

Soweit die Kläger in diesem Zusammenhang rügen, die Arztgruppe der Pathologen sei von den Punktwertvermindierungen seit 1997 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 Aussagewert 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 beiden streitbefangenen Quartalen belief sich die Fallzahl der unter zwei verschiedenen Abrechnungsnummern abrechnenden klägerischen Praxis auf durchschnittlich ca 10.700 pro Quartal, also rechnerisch ca 5.350 je Arzt. 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, zur Berechnung des für die Vergütung ihrer Leistungen zur Verfügung stehenden Anteils an der Gesamtvergütung sei zu Unrecht auf die Quartale I/1996 und II/1996 als Referenzzeitraum abgestellt worden. Diese in § 8 Abs 1 HVM vorgeschriebene Berechnung des Honorarvolumens der einzelnen Leistungsbereiche beanstandet die Revision lediglich mit dem Hinweis darauf, in diesem Zeitraum habe das Urteil des Senats vom 13. November 1996 zur Gestaltungsfreiheit der KÄV bei der Verteilung der von Fremdkassen gezahlten Gesamtvergütungsanteile (BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr 16](#)) noch nicht berücksichtigt werden können. Welche Bedeutung diesem Urteil im Zusammenhang mit der Vergütung der Kläger zukommen könnte, legt die Revision indessen nicht dar. Ein Zusammenhang liegt schon deshalb nicht nahe, weil der HVM der Beklagten gerade kein festes Honorarkontingent für Pathologen vorsieht, dessen Zuschnitt auf die ersten beiden Quartale des Jahres 1996 zurückgeht. In dem für diese Arztgruppe überwiegend maßgeblichen Leistungsbereich 4 sind auch und ganz überwiegend Leistungen anderer Arztgruppen erfasst, von denen weder dargelegt noch ersichtlich ist, dass ihre Vergütung durch die Regelungen über die Verteilung der von Fremdkassen gezahlten Vergütungen negativ beeinflusst sein könnten. Zudem ist weder vom LSG festgestellt ([§ 163 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)) noch von der Revision geltend gemacht worden, dass die Honorarverteilung im Bereich der Beklagten in den ersten beiden Quartalen des Jahres 1996 nach Grundsätzen erfolgt ist, die mit den Vorgaben kollidieren, die der Senat im Urteil vom 13. November 1996 für die Verteilung von Fremdkassenvergütungen aus [§ 85 Abs 4 SGB V](#) abgeleitet hat. Wenn aber zur Verteilung der Gesamtvergütung in Bremen im Jahre 1996 kein besonderer "Topf" für alle Fremdkassenleistungen gebildet worden ist - das allein war Gegenstand des angesprochenen Senatsurteils vom 13. November 1996 ([SozR 3-2500 § 85 Nr 16 S 104](#)) -, kann sich der Umstand, dass dieses Urteil im Referenzzeitraum nach § 8 Abs 1 HVM naturgemäß weder bekannt war noch angewandt worden ist, auf die Höhe des Honorars der Kläger nicht ausgewirkt haben.

g) Schließlich steht auch die Regelung des § 9 Abs 2 Buchst c HVM über die Ermittlung des Verteilungspunktwertes nicht in Widerspruch zu den bundesrechtlichen Vorgaben für die Honorarverteilung. Die Vorschrift, deren Auslegung seitens des LSG nach [§ 162 SGG](#) vom Senat nicht nachzuprüfen ist, weil ihre Geltung auf den Bezirk des LSG beschränkt ist, enthält Maßgaben für die Ermittlung eines "Verteilungspunktwertes" für die verschiedenen Leistungsbereiche derjenigen Arztgruppen, die nicht den zum 1. Juli 1997 eingeführten Bestimmungen des EBM-Ä über die Praxisbudgets unterliegen. Dazu gehören auch die Pathologen. Nach der Auslegung des LSG und der Praxis der Beklagten hat die Regelung in § 9 Abs 2 Buchst c HVM keinen unmittelbaren Einfluss auf die tatsächlich ausgezahlten Punktwerte ua für die nach Abschnitt P EBM-Ä erbrachten Leistungen der Kläger. Die insoweit zur Auszahlung gelangten Punktwerte ergaben sich vielmehr durch eine Division des auf den Leistungsbereich 4 gemäß § 8 Abs 4 HVM entfallenden Anteils an der Gesamtvergütung in DM durch die Zahl der von den Vertragsärzten angeforderten und von der Beklagten als sachlich-rechnerisch richtig angesehenen Punkte. Dem nach § 9 Abs 2 Buchst c HVM zu berechnenden "Verteilungspunkt" kommt lediglich eine Korrekturfunktion in der Weise zu, dass er Bezugspunkt für einen unteren Interventionspunkt ist. Ein solcher Interventionspunkt stellt sicher, dass auch bei einem starken Anstieg der aus einem begrenzten Honorarkontingent zu vergütenden Leistungsmenge der Punktwert nicht - wie das rein rechnerisch unvermeidlich wäre - immer weiter fällt. Diesen Interventionspunkt hat die Beklagte in den streitbefangenen Quartalen auf 6 Pf im Primärkassenbereich und 7 Pf im Ersatzkassenbereich festgesetzt, und zur Ermittlung, ob diese Grenze erreicht wird, ist nach § 9 Abs 2 Buchst c HVM nicht auf den realen Punktwert sondern auf den rechnerischen Verteilungspunkt abzustellen. Dieser wird so ermittelt, dass die angeforderten und anerkannten Punktzahlen um 20 % reduziert werden und anschließend der zur Verteilung stehende Gesamtvergütungsanteil durch die so verminderte Punktmenge dividiert wird. Der Zweck dieser Rechenoperation besteht nach der gemäß [§ 162 SGG](#) für den Senat maßgeblichen Norminterpretation des LSG darin, die durch die Praxisbudgets bewirkte Reduzierung der von den budgetierten Arztgruppen berechnungsfähigen Leistungen insoweit auf die nicht budgetierten Arztgruppen zu übertragen, als es die Punktwertstützung zu Gunsten der nicht budgetierten Arztgruppen betrifft. Diese Arztgruppen sollten erst dann in den Genuss einer im

wirtschaftlichen Ergebnis von allen Vertragsärzten zu finanzierenden Punktwertstützung gelangen, wenn auch unter Berücksichtigung einer fiktiven bzw. rechnerischen Reduzierung der berechnungsfähigen Punkte in dem Ausmaß, wie es die von den Praxisbudgets erfassten Arztgruppen auch haben hinnehmen müssen, der Punktwert unvertretbar absinkt. Das LSG hat in diesem Zusammenhang ausgeführt, es sei fraglich, welchen Sinn die Bindung der Stützungsverpflichtung an das Absinken eines lediglich fiktiven Verteilungspunktwertes haben könne, doch sei das lediglich eine in erster Linie von der Beklagten als Normgeber zu beurteilende Frage der Zweckmäßigkeit. Diese Beurteilung trifft zu, soweit die Vereinbarkeit der Regelung mit Bundesrecht zu klären ist.

Die Leistungen der Kläger sind ohne die Punktwertminderung nach § 9 Abs 2 Buchst c HVM uneingeschränkt mit dem Punktwert vergütet worden, der sich rechnerisch aus der Relation von Honorarkontingent in DM und angefordertem Punktzahlvolumen in den für die Kläger nach ihrem Leistungsspektrum allein zugänglichen Leistungsbereichen 2 und 4 gemäß § 8 Abs 4 HVM ergeben hat. Der Interventionspunktwert ist in beiden Quartalen nicht erreicht worden. Für den Leistungsbereich 2 (Schwerpunkt Prävention), aus dem die von den Klägern insbesondere im Rahmen von gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen erbrachten Leistungen vergütet werden, ist das von den Beteiligten nicht in Frage gestellt worden. Für den Leistungsbereich 4 (kurative Leistungen der Radiologie, Strahlentherapie, Histologie, Zytologie) besteht darüber keine Einigkeit. Nach Angaben der Beklagten, die sich insoweit auf den Inhalt der Verwaltungsakten bezieht, sind die nach Kassenarten unterschiedlichen Interventionspunktwerte nicht erreicht worden, weil die tatsächlichen Auszahlungspunktwerte im Leistungsbereich 4 nach Vorlage der Endabrechnung für die streitbefangenen Quartale die maßgeblichen Grenzwerte von 6 Pf (Primärkassen) bzw 7 Pf (Ersatzkassen) überschritten haben. Nach den Ausführungen im angefochtenen Urteil sind die realen Auszahlungspunktwerte dagegen zumindest im Quartal III/1997 in beiden Kassenbereichen unter die Grenze von 6 Pf gesunken. Der Interventionspunktwert wäre danach nur wegen des höheren rechnerischen Verteilungspunktwertes als Folge der fiktiven Punktzahlminderung nicht erreicht worden. Wie es sich insoweit tatsächlich in den streitbefangenen Quartalen verhalten hat, bedarf keiner näheren Aufklärung, denn bundesrechtlich steht den Klägern kein Rechtsanspruch auf Stützung des realen Punktwertes auf einen bestimmten Mindestbetrag zu. Eine gleichheitswidrige Benachteiligung der Kläger liegt schon deshalb nicht vor, weil die Punktwerte in den für sie wichtigen Leistungsbereichen 2 (Schwerpunkt Prävention) und 4 (ua Zytologie, Radiologie) nicht signifikant von den für andere Leistungsbereiche geltenden Punktwerten abgewichen sind, wie sich aus den in den vom LSG beigezogenen Verwaltungsakten ergibt. Im Übrigen hat die Beklagte rechnerisch an jeden zugelassenen Vertragsarzt in den Quartalen III und IV/1997 156.206 bzw 182.342 DM Honorar gezahlt. Bei Annahme eines Kostenanteils pathologischer Praxen von 80 % beliefen sich die Erträge allein aus der vertragsärztlichen Tätigkeit damit auf 34.000 DM je Arzt im Quartalsdurchschnitt. Dass dies generell für die Pathologen in Bremen oder speziell für die Kläger dem objektiv-rechtlichen Gebot einer angemessenen Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen (dazu näher Senatsurteil vom 9. Dezember 2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen) widersprechen könnte, machen diese im Revisionsverfahren selbst nicht mehr geltend.

2. 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 in den streitigen Quartalen 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 1a). 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 Abstaffelungen 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 nicht aus der Grundrechtsbetroffenheit der Vertragsärzte 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 3b) - 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 mitgliedschaftlich 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: Schuljin (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 1 b). 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 Mitgliedschaften 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 Mitgliedschaften 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 1b 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 Krankenkassenverbänden 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 (Ayer, 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 1b 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 1e).

Gleichermaßen 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 1e mit grundsätzlicher Verneinung einer Ermittlungspflicht).

d) Der EBM-Ä entspricht, soweit er hier zu überprüfen ist, den rechtsstaatlichen Anforderungen an die Normenklarheit (zu diesen näher oben 1a). 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 2a). 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 worden ist.

3. 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 Nr 1 Buchst h der Satzung der Beklagten entsprochen. In dieser landesrechtlichen Norm ist für den streitigen Zeitraum nach den für den Senat maßgeblichen Feststellungen des LSG (vgl [§ 162 SGG](#)) bestimmt, dass die Vertreterversammlung der KÄV Bremen den Verwaltungskostenbeitrag per Beschluss festsetzt.

b) Auch der konkrete Betrag bzw Prozentsatz, auf den die Beklagte die Verwaltungskostenumlage festlegte, ist rechtlich nicht zu beanstanden. Dieser beläuft sich nach den Feststellungen des LSG, die für den Senat nach [§ 163 SGG](#) bindend sind, im streitbefangenen Zeitraum auf 1,4 % des Honorars für die per EDV abrechnenden Ärzte und auf 1,6 % für die übrigen Ärzte.

Die Obergrenze zulässiger Belastung ergibt sich entsprechend allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts aus dem Kostendeckungsprinzip. Dh, 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; [BVerwGE 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; [BVerwGE 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 [BVerwGE 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; [BVerwGE 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).

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