

L 7 KA 723/00

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

7

1. Instanz

SG Frankfurt (HES)

Aktenzeichen

S 27 KA 4359/98

Datum

14.04.2000

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 7 KA 723/00

Datum

26.02.2003

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 6 KA 39/03 R

Datum

09.12.2004

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 14. April 2000 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen haben die Beteiligten einander keine Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Es geht in dem Rechtsstreit um die Höhe des Honorars für das Quartal III/97 und dabei insbesondere um die Frage der Höhe des ausgezahlten Punktwertes sowie der Angemessenheit des Honorars der Kläger.

Die Kläger sind in Gemeinschaftspraxis als Pathologen in Frankfurt am Main niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In Hessen gab es im Quartal III/97 insgesamt 16 pathologische Praxen.

Die Praxis der Kläger wies folgende statistische Werte auf; die Kläger stellten die folgenden Honorarforderungen (jeweils auf einem fiktiven Punktwert in Höhe von DM 0,10 beruhend) in Rechnung:

Quartal Anzahl Patienten Durchschnittshonorar je Pat. Gesamtforderung Nettohonorar (Fachgruppe in Klammern)

I/96 13.283 43,22 DM (43,62) 775.340,56 DM 526.420,79

II/96 11.778 41,63 DM (43,94) 660.521,15 DM 454.950,13

III/96 12.475 41,98 DM (44,12) 729.002,90 DM 546.380,47

IV/96 15.119 40,76 DM (43,89) 811.704,15 DM 611.618,13

I/97 14.147 46,39 DM (46,42) 1.017.443,88 DM 761.159,29

II/97 15.085 47,23 DM (46,84) 1.061.957,00 DM 787.835,41

III/97 14.294 44,32 DM (45,30) 891.551,76 DM 639.260,77

Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 teilte die Beklagte den Klägern für III/97 folgende Honorarbeträge mit:

Gesamthonorar DM 656.612,94

abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 1.968,41

Zwischensumme (ZwS) DM 654.644,53

abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZwS 1,5275 % DM 10.003,36

abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZwS 0,55 % DM 3.599,23

abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZwS 0,16 % DM 1.046,33

abzüglich Verw.Kosten KBV von ZwS 0,1125 % DM 734,84

Nettohonorar DM 639.260,77

Eine Teilquotierung nach Anlage III zu Leitzahl (LZ) 702 des maßgeblichen Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) erfolgte nicht. Eine Anlage zur Laborbudgetregelung hatte keine Auswirkung auf die Honorarabrechnung der Kläger. Aus den Verwaltungsakten ist nicht erkennbar, wann der Honorarbescheid zur Post gegeben bzw. wann er den Klägern zugestellt wurde. Hiergegen haben die Kläger am 13. Mai 1998 Widerspruch eingelegt und u.a. damit begründet, die Einnahmen aus der Kassenpraxis seien nicht kostendeckend. Dies gefährde die

Erbringung vertragsärztlicher Leistungen des Kapitels P des EBM. Damit werde ihr Anspruch auf eine angemessene Vergütung verletzt. Entsprechend der Zahl der Gesamtfälle und einem Anteil von 77 % für den vertragsärztlichen Teil der Praxis entfielen auch 77 % eines Viertels der im Jahr 1997 entstandenen Gesamtkosten in Höhe von DM 3.486.859,51 (77 % von DM 871.714,87) = DM 671.220,44 auf den vertragsärztlichen Teil. Bei vertragsärztlichen Einnahmen in Höhe von DM 639.260,77 sei damit ein Verlust in Höhe von DM 31.959,67 eingetreten. Der ihnen gezahlte und bereits gestützte Punktwert liege bis zu 33 % unter dem Punktwert anderer Arztgruppen. Hilfsweise wurde ein Antrag auf Härtefallzahlungen gestellt. Am 2. Dezember 1998 haben die Kläger Untätigkeitsklage erhoben, da der Widerspruch bisher ohne Grund nicht beschieden worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 1998 wies die Beklagte den Widerspruch der Kläger zurück.

Mit Schreiben vom 21. Dezember 1998 haben die Kläger nunmehr die Untätigkeitsklage in eine Anfechtungsklage mit dem Ziel der Neubescheidung geändert. Sie haben im Wesentlichen vorgetragen, sie hätten in den streitbefangenen Quartalen eine voll ausgelastete, sparsame und wirtschaftliche Praxis geführt unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten. Trotzdem hätten sie nicht nur keinerlei "Arztlohn" erhalten, sondern ausweislich der vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnung im Quartal III/97 einen Verlust von DM 31.957,67 gehabt. Sie begehrten eine angemessene Vergütung ([Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz - GG -](#), §§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Sozialgesetzbuch 5. Buch - SGB 5 -), die nach der vorgelegten Kostenkalkulation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen jährlichen Arztlohn (je Arzt) in Höhe von DM 180.000,00 enthalten müsse. Die Honorarbescheide seien nichtig, hilfsweise rechtswidrig, da sie unbestimmt und unverständlich seien und es an einer zulänglichen Begründung fehle. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und der HVM verstießen gegen den Parlaments und Gesetzesvorbehalt, beruhten nicht auf einem zulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsflecht und genügten den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen an eigenständige Rechtsnormen nicht; beide verstießen gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Sach- und Systemgerechtigkeit. Die Beklagte habe rechtswidrig nicht die volle Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte verteilt, sondern einen Teil für ihr eigenes Versorgungswerk der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) zugeführt. Die Kläger haben vorgelegt eine Darstellung der KBV über die angewandte Methodik zur orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation ärztlicher Leistungen sowie eine Stellungnahme von Gisela Kempny vom 1. Oktober 1998 zum HVM der Beklagten für III/97.

Mit Gerichtsbescheid vom 14. April 2000 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage abgewiesen und die Beklagte verurteilt, 1/3 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Kläger zu tragen. In der Begründung hat es ausgeführt, die Honorarbescheide ließen mit ihren Anlagen die wesentliche Begründung und entscheidenden Berechnungsfaktoren erkennen. Die Anzahl- und Summenstatistik gebe alle von den Ärzten abgerechneten Leistungspositionen wieder (angefordertes Honorarvolumen), die dann in die folgenden Rechenschritte eingingen. Die Rechenoperationen seien jedenfalls unter Beiziehung der Satzung als Rechtsgrundlage nachvollziehbar. Ein Verstoß gegen die Anhörungspflicht sei nicht feststellbar, da die Anhörung spätestens im Widerspruchsverfahren nachgeholt worden sei. Der Honorarbescheid sei inhaltlich hinreichend bestimmt, da eindeutig die Höhe des Brutto- und Nettohonorars bestimmt sei. Soweit der HVM im vorliegenden Fall zur Anwendung komme, sei er rechtmäßig. Die Bildung fester fachgruppenbezogener Honorarkontingente sei zulässig und von der Rechtsprechung gebilligt worden. Die Festschreibung auf ein bestimmtes Basisjahr verhindere, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in einer anderen Fachgruppe hätten. Der HVM sei formell rechtmäßig. Insbesondere sei das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen hergestellt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB 5](#)). Der HVM sei auch materiell rechtmäßig. Der Gesetzgeber habe den Kassenärztlichen Vereinigungen eine weitgehende Gestaltungsfreiheit hinsichtlich einer sachgemäßen Verteilung der Gesamtvergütung eingeräumt. Die rückwirkende Änderung des HVM sei auch zulässig gewesen, habe nicht in bereits abgewickelte Tatbestände eingegriffen und sich letztlich nicht auf das Behandlungsverhalten der Ärzte auswirken sollen. Auch der EBM sei nicht zu beanstanden. Den Gerichten sei es verwehrt, eine im EBM vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen Wertvorstellungen - auch bei Hinzuziehung betriebswirtschaftlicher Gutachten - hinsichtlich der Vergütung widerspreche. Nur wenn zweifelsfrei feststehe, dass der Beigeladene seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenzen missbräuchlich ausgeübt habe, sei ein Eingriff möglich. Dies sei im vorliegenden Fall nicht gegeben. Im Übrigen sei nicht ersichtlich, welche einzelne Bestimmung des EBM ungenügend sein sollte. Die Aufteilung in verschiedene Honorargruppen, sowie die Aufteilung der Honorargruppe 4 in weitere Untergruppen, sei nicht zu beanstanden; ebenso nicht die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Honorargruppen nach Abschnitt II der Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM. Auch die Budgetierung/Teilquotierung nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM sei rechtmäßig. Sie diene (Abschnitt I) einem beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen innerhalb einer Fachgruppe und begrenze (Abschnitt II) praxisindividuelle Leistungsausweitungen, indem für einen Teilfallwert ein Vergleich mit früheren Quartalen statfinde. Es sei auch sachlich gerechtfertigt, dass die Pathologen von der Maßnahme ausgenommen seien. Durch die Verschärfung der Qualitätssicherungsmaßnahmen auf dem Gebiet der Zytologie habe sich die Leistungserbringung von den Gynäkologen zu den Pathologen verschoben, weshalb es notwendig geworden sei, die Pathologen aus der fallzahlabhängigen Bewertung herauszunehmen. Ein Verstoß gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit liege auch deshalb nicht vor, weil nach der klägerischen Behauptung keine angemessene Vergütung erzielt werde. Im Quartal III/97 sei die Honoraruntergruppe 4.15 "Pathologen und Abrechnungen mit Leistungen im Rahmen der gynäkologischen Einsendezytologie" nach erfolgter Stützung mit 6,40 (Primärkassen) und 7,50 Pfennigen (Ersatzkassen) vergütet worden. Durch die Stützung des Punktwertes (bereits bei einem Absinken um 10 % des allgemeinen Punktwertes) sei deren relativer Fachgruppenanteil sogar erhöht worden. Der sinkende Punktwert treffe auch alle übrigen Ärzte. Maßgebender Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit sei aber nur das Verhältnis einer Arztgruppe zu den übrigen Arztgruppen. Ein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung liege nicht vor. Eine Berufung des einzelnen Arztes auf das Gebot der angemessenen Vergütung sei nur möglich, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge auch die berufliche Existenz der teilnehmenden Ärzte gefährdet wäre. Dies sei weder substantiiert dargetan, noch ersichtlich. Im vorgelegten Gutachten der Frau Kempny fehle der konkrete Nachweis, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne. Entscheidend sei jedoch, dass die steigende Mengenausweitung, die gerade zum Absinken des Punktwertes geführt habe, außer Betracht bleibe. Die Beklagte habe auch keine rechtswidrigen Abzüge von der Verteilungsmasse vorgenommen. Sowohl die Abzüge zur Deckung der Verwaltungskosten als auch zur EHV beruhten auf einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage. Hinsichtlich evtl. rechtswidriger Aufwendungen für die Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Richter, beanstandeter Darlehensgewährungen oder Rückstellungen wegen erwarteter Regresse, habe der einzelne Arzt kein subjektives Recht auf rechtmäßige oder sparsame Verwendung von Haushaltsmitteln. Eine Kontrolle obliege in erster Linie der Abgeordnetenversammlung als Haushaltsgesetzgeber.

Hiergegen haben die Kläger am 15. Mai 2000 Berufung eingelegt. Die Kläger tragen vor, der Honorar- und der Widerspruchsbescheid der

Beklagten seien formell fehlerhaft und daher nichtig. Die Bescheide seien inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. Für die Verständlichkeit sei nicht allein auf die erste Seite des Honorarbescheides abzuheben. Notwendig sei vielmehr, dass die Entscheidung mit den Anlagen alle notwendigen Angaben zur Höhe des Honorars enthalte. Hieran fehle es. Wenn es mehrerer Rechenoperationen bedürfe, um das Ergebnis nachzuvollziehen, liege darin ein erheblicher Mangel.

Zudem seien die Bescheide auch unzulänglich begründet, § 35 Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB 10). Die Begründung der Beklagten lasse die wesentlichen, tatsächlichen und rechtlichen Gründe, die geeignet seien, die Entscheidung zu tragen, nicht in verständlicher Weise erkennen. Ein durchschnittlicher Vertragsarzt könne aus der Begründung nicht entnehmen, auf welche konkreten Bestimmungen die Entscheidung sich stütze, welche Abzüge getätigt seien und welche Rechenoperationen das Ergebnis nachvollziehbar machten. Der Widerspruchsbescheid sei ferner wegen Verstoßes gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs ([§ 24 SGB 10](#)) rechtswidrig. Der Vorstand der Beklagten habe ihre Einwendungen im Widerspruchsverfahren nicht zur Kenntnis genommen. Es sei davon auszugehen, dass die Widerspruchsbegründungen von der Geschäftsführung eigenmächtig verfasst und unautorisiert von einem Vorstandsmitglied unterzeichnet worden seien.

Der Bescheid der Beklagten gewähre ihnen keine angemessene Vergütung, auf die sie einen Rechtsanspruch hätten. Vertragsärzte hätten aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 SGB 5](#) einen Rechtsanspruch auf eine angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, wenn sie eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich geführte Praxis betrieben. Das Bundesverfassungsgericht habe dies seit Jahrzehnten hinsichtlich der Vergütung "öffentlich gebundener" Berufe anerkannt, z.B. für Notare, Rechtsanwälte und Konkursverwalter (vgl. Wimmer in NZS 1999, S. 480). Angemessen sei die Vergütung, wenn sie die Praxiskosten decke und einen "Arztlohn" übriglasse, der dem Arbeitseinkommen vergleichbarer akademischer Berufe entspreche. In Übereinstimmung mit der KBV sei ein Betrag in Höhe von DM 45.000,00 je Arzt im Quartal angemessen. In dem streitbefangenen Quartal hätten ihre Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit nach der vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnung nicht einmal die darauf entfallenden Kosten gedeckt, sondern einen Verlust in Höhe von DM 31.957,67 erbracht.

Die Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil diese rechtswidrige Abzüge enthielten. Es liege ein Verstoß gegen [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB 5](#) vor. Vertragsärzte hätten ein subjektives Recht dahingehend, dass die Beklagte die Gesamtvergütung ungeschmälert unter ihnen verteile. Unzulässig sei deshalb der Abzug zur Erweiterten Honorarverteilung (EHV), der Abzug von Verwaltungskosten und die Abzweigung eines "Härtefalltopfs".

Es fehle an einer ausreichenden Rechtsgrundlage hinsichtlich der EHV. Insbesondere seien die "Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen" in den Fassungen vom 1. Januar 1993 und vom 1. September 1997 keine derartige Rechtsgrundlage. Die erhobenen Beiträge verstießen zudem massiv gegen das Äquivalenzprinzip, weil sie versicherungsmathematisch rational nicht nachvollziehbar seien.

Die Honorarbescheide ließen an keiner Stelle erkennen, dass und in welcher Höhe Abzüge zur EHV getätigt würden; vielmehr werde die Endsumme einfach entsprechend vermindert. Lediglich in den als Mitteilung übersandten Punktwerttabellen stehe, dass das Honorar zu 95 v.H. an EHV-berechtigte Ärztinnen und Ärzte ausbezahlt werde. Die Honorarbescheide entbehrten insoweit jeglicher Begründung, vgl. [§ 35 Abs. 1 SGB 10](#). Die "Grundsätze der EHV" seien nichtig, jedenfalls rechtswidrig.

Rechtswidrig sei auch der Abzug von Verwaltungskosten; für diese fehle es an einer Rechtsgrundlage. Zwar ermächtige [§ 81 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V](#) die Vertreterversammlung, die Pflichten der Mitglieder festzulegen und die Aufbringung und Verwaltung der Mittel zu regeln. Auf der Grundlage dieser Ermächtigung bedürfe es jedoch zulänglicher Satzungsbestimmungen, die dies in rechtsstaatlicher Weise festlegten; hieran fehle es für die streitbefangenen Quartale. Zwar bestimme § 24 Abs. 1 der Satzung der Beklagten, dass diese zur Durchführung ihrer Aufgaben Beiträge erhebe, die in einem Vomhundertsatz der abgerechneten Vergütungen bestehe. Dies reiche als Rechtsgrundlage für die Beitragserhebung jedoch nicht aus. Es liege nicht einmal ein Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten dazu vor, dass deren Mitglieder in den streitigen Quartalen Verwaltungskosten in der in den angefochtenen Honorarbescheiden ausgewiesenen Höhe zu zahlen hätten. Zudem fehle es an der notwendigen Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Verwaltung der Beklagten. Ein überflüssiger Verwaltungsaufwand ergebe sich insbesondere auch durch den Betrieb zahlreicher Bezirksstellen. Rechtswidrig sei auch die Abzweigung eines Härtefalltopfes. Zwar seien Härtefallzahlungen gemäß LZ 803 HVM prinzipiell zulässig, es müsse sich jedoch um begründete Einzelfälle handeln. In der Praxis der Beklagten nehme dies jedoch einen Umfang an, der einem Neben-HVM entspreche.

Die Honorarbescheide der Beklagten beruhten ferner auf fehlerhaften Rechtsquellen. Der den Honorarbescheiden zu Grunde liegende HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Auch das Sozialgericht habe ein wirksames Zustandekommen einer Honorarsatzung nicht festgestellt.

Die rückwirkende Inkraftsetzung von Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I, durch den Nachtrags-HVM vom 19. November 1997 sei rechtswidrig gewesen. Mit dieser Vorschrift habe von der Möglichkeit des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB 5](#) Gebrauch gemacht werden sollen, um eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit von Vertragsärzten zu verhüten. Vertragsärzte könnten eine übermäßige Ausdehnung jedoch nur dann vermeiden, wenn sie von den jeweils genannten Fallzahlgrenzen vorher Kenntnis erhielten; andernfalls führe die Regelung allein zu einer nachträglichen Honorarbegrenzungsmaßnahme; hierzu ermächtige [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB 5](#) jedoch nicht.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprächen hinsichtlich der Normsetzung nicht den gebotenen verfassungsrechtlichen Anforderungen. Den Vertreterversammlungen fehle die notwendige demokratische Legitimation. Dies führe dazu, dass der EBM keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage habe, gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoße und der Normgeber des EBM rechtsstaatlich-demokratisch nicht legitimiert sei.

Der EBM sei rechtswidrig. Der EBM verstoße gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt und beruhe nicht auf einer zulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Die 1997 geltenden Ermächtigungen für den EBM seien in [§ 87 Abs. 2](#) und 2a SGB 5 festgelegt gewesen. Demgegenüber finde sich ab dem Quartal III/97 keine Ermächtigung für die Budgetierung bestimmter Arztgruppen. Das BSG folge dieser Auffassung zu Unrecht nicht. Die Budgetierungsregelungen seien deshalb rechtswidrig mit der Folge, dass der EBM insgesamt rechtswidrig sei.

Die Honorarbescheide beruhen auf einem EBM, der nicht sach-, system- und verteilungsgerecht sei; dieser leide unter erheblichen Ermittlungsfehlern des Bewertungsausschusses. Irrational seien die festgelegten Punktzahlen. Die Kläger tragen weiter vor, der EBM treffe eine rechtswidrige Auswahl der budgetierten und der nichtbudgetierten Arztgruppen.

Gleichermaßen sei der HVM rechtswidrig. Mit dem HVM werde gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoßen. Der HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden; es seien formelle Fehler festzustellen und zudem liege eine rechtswidrige rückwirkende Teil-Inkraftsetzung vor. Formell fehlerhaft sei bereits die Veröffentlichung des HVM, da die hier maßgebliche Regelung des § 28 der (Haupt-) Satzung der Beklagten im Hinblick auf die alternativen Möglichkeiten der Veröffentlichung rechtswidrig sei. Es fehle an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage auch für die arzt- bzw. praxisbezogene Budgetierung und Quotierung nach Anlage 3 zu LZ 702. Die fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderungen diene ebenfalls nicht der Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes, sondern der Mangelbewirtschaftung, was das Sozialgericht verkannt habe. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB 5](#) seien bei der Verteilung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Eine Ermächtigung, einen beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen, wie das Sozialgericht zu Unrecht annehme, enthalte das SGB 5 nicht. Der HVM verstoße gegen den Grundsatz der Normenklarheit. Der HVM nebst Nachträgen sei für die Normadressaten objektiv unverständlich. Die zahlreichen Verweisungen auf andere Rechtsnormen, die Diktion des HVM und vornehmlich das in ihm enthaltene extrem verschachtelte Honorarsystem seien schlechthin unverständlich. Die betroffenen Ärzte müssten erkennen können, welche Teile des HVM konkret sie beträfen, da sie sonst die konkrete Anwendung nicht nachvollziehen könnten. Jede einzelne dieser Maßnahmen sei in ihrem Vollzug nach dem Text des HVM für Vertragsärzte nicht verständlich. Gänzlich unverständlich sei, wie diese Maßnahmen zusammenwirkten und worauf diese abzielten.

Der HVM leide weiter an dem Mangel, dass rechtswidrige "Honorartöpfe für Fachgruppen" gebildet würden. Die für Fachgruppen, insbesondere für die Fachgruppe der Kläger, gebildeten "Honorartöpfe" nähmen die in ihnen zusammengefassten Fachärzte in eine unzulässige "Sippenhaft" für Fachkollegen.

Ein weiterer wesentlicher Mangel des HVM bestehe in rechtswidrigen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte der einzelnen Praxen. Darin sei eine nicht nachvollziehbare und infolgedessen rechtswidrige Ungleichbehandlung zu sehen. Ungleichheiten in einer Gruppe seien nur dann von der Satzungsautonomie der Beklagten gedeckt, wenn eine Ungleichbehandlung wegen der Ungleichheit der Betroffenen angezeigt sei. Dem sei aber nicht so; für extreme Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte zwischen den einzelnen Praxen gebe es keinen sachlichen Grund, worin ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz liege.

Es bestehe zwischen der HVM-Punktwertabsenkung und den Punktzahlen des EBM eine Kollision, der zu einer rechtswidrigen Verfälschung der mit dem EBM gewollten Ergebnisse führe. Entscheidend sei für die Kläger, dass der HVM das Bewertungsgefüge des EBM nicht unterlaufen und nicht konterkarieren dürfe, was der hier angewandte HVM jedoch bewirke. Seien auch geringfügige Modifikationen im Hinblick auf die Bewertungen des EBM möglich, etwa die Zusammenfassung einzelner Gebührenpositionen zu Leistungsgruppen, so müsse es prinzipiell bei der gesetzlichen Konzeption bleiben, dass ärztliche Leistungen entsprechend ihrer Art und ihrem Umfang gleichmäßig zu vergüten seien.

Der HVM leide weiter an dem Mangel, dass der Honorartopf für Pathologen unzutreffend bemessen sei. Es liege keinerlei Bedarfsermittlung zu Grunde. Die von der Beklagten angewandte sog. Regressionsanalyse, also das Bezugnehmen auf frühere Quartale, sei finanzwissenschaftlich unzulässig; mit den von den Klägern vorgebrachten Einwendungen habe sich das Sozialgericht nicht auseinander gesetzt.

Die Budgetierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 sei für Pathologen rechtswidrig. Die unter I bis III der Anlage 3 vorgesehenen Honorareinschränkungen seien sachwidrig. Die fallzahlabhängige Quotierung der Honoraranforderungen nach Abschnitt III verstoße zudem gegen [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Jede der drei Quotierungs- und Begrenzungsregelungen sei - für sich genommen - sachlich nicht nachvollziehbar. Ihr Zusammenwirken sei nicht so harmonisiert, dass daraus Kürzungen folgten, die in sich konsequent seien.

Die Referenzquartale III/95 und III/96 in Anlage II. 1 spiegelten nicht die Angemessenheit der Vergütung wieder. Die Bemessung der Fallzahlbereiche im Abschnitt I sei beliebig. Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Normgeber jeweils bis zu 50 v.H. einerseits, zu 50 v.H. bis 150 v.H. andererseits und schließlich, in dem Fallzahlbereich C, zu über 150 v.H. gelangt sei und was die Kriterien für die Bereichsabgrenzungen seien.

In der mündlichen Verhandlung wurden von den Klägern folgende Beweisanträge gestellt:

Über die Behauptung, dass die Kläger in den streitbefangenen Quartalen eine sparsam und wirtschaftlich geführte, voll ausgelastete pathologische Vertragsarztpraxis geführt und die von der Beklagten gezahlten Honorare nicht einmal die Kosten gedeckt sondern Defizite bewirkt haben, soll Beweis erhoben werden: durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens. [GA Bl. 290]

Über die Behauptung, dass die von der Beklagten an nahezu alle in ihrem Bezirk tätigen Pathologen in dem streitbefangenen Quartal gewährte vertragsärztliche Vergütung nicht einmal ausgereicht habe, um die Kosten jeder einzelnen, sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxis zu decken und generell kein oder nur ein geringer "Arztlohn" übrig geblieben sei, soll Beweis erhoben werden: durch amtliche Auskunft der Beklagten und Sachverständigengutachten. [GA Bl. 290]

Es soll Beweis darüber erhoben werden, dass die in den streitbefangenen Honorarbescheiden von der zu verteilenden Gesamtvergütung zu Lasten der Kläger getätigten Abzüge für die EHV grob überhöht, insbesondere versicherungsmathematisch irrational sind: durch Einholung eines versicherungsmathematischen Gutachtens. [GA Bl. 292]

Es soll Beweis erhoben werden mit dem Ziel festzustellen, dass es hinsichtlich der streitbefangenen Quartale keinen Beschluss der Vertreterversammlung darüber gibt, dass deren Mitglieder Verwaltungskosten in der in den Honorarbescheiden ausgewiesenen Höhe zu zahlen haben bzw. ein entsprechender Beschluss den Mitgliedern nicht bekannt gemacht worden ist: durch Vorlage der entsprechenden Verwaltungsakten der Beklagten. [GA Bl. 294]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass der Vorstand der Beklagten die Widerspruchsbegründungen vor seiner Beschlussfassung nicht zur Kenntnis genommen hat und die den Klägern übersandten Widerspruchsbegründungen nicht beschlossen, sondern diese von der Geschäftsführung eigenmächtig verfasst und unautorisiert von einem Vorstandsmitglied unterzeichnet wurden: durch die Vorlage der vollständigen Akten des Widerspruchsverfahrens durch die Beklagte. [GA Bl. 300]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, den vom Beigeladenen im EBM festgelegten, die Kläger betreffenden Punktzahlen hätten hinsichtlich der streitbefangenen Quartale keine Ermittlungen über den fachgruppentypischen Aufwand, den Schwierigkeitsgrad und die Kostenstrukturen zugrunde gelegen. Bei der Festlegung der Punktzahlen hätten Gesichtspunkte eine Rolle gespielt, die gesetzlich nicht vorgesehen sind: durch Beiziehung der Aufstellungsakten des Beigeladenen und dessen amtliche Auskunft. [GA Bl. 309]

Es soll Beweis darüber erhoben werden, welchen Teil der Gesamtvergütung die Beklagte in den streitbefangenen Quartalen nicht unter allen Vertragsärzten verteilt, sondern nach Maßgabe des Vorstandsbeschlusses vom 1. August 1998 für sog. "Härtefälle" abgezweigt hat: durch amtliche Auskunft der Beklagten. [GA Bl. 296]

Zu der Behauptung, die Vertreterversammlung der Beklagten habe bei der Verabschiedung der in dem streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation der Vertragsärzte für Pathologie in ihrem Bezirk gehabt und sie habe auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen gehabt, soll Beweis erhoben werden: durch zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung, von der Beklagten zu benennen.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, den vom Beigeladenen im EBM festgelegten, die Kläger betreffenden, Punktzahlen hätten hinsichtlich der streitbefangenen Quartale keine Ermittlungen über den fachgruppenspezifischen Aufwand, den Schwierigkeitsgrad und die Kostenstrukturen zugrunde gelegen. Bei der Festlegung der Punktzahlen hätten Gesichtspunkte eine Rolle gespielt, die gesetzlich nicht vorgesehen sind: durch Beiziehung der Aufstellungsakten des Beigeladenen und dessen amtliche Auskunft.

Die Kläger haben vorgelegt: Wimmer "Unzulängliche vertragsärztliche Vergütung aus Gemeinwohlgründen" (NZS 1999, S. 480), Rundschreiben des 2. Vorsitzenden der Beklagten vom 25. Juni 1998 über die Einführung einer neuen Individualbudgetierung für die nicht in die EBM-Budgetierung einbezogenen Arztgruppen.

Die Kläger beantragen,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 14. April 2000 sowie den Honorarbescheid vom 25. März 1998 für das Quartal III/97 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 aufzuheben bzw. zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihre vertragsärztliche Vergütung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts hinsichtlich der Honoraranforderung für das Quartal III/97 erneut zu bescheiden,
hilfsweise,
festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an die Kläger in dem Quartal III/97 5 v.H. für Zwecke der EHV einzubehalten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich auf den angefochtenen Gerichtsbescheid und trägt ergänzend vor, klägerische Praxisbesonderheiten, die eine Aussetzung der Individualbudgetierung unter Sicherstellungsaspekten oder sonst aus zwingenden Gründen rechtfertigen würden, seien nicht ersichtlich. Ebenso wenig lägen Anhaltspunkte für die Annahme eines begründeten, durch den EBM und HVM bedingten Härtefalles vor. Die Beklagte hat die Abrechnungsunterlagen der Quartale I/95 bis II/97 sowie die Verwaltungsakte betreffend das streitbefangene Quartal vorgelegt.

Der Beigeladene bezieht sich auf die Ausführungen des angefochtenen Gerichtsbescheides.

Wegen des weiteren Vortrags der Beteiligten wird auf den übrigen Akteninhalt, insbesondere auf die Klagebegründungsschrift und Berufungsbegründungsschrift der Kläger sowie der Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 26. Februar 2003 gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Der Senat hatte über die Berufung in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten zu entscheiden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt, [§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#).

Der Streitgegenstand im Hinblick auf die begehrte Aufhebung des Honorarbescheides für das Quartal III/97 sowie die begehrte Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erstreckt sich nicht auf mögliche Ansprüche aus LZ 607 HVM (Regelung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung) und aus LZ 803 HVM (Härtefallregelung).

Die Berufung ist unbegründet. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 14. April 2000 ist insoweit zu Recht ergangen, als er die Klage der Kläger abgewiesen hat.

Der Honorarbescheid der Beklagten vom 25. März 1998 (für das Quartal III/97) ist in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 rechtmäßig und war damit nicht aufzuheben. Hinsichtlich der Budgetierungsregelungen in Anlage 3 zu LZ 702 HVM sind die Kläger nicht beschwert. Nach Anlage 3 zu LZ 702 I 4., II 4. und III 4. gelten diese Regelungen der Budgetierung/Teilquotierung ausdrücklich

nicht für Pathologen. Dementsprechend fehlen bei den Klägern auch entsprechende honorarmindernde Anlagen zum angefochtenen Honorarbescheid. Die beigelegte Anlage "Laborbudgetregelung" wirkte sich bei den Klägern ohnehin nicht aus.

Die Kläger haben gegen die Beklagte hinsichtlich des streitbefangenen Quartals keinen Anspruch auf eine Neubescheidung ihres Honoraranspruchs im streitbefangenen Umfang (ohne Berücksichtigung von Sicherstellung und Härtefallregelung).

Der Honorarbescheid ist inhaltlich hinreichend bestimmt, [§ 33 Abs. 1 SGB 10](#). Das Erfordernis der hinreichenden Bestimmtheit bezieht sich auf den Verwaltungsakt als Regelung und damit auf den Verfügungssatz des Verwaltungsaktes (vgl. Engemann in von Wulffen, SGB X, Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, 4. Aufl., 2001, § 33 RdNr. 3 unter Bezugnahme auf BSG in SozR 1500 § 55 Nr. 35). Der streitbefangene Honorarbescheid lässt die Honorarhöhe vollständig, klar und unzweideutig erkennen. Im Honorarbescheid - und dort durch die Ausweisung in der rechten Spalte mit der Bezeichnung "Nettohonorar" - wird deutlich gemacht, welches Honorar die Kläger ausgezahlt erhalten, wie hoch das Bruttohonorar ist (hier bezeichnet mit "gesamt"), wie sich dieses zusammensetzt und welche Abzüge für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sowie für die (aufgeschlüsselten) Verwaltungskosten erfolgt sind.

Der angefochtene Honorarbescheid ist auch i.S. der Vorgaben des [§ 35 SGB 10](#) ausreichend begründet. Ein schriftlicher Verwaltungsakt ist schriftlich zu begründen; in der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Durch die Begründung soll der Adressat des Verwaltungsaktes, insbesondere hinsichtlich der ihn belastenden Teile, in die Lage versetzt werden, seine Rechte sachgemäß wahrnehmen zu können. Das Begründungserfordernis soll zur besseren Transparenz des Verwaltungshandelns beitragen, überflüssigen Rechtsbehelfen vorbeugen, aber auch der Nachprüfung der Verwaltungsentscheidung durch Aufsichtsbehörden und Gerichte dienen (vgl. Engemann in von Wulffen, [§ 35 SGB X](#) RdNr. 2, unter Hinweis auf [BSGE 27, S. 34](#)). Honorarbescheide haben deshalb die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte darzulegen. Die Anforderungen sind insoweit jedoch auf die wesentlichen Angaben begrenzt (vgl. BSG, Urt. vom 3.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich der Anlagen entnommen und damit die Honorarfestsetzung in Verbindung mit weiteren Unterlagen (z.B. den Honoraranforderungen der Kläger und den Anzahl- und Summenstatistiken der Beklagten) nachvollziehbar überprüft werden können. Diesen Anforderungen entspricht der streitbefangene Honorarbescheid.

Dem steht nicht entgegen, dass das Rechenwerk als solches für die Kläger möglicherweise nicht in vollem Umfang und ohne fremde Hilfe nachvollziehbar und überprüfbar ist. Darin ist noch kein Verstoß gegen das Begründungserfordernis nach [§ 35 SGB 10](#) zu sehen. Die Honorarfestlegung unter Anwendung von EBM und HVM und verbunden mit verschiedenen Rechenschritten stellt eine zwangsläufig schwer verständliche Regelungsmaterie dar. Die Beklagte kann allerdings auch seitens der Vertragsärzte erwarten, dass diese sich spezifische Kenntnisse im Vertragsarztrecht verschaffen oder sich entsprechend beraten lassen. Dies muss nicht zwingend durch Schulungsveranstaltungen oder Fortbildungsgelegenheiten seitens der Beklagten erfolgen. Die Beklagte ist allerdings verpflichtet, auf Verlangen die nötigen Informationen bzw. Erläuterungen zu erteilen; wobei nicht erkennbar ist, dass die Beklagte im vorliegenden Fall eine evtl. angeforderte Aufklärung verweigert hat.

In welchem Umfang Honorarbescheide zu begründen sind, kann im Einzelfall schwierig sein; bei Änderungen der Rechtslage kann ein entsprechender Hinweis und möglicherweise ein erhöhter Begründungsaufwand erwartet werden. Gründe jedenfalls, die die Nichtigkeit der Honorarbescheide rechtfertigen könnten, [§ 40 SGB 10](#), sind nicht ersichtlich. Es besteht auch kein Anlass, den Verwaltungsakt insoweit als anfechtbar anzusehen. Dabei bedarf es nicht der Heranziehung des [§ 42 Abs. 1 SGB 10](#) i.d.F. bis 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21. Dezember 2000 ([BGBl. I S. 1983](#)), wonach die Aufhebung eines Verwaltungsaktes nicht allein deshalb beansprucht werden kann, weil dieser unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Ohnedies könnten Verfahrensfehler in einer rechtsgebundenen Entscheidung - wie vorliegend gegeben - auch nach [§ 42 Abs. 1 SGB 10](#) i.d.F. vom 21. Dezember 2000 noch bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens geheilt werden.

Der angefochtene Gerichtsbescheid, dessen Begründung sich der erkennende Senat insoweit unter Verweisung auf die Gründe zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), hat die Nachvollziehbarkeit der Honorarberechnung eingehend dargelegt und damit belegt, dass alle wesentlichen Aussagen dem Honorarbescheid entnommen werden können. Schließlich hat das BSG klargestellt, dass nicht alle für die Festlegung von Honorarentscheidungen maßgeblichen Umstände, Zahlen und Beträge im Bescheid bzw. in den Anlagen aufzuführen seien und darin kein Begründungsdefizit zu sehen sei (vgl. BSG, Urt. vom 3.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)).

Mit dem Honorarbescheid hat die Beklagte auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach [§ 24 Abs. 1 SGB 10](#) verstoßen. Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern ([§ 24 SGB 10](#)). Die Pflicht zur Anhörung besteht insbesondere, wenn in die Rechte eines Beteiligten eingegriffen wird; deshalb erscheint bereits die Anwendung der Regelung im Hinblick darauf, dass die Honorarbescheide Leistungsbescheide sind, fraglich. Für den Bereich des Arbeitslosenversicherungsrechts hat dies das BSG mit Urteil vom 29.11.1990 ([7 RA 6/90](#) - [SozR 3-4100 § 139a Nr. 1](#)) über den Regelungsbereich dieses Rechtsgebiets hinaus klar zum Ausdruck gebracht. Die Kläger hatten bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme und damit zur Wahrung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör gehabt, so weit ein solcher zugleich auch der Regelung des [§ 24 Abs. 1 SGB 10](#) entnommen werden kann. Selbst wenn ein Anhörungsfehler vorgelegen hätte, wäre dieser gem. [§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB 10](#) als geheilt anzusehen, wobei eine Heilung bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens möglich ist, [§ 41 Abs. 2 SGB 10](#). Der Vortrag der Klägerseite, der Vorstand der Beklagten sei vor seiner Beschlussfassung über den Widerspruch der Kläger und deren Argumente nicht oder nicht ausreichend unterrichtet worden bzw. dieser hätte die Auffassung der Kläger nicht zur Kenntnis genommen, ist gleichfalls nicht erheblich. Der Vorstand hatte allein eine rechtsgebundene Entscheidung zu überprüfen. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Ermittlungen i.S. des Beweisantrags der Klägerseite. Unstreitig ist, dass die Widerspruchsentscheidung selbst durch den Vorstand erfolgt ist.

Der Honorarbescheid ist auch im Übrigen rechtmäßig. Er beruht auf Rechtsgrundlagen, insbesondere auf dem EBM und dem HVM, die rechtlich nicht zu beanstanden sind, soweit sie sich auf den vorliegenden Honorarbescheid ausgewirkt haben.

Honorarbescheide regeln als Verwaltungsakte i.S. von [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB 10](#) die Höhe des auszahlenden Honorars. Die Anwendung

des Regelwerks durch die Beklagte ist zutreffend; insoweit werden auch keine Rechtsfehler seitens der Kläger geltend gemacht.

Der HVM ist, soweit dieser auf die Kläger anzuwenden ist, rechtmäßig. Dabei ist die Prüfung des erkennenden Senats i.S. des hier zu gewährenden Individualrechtsschutzes auf die Fragen, vornehmlich im Zusammenhang mit dem HVM - und im Übrigen auch bezüglich des EBM -, begrenzt, soweit diese das Honorar der Kläger im Zusammenhang mit dem angefochtenen Honorarbescheid betreffen. Demgegenüber unterliegen hier EBM und HVM keiner generellen Überprüfung i.S. einer abstrakten Normenkontrolle bzw. einer - schon verfahrenstechnisch unzulässigen - Popularklage. Die Überprüfung des erkennenden Senats hatte deshalb keine Regelungen einzubeziehen, von denen die Kläger konkret nicht betroffen wurden. Die Prüfung erstreckt sich im vorliegenden Fall deshalb nicht unmittelbar auf die Anwendung der Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Eine nur mittelbare Betroffenheit genügt nicht. Mittelbar wirkt sich jede Honorarbewilligung und Honorarberechnung bezüglich anderer Ärzte, insbesondere auch solchen aus anderen Arztgruppen, auch auf die Honorarhöhe der Kläger aus. Insoweit kann den Klägern jedoch keine Überprüfungsbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben werden, die letztlich auf eine abstrakte Normenkontrolle hinausläufe.

Ein Honoraranspruch der Kläger kann nur aus den Honorarverteilungsregelungen der Beklagten hergeleitet werden. Gesetzliche Grundlage ist [§ 85 Abs. 4 SGB 5](#) i.d.F. vom 1. Juli 1997, insoweit gleich lautend i.d.F. bis 31.12.1998, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte verteilt. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.

Der HVM ist formell rechtmäßig zustande gekommen. Es bestehen insbesondere keine Anhaltspunkte, dass zu den Sitzungen der Vertreterversammlung der Beklagten nicht ordnungsgemäß bzw. nicht unter Beachtung der Geschäftsordnung eingeladen worden ist und dass der beschlossene Satzungstext nicht mit den Ausfertigungen in allem übereinstimmt. Deshalb waren entsprechende Ermittlungen des erkennenden Senats nicht geboten. Entsprechende Nachforschungen sind von Amts wegen, vgl. [§ 103 Satz 1 1. Halbs. SGG](#), nur insoweit geboten, als der Sachverhalt und gegebenenfalls der Vortrag der Beteiligten hierzu Anlass geben.

Es fehlt auch nicht an einem "Herstellen des Benehmens" i.S. des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB 5](#). Wird dieses "Benehmen" nicht hergestellt, fehlt eine zwingende Gültigkeitsvoraussetzung des HVM mit der Folge, dass dieser nichtig ist. Grundsätzlich macht dies erforderlich, dass die Verbände der Krankenkassen vor der Beschlussfassung über den HVM zu diesem Stellung nehmen und eventuell vorgebrachte Bedenken in die Entscheidungsfindung Eingang finden können; zulässig ist jedoch auch ein "nachgeholtes" Herstellen des Benehmens, wie höchstrichterlich entschieden worden ist (vgl. hierzu näher BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Urt. vom 24.8.1994 - [6 RKA 15/93](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Insoweit ergeben sich keine Zweifel, dass das Benehmen vollständig hinsichtlich der HVM-Regelungen seit dem 1. Juli 1997 in Bezug auf die streitbefangenen Quartale hergestellt worden ist, teils vorab und teils nachträglich (vgl. Urteil des erkennenden Senates vom 22.5.2002/15.10.2002 - [L 7 KA 721/00](#)).

Hinsichtlich der Veröffentlichung des HVM sind für den erkennenden Senat keine Fehler der Beklagten erkennbar. Vielmehr sind insoweit die satzungsgemäßen Regelungen beachtet worden. Die Satzung (hier § 28 in der maßgeblichen Fassung ab 1. Juli 1997) sieht ausdrücklich den Abdruck in der Ärztezeitung der Beklagten oder in einem Rundschreiben vor; dementsprechend ist auch die Bekanntmachung der streitbefangenen Änderungen des HVM durch Rundschreiben (vgl. BSG, Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 86/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)) der Landesstelle der Beklagten satzungsgemäß mit der Folge, dass auch eine wirksame Verkündung vorliegt.

Der hier angewandte HVM ist auch nicht deshalb unwirksam, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt worden sind. Auch für den HVM als Satzungsrecht gilt grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch gilt dies nur in dem Maße, in dem dies nach der Funktion des HVM tatsächlich geboten ist. Insoweit besteht ein wesentlicher Unterschied zum EBM, da dieser Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt. In dieser Funktion wird der EBM zur Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte und beeinflusst deren Entscheidungen im Hinblick auf das Behandlungsverhalten unmittelbar. Demgegenüber ist der HVM auf eine Verteilungssituation ausgerichtet und knüpft an die Verteilung der Gesamtvergütung an. Eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes folgt daraus regelmäßig nur mittelbar, da die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter regelmäßig erst nach Quartalschluss überhaupt festgestellt werden können (vgl. auch Clemens, Regelungen der Honorarverteilung, MedR 2000, S. 17, 22 mit Nachweisen zur höchstrichterlichen Rechtsprechung). Die Grenze rückwirkender Inkraftsetzung liegt jedoch darin, dass gezielt steuernd wirkende Honorarverteilungsregelungen, die einer Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes dienen sollen, den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt sein müssen, damit diese sich hierauf einstellen können (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). In Anwendung dieser Grundsätze kann hier nicht von einer unzulässigen Rückwirkung des HVM betreffend die streitbefangenen Quartale ausgegangen werden. Die mit Wirkung zum 1. Juli 1997 rückwirkend in Kraft gesetzte Regelung des neuen Abschnitts I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM war bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 i.d.F. der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden. Insgesamt gehören die Kläger zu den Ärzten, die durch die neue Anlage 3 zu LZ 702 HVM nicht nur nicht benachteiligt, sondern begünstigt wurden. Alle sich daraus ergebenden wirksamen Honorarbegrenzungsmaßnahmen innerhalb ihrer Fachgruppe 4.15 (Pathologen und Abrechnungen mit Leistungen im Rahmen der gynäkologischen Einsende-Zytologie) stützten letztlich den Punktwert dieser Honoraruntergruppe.

Die Regelung des HVM - und dies gilt entsprechend auch für den EBM - verstößt nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Zwar ist der Regelungsbereich des HVM komplex, kompliziert und schwierig; die Regelung kann im Einzelfall auch unklar, vielleicht sogar widersprüchlich sein, weshalb jedoch der HVM insgesamt nicht als nichtig angesehen werden kann. Die Beklagte kann den HVM verwaltungsmäßig umsetzen und die Sozialgerichte können die Regelungen nachvollziehen. Den HVM klarer zu fassen, wird ein stetes Anliegen bleiben; der Vorwurf eines Verweisungswirrwarrs, wie ihn die Kläger erheben, kann jedoch nicht nachvollzogen werden.

Der HVM verstößt, insoweit übereinstimmend mit dem EBM, auch nicht gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Die Rechtsetzungskompetenz ist dem Satzungsgeber in nicht zu beanstandender Weise übertragen worden. Der HVM trifft - hier ebenso wie der EBM - Berufsausübungsregelungen i.S. des [Art. 12 Abs. 1 GG](#), die sich erheblich auf die Berufsausübung der Vertragsärzte auswirken und in der Konsequenz von existenzieller Bedeutung werden können. Insoweit stellt [§ 85 SGB 5](#) eine ausreichende und hinreichend bestimmte

Ermächtigungsgrundlage für den HVM dar; dies gilt entsprechend für den EBM in [§ 87 SGB 5](#). Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat dies mehrfach bestätigt (vgl. mit zahlreichen Nachweisen Engemann in NZS 2000, S. 1, 76). Dabei hatte der erkennende Senat nicht zu befinden, inwieweit die Legitimation ausreicht, durch derartiges Satzungsrecht mittelbar oder möglicherweise unmittelbar in die Rechte Dritter einzugreifen; dies war hier nicht entscheidend, dürfte jedoch (abweichend von Engemann, a.a.O. sowie Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49, 97) einer gesonderten Prüfung bedürfen.

In Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 39/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 135 Nr. 11](#) sowie Urteil vom 20.1.1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 21](#), jeweils m.w.N.) folgt der erkennende Senat der Auffassung, dass es in Bezug auf den EBM nicht auf die Legitimation der Mitglieder des Bewertungsausschusses ankommt, sondern allein entscheidend ist, ob die Partner der Bundesmantelverträge eine ausreichende demokratische Legitimation haben. Entscheidend ist, dass der EBM in der vereinbarten Form als untergesetzliche Rechtsnorm zum Gegenstand der Normsetzung gemacht wird. Dies grenzt zugleich auch die Notwendigkeit der Überprüfung des Zustandekommens des EBM hinsichtlich der Einwendungen des Klägers ein, auch im Hinblick auf die weitere Beweiserhebung.

Ebenso wird von dem erkennenden Senat die Rechtmäßigkeit des HVM im Hinblick auf die demokratische Legitimation der Vertreterversammlung der Beklagten nicht in Frage gestellt. Insoweit ist die Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, vgl. [§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB 5](#), im Hinblick auf [§ 80 Abs. 1 Satz 1 SGB 5](#) nicht zu beanstanden. Dies gilt schon deshalb, weil die Zahl der außerordentlichen Mitglieder in der Gewichtung deutlich gegenüber den ordentlichen Mitgliedern begrenzt ist. Die gesetzliche Ermächtigung hält sich innerhalb der Grenzen, die der Gesetzgeber - in Kenntnis der Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder - bei der Festlegung der Ermächtigungsnorm hatte.

Der Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB 5](#) kann nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen der Vertragsärzte müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, das heißt mit einem für alle Leistungen und alle Vertragsärzte einheitlichen Punktwert honoriert werden. Die Regelung schließt danach eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, dass die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden, nicht grundsätzlich aus.

Als Rechtsfolge derartiger Regelungen teilt der erkennende Senat die Forderung der Kläger nicht, die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung bestehe auf jeden Fall in Höhe einer "angemessenen Vergütung" (hierzu näher Wimmer NZS 1990, S. 480; Isensee in VSSR 1995, S. 321, 339, mit Nachweisen und in kritischer Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des BSG). Dahinstehen kann, ob ein solcher Anspruch zur Fehlerhaftigkeit einer Honorarverteilungsregelung führt oder dieser Anspruch - aus dem Gesetz hergeleitet - dem Satzungsrecht vorgeht. Der erkennende Senat folgt insoweit der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urt. vom 1.2.1995 - [B 6 RKa 27/93](#) - [SozR 3-2500 § 121 Nr. 1](#)). Die Angemessenheit der Vergütung ist zwar ein wichtiger Maßstab und Regelungsfaktor; der einzelne Vertragsarzt kann hieraus jedoch kein subjektives Recht herleiten. Auch die Wiederholung des Gesetzestextes ([§ 72 Abs. 2](#) letzter Halbsatz SGB 5) in [§ 2 Abs. 1a](#) der Satzung der Beklagten führt nicht zu dem von den Klägern reklamierten Anspruch auf eine bestimmte Vergütungshöhe im Rahmen eines subjektiven Anspruchs. Ein weitergehender Regelungsgehalt als er sich aus dem Gesetz ableiten lässt, ergibt sich daraus nicht.

Das Bundessozialgericht stellt in seiner ständigen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 6/98](#) a.a.O.; Urt. 10.5.2000 - [B 6 KA 20/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 37](#)) darauf ab, dass die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang sei. Dieses Rangverhältnis hat auch das BVerfG in seiner Entscheidung zum Ausschluss der Zulassung von Ärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres (Entscheidung vom 20.3.2001 - [1 BvR 491/96](#) - [SozR 3-5520 § 25 Nr. 4](#)) im Ergebnis ausdrücklich bestätigt. Legitime Gemeinwohlgründe von überragender Bedeutung können bei der Ausgestaltung des Berufsrechts der ärztlichen Leistungserbringer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch Regelungen rechtfertigen, die letztlich die Berufswahl betreffen und nicht nur die Berufsausübung. Darin kommt die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems für das Gemeinwohl zum Ausdruck. Die Finanzierbarkeit dieses Systems ist ein wichtiger Bestandteil, auch mit der Folge, dass der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten muss.

Die Kläger wenden insoweit ein, der Gesetzgeber habe verschiedene alternative Möglichkeiten, auch im Rahmen der Bindung an eine Gesamtvergütung, dem geforderten Anspruch auf ein "angemessenes Arzthonorar" Rechnung zu tragen. Eine Möglichkeit könne sein, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Die Beklagte kann jedoch nicht gehalten sein, allein mit dieser Möglichkeit dem Anliegen der Vertragsärzte zu entsprechen und zugleich die Gesamtverantwortung für das soziale Sicherungssystem mit entsprechenden Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Arbeitsbereich hintanzustellen; hierzu kann auch der Gesetzgeber nicht gezwungen sein. Die Gesamtverantwortung für die sozialen Sicherungssysteme lässt vielmehr erkennen, dass auch der Faktor des Beitragssatzes ein Kriterium des sozialen Sicherungssystems ist. Damit kann im Ergebnis weder aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) noch aus den Vorschriften des SGB 5 der Anspruch eines einzelnen Arztes auf ein "angemessenes Honorar" oder in abgeschwächter Form auf einen festen Punktwert hergeleitet werden.

Daraus folgt jedoch nicht, dass der Gesetzgeber - und daraus abgeleitet der Satzungsgeber - eine unbegrenzte Regelungsbefugnis hat. Bei Berufsausübungsregelungen hat der Gesetzgeber wie auch der Normgeber auf Satzungsebene einen weiten Gestaltungsspielraum. Jede Regelung muss jedoch durch sachgerechte und vernünftige Erwägungen gerechtfertigt sein. In dieser Einschränkung liegt zugleich auch eine Gewichtung; je stärker eine Regelung in Rechtspositionen des Einzelnen eingreift, konkret also Rechtspositionen des Arztes beeinträchtigt, desto stärker und gewichtiger müssen die Interessen des Gemeinwohls sein, um den Eingriff zu rechtfertigen (vgl. Nachweise der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Leibholz/Rinck/Hesselberger, Grundgesetz, [Art. 12 GG](#) RdNr. 296). Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verlangt weiter, dass das eingesetzte Mittel geeignet und erforderlich ist, wobei dem Gesetzgeber wie auch dem Satzungsgeber ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt wird. Erforderlich ist, dass das eingesetzte Mittel im konkreten Fall mit Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung geeignet ist, die von Gesetzes wegen geforderte Stabilität des Systems zu sichern. Dies wird sich nicht ohne weiteres - zumindest nicht mit vollem Konsens - feststellen lassen, schon gar nicht bei einer prognostischen Beurteilung, weshalb dem Normgeber ein weiter Gestaltungs- und Regelungsrahmen zugebilligt wird. Dies muss um so mehr gelten, je komplexer und schwieriger die jeweiligen Vorgänge abzuschätzen sind. Daraus rechtfertigt sich auch ein angemessener Zeitraum für die Beobachtung von Auswirkungen und die Anpassung von Vorschriften, zugleich aber auch eine Verpflichtung des Normgebers, diese

Vorgänge zu beobachten und entsprechende Änderungen einzuleiten.

Die Angemessenheit bzw. fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung kann in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#) und [SGB 2000, S. 256](#)) nur geltend gemacht werden, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa einer Facharztgruppe, so beeinträchtigt ist, dass auch die berufliche Existenz der in dem Versorgungssystem beteiligten Vertragsärzte gefährdet ist. Die Kläger tragen zwar erhebliche Belastungen durch die Honorarverteilungsregelungen vor; die Sicherstellung der Versorgung auch auf dem Gebiet der Pathologie wird jedoch nicht in Frage gestellt.

Fraglich erscheint auch, inwieweit das Verlangen nach einem angemessenen Honorar mit den Grundsätzen einer selbständig ausgeübten Tätigkeit im Einklang steht. Das Verlangen stellt vielmehr einen - möglicherweise nicht gewollten - Zusammenhang zum Arbeitsrecht her, gerichtet auf ein "angemessenes Arbeitsentgelt". Der Beruf des Vertragsarztes wird jedoch als ein dem Grunde nach freier Beruf, verbunden mit unternehmerischen Entscheidungen und einer eigenständig verantworteten Kosten- und Leistungsrechnung geführt, wenngleich auch eingebunden in ein Vertragssystem, das die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in weitem Umfang gestaltet und sicherlich auch einengt. Dabei bleibt es der Entscheidung der Vertragsärzte überlassen, wie sie ihre Praxis organisieren, wie sie ihr Leistungsspektrum ausrichten, welche Zusatzleistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sie anbieten, ob sie mit Krankenhäusern oder mit anderen Leistungsträgern kooperieren oder ob sie zusätzlich Gutachtenstätigkeiten entfalten. Je stärker sich der nicht-vertragsärztliche Anteil erhöht, desto geringer wird der auf die vertragsärztliche Behandlung entfallende prozentuale Anteil der Gesamtkosten und desto rentierlicher wird auch die vertragsärztliche Tätigkeit. Dies ist nicht im Sinne einer Subventionierung der vertragsärztlichen Leistungen durch die nicht-vertragsärztlichen Leistungen gemeint, sondern folgt aus einer Kostenverteilung auf die verschiedenen Bereiche.

Insgesamt kann ein Honoraranspruch der Kläger in Höhe eines "angemessenen Honorars", das mit einem Betrag von etwa 180.000,- DM jährlich je Arzt (zusätzlich zur Honorierung der aus vertragsärztlicher Tätigkeit entstandenen Kosten) umschrieben wird, nicht anerkannt werden, weder aus einer eigenständigen Rechtsgrundlage auf einen solchen Anspruch noch in Form einer Verpflichtung der Beklagten, die Honorarverteilungsregelungen entsprechend zu gestalten bzw. bereits jetzt für die Vergangenheit anzuwenden. Damit kann der Honoraranspruch der Kläger nur nach dem geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen bemessen werden.

Der von den Klägern unter Beweis gestellten Behauptung, die von der Beklagten an alle in ihrem Bezirk tätigen Pathologen in den streitbefangenen Quartalen gewährte vertragsärztliche Vergütung habe weithin nicht ausgereicht, um die Kosten jeder einzelnen Vertragsarztpraxis zu decken und generell sei kein oder nur ein geringer "Arztlohn" übrig geblieben, war schon deshalb nicht nachzugehen, da aus den von den Klägern selbst verfassten und vorgelegten Praxiszahlen ersichtlich ist, dass die vertragsärztlichen Fälle nur 77 % ausmachen und die sonstigen Einnahmen aus der Praxis (z.B. aus der Behandlung von Privatpatienten, Erstellung von Gutachten, Zusammenarbeit mit anderen Kostenträgern usw.) nicht offengelegt wurden. So ist z.B. nicht erkennbar, nach welchem Schlüssel die Gesamtkosten der Praxis den verschiedenen Bereichen zugeordnet wurden, welche Gesamteinnahmen die Praxis der Kläger im streitbefangenen Quartal bzw. im gesamten Jahr 1997 erzielte und aus welchen Quellen die nichtvertragsärztlichen Einnahmen stammten und wie sie sich zusammensetzten. Der erkennende Senat sah jedoch von einem Beweisbeschluss hinsichtlich der Offenbarung aller Praxiseinnahmen der Kläger ab, da es letztlich hinsichtlich der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung auf die Einnahmesituation aller in Hessen vertragsärztlich tätiger Pathologen ankommt und hierzu die Einnahmesituation der Kläger allein nicht hinreichend Auskunft geben kann. Die Heranziehung der übrigen Pathologen im Rahmen des [§ 103 Satz 1 Halbsatz 2 SGG](#) erscheint ebenfalls nicht zulässig, da sie von dem vorliegenden Rechtsstreit nicht berührt werden und es sich um für den einzelnen geschützte Daten handelt. Es ist auch nicht erkennbar, dass die erforderliche Beobachtungsfunktion innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung als Ausgangspunkt für evtl. erforderliche Veränderungen etwa auch im Bereich der Einkommenssituation der Vertragsärzte verletzt wurde. Im Rahmen der Selbstverwaltung kann nur dort eine Reaktion bzw. Abhilfe erwartet werden, wo mit Daten unterlegt eine ungünstigere Entwicklung z.B. im Bereich einer Arztgruppe feststellbar ist. Weitere Ermittlungen über die Beobachtung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hinaus, insbesondere im Rahmen der jeweiligen Honorarrechtsstreite, erscheinen dem erkennenden Senat nicht erforderlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl der EBM-Geber als auch der HVM-Geber alle ihm auch von einzelnen Ärzten, den Berufsverbänden und aus eigenem Fachwissen zugänglich gemachten Informationen seinen Entscheidungen zugrunde legen kann. Die Ausführungen in dem von den Klägern vorgelegten Gutachten der Frau G. Kempny vom 1. Oktober 1998 lassen auch keine eindeutigen Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine fehlende Kostendeckung zu. So erscheint ihr Modell des steigenden Kostenanteils bei sinkendem Punktwert zwar auf den ersten Blick schlüssig. Dies kann bei genauerer Sicht jedoch allenfalls hinsichtlich der Tendenz, jedoch nicht hinsichtlich der Festlegung eines Punktwertes gelten, bei dem der Kostenanteil 100 % erreicht. Sie berücksichtigt nämlich nicht die Frage, ob und ggf. inwieweit ihre Feststellung auch gilt, wenn der sinkende Punktwert durch eine Leistungsausweitung ausgelöst wird, die ihrerseits zu einer Verminderung des Kostenanteils führen kann (je mehr Leistungen desto günstiger der Kostenanteil), wobei dann die unterschiedlichen Kostenarten (fixe Kosten, Verbrauchskosten, Abnutzung usw.) einer gesonderten Bewertung zu unterziehen wären. Kein Augenmerk verwendet sie schließlich auf die wichtige Frage, in welchem Umfang die hessischen pathologischen Praxen nicht-vertragsärztliche Leistungen erbringen und welche Auswirkungen sich hierdurch auf die Kostenanteile im vertragsärztlichen Bereich der Praxen ergeben. Aus dem gleichen Grund führt auch das Schaubild "Darstellung der Erträge bei unterschiedlichen Kosten und sinkendem Punktwert" zu keinen verwertbaren weitergehenden Erkenntnissen außer, dass die Ertragssituation der Ärzte ungünstiger wird, wenn die Punktwerte sinken und, dass die Ärzte mit höheren Kostenanteilen hiervon stärker betroffen sind.

Die Regelungen des EBM wie auch des HVM erfolgen in einem System autonomer Rechtsetzung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Der Regelungsspielraum, den die Normgeber hierbei haben, ist von den Gerichten zu respektieren (hier unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 26.1.2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) - Die Leistungen 2001, Beil. S. 289; Urt. vom 13.11.1996 - [6 RKA 31/95](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 14](#)). Dabei kommt dem EBM wie auch dem HVM eine unterschiedliche Regelungsfunktion zu. Dem EBM kommt neben der Festlegung, Definition und Bewertung ärztlicher Leistungen sowie Verrichtungen auch die Funktion zu, das Leistungsverhalten der Vertragsärzte zu steuern (vgl. BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)). Bei der Neuregelung von komplexen Regelungsbereichen und vornehmlich auch im Bereich der Erprobung und bei einer Anfangssituation hat der Normgeber einen weiteren Regelungsspielraum. Dieser kann dazu führen, dass in stärkerem Umfang zu typisieren ist und ein geringeres Maß an Differenzierungen von den Beteiligten akzeptiert werden muss (vgl. BSG, Urt. vom 6.9.2000 - [B 6 KA 40/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#), m.w.N.). Für eine vorübergehende Zeit müssen deshalb auch Unzulänglichkeiten sowie "krasse Schief lagen" hingenommen werden (vgl. Clemens in MedR 1998, S. 264).

Die Kläger können auch nicht mit dem Einwand überzeugen, die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM und ebenso auf einem HVM, die nicht sach-, system- und verteilungsgerecht seien. Aus dem Rechtsstaatsprinzip folgt keine allgemeine Verpflichtung für die Schaffung von Normen in dem Sinne, dass der erhebliche Sachverhalt, auf den die Normen Anwendung finden sollten, vollständig und zutreffend ermittelt sein müsse und den Entscheidungen des Normgebers bei der Schaffung der Normen zwingend und unverzüglich zu Grunde zu legen sei. Aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu einer derartigen Pflicht des Normgebers, hier unter Hinweis auf Beschluss vom 17.7.1996 ([2 BvF 2/93 - NJW 1997, S. 383](#)), kann keine entsprechende Verallgemeinerung hergeleitet werden, denn das Bundesverfassungsgericht hat sich jeweils mit konkreten und individuellen Einzelfallmaßnahmen befasst, die in Gesetzesform beschlossen worden sind, aber keines weiteren Vollzugsaktes mehr bedurften. In den angeführten speziellen Fällen befindet sich der Normgeber in der Rolle der vollziehenden Verwaltung und muss, wie sonstige Behörden auch, den erheblichen Sachverhalt vollständig und zutreffend ermitteln und seiner Entscheidung zugrunde legen. Im Falle des EBM und des HVM handelt es sich jedoch um die Schaffung genereller und abstrakter Regelungen, die im Einzelfall erst durch die Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt werden müssen.

Dies begrenzt zudem auch die Möglichkeiten vorausschauender Ermittlungen. Der Normgeber des EBM wie auch des HVM hat deshalb einen weiten, durch die prognostische Situation gegebenen Einschätzungsspielraum und entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten, um den zu erwartenden künftigen Auswirkungen zu begegnen, für die es - insbesondere im Zusammenspiel verschiedener Regelungsbereiche - keine bzw. noch keine empirischen Daten gibt. Dies stellt die Normgeber von der Datenerhebung nicht frei, vielmehr haben diese alle Möglichkeiten der Datenerhebung zu nutzen. Der Beigeladene hat insoweit entsprechende Überlegungen im Zusammenhang mit dem EBM angestellt und einbezogen. Die Beklagte hat insoweit überzeugend dargelegt, dass die Erfahrungen der Verwaltung in die Vorbereitung der Entscheidungsfindung einbezogen worden sind. Die Kostensätze, die dem EBM zugrundegelegt worden sind, beruhen auf einer Reihe von Gutachten und begleitenden gutachterlichen Stellungnahmen, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden sind. Der Argumentation der Kläger, der Normgeber habe selbst Zweifel an der Datengrundlage gehabt, wenn Praxisbudgets für Pathologen in den EBM nicht aufgenommen worden seien, kann nicht gefolgt werden; maßgeblich war allein, dass keine Praxisbudgets für Arztgruppen gelten sollten, die nur auf Überweisung von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden können oder für die wegen des hohen Grades an Spezialisierung kein ausreichendes statistisches Material zur Ermittlung der Praxiskosten zur Verfügung stand; dabei ist bei den Pathologen aus den zuerst genannten Gründen - im Hinblick auf die Tätigkeit auf Überweisung hin - von der Einrichtung von Praxisbudgets abgesehen worden (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)).

Wenn die Kläger beanstanden, den EBM-Regelungen hätten keine ausreichenden betriebswirtschaftlichen Daten zugrundegelegen und es seien vielmehr frühere Regelungen nach summarischer Prüfung fortgeschrieben worden, so überzeugt dieser Einwand für sich genommen nicht. Der Vorwurf der Kläger, die Festsetzung der Punktzahlen seien willkürlich, gehen deshalb ins Leere. Eine darüber hinausgehende Sachaufklärung kam deshalb nicht in Betracht. Bei einem über viele Jahre gewachsenen und auch verschiedentlich (teils umfangreich, teils punktuell) veränderten EBM ist davon auszugehen, dass das innerhalb der Ärzteschaft allgemein vorhandene Wissen, aber auch die speziellen Kenntnisse der Berufsverbände, der Krankenkassen, der in den verschiedenen Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der KBV und des Beigeladenen in solche Meinungsbildungen einfließen, die unterstützt durch spezielle Untersuchungen schließlich in Vorschläge münden, die ihrerseits einem Abstimmungsprozess unterzogen werden, ohne dass alle Einzelheiten eines solchen Verfahrens dokumentiert werden könnten. Ohne spezielle Anhaltspunkte kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um ein willkürliches Verfahren handelt oder ein konkreter Ansatzpunkt für weitere Ermittlungen besteht. Die von den Klägern beantragten Ermittlungen in dieser Richtung hat der erkennende Senat nicht für erforderlich angesehen. Eine Beweiserhebung "ins Blaue" hinein ist prozessual nicht zulässig. Es ist auch nicht angezeigt, weitere Ermittlungen auf alle Einzelleistungen des EBM zu erstrecken.

Bei der Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze hat das BSG für die Berechnung der Praxisbudgets (hier für die Facharztgruppe der Hautärzte) festgestellt, dass es sich um normative Regelungen, nicht um Tatsachenfeststellungen handle (BSG, Entsch. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)). Auch wenn für den Bereich der Fachuntergruppe der Kläger Praxisbudgets nicht vorgesehen sind, kann dieser Rechtsprechung eine generelle Aussage entnommen werden. Der gegenteiligen Ansicht der Kläger, es liege insoweit die Feststellung von Tatsachen - wenn auch in normativer Gestalt - durch den Bewertungsausschuss vor, so dass kein Normsetzungs- bzw. Gestaltungsspielraum bestehe und die Richtigkeit der Kostenfeststellung gerichtlich voll zu überprüfen sei - nötigenfalls mit Hilfe von Sachverständigengutachten -, ist nach der klaren Aussage der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht zu folgen. Der Annahme einer Tatsachenfeststellung steht bereits entgegen, dass die exakte Ermittlung der Kosten bei den verschiedenen Arztgruppen faktisch nicht möglich ist. Bei den Kostensätzen handelt es sich um Näherungswerte, die aufgrund einer Bewertung der zur Verfügung stehenden, zum Teil erheblich voneinander abweichenden statistischen und betriebswirtschaftlichen Daten festgestellt worden sind. Nicht nur die Beurteilung der Validität der vorhandenen statistischen Unterlagen erfordert eine Bewertung. Die Entscheidung, was überhaupt den Praxiskosten zuzurechnen sei - so das BSG in der Entscheidung vom 15. Mai 2002 weiter -, erfolge notwendigerweise ebenfalls im Wege einer Bewertung, so etwa bei der Frage, welche Kosten in welchem Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der privatärztlichen Tätigkeit oder der privaten Lebensführung zuzuordnen seien. Das BSG (a.a.O.) verweist insoweit auf verschiedene Gutachten, nämlich Kostenberechnungen der KBV, der KPMG sowie das Gutachten von Männel und damit auf Unterlagen, auf die auch vorliegend von den Beteiligten Bezug genommen worden ist. Vor diesem Hintergrund sei der 6. Senat - so weiter das BSG in seiner Entscheidung vom 15.5.2002 ([a.a.O.](#)) - auch schon in anderem Zusammenhang, nämlich in seinen Urteilen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, von dem normativen Charakter der Kostensätze ausgegangen (hier unter Hinweis auf BSG in [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#) und [SozR 3-2500 § 85 Nr. 41](#)).

Das BSG (Entscheidung vom 15.5.2002 [a.a.O.](#)) kommt weiterhin zu der Feststellung, dass die Qualifizierung der Festlegung des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes als Normsetzung Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolldichte habe. Komme dem Bewertungsausschuss, wie jedem Normsetzer, bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu (unter Hinweis auf BSG in [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)), so sei diese von der Rechtsprechung zu respektieren und dürfe von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers sei verstärkt zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar - Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit stünden (hier unter Hinweis auf Bundesverfassungsgericht in [BVerfGE 81, S. 156](#) sowie BSG in [SozR 2200 § 180 Nr. 37](#)), oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte gehe, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen seien (hier unter Hinweis auf [BVerfGE 68, S. 193](#) sowie BSG in [SozR 3-2500 § 135 Nr. 16](#)).

Der Normgeber ist bei der Festlegung der Kostensätze im Zusammenhang mit der Normsetzung in seiner Gestaltungsmöglichkeit

keineswegs völlig frei. Eine Begrenzung des Gestaltungsspielraums ergibt sich insbesondere daraus, dass bei verschiedenen Arztgruppen bundesdurchschnittliche Kostenansätze aus vorangegangener Zeit verfügbar sind, an die anzuknüpfen ist. Auf tatsächliche Verhältnisse wird etwa Bezug genommen, wenn die Kostensätze des Jahres 1994 in Bezug genommen werden. In verfahrensrechtlicher Hinsicht folgt hieraus eine Prüfung dahingehend, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist, d.h. ob er sich in sachgerechter Weise an Berechnungen des Kostensatzes aus dem Jahre 1994 orientiert hat und ob sich seine Festsetzung innerhalb des Spektrums der verschiedenen Erhebungsergebnisse hält, wie das BSG in seiner Entscheidung vom 15.5.2002 ([B 6 KA 33/01 R](#)) ausdrücklich festgestellt hat. Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums dürfe er auch weitere Gesichtspunkte wie z.B. die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen oder Ähnliches berücksichtigen. Auf dieser Grundlage hat das BSG in früheren Entscheidungen das Vorliegen einer offensichtlichen Fehlbewertung etwa in dem Fall verneint, dass neuere statistische Erhebungen von dem normativ festgesetzten Kostensatz um 0,4 v.H. bzw. 3,2 v.H. abgewichen seien (vgl. BSG in SozR 3-2500 § 80 Nr. 41).

[§ 87 Abs. 2a SGB 5](#) enthält eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die Budgetierungsregelungen des EBM. § 87 Abs. 2a Satz 7 regelt, dass die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen so festgelegt werden kann, dass sie mit zunehmender Menge mit dem Ziel der sog. Abstufung sinkt. § 87 Abs. 2a Satz 8 regelt, dass für eine Menge von Leistungen oder Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, Obergrenzen vorgesehen werden können, die zudem für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden können. Damit werden Teilbudgets mit Obergrenzen hinsichtlich der Punktzahlen von der gesetzlichen Ermächtigung umfasst, wie auch das BSG ausdrücklich bestätigt hat (vgl. Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - SozR 3-2500 § 83 Nr. 1 sowie Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#)). Teilbudgets kommt neben dem Ziel der Mengenbegrenzung die Funktion zu, jedem Arzt in bestimmten, für seine Praxisführung wichtigen Leistungsbereichen eine verlässliche Kalkulationsgrundlage zu geben (vgl. die oben zitierte Rechtsprechung des BSG). Die Stabilisierung der Punktwerte soll zugleich bewirken, dass sich der einzelne Arzt nicht gedrängt sieht, nur aus wirtschaftlichen Gründen das Leistungsvolumen weiter auszudehnen. Solche Regelungen können mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) in Einklang gebracht werden, weil es sich um vernünftige und auch aus dem Sozialstaatsbezug der gesetzlichen Krankenversicherung herleitbare Erwägungen handelt. Dem können die Kläger nicht mit dem Hinweis entgegentreten, dass jede Form der Begrenzung mit der Ausübung eines freien Berufs unvereinbar sei. Honorarbegrenzungsregelungen sind, worauf bereits hingewiesen worden ist, auch in den Gesamtzusammenhang des Gemeinwohlbelangs zu stellen.

Für die Berechnung der Budgets hat der Normgeber des EBM mit Wirkung vom 1. Juli 1997 bestimmte Kostensätze, auch im Hinblick auf eine fiktive Einkommenserwartung eines durchschnittlichen Arztes, angestellt (vgl. dazu näher Ballast in *ErsK* 1996, S. 440, 441 mit Beträgen von - fiktiv errechnet - bundesweit 138.000,- DM). Die Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen erfolgt mit einem bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen prozentualen Kostensatz, wie dieser in der Anlage 3 Buchst. b ausgewiesen ist. Unter dem Gesichtspunkt des weiten Gestaltungsrahmens und im Hinblick auf die Erprobungsphase ist diese Regelung im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Im Zusammenhang mit den Honorarverteilungsregelungen im HVM ist höchstrichterlich anerkannt, dass im Rahmen der Honorarverteilung in der Weise differenziert werden darf, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden (vgl. BSG, *Urt.* vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31). Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind; den normsetzenden Körperschaften verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihnen ermöglicht, dem Sicherstellungsauftrag oder ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG, *Urt.* vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 38). [§ 85 Abs. 4 SGB 5](#) berechtigt die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Honorarverteilung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten vorzunehmen wie auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat (vgl. BSG, *Urt.* vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31). [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB 5](#) lässt eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung ausdrücklich zu. Werden Steuerungszwecke angestrebt, so ist die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Leistungsbereiche zulässig; hierfür müssen jedoch sachliche Gründe gegeben sein (vgl. BSG, *Urt.* vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#)). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, *Urt.* vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31). Zulässiges Ziel der Bildung von festen Honorarkontingenten kann auch sein, die kontingentierten Leistungen vor dem Punktwertverfall zu schützen, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann (vgl. BSG, *Urt.* vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 26). Zulässig und innerhalb des der Kassenärztlichen Vereinigungen zustehenden Gestaltungsrahmens ist es hierbei auch, wenn die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festgeschrieben werden; durch eine solche Regelung wird vermieden, dass sich Leistungsausweitungen einer bestimmten Fachgruppe zwangsläufig auf andere Fachgruppen auswirken (vgl. BSG, *Urt.* vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) - sowie *Urt.* vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 24). Die Möglichkeit der Mengenbegrenzung durch die Bildung von Honorartöpfen ist auch bei überweisungsgebundenen Leistungen zulässig, wie dies für die Pathologen gilt. Hat die Honorarverteilung auf der Grundlage fester arztgruppenbezogener Kontingente zum Ziel, das Risiko der Leistungsmengenausweitung bei den Ärzten der jeweiligen Fachrichtungen zu belassen, so erscheint es gerechtfertigt, auch die auf Überweisung von anderen Vertragsärzten tätig werdenden Ärzte einzubeziehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch für überweisungsgebundene Ärzte die Festlegung der jeweiligen Einzelleistungen und hierbei der Umfang nicht immer durch die Überweisung vorgegeben, sondern von dem ausführenden Arzt festzulegen und zu verantworten ist. Jedenfalls erscheint es nicht gerechtfertigt, diese Gruppe von Ärzten völlig aus der Mengensteuerung des HVM herauszunehmen (vgl. ebenso BSG, *Urt.* vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - SozR 3-2500 § 85 Nr. 24 und *Urt.* vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#)). Folge der Bildung von Honorartöpfen im HVM ist es, dass dies zu einer ungleichen Vergütung gleicher oder zumindest vergleichbarer Leistungen bei unterschiedlichen Arztgruppen führt. Die Beklagte hat insoweit auch zu Recht vorgetragen, dass sich die Einrichtung von Honorarkontingenten in den Grenzen der Bewertungsvorgaben des EBM halten, der für alle Leistungen ein wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, da es sich insoweit nicht um Bewertungskorrekturen handelt, sondern um Honorarverteilungsregelungen, die aus anderen Gründen erfolgen. Der Normgeber kann jedoch unabhängig davon gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktzahlergebnisse zwischen Ärzten, die die gleichen Leistungen erbringen, zu überprüfen und eine

Anpassung vorzunehmen; diese Verpflichtung entspricht der Beobachtungs- und Anpassungspflicht, der Genüge zu tun ist. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung ist jedoch regelmäßig die Einschätzung durch den Normgeber nur dann zu beanstanden, wenn die Regelung willkürlich und entgegen besserer Erkenntnis erfolgt ist. Dabei ist stets auch zu berücksichtigen, dass sich unterschiedliche Auszahlungspunktwerte auch aus einer unterschiedlichen Kostensituation ergeben können; dies kann im Einzelfall rechtfertigen, dass ein und dieselbe Leistung durch unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich zu honorieren ist. Dies beleuchtet zugleich die Komplexität, die in der Überprüfung von Honorarregelungen angelegt ist. Dies rechtfertigt auch, dass ein Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert nicht begründet ist (vgl. BSG, Urt. vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - m.w.N.). Denn für die Bewertung der Verteilungsgerechtigkeit ist jeweils auf die Arztgruppe im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung abzustellen, nicht aber auf das Verhältnis der Ärzte dieser Gruppe untereinander (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Deshalb lassen unterschiedliche Auszahlungspunktwerte nicht auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM schließen. Sind Schwankungen allerdings in einem erheblichen Maße zu beanstanden, besteht ausdrücklich die Möglichkeit, Schwankungen bzw. Härten, die aus nicht vorhersehbaren Praxisgegebenheiten folgen können, im Rahmen von LZ 607 und LZ 803 auszugleichen; dabei schließt der Begriff der "Härte" nicht an die existenzielle Beeinträchtigung der Praxis an, sondern an eine atypische Versorgungssituation (vgl. BSG, Urt. vom 28.3.1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) - [USK 99119](#)). Die insoweit differenzierte Regelung im HVM kommt insbesondere dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit entgegen und ist somit geeignet, als Berufsausübungsregelung den Maßstäben des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zu entsprechen. Ärzte, die ausschließlich auf Überweisung anderer Ärzte tätig werden, von Maßnahmen der Mengenausweitung auszunehmen, besteht in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#)) auch deshalb kein zwingender Grund, weil trotz der Überweisungsgebundenheit der Leistungen eine Mengenausweitung möglich erscheint mit der Folge, dass bestimmte kostenintensive Leistungen dann gehäuft nur auf Überweisung erbracht werden. Im Übrigen ist die Beklagte ihrer verstärkten Korrekturverpflichtung in Fällen der auf Überweisung tätigen Ärzte nachgekommen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung besteht Anlass zur Überprüfung und Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honoraropf vergüteten Leistungen auf Dauer um 15 v.H. und mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen ärztlichen Leistungen (vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#) und Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#)). Die Honoraruntergruppe 4.15, der die Kläger angehören, erhält bei einer Abweichung vom mittleren Punktwert für die gesamte Honorargruppe 4 um 10 v.H. nach unten bereits Auffüllungsbeträge zur Sicherstellung eines maximalen Punktwertabstandes von 10 v.H.; entsprechende Stützungsmaßnahmen sind für das streitbefangene Quartal durchgeführt worden. Dies hat dazu geführt, dass im Verhältnis zu anderen Fachgruppen der Anteil der Pathologen an der Gesamtvergütung leicht gestiegen ist.

Die hier im Streit stehenden Maßnahmen der Honorarbegrenzung durch den HVM sind nicht zu beanstanden. Die Übernahme von Honorarbegrenzungsregelungen des EBM, die - wie festgestellt - rechtens sind, in den HVM entspricht den gesetzlichen Vorgaben; dem entspricht auch die Übernahme der Regelung nach LZ 702 HVM. Fallwertbegrenzungen, wie dies in den Abschnitten I und II des hier maßgeblichen HVM enthalten sind, sind zulässige Instrumente im Hinblick auf die Mengenbegrenzung und Stabilisierung der Punktwerte. Dies gilt auch für die Bildung unterschiedlicher Punktwertquoten, die mit einer unterschiedlichen Honorierung innerhalb der Fallwerte verbunden sind, indem ein begrenzter Basiswert nach einem höheren Punktwert, darüber hinausgehende Leistungen jedoch nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

Die Kläger können auch nicht mit Erfolg beanstanden, dass der Bezug auf die Durchschnittszahlen der Fachgruppe durch Anknüpfung an ein Basisjahr erfolgt; diese Maßnahme ist - wie bereits ausgeführt - rechtens, da andernfalls die Relationen zwischen den verschiedenen Arztgruppen nicht ausreichend kalkulierbar wären. Diese Regelungen sind ebenfalls vom 1. Juli 1997 an als Anfangsregelungen und Erprobungsregelungen für einen längeren Zeitraum vertretbar, wie dies insbesondere auch das BSG (vgl. Urteil vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)) für die Arztgruppe der Hautärzte im Hinblick auf die Bemessung von Praxisbudgets festgestellt hat; erst mit Wirkung vom 1.1.2003 an und mit einer Berücksichtigung ab dem Quartal III/2003 ist dort eine Überprüfung der Kostenansätze mit Auswirkungen auf den EBM in Form einer Ankündigung (vgl. dort den rechtstheoretischen Ansatz, wobei dies als Aufgabe der obersten Bundesgerichte angesehen wird) verlangt worden.

Nur mittelbar beschwert sind die Kläger durch die im Abschnitt II Nr. 2 und Abschnitt III Nr. 1 enthaltenen Regelungen, die eine Besserstellung von neuen bzw. nur kürzere Zeit geführten Arztpraxen gegenüber eingeführten Arztpraxen vorsehen. Die Kläger müssen jedenfalls gegen sich gelten lassen, dass es sich hierbei um eine zulässige Differenzierung handelt; der Schutz von Praxen in der Aufbauphase ist allgemein anerkannt (vgl. BSG, Urt. vom 28.4.1999 - [B 6 KA 63/98](#)).

Aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist in Übereinstimmung mit dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urteil vom 20.6.2001 - [S 5 KA 1/99](#)) ein Anspruch auf Gleichbehandlung mit anderen Arztgruppen in dem Sinne abzuleiten, dass ein Arzt aus einer vertragsärztlichen Tätigkeit, die mit vollem persönlichen Einsatz in einer voll ausgelasteten und in vollem Umfang betriebswirtschaftlich optimal geführten Praxis ausgeübt wird, die Chance haben muss, einen Praxisüberschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit in der Größenordnung zu erzielen, wie diesen die Praxen anderer vergleichbarer Arztgruppen durch entsprechende Tätigkeit durchschnittlich erreicht haben bzw. erreichen. Diese Rechtsprechung ist insbesondere im Zusammenhang mit der Honorierung von Psychotherapeuten entwickelt worden und betrifft wiederum die Arztgruppe und nicht den einzelnen Arzt (vgl. BSG, Urt. vom 26.1.2000 - [B 6 KA 4/99](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 35](#) sowie Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), ferner auch Urt. vom 20.1.1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#)). Diese Rechtsprechung orientiert sich maßgeblich an der Möglichkeit des Praxisüberschusses, d.h. am durchschnittlichen Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich des durchschnittlichen Praxiskostenaufwandes pro Jahr (vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)). Die Gewinnerzielungschancen können jedoch nicht genau an einer bestimmten Arztgruppe festgemacht und zudem müssen die entsprechenden Daten über einen längeren Zeitraum hin beobachtet und in die Prüfung einbezogen werden.

Soweit auf die Gewinnerzielungschancen in Verbindung mit einer Kostenstrukturanalyse abgestellt wird, sind die den Normgebern des EBM und - unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten - des HVM verfügbaren Daten begrenzt. Dies erscheint nicht ungewöhnlich und gibt für sich genommen noch keinen Anlass, eine Regelung deshalb außer Kraft zu setzen (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)); diese Situation befreit jedoch die Normgeber nicht davon, die notwendigen Ermittlungen anzustellen beziehungsweise verfügbare Daten einzubeziehen. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, dass beobachtete Entwicklungen Anlass zu verstärkter Nachprüfung geben können, wie dies etwa das BSG für den Fall der Hautärzte hinsichtlich der Praxisbudgets nach dem EBM-Ä für die Zeit ab 1.1.2003 angemahnt hat. Den Ergebnissen einer vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung durchgeführten Untersuchung, nämlich die Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998 vom Juli 2000, ist zu entnehmen, dass das Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit vor Steuern und ohne Ausgaben für Sicherungsmaßnahmen im Alter und gegen Krankheit sowie im Zusammenhang mit der Tilgung von

Praxiskrediten für alle Ärzte im Jahre 1998 DM 153.402 betrug und für die Gruppe der Fachärzte insgesamt 162.474 DM. Abweichende Ergebnisse sind den von der KBV herausgegebenen Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1999, zu entnehmen. Die entsprechenden Zahlen ergeben einen Überschuss je Arzt (für alle Ärzte) im Jahresdurchschnitt 1995 bis 1997 von 187.600 DM und nur für die Fachärzte von 201.400,- DM. Danach konnte die Beklagte noch nicht von einer bedrohlichen Entwicklung im Facharztbereich ausgehen. Die Umsetzung der EBM-Vorgaben in der ab 1. Juli 1997 geltenden HVM-Regelung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung, ist rechters. Der Normgeber des HVM hat insbesondere Interventionsmechanismen vorgesehen, die geeignet sind, Unzulänglichkeiten der Regelung auszugleichen, wie bereits ausgeführt worden ist. Dem steht nicht entgegen, dass der verfügbare Datenbestand (auch) für die Zeit bis zum 1. Juli 1997 wenig aussagekräftig ist; für die Zeit ab 1. Juli 1997 ist eine in wesentlichen Teilen neue HVM-Regelung erfolgt, für die die Grundsätze, die für eine Erprobungszeit anerkannt sind, gelten. Vornehmlich in der beschriebenen Situation ist der Normgeber des HVM - wie auch der Normgeber des EBM - gehalten, seiner Beobachtungs- und Prüfungspflicht zu entsprechen, aus der die Verpflichtung folgt, notwendige Korrekturen vorzunehmen. Diese Beobachtungspflicht hat die Rechtsprechung mehrfach festgestellt; Korrekturen sind etwa bei unzuträglichen Verwerfungen und unzumutbaren Auswirkungen für die betroffenen Ärzte geboten (vgl. BSG, Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); Ur. vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)). Ohnedies hat die Beklagte laufend eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht dahingehend, dass sie die Verteilungsregelungen im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu überprüfen, zu ändern und weiterzuentwickeln hat. Diese Verpflichtung greift insbesondere, wenn dadurch die Rechtsposition der betroffenen Ärzte wesentlich berührt wird (vgl. BSG, Ur. vom 7.2.1996 - [6 RKA 42/95](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#)). Eine Verpflichtung zur Korrektur setzt regelmäßig voraus, dass es sich um eine auf Dauer angelegte Veränderung und nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt, wie die Rechtsprechung wiederum mehrfach bestätigt hat (vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97](#) -; Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Vornehmlich unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung zur Reaktionspflicht müssen auch längere Zeiträume hingenommen werden, bevor insbesondere eine Verpflichtung zur Ermittlung und Datenerhebung greift, wie dies in der Entscheidung des BSG vom 15.5.2002 ([B 6 KA 33/01 R](#)) zum Ausdruck kommt. In dieser Entscheidung ist eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses angenommen worden, angesichts der eingetretenen Entwicklung (nach einem Zeitraum von etwa fünf Jahren) in eine Überprüfung der Kostensätze einzutreten; zunehmend hätten sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die realen Praxisverhältnisse, gemessen an den dargelegten Anforderungen, nicht mehr ausreichend berücksichtigt würden und im Verhältnis zu anderen Arztgruppen wesentliche Verschiebungen eingetreten sein könnten. Auch hier geht die Rechtsprechung noch von einer Übergangszeit bis zur zwingenden Erhebung entsprechender Daten und einem weiteren Zeitraum der Umsetzung (hier bis zum Quartal III/2003) aus, die jedenfalls keinen Anlass geben, für den hier streitbefangenen Zeitraum (Quartale III/97 bis II/98) zwingend von einer fehlerhaften Datenbasis der Honorarverteilungsregelungen auszugehen.

Etwas anders folgt auch nicht aus der schriftlichen Stellungnahme der Frau Kempny vom 1. Oktober 1998. Soweit diesen Ausführungen Hinweise zur Kostenstruktur der Pathologen entnommen werden können, könnten diese u.U. geeignet sein, den Beigeladenen zu veranlassen, eine den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung genügende Kostenberechnung unter Einbeziehung der privatärztlichen Tätigkeit wie auch der privaten Lebensführung (vgl. BSG, Ur. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die Behauptung der Kläger einzubeziehen, EBM und HVM führten im Zusammenwirken dazu, dass keine leistungsproportionale Vergütung geleistet werde. Ein derzeit durchsetzbarer Anspruch folgt hieraus in Übereinstimmung mit der angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der erkennende Senat anschließt, nicht.

Der Honorarbescheid ist weiterhin auch nicht zu beanstanden, soweit von der zur Verteilung zu bringenden Gesamtvergütung ein Abzug für die Erweiterte Honorarverteilung - EHV - in Höhe von 5 v.H. erfolgt. Dieser Abzug ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Rechtsnatur nach handelt es sich bei der EHV um eine Form der Honorarverteilung; insoweit unterscheidet sich die Regelung grundlegend von berufsständischen Versorgungswerken, wie diese für verschiedene selbständige Berufe eingerichtet worden sind. Für Versorgungswerke sind Beiträge aufzuwenden; die Bemessung dieser Beiträge sind in Relation zu möglichen Leistungen zu stellen. Davon unterscheidet sich die EHV grundlegend. Ein Teil der Gesamtvergütung fließt in die EHV und kommt damit unter den honorarberechtigten Ärzten gar nicht erst zur Verteilung. Im Ergebnis stünde auch den Klägern - wie auch allen anderen Ärzten - ein höherer Betrag für die Verteilung zur Verfügung, wenn Aufwendungen zur EHV nicht abgezweigt würden. Entgegen der Auffassung der Kläger handelt es sich jedoch nicht um einen Abzug von Teilen des Honorars, sondern die Aufwendungen für die EHV werden von der Gesamtvergütung vor der Honorarberechnung nach dem HVM abgezogen und stehen gleichrangig neben den Honorarverteilungsregelungen des jeweiligen HVM. Deshalb kann nicht davon ausgegangen werden, den Ärzten würden "Beiträge zur EHV abgezogen", sondern die Aufwendungen für die EHV werden - gleichrangig neben dem HVM - für die Zwecke des mit der EHV erstrebten Sicherungsziels abgezweigt. Der für die EHV verwendete Geldbetrag steht für die Honorarverteilung im Rahmen des HVM nicht mehr zur Verfügung und mindert deshalb den Punktwert.

Als bestehende und bereits eingerichtete Regelung wird die EHV durch [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB 5](#) bestätigt. Eine landesrechtliche Regelung ist rechters, wenn diese auf dem Gesetz über Kassenarztrecht - GKAR - vom 17. August 1955 ([BGBl. I S. 513](#)) beruht und bereits am 19. August 1955 bestanden hat (vgl. Art. 4 § 1 Abs. 1 GKAR). Für das Land Hessen ist die EHV auf Grund des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (GVBl. S. 206) eingerichtet worden, worin eine ausreichende Rechtsgrundlage zu sehen ist (vgl. BSG, Ur. vom 20.7.1966 - 6 RKA 1/66 - [SozR Nr. 1](#) zu Art. 4 § 1 - [NJW 1967, S. 315](#)). Diese Rechtsgrundlage wird auch im Schrifttum bestätigt (vgl. Hess in Kassler Kommentar, [§ 85 SGB 5](#), RdNr. 72). Die Abführung eines Gesamtbetrags an die EHV stellt damit eine besondere Form der Honorarverteilung dar, weshalb die Anforderungen, die an die Honorarverteilung schlechthin gestellt werden, auch für die Abführung der Aufwendungen hierfür gelten. Deshalb ist das Sozialgericht Frankfurt am Main (Entscheidung vom 20.6.2001 - [S 5 KA 1/99](#)) zu Recht der Auffassung, dass für den Bereich der EHV keine strengeren Anforderungen verlangt werden dürfen. Dies rechtfertigt, § 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 als ausreichende Rechtsgrundlage anzusehen. Nicht zu beanstanden ist auch, dass die Umsetzung dieser Regelung der Selbstverwaltung überlassen wurde; die Umsetzung hat der erkennende Senat im Zusammenhang mit der Anwendung der Grundsätze der EHV auch für rechters erkannt (vgl. Hess. LSG, Urteil vom 18.10.2000 - [L 7 KA 277/00](#)). Die Einwände der Kläger bezüglich der Normenklarheit wie auch des Parlaments- und Gesetzesvorbehalts sind deshalb auch mit den Gründen zurückzuweisen, wie diese bereits zum HVM - und vergleichbar zum EBM - angeführt worden sind. Auch für den EHV kann die Beklagte den hier eingeräumten Gestaltungsspielraum in Anspruch nehmen. Deshalb war die Beklagte auch nicht gezwungen, teilweise oder vollständig Möglichkeiten zur Befreiung von der EHV vorzusehen oder eine Sonderregelung für bestimmte Arztgruppen zu treffen. Der Gestaltungsspielraum umfasst nicht nur die Frage der Abführung von Geldbeträgen, sondern auch den Leistungsbereich, da die Einrichtung des EHV nicht den engen Grenzen eines Versorgungswerkes unterliegt; deshalb war es der Beklagten gestattet, in dem vorgesehenen Umfang eine Umverteilungskomponente vorzusehen. Dem EHV ist auch nicht mit

versicherungsmathematischen Überlegungen mit Erfolg zu begegnen, da das Regelwerk nicht den zwingenden Grundsätzen von Leistung und Gegenleistung unterworfen ist; es konnte deshalb dahinstehen, inwieweit die Beanstandungen der Kläger insoweit durchgreifen.

Da die Überprüfung der Abführung eines Gesamtbetrages an die EHV bereits im Rahmen des Honorarstreitverfahrens vorzunehmen war, besteht für den hilfsweise gestellten Feststellungsantrag nicht das notwendige eigenständige Rechtsschutzinteresse; die - erst im Berufungsverfahren - hilfsweise erhobene Feststellungsklage war deshalb abzuweisen.

Schließlich sind auch die Einwendungen der Kläger gegen den Abzug von Verwaltungskosten nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zu rechtfertigen. Die Beklagte ist berechtigt, entsprechende Abzüge vorzunehmen, [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB 5](#). In ihrer Satzung durfte die Beklagte in Anwendung des § 24 und damit im Rahmen der Bestimmung über die Aufbringung der Mittel tätig werden. Nicht zu beanstanden ist auch die Einrichtung von Bezirksstellen, zumal [§ 81 Abs. 2 SGB 5](#) hierzu eine dies bestätigende Regelung enthält.

Die Verwaltungskosten sind jeweils, wie die Beklagte bestätigt hat, entsprechend den Haushaltsvoranschlägen erhoben worden. Betreffend das hier streitbefangene Quartal ist dies für das Jahr 1997 mit Beschlussfassung der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 30. November 1996 ordnungsgemäß erfolgt und bekannt gemacht worden. In der Beschlussfassung über den Haushaltsplan konnten zugleich auch Entscheidungen zur Höhe der Verwaltungskosten getroffen werden (entsprechend § 7 Abs. 1 Buchstabe g der Satzung in der für den streitbefangenen Zeitraum maßgeblichen Fassung). Da die Beklagte auch zur Einrichtung von Bezirksstellen befugt war, war sie berechtigt, zugleich auch für diese anteilige Verwaltungskosten vorzusehen; dies schließt zugleich die Befugnis ein, entsprechend den jeweiligen Aufwendungen für die Bezirksstellen unterschiedliche Verwaltungskostenumlagen anzusetzen. Dabei hatte die Beklagte alle weiteren von Gesetzes wegen vorgeschriebenen Aufwendungen einzubeziehen, etwa auch die an Dritte, z.B. an die KBV, abzuführenden Beträge.

Den Klägern steht im Rahmen der Honorarüberprüfung kein rechtlich fundierter Überprüfungsanspruch dahingehend zu, inwieweit die Verwaltungskostenbeiträge durch die Beklagte sparsam und wirtschaftlich verwendet wurden bzw. werden und die Verwaltung ordnungsgemäß geführt wird. Die Beklagte unterliegt zwar im Rahmen des [§ 81 Abs. 1 Nr. 6 SGB 5](#) der Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung. Der einzelne Arzt hat jedoch keinen Anspruch darauf, eigenständig eine gerichtliche Überprüfung der Verwaltungsausgaben durchzusetzen; deshalb war im Rahmen der Honorarprüfung auch nicht die Frage der Zahlung von Aufwandsentschädigungen an Vertragsärzte als ehrenamtliche Richter im sozialgerichtlichen Verfahren zu prüfen, die die Kläger beanstanden. Dies gilt auch für weitere Fragen im Zusammenhang mit dem Verwaltungsgebaren der Beklagten, das von den Klägern gerügt wird.

Einer Überprüfung im Rahmen der Honorarstreitigkeit unterliegt auch nicht die Bildung von Rückstellungen, zu denen die Beklagte im Übrigen nach [§ 78 Abs. 3 Satz 3 SGB 5](#) i.V.m. § 82 SGB 4 verpflichtet ist. Dies gilt ebenso für den Umfang der Rückstellungen und die damit angestrebten Zielsetzungen; so kann nicht mit Erfolg die Verwendung der Rückstellungen, etwa für ausgewiesene Härtefälle oder Sicherstellungsmaßnahmen, gerügt werden. Die Beklagte unterliegt der Aufsicht des Hessischen Sozialministeriums (vgl. §§ 1 Abs. 1, 9 Abs. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 in Verbindung mit §§ 105 Abs. 1, 106 Abs. 1 Satz 2, 62 Landeshaushaltsordnung - LHO). Die Bildung von Rücklagen führt zwangsläufig zur Minderung des Betrages, der für die Honorarverteilung an die Vertragsärzte zur Verfügung steht, was gleichfalls von den Klägern jedenfalls im Rahmen des Honorarstreitverfahrens nicht zur Überprüfung aus eigenem Recht gestellt werden kann. Gleiches gilt auch für die beanstandete Bürgschaft im Rahmen der Einrichtung einer "Ärztlichen Stelle". Der hierzu angebotene Beweis war deshalb nicht zu erheben.

Schließlich ist zusammenfassend noch darauf hinzuweisen, dass keiner der von den Klägern gestellten Beweisanträge nach der vom erkennenden Senat vertretenen Rechtsauffassung entscheidungserheblich ist, weshalb es auch keiner entsprechenden weiteren Ermittlungen durch das Gericht bedurfte.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision hat der Senat zugelassen, weil er der Rechtssache grundsätzliche Bedeutung beigemessen hat, [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#).
Rechtskraft

Aus
Login
HES
Saved
2009-05-27