L 10 KA 52/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 (25) KA 233/99
Datum
05.06.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KA 52/02
Datum
21.05.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 71/03 R
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 05.06.2002 wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch im zweiten Rechtszug. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit des Honorarabrechnungsbescheides für das Quartal III/1998.

Die beiden in einer Gemeinschaftspraxis tätigen Kläger sind als Ärzte für Pathologie in N ... niedergelassen; sie nehmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Der ihnen für das Quartal III/1998 erteilte Abrechnungsbescheid vom 20.01.1999 weist einen Gesamthonorar-Saldo in Höhe von (i.H.v.) 235.032,52 DM auf. Ihren gegen diesen Bescheid erhobenen Widerspruch begründeten die Kläger damit, dass ihnen keine angemessene Vergütung gewährt werde. Sie betrieben eine sparsam und wirtschaftlich geführte, voll ausgelastete Vertragsarztpraxis. Infolgedessen schulde die Beklagte vollen Kostenausgleich und einen Quartals-"Arztlohn" von 45.000,00 DM. Nach Auffassung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sei nämlich ein jährlicher Arztlohn von 180.000 DM (vor Steuern) angemessen. Von dem ihnen gewährten Honorar seien anteilige Kosten der vertragsärztlichen Praxis i.H.v. 211.002,50 DM in Abzug zu bringen, so dass lediglich ein "Arztlohn" i.H.v. 24.029,50 DM verbleibe. Damit ergebe sich eine Forderung von 65.970,50 DM (2 x 45.000 DM./. 24.029,50 DM). Im Übrigen sei der angefochtene Bescheid unverständlich und damit nichtig, zumindest aber rechtswidrig. Der Bescheid sei auch deshalb rechtswidrig, weil er auf rechtswidrigen Grundlagen beruhe. Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) und Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (HVM) verstießen u.a. gegen das verfassungsrechtliche Gebot der Normenklarheit, beruhten auf nicht hinreichend bestimmten gesetzlichen Ermächtigungen, verstießen gegen die Gebote der Verteilungs-, Sach- und Systemgerechtigkeit. Auch die Auswahl der budgetierten und der nicht-budgetierten Arztgruppen sei nicht nachvollziehbar; die Berechnung der Praxis- und Zusatzbudgets sei falsch.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 26.10.1999 mit der Begründung zurück, dass der angefochtene Bescheid im Einklang mit den für die Abrechnung geltenden Regeln - insbesondere des HVM - stehe.

Mit ihrer Klage vom 02.11.1999 haben die Kläger u.a. unter Bezugnahme auf ein Rechtsgutachten ihres Prozessbevollmächtigten vom November 1999 ihr Vorbringen vertieft: Ihr Anspruch auf angemessene Vergütung leite sich aus Artikel 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG) sowie aus §§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - sowie aus Richterrecht her. Durch zu niedrige Vergütung der ambulanten pathologischen vertragsärztlichen Leistungen sei das Kassenärztliche Versorgungssystem in diesem fachärztlichen Sektor und infolgedessen die berufliche Existenz der an ihm teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet. Die Grundlagen des Honorarbescheides - EBM und HVM - beruhten auf nicht hinreichend bestimmten gesetzlichen Ermächtigungen und stammten von unzureichend demokratisch legitimierten untergesetzlichen Normgebern. Sie seien weder als Teile von Normsetzungsverträgen noch infolge gesetzlicher Zulassung und Verweisung geeignete Rechtsquellen zur Bestimmung des Leistungs- und Honorarvolumens der Vertragsärzte. Sie verstießen gegen die Gebote der Sach-, System- und Verteilungsgerechtigkeit. Die Punktzahlen im EBM seien nicht sachgerecht und die fallzahlabhängige Budgetierung weise zahlreiche Fehler auf. Soweit der HVM einen Honorartopf für Pathologen vorsehe, sei auch dies nicht sachgerecht; die Bemessung des Topfes sei zu undifferenziert und irreal. Zwischen 1996 und 1998 sei es zu massiven Leistungsausweitungen der vertragsärztlichen Pathologen gekommen; sowohl die Leistungszahl als auch die Anzahl der Leistungserbringer seien erheblich gestiegen. Seit 1996 seien neue EBM-Ziffern für Pathologen eingeführt worden und zudem verschiedene Leistungen von anderen Arztgruppen auf die Pathologen verlagert worden. Die Werte der Vorjahre könnten deshalb im Quartal III/1998 nicht mehr zugrunde gelegt werden. Auch der Fremdkassenausgleich sei unzutreffend geregelt und eine Kürzung nach § 7 HVM sei bei Pathologen

unzulässig. Im Übrigen könnten Verwaltungskosten nicht erhoben werden; es fehlten eine Beitragssatzung und die nach § 108 Abs. 1 Satz 2 Landeshaushaltsordnung zwingend vorgeschriebene Genehmigung des Finanzministeriums. Darüber hinaus sei der Widerspruchsbescheid unter Verletzung des rechtlichen Gehörs (§ 24 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)) ergangen; der Vorstand habe ihre Widerspruchsbegründung nämlich nicht zur Kenntnis genommen. Schließlich seien sowohl der Honorarbescheid als auch der Widerspruchsbescheid nicht ausreichend begründet (§ 35 Abs. 1 SGB X).

Die Kläger haben beantragt,

1. den Honorarbescheid der Beklagten vom 20.01.1999 in der Gestalt des Wi derspruchsbescheides vom 26.10.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen der Kläger in dem Quartal III/1998 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen, 2. hilfsweise festzustellen, dass der in dem Quartal III/1998 Geltung beanspruchende einheitliche Bewertungsmaßstab und der Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten nichtig, hilfsweise rechtswidrig sind, 3. der Beklagten die außergerichtlichen Kosten der Kläger - einschließlich derjenigen für den erledigten Untätigkeitsantrag - aufzuerlegen.

Zudem haben die Kläger acht Beweisanträge gestellt:

1. Der Bewertungsausschuss vertritt die Ansicht, angemessen sei ein Quartals"arztlohn" je Arzt von 45.000,00 DM nach Kostenausgleich. Beweis: amtliche Auskunft des Bewertungsausschusses
2. Die den Vertragsärzten für Pathologie in den streitigen Quartalen von der Beklagten gezahlten Vergütungen haben weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen "Arztlohn" übriggelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxen gedeckt. Beweis: Einholung eines Sachverständigengutachtens
3. Der Vorstand der Beklagten hat vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche der Kläger deren Widerspruchsbegründungen weder im Original noch inhaltlich - sei es durch eine Vorlage - sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung - zur Kenntnis genommen. Der Inhalt des Widerspruchsbescheides ist zwar von einem Vorstandsmitglied der Beklagten unterzeichnet; er ist aber nicht von deren Vorstand beschlossen worden. Beweis: Parteivernehmung des ersten Vorsitzenden der Beklagten
4. Bei den Sozialwahlen 1993 hat es 27 Wahlen mit Wahlhandlung und 1.284 so genannte Friedenswahlen gegeben. Beweis: amtliche Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit
5. Der Bewertungsausschuss hat den Punktzahlen desjenigen EBM, der in den streitigen Quartalen Geltung beansprucht, in Bezug auf die Leistungen der Pathologen keinerlei betriebswirtschaftliche Ermittlungen zugrunde gelegt. Beweis: Beiziehung der Aufstellungsakten des Bewertungsausschusses
6. Die Vertreterversammlung der Beklagten hatte 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. Sie hatte auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen. Beweis: Zeugnis des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung, von der Beklagten zu benennen.
7. Die im Quartal III/1998 von der Beklagten gezahlten rechnerischen Punktwerte haben für Frauenärzte einen Arztlohn von 2,74 Pf, für Orthopäden einen solchen von 2,2 Pf und für Pathologen eines solchen von 0,4 Pf übriggelassen. Dies ergibt für Frauenärzte gegenüber 1994 einen Ertragsrückgang von 29 %, für Orthopäden von 31 % und für Pathologen von 81 %. Beweis: 1. Sachverständige G ... K ... 2. weiterer vom Gericht zu bestellender Sachverständiger
8. Wegen der hohen Dichte der Pathologen und der darunter vertretenen hochspezialisierten Vertreter des Faches werden in Nordrhein-Westfalen mehr Fälle auswärtiger Patienten behandelt, als von Überweisern außerhalb des Landes geschickt werden. Infolgedessen werden zwar die Leistungen von der Fachgruppe Pathologie und von dem Kläger erbracht; die Pathologen behalten von dem von den anderen KVen erhaltenen Zahlungsausgleich aber nur den - zu niedrigen - allgemeinen Prozentsatz von 0,5356 v.H. Alle anderen Fachgruppen erhalten demgegenüber vergleichsweise hohe Rückläufe aus den Zahlungen anderer Kassenärztlichen Vereinigungen. Beweis: 1. Sachverständige G ... K ... 2. erforderlichenfalls ein weiterer vom Gericht zu bestel lender Sachverständiger.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat die Auffassung vertreten: Selbst wenn die angefochtenen Bescheide nicht ausreichend begründet wären, käme deren Aufhebung allein wegen formeller Mängel nicht in Betracht (§ 42 SGB X). Über Kürzungen nach § 7 HVM sei nicht entschieden worden. Arztgruppen, die ärztliche Leistungen nur auf Überweisung erbringen können, dürften in das System der Honorarverteilung nach auf feste Fachgruppen bezogenen Leistungskontingenten einbezogen werden. Hinsichtlich des Punktwertes obliege ihr nur dann eine Korrekturpflicht, wenn dieser in einzelnen Bereichen deutlich stärker abfalle als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen und dafür keine von den jeweiligen Leistungserbringern selbst verursachten Mengenausweitungen verantwortlich seien. Eine solche erhebliche Abweichung bestehe vorliegend nicht. Der Punktwert für Pathologen i.H.v. 7,74 Pfennigen (Pf.) / Ersatzkassen (EK) und 6,7312 Pf. / Primärkassen (PK) liege im streitigen Quartal im durchschnittlichen Bereich. Im Übrigen sei der EBM für sie verbindlich.

Das Sozialgericht (SG) Düsseldorf hat die Akten des Rechtsstreits S 17 KA 239/99 SG Düsseldorf, in dem ebenfalls die vertragsärztliche Honorierung für Pathologen streitig ist, beigezogen. In diesem Verfahren hat die Geschäftsführung des Bewertungsausschusses bei der KBV auf Anfrage des Gerichts zu den Grundlagen der Bewertung histologischer und zytologischer Leistungen im EBM 1996 dargelegt: Für die großen Arztgruppen gebe das statistische Bundesamt auf die Gesamtpraxis bezogene Kostenstrukturanalysen heraus; derartige Analysen fehlten für Spezialgebiete wie Pathologie und für Einzelleistungen. Bei ihren Entscheidungen stützten sich die Mitglieder des Bewertungsausschusses und des vorbereitenden Arbeitsausschusses, soweit sie Ärzte seien, auf ihre eigenen beruflichen Erfahrungen und die verfügbaren einschlägigen Informationsquellen; bei Bedarf würden sachkundige Ärzte hinzugezogen. Hinsichtlich histologischer und zytologischer Leistungen stütze sich die KBV u. a. auch auf den Sachverstand des Berufsverbandes Deutscher Pathologen e.V ... Dieser vertrete nachhaltig die Interessen der eigenen Gruppe, bringe regelmäßig Änderungsvorschläge ein und strebe Verbesserungen an; die Bewertungen des Abschnitts P I und P II des EBM seien jedoch in der Vergangenheit nicht Gegenstand tief greifender Meinungsverschiedenheiten gewesen. Da die KBV einen Interessenausgleich zwischen allen Vertragsärzten herbeiführen müsse, seien die Punktzahlbewertungen des EBM Verhandlungsergebnisse und einer Preisaushandlung zwischen Käufer und Verkäufer vergleichbar.

Mit Urteil vom 05.06.2002 hat das SG die Klage abgewiesen und in den Entscheidungsgründen im Wesentlichen ausgeführt: Die angefochtenen Bescheide seien formell und materiell rechtmäßig. Der Honorarbescheid nebst beigefügten Anlagen enthalte die nach den Vorgaben des HVM erforderlichen Angaben und Berechnungen. Die nur formelhafte Begründung des Widerspruchsbescheides allein führe nicht zur Aufhebung des Bescheides. Es liege auch kein Verstoß gegen das Gebot, rechtliches Gehör zu gewähren, vor. Ein Honorarbescheid, mit dem die Höhe der Vergütung festgesetzt werde, greife nämlich nicht in den Rechtskreis des Vertragsarztes ein. Konkrete Anhaltspunkte dafür, dass der Vorstand der Beklagten die Widerspruchsbegründung der Kläger nicht zur Kenntnis genommen habe oder der Widerspruchsbescheid nicht vom Vorstand beschlossen worden sei, seien nicht dargelegt. Es bestehe damit auch keine Veranlassung, dem Beweisantrag zu 3) nachzugehen. Die dem angefochtenen Bescheid zugrunde liegenden Regelungen des HVM und EBM stünden mit höherrangigem Recht in Einklang. Über die Zulässigkeit von Kürzungen gemäß § 7 HVM wegen übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit sei nicht zu entscheiden, da die Kläger von einer solchen Kürzung nicht betroffen seien. Die Honorarverteilung auf der Grundlage fachgruppenspezifischer Honorartöpfe sei nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung (Rspr.) des Bundessozialgerichts (BSG) sei es sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben und damit prinzipiell zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen haben. Außer gesonderten Honorartöpfen nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten seien darüber hinaus auch die Bildung von Honorartöpfen nach Leistungsbereichen oder Mischsysteme mit Honorartöpfen sowohl für bestimmte Leistungsbereiche als auch nach Arztgruppen zulässig. In dieses System der Honorarverteilung dürften auch Arztgruppen einbezogen werden, die ihre Leistungen nur auf Überweisung erbringen. Mit der Bildung von Honorartöpfen sei eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KVen verbunden. Das BSG habe Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung aber nur dann gesehen, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 oder mehr Prozent niedriger sei als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. Im Quartal III/1998 habe der Punktwert für die von den Klägern erbrachten Leistungen mit 7,74 Pf. / EK und 6,7312 Pf. / PK jedoch deutlich höher gelegen; der Durchschnittspunktwert des roten Bereiches habe 6,681 Pf. / EK und 6,133 Pf. / PK betragen. Für eine fehlerhafte Regelung des Fremdkassenausgleichs in § 6 HVM bestehe kein Ansatz; die Stellungnahme von K ... vom 03.06.1999 beruhe lediglich auf Mutmaßungen. Der Abzug der Verwaltungskostenbeiträge stehe in Einklang mit dem HVM und der auf der Grundlage von § 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V ergangenen Satzung der Beklagten. Auch die gegen den EBM erhobenen Einwände würden nicht geteilt. Nach ständiger BSG-Rspr. sei es Gerichten nur ausnahmsweise und in engen Grenzen gestattet, in das Bewertungsgefüge der vertragsärztlichen Gebührenordnungen einzugreifen. Etwas anderes könne nur in den seltenen Ausnahmefällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe. Dies sei jedoch nicht ersichtlich. Es sei auch nicht willkürlich, dass bei der Bewertung histologischer und zytologischer Leistungen betriebswirtschaftliche Berechnungen nicht berücksichtigt worden seien. Nach Auskunft des Bewertungsausschusses habe nämlich deshalb eine unzureichende Datenlage bestanden, weil die Pathologen bei der Auskunft über ihre Einnahme- und Ausgabesituation Zurückhaltung geübt hätten. Betriebswirtschaftliche Aspekte und/oder fachmedizinische Argumente allein führten ohnehin nicht zur Rechtswidrigkeit einer EBM-Regelung. Der Bewertungsausschuss müsse als Normgeber seinen Prozess der Entscheidungsfindung auch nicht in allen Einzelheiten offen legen. Da zudem Hinweise auf eine bewusste Benachteiligung von Pathologen durch den EBM nicht zu erkennen seien, bestehe auch kein Anlass zur Einholung weiterer Auskünfte. Ebenfalls erübrigten sich Ausführungen dazu, ob die Budgetregelungen des EBM rechtmäßig sind; Pathologen seien im streitigen Quartal nicht budgetiert worden. Den sonstigen Einwendungen der Kläger gegen die Honorarfestsetzung auf der Grundlage des EBM und HVM (sowie den übrigen Beweisanträgen), insbesondere hinsichtlich der Legitimation der Normgeber und der Unzulänglichkeit der gesetzlichen Grundlagen, sei angesichts der gefestigten Rspr. des BSG und des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) keine Bedeutung beizumessen.

Gegen das am 10.07.2002 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Kläger vom 12.08.2002, mit der sie u.a. unter Bezugnahme auf zwei Schreiben der KBV (28.09.1999 und 22.12.2000) und das Gutachten "Politische Entscheidungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung" von F ... B ..., T ... D ... und C ... M ... vom Mai 2002 im Wesentlichen vortragen: Das Urteil verstoße gegen prozessuales Verfassungsrecht und sei deshalb aufzuheben; der Rechtsstreit sei an das SG zurückzuverweisen. Dieses habe gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs und des gesetzlichen Richters verstoßen. Es habe außer der Klagebegründung einschließlich Rechtsgutachten weder den sonstigen Akteninhalt noch ihren Sach- und Rechtsvortrag in der mündlichen Verhandlung zur Kenntnis genommen. Die Urteilsbegründung sei extrem lückenhaft und habe ihnen deswegen eine Gerichtsinstanz und den gesetzlichen Richter entzogen. Das SG habe in seinem Urteil nur 9 von 33 ihrer Einwendungen zur Kenntnis genommen und sich nicht mit allen Beweisanträgen befasst. Ebenso sei das SG seiner Rechtspflicht, sich mit ihren substantiierten Einwendungen gegen die Rspr. des BSG zu befassen, nicht gerecht geworden. Dies wäre aber umso notwendiger, als die Ansicht des BSG Mindermeinung sei. Ihr Ziel sei es, auf eine Änderung der höchstrichterlichen Rechtsprechung in dieser Frage hinzuwirken. Der Rechtsanspruch der Vertragsärzte auf angemessene Vergütung ergebe sich Artikel 12 Abs. 1 GG. Die Tätigkeit als Vertragsarzt sei ein eigener Beruf. Die Freiheit, einen Beruf auszuüben, sei untrennbar mit einem Anspruch auf eine angemessene Vergütung verbunden. Das GG mute den Inhabern freier Berufe nicht zu, unter Selbstkosten oder bloß gegen Ausgleich der entstehenden Kosten, aber ohne Entgelt für die erbrachte Tätigkeit zu arbeiten. Die in §§ 72, 85 SGB V enthaltene Regelung, die Gesamtvergütung und die Zahlungen nach dem HVM müssten angemessen sein und die Praxiskosten, die aufzuwendende Arbeitszeit sowie Art und Umfang der ärztlichen Leistungen berücksichtigen, begründe einen subjektiven Anspruch auf eine angemessene Vergütung. Entgegen der Auffassung des BSG sei das bestehende Sozialleistungssystem kein Gemeinwohlbelang, das den Gesetzgeber legitimieren könne, den vertragsärztlichen Anspruch auf angemessene Vergütung einzuschränken. Eine Einschränkung sei allenfalls unter Berücksichtigung der Art. 2 Abs. 2, 20 Abs. 1, 28 Abs. 1 GG möglich. Dem Gesetzgeber und den Partnern der Gesamtverträge stünden jedoch zahlreiche die Vertragsärzte weniger belastende Regelungsvarianten zur Verfügung, z.B. Beitragserhöhung, Absenkung des gegenwärtigen Leistungsniveaus, höhere Selbstbeteiligung der Versicherten an bestimmten Krankheitskosten, Reduzierung der Zahl der KVen, Befreiung der GKV von versicherungsfremden Leistungen. Eine gewisse und zeitlich limitierte Einschränkung des "Arztlohns" könne zwar zumutbar sein, nicht aber ein Verzicht auf Entgelte für die berufliche Tätigkeit. Die vertragsärztliche Vergütung sei angemessen, wenn sie die Kosten einer sparsamen und wirtschaftlich betriebenen vollausgelasteten Vertragsarztpraxis decke und einen "Arztlohn" übrig lasse. Die Praxiskosten seien in dem Gutachten der Firma H ...-C ... bei einem fiktiven Punktwert von 10 Pf mit 6,7 Pf ermittelt worden. Mit der KBV sei ein Arztlohn von 45.000,00 DM / Quartal angemessen. Daraus folge, dass ihr Arztlohn für das Quartal III/1998 nicht angemessen sei. Der Honorarbescheid verstoße auch gegen die guten Sitten und sei deshalb gemäß § 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB X nichtig. Eine monatliche Vergütung von rund 4.000,- DM Brutto sei für einen Arzt nicht zumutbar. Das Missverhältnis zwischen Lohn und Arbeitsleistung sei auffällig. Honorar- und Widerspruchsbescheid seien rechtsfehlerhaft. Der Honorarbescheid sei objektiv unverständlich (§ 33 Abs. 1 SGB X) und damit nichtig. Die Begründung des Bescheides sei unzulänglich (§ 35 Abs. 1 SGB X). Dies gelte auch für den Widerspruchsbescheid. Die Beklagte habe sich nicht mit ihrem Vortrag auseinandergesetzt und damit gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs verstoßen (§ 24 SGB X). Die Versagung

des rechtlichen Gehörs im Widerspruchsverfahren sei kein Verfahrens- und Formfehler i.S. des § 43 SGB X; schon deshalb sei der Bescheid aufzuheben. Für den Abzug von Verwaltungskosten fehle die Rechtsgrundlage. Mit dem Abzug werde § 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V verletzt, nach dem die Gesamtvergütung ungeschmälert an die Vertragsärzte verteilt werden müsse. § 81 Abs. 1 Satz 5 SGB V reiche als Rechtsgrundlage für den Eingriff nicht aus, ebenso nicht § 9 Abs. 2 der Satzung der Beklagten, da dieser nicht den jährlichen Vomhundertsatz enthalte. Für dessen Festsetzung bedürfe es einer förmlichen Satzung, der Ausfertigung und der Bekanntmachung im Rheinischen Ärzteblatt (§ 13 Abs. 2 der Satzung). Der Honorarbescheid beruhe auch auf fehlerhaften untergesetzlichen Rechtsquellen. Zunächst seien die KVen sowie die Krankenkassen und deren Verbände keine untergesetzlichen, verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen genügende Rechtsnormgeber. Die ihre Normgebungsbefugnis regelnden Vorschriften des SGB IV und V stünden mit dem GG nicht in Einklang. Die Vertreterversammlung sei als Rechtsnormgeber nicht hinreichend demokratisch legitimiert. Neben den gewählten Vertretern der Vertragsärzte gehörten der Vertreterversammlung außerordentliche Mitglieder an, die Nichtvertragsärzte seien, dennoch aber mehrheitsentscheidend sein könnten. Vertreterversammlungen, denen Nichtvertragsärzte angehörten, könnten aber niemals Honorarnormgeber sein. In der Vertreterversammlung bestehe auch kein hinreichender Minderheitenschutz. Die wirtschaftlichen und rechtlichen Interessen der kleineren Facharztgruppen (Radiologen, Pathologen) seien bei Beschluss des in Frage stehenden HVM nicht vertreten gewesen. Das Fehlen jeglichen Minderheitenschutzes in § 80 SGB V führe dazu, dass die Vertreterversammlung der Beklagten als untergesetzlicher grundrechtseinschränkender Rechtsnormgeber ungeeignet sei. Auch die Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen und die Mitgliederversammlungen der Ersatzkassen seien als Rechtsnormgeber von Verfassungswegen ungeeignet. Ihre Tätigkeit beruhe weit überwiegend auf sog. "Friedenswahlen", die als fiktive Wahlen keine demokratische Legitimation vermitteln könnten. Ersatzkassenverbände, die keine Körperschaften öffentlichen Rechts seien, schieden als Rechtsnormgeber aus. Insbesondere seien sie nicht beliehene Unternehmer, die auch nur darauf beschränkt seien, an der öffentlichen Verwaltung mitzuwirken. Es fehle zudem an einer ausreichenden Rechtsgrundlage für eine Beleihung von Ersatzkassen. Die Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenversicherungen seien keine Vertreter der Versicherten. Sie bestünden nur zur Hälfte aus (angeblichen) Vertretern der Versicherten, im Übrigen aus Arbeitgebervertretern. Die (angeblichen) Versichertenvertreter könnten deshalb aus eigener Kraft niemals eine Mehrheit in den Verwaltungsräten bilden. Der Gedanke, die gesetzlichen Krankenversicherungen "vertreten" die Versicherten, sei im Übrigen eine Fiktion. Ferner sei der EBM rechtswidrig, weil er gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoße. Er sei nicht nur eine reine Berufsausübungsregelung und bedürfe deshalb der Form eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung. Der als Ermächtigungsgrundlage verstandene § 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V sei für die grundrechtseinschränkenden Regelungen des EBM unzulänglich, weil er Wesentliches ungeregelt ließe. So sei es dem Bewertungsausschuss außerhalb einer gesetzlichen Regelung möglich, nach unbekannten und nicht nachprüfbaren Kriterien zu bestimmen, welche Leistungen Versicherte erhielten und wie diese den Vertragsärzten vergütet würden. Die ab dem Quartal III/1997 erfolgende Budgetierung bzw. Nicht-Budgetierung bestimmter Arztgruppen finde in § 87 Abs. 2 und 2 a SGB V keine Grundlage. Budgets dienten nicht der Bewertung eines Leistungskomplexes und auch nicht der Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens. Ihr Zweck beschränke sich darauf, eine unzulängliche Gesamtvergütung zu bewirtschaften. Die Rechtswidrigkeit der Budgetierung habe auch Auswirkungen auf die nicht-budgetierten Pathologen. Ohne den die Budgetierung bestimmenden Teil sei der Rest-EBM nämlich nicht vollzugsfähig. Die Normgeber des EBM seien zudem nicht rechtsstaatlich-demokratisch legitimiert, denn bereits die Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte - die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen - genügten rechtsstaatlichen Anforderungen nicht. Auch der Bewertungsausschuss sei rechtsstaatswidrig und undemokratisch gebildet und zusammengesetzt. Er gehe auf nicht hinreichend rechtsstaatlich-demokratische Vertreterversammlungen und Verwaltungsräte zurück. Unter seinen Mitgliedern könnten Ersatzkassen"vertreter" und Arbeitgeber"vertreter" sein. Diese seien aber keine demokratischen Vertreter. Könne der Bewertungsausschuss keine einstimmigen Beschlüsse erzielen, so werde er um fünf weitere unparteiische Mitglieder, die weder gewählte Versicherte noch überhaupt Mitglieder einer KV oder einer gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse sein müssen, erweitert. Rechtswidrig sei auch das Verfahren, nach dem der Bewertungsausschuss tätig werde. Dessen Geschäftsordnung regele nicht, wie die Entscheidungen im Einzelnen zu Stande kämen. Undurchschaubar sei auch, wer im Vorfeld mitwirke, ob und welche Gutachten den Entscheidungen zu Grunde gelegt würden, ob überhaupt betriebswirtschaftliche Untersuchungen angestellt würden und welche Vorgaben die Gutachter erhielten. Vor allem sei unklar, welches die "zahlreichen nicht nur betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte" seien, die nach dem BSG den Entscheidungen des Bewertungsausschusses zu Grunde lägen. Sein "Arbeitsausschuss", in dem die meisten Entscheidungen fielen, sei gesetzlich nicht vorgeschrieben. Die Tätigkeit eines derartigen Geheimgremiums sei jedenfalls dann nicht rechtsstaatskonform, wenn tief in Grundrechte der Versicherten und der Vertragsärzte eingegriffen werde. Dem Bewertungsausschuss seien bei der Bewertung der vertragsärztlichen pathologischen Leistungen Fehler unterlaufen, weil er keine betriebswirtschaftlichen Ermittlungen angestellt habe. Dies beruhe auf Desinteresse. Selbst aus dem vorgelegten H ...-Gutachten habe der Ausschuss keine Folgerungen gezogen. Die Ungleichbehandlung budgetierter und nichtbudgetierter Arztgruppen verstoße gegen Art. 3 Abs. 1 GG. Es sei rechtswidrig, die Leistungen von Pathologen im Gegensatz zu den Leistungen der übrigen Vertragsärzte zu bewerten, ohne den Kostensatz ermittelt zu haben. Ebenso sei der HVM rechtswidrig. Er sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Bestritten werde, dass zu den Sitzungen, in denen der vorliegend relevante HVM beschlossen worden sein soll, ordnungsgemäß geladen worden sei und dass es Ausfertigungen dieses HVM gebe, die mit den angeblich gefassten Beschlüssen übereinstimmten. Bestritten werde auch, dass eine ordnungsgemäße Benehmungsherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen gemäß § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V erfolgt sei und dass die angeblich beschlossenen und ausgefertigten HVM-Bestandteile einschließlich Datum und Unterschrift veröffentlicht worden seien. Auch der HVM verstoße aus gleichen Gründen wie der EBM gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Er genüge den rechtsstaatlichen Mindestanforderungen nicht; denn die Vertreterversammlung der Beklagten habe keinerlei Erkenntnisse über die Kosten vertragsärztlicher Praxen von Pathologen gehabt. Sie habe auch keine Prognosen über die Auswirkungen des HVM für die Pathologen und - im Hinblick auf das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit - zwischen den einzelnen Vertragsarztgruppen angestellt. Zwischen HVM-Punktwertabsenkung und Punktzahl des EBM bestehe eine Kollision. In dem Gutachten K ... werde nachgewiesen, dass die tatsächlichen Punktwertabsenkungen (von gedachten 8,82 Pf im EBM) zu so massiven Ungleichheiten zwischen kostenträchtigen und mit geringen Kosten belasteten Arztgruppen führe, dass dies die Punktbewertung des EBM geradezu auf den Kopf stelle. Dies führe zu einer dramatischen Ungleichbehandlung der Pathologen. Selbst wenn ihr gemittelter Punktwert von 7,1 über dem Durchschnittspunktwert aller Arztgruppen liege, hätten Pathologen wegen der hohen Kostensätze nur einen Arztlohn von 0,4 Pf. Die Budgetierung der Honoraranforderung der Pathologen im HVM verstoße gegen A I. Teil B 1. EBM, nach dem nur die unter Ziffer 1.5 genannten Arztgruppen budgetiert werden. Ebenso seien die Bemessung des Honorartopfs für Pathologen, die unterschiedlichen Verteilungspunktwerte zwischen den Fachgruppen, die Kürzung wegen übermäßiger Ausdehnung der Kassenpraxis und der Fremdkassenausgleich rechtswidrig.

Die Kläger beantragen,

I. das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 05.06.2002 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das

Sozialgericht zurückzuverweisen,

2. hilfsweise a. das angefochtene Urteil sowie den Honorarbescheid der Beklagten vom 20.01.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.10.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen der Kläger in dem Quartal III/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen, b. weiter hilfsweise festzustellen, dass der in dem Quartal III/98 Geltung beanspruchende Einheitliche Bewertungsmaßstab und der Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten nichtig, hilfsweise rechtswidrig sind.

Sie stellen zudem die Beweisanträge aus erster Instanz (Schriftsatz vom 05.06.2002) mit Ausnahme des Antrags zu 1.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung, die sich mit den von den Klägern vorgetragenen Gesichtspunkten tatsächlicher und rechtlicher Art umfassend und zutreffend auseinandergesetzt habe, für zutreffend.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, den Verwaltungsvorgang der Beklagten sowie der Prozessakten L 10 KA 47/02 und L 10 KA 03/03 Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtene Entscheidung der Beklagten ist nicht rechtswidrig und beschwert die Kläger nicht im Sinne des § 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Kläger haben keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung der von ihnen im Quartal III/1998 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen. Dies hat das Sozialgericht mit zutreffender Begründung entschieden.

I. Entgegen der Auffassung der Kläger liegen die Voraussetzungen für eine Zurückverweisung des Rechtsstreits an das SG (§ 159 SGG) nicht vor. Selbst wenn das der Fall wäre, stünde es im Ermessen des Senats, ob er von der Zurückverweisungsmöglichkeit Gebrauch macht oder dennoch in der Sache entscheidet. Dieses Ermessen ist auch dann nicht eingeschränkt, wenn Verfahrensfehler von erheblichem Gewicht gerügt werden und vorliegen (BSG vom 09.09.1998 - B 6 KA 34/98 B -)

Soweit die Kläger wesentliche Mängel des sozialgerichtlichen Verfahrens rügen (§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG), ist zunächst von folgenden Grundsätzen auszugehen:

Nach § 62 SGG ist den Beteiligten vor jeder Entscheidung rechtliches Gehör zu gewähren. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass jeder Beteiligte zum jeweiligen Verfahren herangezogen wird und Gelegenheit hat, sich vor Erlass der Entscheidung zum Prozessstoff zu äußern und gehört zu werden (Meyer/Ladewig, SGG, 7. Auflage, § 62 Rn. 2; Düring in Jansen, Berliner Kommentare, SGG, 1. Auflage, 2003, § 62 Rdn. 2 ff.). Das Gericht ist verpflichtet, den Vortrag der Beteiligten zu berücksichtigen, d.h. zur Kenntnis zu nehmen und bei seiner Entscheidung in Erwägung zu ziehen. Ein Verstoß hiergegen ist nur dann anzunehmen, wenn im Einzelfall besondere Umstände deutlich machen, dass tatsächliches Vorbringen entweder überhaupt nicht zur Kenntnis genommen oder bei der Entscheidung ersichtlich nicht erwogen worden ist. Besondere Umstände liegen etwa vor, wenn das Gericht auf den wesentlichen Kern des Vortrages einer Partei zu einer zentralen Frage des Verfahrens nicht in den Entscheidungsgründen eingeht (Pieroth in Jarass/Pieroth, GG, 6. Auflage, Art. 103 Rn. 23).

Nach § 136 Abs. 1 Ziff. 5 SGG muss das Urteil "die gedrängte Darstellung des Tatbestandes" enthalten. Der Tatbestand beurkundet das schriftliche und mündliche Vorbringen der Beteiligten (Zöller/Vollkommer, ZPO, 19. Auflage, § 313a Rdn. 11). Er beweist, dass wiedergegebene Tatsachen vorgetragen und nicht wiedergegebene nicht vorgetragen worden sind (BGH, NJW 1983, 885; Meyer-Ladewig, a.a.O. § 136 Rdn. 6). Nach § 136 Abs. 2 Satz 1 SGG kann die Darstellung des Tatbestandes durch eine Bezugnahme auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze und auf die zur Sitzungsniederschrift erfolgten Feststellungen ersetzt werden, soweit sich aus ihnen der Sach- und Streitstand richtig und vollständig ergibt. Als Mindestanforderung verlangt § 136 Abs. 2 Satz 2 SGG, dass die erhobenen Ansprüche genügend zu kennzeichnen und die dazu vorgebrachten Angriffs- und Verteidigungsmittel ihrem Wesen nach hervorzuheben sind. Bezugnahmen dürfen keine Unklarheiten zur Folge haben; der Tatbestand muss noch in sich verständlich sein (Meyer-Ladewig, § 136 Rdn. 6c). Angriffs- und Verteidigungsmittel im Sinn des § 136 Abs. 2 Satz 2 SGG sind die des § 282 Abs. 2 ZPO. Dabei handelt es sich um die zur Begründung des Sachantrags oder zur Verteidigung gegen diesen vorgebrachten tatsächlichen und rechtlichen Behauptungen, Einwendungen, Bestreiten, Einreden und Beweisanträge, nicht aber um allgemeine Rechtsausführungen (vgl. nur Senatsurteile vom 22.01.2003 - L 10 SB 11/02 - und vom 20.02.2002 - L 10 SB 54/01 -; Zöller/Greger, ZPO, 22. Auflage, § 282 Rdn. 2 ff; Humpert in Jansen, Berliner Kommentare, SGG, 2003, § 136 Rdn. 7 f).

Nach § 136 Abs. 1 Ziff. 6 SGG muss das Urteil "die Entscheidungsgründe" enthalten. In Ermangelung weiterer Regelungen ist über § 202 SGG die Vorschrift des § 313 Abs. 3 Zivilprozessordnung (ZPO) heranzuziehen. Danach sollen die Beteiligten Kenntnis erhalten, von welchen Feststellungen, Erkenntnissen und rechtlichen Überlegungen das Gericht ausgegangen ist (Meyer-Ladewig, a.a.O. § 136 Rdn. 7c). Eine kurze Begründung für jeden einzelnen für den Urteilsausspruch rechtlich erheblichen Streitpunkt in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht ist geboten und ausreichend (Senatsurteil vom 20.02.2002 - L 10 SB 141/01 - m.w.N.). Hierzu sind die entscheidungserheblichen Erwägungen des Gerichts in den Entscheidungsgründen kurz zu formulieren (BSGE 76, 233; Meyer-Ladewig, a.a.O. § 136 Rdn. 7; Baumbach/ Hartmann, ZPO, 60. Auflage, § 313 Rdn. 14). Verfahrensfehlerhaft ist nur, wenn in keiner Weise erkennbar ist, welche Gründe für die richterliche Überzeugung maßgebend waren (BGHZ 39, 333 ff.) oder wenn den Entscheidungsgründen nicht zu entnehmen ist, aufgrund welcher Tatsachen und Erwägungen das Gericht zu seinen Tatsachenfeststellungen und rechtlichen Folgerungen gekommen ist (BGH vom 07.03.2001 - X ZR 176/99; BFHE 86, 219; Senatsurteile vom 05.09.2001 - L 10 SB 70/01 -). Das Gericht muss sich dabei nicht mit jedem Beteiligtenvorbringen auseinandersetzen, insbesondere wenn es offensichtlich unerheblich ist oder wenn sich aus dem Urteil zweifelsfrei ergibt, dass das Gericht das Vorbringen auch ohne ausdrückliche Erwähnung für unerheblich hält. Mindestinhalt ist aber eine ausreichende

Angabe der angewandten Rechtsnormen, der für erfüllt oder nicht erfüllt gehaltenen Tatbestandsmerkmale und der dafür ausschlaggebenden tatsächlichen oder rechtlichen Gründe (BSG, SozR 1500 § 136 Nr. 10; Senatsurteile vom 05.09.2001 - L 10 SB 70/01 - und vom 23.01.2002 - L10 SB 150/01 -; Meyer-Ladewig, a.a.O. § 136 Rdn. 7a; Baumbach/Hartmann, a.a.O. § 313 Rdn. 14 ff; Humpert, a.a.O. § 136 Rdn. 13).

Schließlich bestimmt Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG, dass niemand seinem gesetzlichen Richter entzogen werden darf. Ein Verstoß gegen diese Garantie des gesetzlichen Richters ist u.a. anzunehmen, wenn ein Gericht willkürliche Maßnahmen oder Entscheidungen trifft. Darunter fällt auch, dass ein Gericht die Verpflichtung zur Vorlage an ein anderes Gericht willkürlich außer Acht lässt (Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluss vom 26.02.1994 - 1 BvR 537/93 -, BVerfGE 3, 359 ff; Beschluss vom 29.06.1976 - 2 BvR 148/75 -, BVerfGE 42, 237 ff; Beschluss vom 03.1 1.1992 - 1 BvR 137/92 -, BVerfGE 87, 282 ff; Beschluss vom 10.07.1990 - 1 BvR 984/87, 1 BvR 985/87-).

Das erstinstanzliche Verfahren entspricht einschließlich des angefochtenen Urteils diesen Anforderungen.

Die Kläger hatten ausreichend Gelegenheit vorzutragen und haben diese auch wahrgenommen. Das folgt aus den zahlreichen umfangreichen Schriftsätzen und aus der mehr als dreistündigen Dauer der mündlichen Verhandlung, die das SG in der Parallelsache S 14 (25) KA 102/99 SG Düsseldorf am 05.06.2002 (= L 10 KA 47/02) durchgeführt hat. Auch der Termin vor dem Senat dauerte länger als drei Stunden (13.40 Uhr bis 16.59 Uhr). Der Bevollmächtigte der Kläger hat unter Überreichung einer Gliederung von 13.40 Uhr bis 15 Uhr vorgetragen. Anschließend hat der Senat bis 15.37 Uhr eine Zwischenberatung durchgeführt. Sodann hat der Senatsvorsitzende die Auffassung des Senats bis ca. 16.30 dargelegt. Der Senat hat nicht den Eindruck gewonnen, dass die Kläger daran gehindert gewesen wären, ihre Position eingehend darzulegen. Er sieht es deswegen als ausgeschlossen an, dass die Kläger bei einer dreistündigen mündlichen Verhandlung vor dem SG nicht auch in der Lage gewesen sein sollen, ihr Anliegen in konzentrierter Form vorzutragen und dem SG - über das schriftliche Vorbringen hinaus - nochmals zur Kenntnis zu geben. Von einem Verstoß gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs kann bei dieser Sachlage keine Rede sein.

Die im Tatbestand des sozialgerichtlichen Urteils wiedergegebene "wesentliche" Klagebegründung gibt auch das tatsächlich wesentliche Vorbringen der Kläger wieder, nämlich: Die angefochtenen Bescheide seien weder formell (fehlende Anhörung, fehlende bzw. nicht ausreichende Begründung, Unbestimmtheit) noch materiell (formelle und materielle Rechtswidrigkeit des EBM und des HVM, angemessene Vergütung, formelle Fehlerhaftigkeit der Verwaltungskostenerhebung) rechtmäßig. Auch das von den Klägern als relevant erachtete Beweisvorbringen, das in wesentlichen Teilen mit ihren Rechtsausführungen identisch ist, wird aufgeführt. Mit all diesen Punkten hat sich das SG in den Entscheidungsgründen auseinandergesetzt, in denen die wesentlichen tatsächlichen bzw. rechtlichen Gründe für die getroffene Entscheidung im Einzelnen dargelegt sind. Soweit die Kläger meinen, das SG hätte sich noch ausführlicher mit ihren Einwendungen bzw. Rechtsauffassungen auseinandersetzen müssen, verkennen sie, dass diese ganz überwiegend bereits Gegenstand höchstrichterlicher Entscheidungen waren. Es ist nicht Aufgabe eines sich nach eigener Meinungsbildung dieser Rspr. anschließenden Gerichts, den Beteiligten, denen diese Entscheidungen - wie hier - bekannt sind, deren Inhalt nochmals ausführlich zur Kenntnis zu geben. Zu Recht hat sich das SG deswegen darauf beschränkt, auf diese Rspr. hinzuweisen und sie lediglich in gedrängter Form wiederzugeben.

Ähnliches gilt soweit die Kläger meinen, dass SG habe ihre Beweisanträge nicht beachtet bzw. sei diesen nicht nachgekommen. Die Kläger verkennen, dass Beweis nur über entscheidungserhebliche Tatsachen zu erheben ist. Die Tatsachen, über die Beweis erhoben werden soll, müssen zudem bestimmt bezeichnet werden, sie müssen den von der antragstellenden Partei erhobenen Anspruch oder ihre Einwendungen auch rechtfertigen, und die Parteivernehmung darf nicht lediglich einer Ausforschung dienen (vgl. nur BGHZ 33,63 und BGHZ 56,256). Maßgebend für die Frage, welche Tatsachen entscheidungserheblich sind, ist weder die Ansicht eines Beteiligten noch die des Berufungsgerichts. Insoweit kommt es allein auf die Rechtsauffassung des SG an (vgl. Meyer-Ladewig, § 159 Rdn. 3a). Zu den aus Sicht des SG entscheidungserheblichen Tatsachen haben die Kläger aber keinen Beweisantrag gestellt. Die tatsächlich gestellten Beweisanträge waren damit nach Auffassung des SG rechtlich unbeachtlich. Einer vertiefenden Erörterung bedurfte dies nicht, denn die Entscheidungsgründe belegen, dass das SG den Beweisanträgen der Kläger allein deswegen nicht gefolgt ist, weil es das jeweilige Beweisthema nicht als entscheidungserheblich angesehen hat.

Das SG war auch nicht verpflichtet, den Rechtsstreit dem BVerfG vorzulegen (Art. 100 Abs. 1 GG). Dies setzt voraus, dass das Gericht ein Gesetz, auf dessen Gültigkeit es bei der Entscheidung ankommt, für verfassungswidrig hält. Das war jedoch nicht der Fall. Ungeachtet des Vorbringens der Kläger hat das SG die Überzeugung gewonnen, dass die für die Entscheidung relevanten gesetzlichen und untergesetzlichen Normen verfassungsgemäß sind.

Letztlich geht auch der Hinweis der Kläger auf § 131 Abs. 3 SGG fehl. Aus welchen Gründen das SG die Unterlassung eines Verwaltungsakts für rechtswidrig hätte halten sollen, ist nicht ansatzweise erkennbar.

Zusammenfassend hat das SG den Streitstoff unter der gebotenen Abwägung zwischen Qualität und Quantität auf das Wesentliche konzentriert (vgl. § 136 SGG) und dabei dennoch das Vorbringen der Kläger umfassend erfasst und gewürdigt. Angesichts dessen besteht keinerlei Anhaltspunkt dafür, dass die angefochtene Entscheidung willkürlich und Artikel 101 Abs. 1 Satz 2 GG verletzt sein könnte.

II. Der Bescheid vom 20.01.1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.10.1999 ist rechtmäßig.

1. Die Kläger haben keinen Anspruch auf Neubescheidung unter dem Gesichtspunkt, dass die Beklagte gegen das Verwaltungsverfahren regelnde Vorschriften verstoßen haben könnte.

Die Beklagte hat weder vor Erlass des Honorar- noch des Widerspruchsbescheides den Grundsatz des rechtlichen Gehörs verletzt (§ 24 SGB X). Denn eine Anhörungspflicht besteht lediglich für den Fall, dass unanfechtbar zuerkannte Rechte auf Grund späterer Veränderungen wieder entzogen werden (so bereits BSG, Urteil vom 01.03.1979 - 6 RKa 17/77 -; Schroeder-Printzen, SGB X, 3. Auflage, 1996, § 24 Rdn. 3 m.w.N.). Nichtanhörungspflichtig sind Verwaltungsakte, die über Bestehen und Umfang eines vom Antragssteller lediglich behaupteten Rechtes entscheiden, insbesondere einen von ihm erhobenen Zahlungsanspruch nach Grund und Höhe feststellen (so für Honorarbescheide BSG a.a.O.).

Der angefochtene Honorarbescheid ist auch hinreichend bestimmt (§ 33 Abs. 1 SGB X). Er ist objektiv verständlich. In dem angegriffenen Bescheid werden Gesamthonorar-Saldo, Abzüge (z.B. Verwaltungskosten) und die bereits geleisteten Abschlagszahlungen festgestellt. Der Wille des Beklagten ist aus diesen "Verfügungssätzen" erkennbar. Die Anlagen (Frequenztabelle pp.) dienen dazu, die Honorarhöhe zu begründen. Sie enthalten außerdem die für die Honorarberechnung erforderlichen Faktoren und legen den Berechnungsweg dar (z.B. die geltend gemachten und anerkannten EBM-Positionen, Punktwerte pp.). Der Senat hat nicht den geringsten Zweifel daran, dass Verfügungssatz und Begründung für den verständigen Erklärungsempfänger, also einen Arzt, der vierteljährlich derartige Bescheide enthält und über die Honorarverteilungsmaßstäbe der Beklagten im Rheinischen Ärzteblatt in Kenntnis gesetzt wird, nachvollziehbar ist.

Der Bescheid ist hinreichend begründet (§ 35 Abs. 1 SGB X). Die Begründung soll den Betroffenen in die Lage versetzen, seinen Rechten nachzugehen, d.h. die Entscheidung nachzuvollziehen und ggf. sachgemäß anzugreifen (Schroeder-Printzen, a.a.O. § 35 Anm. 5). Dazu reicht es aus, dass sich die Begründung auf die wesentlichen, die Entscheidung tragenden Gründe konzentriert. Diesen Anforderungen genügt der angefochtene Honorarbescheid. Denn er enthält die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren.

Dahingestellt bleiben kann, ob auch der Widerspruchsbescheid zureichend begründet ist. Denn selbst eine fehlende Begründung würde nicht zur Nichtigkeit sondern nur zur Rechtswidrigkeit dieses Bescheides führen (z.B. BSGE 27, 38; 48,116). Der Widerspruchsbescheid könnte dennoch nicht aufgehoben werden, denn die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach § 40 SGB X nichtig ist, kann nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn - wie hier - offensichtlich ist, dass dies die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat (§ 42 SGB X).

Die Auffassung der Kläger, die angefochtenen Bescheide seien wegen Verstoßes gegen die guten Sitten (§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB X) deswegen nichtig, weil ihnen nur eine monatliche Vergütung von 4.000 DM Brutto verbleibe, ist verfehlt. Ob es gegen die herrschende Rechts- und Sozialmoral verstößt (vgl. BVerwG NJW 1990, 2572), wenn die Kläger auf ein derartiges Einkommen reduziert wären, erscheint schon als zweifelhaft. Selbst wenn dies bejaht würde und der angefochtene Bescheid deswegen nichtig wäre, würde hieraus kein Anspruch auf eine bestimmte (höhere) Vergütung folgen.

Soweit die Kläger vortragen, der Vorstand habe ihre Widerspruchsbegründung nicht zur Kenntnis genommen, hat bereits das SG zutreffend ausgeführt, dass die Kläger dazu keinerlei konkrete Anhaltspunkte benannt haben. Dies wäre aber angesichts der Beweiskraft des Widerspruchsbescheids vom 26.10.1999, von dessen Richtigkeit der Senat überzeugt ist und an der selbst die Kläger keine Zweifel geäußert haben, unerlässlich. Als Urkunde i.S.d. §§ 415 ff ZPO belegt der Widerspruchsbescheid, dass der Vorstand der Beklagten über den Widerspruch der Kläger befunden und diesen damit zur Kenntnis genommen hat. Der dazu gestellte Beweisantrag der Kläger ist unbeachtlich; er zielt auf einen unzulässigen Ausforschungsbeweis (Behauptungen "aufs Geratewohl" oder "ins Blaue hinein", s. dazu BGH NJW 1995, 2111; BGHZ 33,63; BGHZ 74,383).

2. Auch in der Sache sind der Honorarbescheid der Beklagten und die ihm zugrunde liegenden Regelungen rechtmäßig.

Das SG hat insbesondere zu Recht festgestellt, dass die Kläger einen Anspruch auf eine höhere Vergütung ihrer Leistungen weder auf das Gebot der Angemessenheit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß § 72 Abs. 2 SGB V noch auf den sich aus Art. 12 und 3 GG ergebenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit stützen können.

Nach § 85 Abs. 4 SGB V verteilt die KV unter Anwendung des im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstabes die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte.

Dementsprechend hat die Beklagte das Honorar der Kläger für das Quartal III/1998 in Anwendung ihres HVM i.d.F. vom 01. April 1998 (Rheinisches Ärzteblatt 4/98, S. 52 f) berechnet. Dieser sah in § 6 für die Verteilung der Gesamtvergütung vor, dass aus dem sich aus den Gesamtvergütungen der Kassen (einschließlich Bundesknappschaft und Zahlungen anderen KVÅ½en - Fremdkassenfälle -) zur Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Betrag eines Vierteljahres im Einzelnen aufgeführte Leistungen (§ 6 Abs. 3 HVM) - darunter Zahlungen an andere KVen für Fremdarztfälle (§ 6 Abs. 3 Buchst. b HVM) - vorweg zu berücksichtigen sind. Für den nach Abzug der Vorwegzahlungen verbleibenden Gesamtvergütungsbetrag regelte § 6 Abs. 4 a) HVM, dass dieser nach einem Schlüssel für Polikliniken, Institute, Krankenhäuser und die einzelnen Arztgruppen zur Verfügung gestellt und zur Honorierung der nach Prüfung anerkannten, nach den Bestimmungen des HVM berichtigten Honoraranforderung auf im einzelnen aufgeführte Bereiche ("Honorartöpfe") verteilt wird. Weiter sah § 6 Abs. 4 a) HVM vor, dass die Höhe der fachgruppenspezifischen Budgets "(Honorartöpfe)" ab 1/1998 quartalsweise durch den Vorstand er KV nach Anhörung des HVM-Ausschusses geprüft und für das Folgequartal entsprechend der Veränderung der Arztzahl je Arztgruppe zum Basiszeitraum I und II/1996 in der Weise verändert wird, dass das durchschnittliche Honorar je Arzt und Arztgruppe aus den Quartalen I und II/1996 getrennt nach PK und EK für das abzurechnende Quartal angepasst wird. Das einer Arztgruppe im Abrechnungsquartal zustehende Honorarkontingent wurde danach auf der Grundlage des prozentualen Anteils der Arztgruppe am Honorarvolumen des Vergleichsquartals ermittelt. Der Punktwert im Quartal ergab sich aus der Division des jeweiligen Honorarvolumens durch die jeweils in der Fachgruppe insgesamt angeforderten Punktzahlen. Für Pathologen ergab sich auf dieser Basis im Quartal III/1998 ein Arztgruppenanteil von 0,5356% und ein Punktwert von 7,74 Pf. EK und von 6,7312 Pf. PK.

Sowohl diese Verfahrensweise als auch die zugrunde liegenden Regelungen sind rechtmäßig.

a) Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass Wahl und Zusammensetzung der den HVM beschließenden Vertreterversammlung nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprechen (§ 80 Abs. 1 SGB V). Sowohl diese Frage als auch die Frage nach der Rechtmäßigkeit der personellen Zusammensetzung der Mitglieder des Bewertungsausschusses und des Verfahrens zur Bestellung dieser Mitglieder waren bereits mehrfach Gegenstand gerichtlicher Überprüfung (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 29.09.1993 - 6 RKa 65/91 -; vom 26.01.1994 - 6 RKa 66/91 -; vom 28.01.1998 - B 6 KA 98/96 - = BSGE 82, 268 ff.; vom 18.03.1998 - B 6 KA 37/96 R - B 6 KA 78/96 R -). Vertreterversammlung und Bewertungsausschuss sind hiernach ausreichend legitimiert. Insbesondere bestehen keine Bedenken gegen eine Einbeziehung von Nichtvertragsärzten, also im Arztregister eingetragenen, nicht zugelassenen Ärzte und Psychotherapeuten (§ 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 Satz 2 Buchst. b) der Satzung der Beklagten) als außerordentliche Mitglieder in die Vertreterversammlung. Mit der Registereintragung wird der Arzt außerordentliches Mitglied der KV (§ 77 Abs. 3 Satz. 2 SGB V). Er ist zu deren Vertreterversammlung - gesetzlich begrenzt - aktiv und passiv wahlberechtigt (§ 80 Abs. 1 SGB V) und berechtigt, sich um eine Zulassung (§ 95 Abs. 2 Satz 1 SGB V) und um eine Praxisnachfolge (§ 103

Abs. 5 SGB V) zu bewerben. Vor allem aber ist die mit der Registereintragung erworbene Rechtsposition insoweit besonders geschützt, als sie nur noch unter den besonderen Voraussetzungen des § 7 Ärzte-ZV beseitigt werden kann. Diese den Nichtvertragsärzten eingeräumte Rechtsstellung rechtfertigt es, sie begrenzt (§ 6 Abs. 1 Satz 2 Buchst. b) der Satzung der Beklagten) an der Vertreterversammlung zu beteiligen. Nicht deren Beteiligung, sondern deren Ausschluss würde Bedenken begegnen. Ansonsten gilt auch für die Wahlen zu den Selbstverwaltungsorganen der KVen nach Art. 3 Abs. 1 GG i.V.m. den Wahlrechtsgrundsätzen des Art. 38 Abs. 1 Satz 1 GG der Grundsatz der Wahlrechtsgleichheit. Der Minderheitenschutz ist hinreichend gewährleistet. Die Auffassung der Kläger, die personellen Zusammensetzungen müssten der unterschiedlichen Interessenlage der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen Rechnung tragen, etwa die jeweils betroffenen Arztgruppen widerspiegeln, entbehrt einer rechtlichen Grundlage. § 80 Abs. 1 SGB V regelt, dass die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder (§ 77 Abs. 3 SGB V) ihre Vertreter in die Vertreterversammlung getrennt wählen. Zudem soll das praktizierte Persönlichkeitswahlrecht gewährleisten, dass Ärzte gewählt werden, die nach der Wahl nicht mehr die eigene Berufsgruppe sondern den Beruf des Vertragsarztes in diesem Organ insgesamt vertreten. Fühlten sich Mitglieder der Vertreterversammlung vorrangig den Interessen ihrer Arztgruppe verpflichtet, würden sie den gesetzlichen Anforderungen nicht gerecht. Dies belegte indessen nur persönliche Defizite, rechtfertigt hingegen nicht die Annahme, die Wahlregelungen zur Vertreterversammlung könnten gegen höherrangiges Recht verstoßen.

b) Die Rüge der Kläger, bei der Festsetzung des HVM sei das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen nicht ordnungsgemäß hergestellt worden, geht fehl. Die Herstellung des Benehmens i.S. des § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V erfordert, dass die KV die betroffenen Krankenkassenverbände über die anstehenden Änderungen des HVM informiert, diesen die Möglichkeit der Stellungnahme gibt und die KV die von den Krankenkassenverbänden erhobenen Einwände oder Bedenken vor der Beschlussfassung über den HVM zur Kenntnis nimmt und ggf. berücksichtigt (BSG, Urteil vom 24.08.1994 = BSGE 75, 37 = SozR 3-2500 § 85 Nr. 7). Dieses Benehmen war ausweislich des im Rheinischen Ärzteblatt 4/98, S. 52 f, amtlich bekannt gemachten HVM zum Zeitpunkt der Bekanntmachung lediglich hinsichtlich einzelner, gesondert gekennzeichneter Textpassagen nicht hergestellt worden. Diese stehen mit den vorliegenden Rechtsfragen weder in Zusammenhang noch berühren sie die übrigen - hier relevanten - bereits ab 01.07.1997 geltenden HVM-Regelungen, die durch den ab 01.04.1998 geltenden HVM lediglich fortgeschrieben wurden.

c) Ebenso ist der Vorwegabzug der in § 6 Abs. 3 HVM aufgeführten Leistungen zulässig. Dabei handelt es sich um Leistungen, die kraft gesetzlicher Anordnung oder zur Sicherstellung der Honorarverteilungsgerechtigkeit vorab bzw. gesondert zu vergüten sind. An diese Vorgaben, die auf höherrangigem Recht beruhen, ist die Beklagte bei der Ausgestaltung ihres HVM gebunden (Urteil des LSG NRW vom 20.11.2002 - L 11 KA 85/02 -); für eine Ausnahmeregelung zu Gunsten der Arztgruppe der Pathologen besteht kein Ansatzpunkt. Es kann auch dahin stehen, ob den Pathologen im Zuständigkeitsbereich der Beklagten - wie die Kläger mutmaßen - übermäßig Patienten bereichsfremder Krankenkassen überwiesen werden und ob daraus eine Belastung der Pathologen dadurch entsteht, dass Fremdkassenleistungen in die zu verteilende Gesamtvergütung einfließen, statt vorrangig den angeblich übermäßig im Fremdkassenbereich tätigen Pathologen zu Gute zu kommen. Eine ähnliche Problematik kann bei Vertragsärzten gegeben sein, die in Grenzgebieten des Zuständigkeitsbereichs ihrer KV einen höheren Anteil von Fremdkassen-Patienten aufweisen. Eine daraus ggf. resultierende, allenfalls geringfügige Ungleichgewichtung ist im Rahmen pauschalierender und schematischer Regelung eines HVM hinzunehmen (vgl. LSG NRW, Urteil vom 10.01.1996 - L 11 Ka 176/95 -). Im Übrigen läuft die Vorstellung der Kläger darauf hinaus, dass ein und dieselbe vertragsärztliche Leistung unterschiedlich vergütet wird, und zwar je nachdem, ob der behandelte Versicherte einer Krankenkasse angehört, die ihren Sitz im Bezirk der Beklagten hat, oder ob er Mitglied einer bereichsfremden Krankenkasse ist. Das würde gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung verstoßen, nach der alle ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten sind und wäre nur zulässig, wenn dafür eine besondere sachliche Rechtfertigung bestünde. Diese ist aber weder ersichtlich noch von den Klägern dargetan (s. dazu BSG; Urteil vom 13. 11.1996 - 6 RKa 15/96 -).

d) Auch die Bildung von Honarartöpfen verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

Nach ständiger Rspr. des BSG müssen die Honorarverteilungsregelungen einer Kassenärztlichen Vereinigung (KV) mit den gesetzlichen Vorgaben des § 85 SGB V i.V.m. dem aus Art. 12 und 3 Abs. 1 GG folgenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Einklang stehen. § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V bestimmt, dass bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann nicht entnommen werden, dass alle Leistungen stets nach Art und Umfang gleichmäßig, d. h. nach einem einheitlichen Punktwert, honoriert werden müssten. Das Gesetz schließt danach eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge nicht grundsätzlich aus, dass die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden. Zwar darf die KV wegen der berufsregelnden Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften die Verteilung nicht nach freiem Ermessen gestalten und ist an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Indes bleibt ihr als normsetzende Körperschaft ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gerecht zu werden (BSG, Urteil vom 29.09.1993 -6 RKa 65/91 - = BSGE 73, 131; Urteil vom 28.01.1998 - B 6 KA 96/96 R - = SozR 3-2500 § 85 Nr.24; Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - = BSGE 83, 1 ff.; Urteile vom 03.03.1999 - B 6 KA 56/97 R - = USK 99 102 = SozSich 1999, 226 und - B 6 KA 8/98 R - = SozR § 85 Nr.30).

Daran gemessen sind die umstrittenen Regelungen des HVM der Beklagten rechtmäßig.

Sie setzen zunächst bei einzelnen Leistungsbereichen an, indem sie das hierfür zur Verfügung stehende Honorarvolumen begrenzen. Die maßgebliche Differenzierung, die im Ergebnis unterschiedliche Verteilungspunktwerte bei den einzelnen Arztgruppen nach sich zieht, erfolgt nicht nach Leistungsbereichen, sondern nach Arztgruppen. Dieser im Verhältnis zur Differenzierung nach Leistungsbereichen unterschiedliche Ansatz bewirkt in der rechtlichen Bewertung aber kein anderes Ergebnis und hält sich innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens. Ziel der Beklagten war es, die Gesamtvergütung gleichmäßig für alle Arztgruppen zu begrenzen. Das Wachstum der Gesamtvergütung wird an die Entwicklung der Grundlohnsumme gebunden. Dies kann unter bestimmten Voraussetzungen - wie z.B. der allgemeinen Zunahme der abgerechneten Leistungen - eine Minderung des Punktwertes und als dessen Folge eine Verringerung des für die einzelne Leistung zur Verfügung stehenden Honorars nach sich ziehen. Das wiederum fördert Bestrebungen der Vertragsärzte, durch Leistungsausweitung die Punktzahlanforderungen zu erhöhen und die mit dem Absinken des Punktwertes einhergehenden Honorarminderungen aufzufangen. Mit der Bildung fachgruppen(-arztgruppen)bezogener Teilbudgets begegnet die Beklagte in zulässiger Weise der Gefahr, dass sich durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge

ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert. Es ist sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der KV bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben und damit prinzipiell zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen haben. Insoweit ist es gerechtfertigt, auch solche Arztgruppen in dieses Honorarverteilungssystem einzubeziehen, die ihre Leistungen nur auf Überweisung von anderen Vertragsärzten erbringen können. Zu diesen Ärzten gehören neben Radiologen, Laborärzten und Nuklearmedizinern auch Pathologen. Die unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilung relevanten Unterschiede zwischen diesen Arztgruppen und anderen Vertragsärzten sind nicht von solchem Gewicht, dass sie eine völlige Freistellung der ausschließlich auf Überweisung tätigen Ärzte von mengensteuernden Regelungen im HVM gebieten (so schon für die Fachgruppe der Laborärzte: BSG, Urteil vom 28.01.1998 - B 6 KA 96/96 R - a.a.O., und für die der Radiologen: BSG, Urteil vom 03.03.1999 - B 6 KA 56/97 R -a.a.O.). Die Forderung nach einem festen bzw. einem am durchschnittlichen Punktwert der übrigen Fachgruppen orientierten Punktwert für alle Leistungen, die ein Vertragsarzt auf Überweisung von anderen Ärzten erbringt, ist weder rechtlich geboten noch praktisch umsetzbar. Kein Vertragsarzt hat Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert, also weder darauf, dass sie mit dem gleichen Punktwert wie Grundleistungen oder ebenso wie die Leistungen anderer Ärzte vergütet werden (BSG, Urteil vom 29.09.1993 - 6 RKa 65/91 - = BSGE 73, 131; Urteil vom 07.02.1996 - 6 RKa 68/94 - = BSGE 77, 288), noch darauf, dass alle auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden müssten (BSG, Urteile vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - = SozR 3-2500 § 85 Nr. 26 und vom 03.03.2999 - B 6 KA 56/97- a.a.O.) Bei einer vom Mengenwachstum ganz oder teilweise unabhängigen Garantie eines festen Punktwertes für Auftragsleistungen bzw. zumindest für die in § 21 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä a.F. beschriebenen Zielaufträge besteht andernfalls angesichts des Anreizes, in Absprache mit anderen Ärzten bestimmte kostenintensive Leistungen möglichst nur auf Überweisung zu erbringen, bei einer begrenzten Gesamtvergütung die konkrete Gefahr der massiven Entwertung des Punktwertes für alle nicht auf Überweisung erbrachten Leistungen. Dies könnte dann dazu führen, insbesondere die hausärztliche Grundversorgung der Versicherten zu gefährden (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - B 6 35/97 R - a.a.O.). e) Soweit die Kläger geltend machen, gerade die Honorierung der pathologischen Leistungen mit dem sich auf der Grundlage des HVM ergebenden Punktwert sei verfehlt, denn ihnen stehe ein Rechtsanspruch auf einen höheren Punktwert zu, weil ansonsten die von ihnen erbrachten Leistungen nicht mehr angemessen vergütet würden, greift dies nicht.

Rechtsgrundlage hierfür kann allenfalls das aus Art 12 Abs. 1 GG i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sein (z.B. BSG, Urteil vom 29.09.1993 - 6 RKa 65/91 - a.a.O.; Urteil vom 28.01.1998 - 6 KA 96/96 R - a.a.O.). Dagegen kann ein solcher Anspruch nicht auf das objektiv-rechtliche Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen (§ 72 Abs. 2 SGB V) gestützt werden, das im Allgemeinen keine subjektiven Rechte des Vertragsarztes begründet (BSG, Urteil vom 07.02.1996 - 6 RKa 68/94 - = BSGE 77, 279; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 12; BSG SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1). Soweit die Kläger dem entgegenhalten, der Vertragsarzt könne für die von ihm im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen Vergütung in einer bestimmten Höhe beanspruchen und dies aus Art. 12 Abs. 1 GG herleiten, ist dies unzutreffend. Dem steht schon das vom Gesetz vorgegebene Vergütungssystem entgegen. Die Krankenkassen honorieren danach nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine zwischen ihren Landesverbänden und der KV vertraglich vereinbarte Vergütung. Die Partner des Gesamtvertrages, KV einerseits und Landesverbände bzw. Verbände der Krankenkassen andererseits, vereinbaren die Höhe der Gesamtvergütung sowie deren Veränderung unter Berücksichtigung von Praxiskosten, Arbeitszeit sowie Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen im Gesamtvertrag (§ 85 Abs. 1 und 3 SGB V). Dabei haben sie den Grundsatz der Beitragsstabilität in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten (§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Die Höhe der Gesamtvergütung ist das auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften erzielte Ergebnis der Verhandlungen der Partner der vertragsärztlichen Versorgung. Zu den für die Gesamtvertragsparteien bindenden Vorgaben zählt u. a. auch die gesetzlich normierte Verpflichtung zur Wahrung der Beitragssatzstabilität (§ 85 Abs. 3 Satz 2, § 71 Abs. 1, § 141 Abs. 2 SGB V), die wiederum der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung dient. Steigende Beitragssätze gefährden deren Finanzierbarkeit und das System der Gesundheitsvorsorge insgesamt. Die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach der ständigen Rspr. des BVerfG ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang (BVerfGE 68, 193; 70, 1; 82, 209). Ihm gegenüber muss der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten. Soweit die Kläger hierzu die Auffassung vertreten, dem Gesetzgeber stünden zahlreiche sie und die übrigen Vertragsärzte weniger belastende Regelungsvarianten zur Verfügung, ist dies zwar faktisch zutreffend. Denn der Gesetzgeber könnte durchaus - wie den Klägern vorgeschlagen - die Beitragssätze für die Mitglieder der Krankenkassen anheben, das Leistungsniveau absenken, höhere Selbstbeteiligungen einzuführen oder KVen zusammenzulegen, um Vertragsärzten ein Mindesthonorar von 45.000 DM/Quartal zu gewähren. Der diesen Überlegungen zugrundeliegende rechtliche Ansatz der Kläger ist indessen verfehlt. Die Kläger sehen - einseitig - nur den sie betreffenden Eingriff und ihre Individualinteressen. Sie übersehen, dass das mildere Mittel nicht der von ihnen favorisierte Eingriff bei den Versicherten ist. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung existiert nicht, um Vertragsärzten ein bestimmtes Einkommen zu sichern, es ist vornehmlich als Ausfluss des Sozialstaatsgebotes (Art. 20 Abs. 1 GG) geschaffen worden. Dem Gesetzgeber ist ein weiter Entscheidungsspielraum eingeräumt, wenn es um die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung geht. Hierzu muss er Gemeinwohlbelange unterschiedlichster Art und vielfältige Interessen ausgleichen. Dabei ist es vielfach nicht erkennbar, dass die Gesamtheit der vom Gesetzgeber verfolgten Ziele mit einem die Interessen einzelner Betroffener weniger beeinträchtigenden Mittel erreicht werden könnte. Im Rahmen der Prüfung, ob der Eingriff verhältnismäßig ist, kommt es darauf an, ob Eingriffszweck und Eingriffsintensität in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die Bewertung dieses Verhältnisses richtet sich in Bereichen, in denen ein sehr allgemein gehaltenes Ziel durch eine Vielzahl von Maßnahmen verfolgt wird, die Rechtspositionen verschiedener Grundrechtsträger berühren, nach dem Maß der jeweiligen individuellen Betroffenheit. Verfolgt der Gesetzgeber ein komplexes Ziel - wie die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung - mit vielfältigen Mitteln, ist eine Maßnahme nicht ungeeignet, weil der Betroffene anderenorts größeres Einsparpotential sieht. Auch ist eine bestimmte Maßnahme nicht deshalb als erforderlich anzusehen, weil es andere Mittel innerhalb des Systems gibt, die andere Personen weniger belasten würden. Eine einzelne Maßnahme ist zur Erreichung des gesetzgeberischen Zwecks auch nicht deshalb unverhältnismäßig, weil nicht alle Betroffenen durch die gesetzlichen Vorkehrungen gleichmäßig belastet werden (so BVerfGE 103,172, 183 ff; zum weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei vielschichtigen Interessenlagen vgl. auch Senatsurteil vom 31.01.2001 - L 10 VS 28/00 - in NWVBl. 2001, 401 ff.). Ausgehend hiervon lässt sich aus grundgesetzlichen Regelungen keinerlei Anspruch des Vertragsarztes auf eine bestimmte Vergütung herleiten. Etwa anderes kann nur dann in Betracht kommen, wenn der Punktwert für ärztliche Leistungen extrem verfällt (vgl. BSG SozR 3-2500 § 85 Nr. 29, 33, 35 und 41). Davon kann vorliegend - wie noch auszuführen sein wird - keine Rede sein.

Im Übrigen stehen weder der Umfang der in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbringbaren Leistungen, die Höhe der von den

Versicherten in einzelnen Leistungsbereichen aufzubringenden Zuzahlungen oder die gesetzlich geregelte Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten (§§ 226 ff SGB V) zur Disposition der Vertragspartner bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungshöhe. Auch allgemeine Vermutungen darüber, ob der stationäre Sektor über- und der ambulante Sektor der medizinischen Versorgung unterfinanziert sind (vgl. Wimmer, MedR 1998, 533, 536), bleiben im Zusammenhang mit der Vereinbarung der Gesamtvergütung ohne rechtliche Relevanz, so dass die KV darauf beschränkt ist, lediglich der rechtmäßig vereinbarten Gesamtvergütung zu verteilen. Steht sonach der für die Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen maximal zur Verfügung stehende Geldbetrag unabhängig von der Zahl der ärztlichen Leistungserbringer und der erbrachten ärztlichen Leistungen als Ergebnis der Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner fest, kann sich für den einzelnen Arzt von vornherein kein Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern nur ein Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an dieser Gesamtsumme ergeben.

Das also als Prüfungsmaßstab allein in Betracht kommende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des Art 3 Abs. 1 GG enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (ständige Rspr, z.B. BVerfGE 98, 365). Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf (BVerfGE a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 21.10.1998, - B 6 KA 71/97 R - = SozR 3-2500 § 85 Nr. 28). Dieses dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot kann verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlicher Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die - etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen - die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten kann (vgl. hierzu im einzelnen für bestimmte psychotherapeutische Leistungen BSG, Urteil vom 20.01.1999 - B 6 KA 46/97 R - = SozR 3-2500 § 85 Nr. 29 = BSGE 83, 205). Maßgebend für die Beurteilung, ob gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßen wurde, ist nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der KV, deren Honorarverteilung angegriffen wird.

Davon ausgehend ist nicht zu erkennen und von den Klägern auch nicht schlüssig vorgetragen, dass das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt sein könnte. Die Beklagte hat insbesondere nicht dadurch gegen den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit verstoßen, dass sie den der Gruppe der Pathologen zustehenden Honoraranteil, der sich in Anknüpfung an das Honorarvolumen der Ausgangsquartale des Jahres 1996 ergab, nicht erhöht hat. Soweit die Kläger darauf verweisen, eine Leistungsmengenausweitung und ein mit ihr einhergehender Punktwertverfall sei maßgeblich durch die Zunahme der Zahl der Pathologen im Bereich der Beklagten verursacht worden, kann dem nicht gefolgt werden. Insbesondere sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass Pathologen deshalb oder wegen der Einführung eines Honorartopfes für Pathologen generell nicht in der Lage gewesen wären, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen. Die Anzahl der 1996 niedergelassenen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Pathologen ist zwar von (durchschnittlich) 58 im Jahr 1996 auf 63 im 3. Quartal 1998 (Durchschnitt 1998 = 63,75 %), also um über 8 % gestiegen. Ebenso hat der Leistungsbedarf eine Steigerung von über 11 % erfahren (von 73.900.796,6 im Durchschnitt des Jahres 1996 auf 83.172.054,2 Punkte im 3. Quartal 1998; Durchschnitt 1998 = 85.013.957,9 Punkte). Zu einem - deutlichen - Absinken des Punktwertes hat dies aber nicht geführt. 1996 lagen die Durchschnittspunktwerte aller Arztgruppen im Bereich PK bei durchschnittlich bei 6,5516 Pf. und im Bereich EK bei 7,7414 Pf. Die Punktwerte für Pathologen lagen im Quartal III/1998 bei 6,7312 Pf. / PK und bei 7,7400 Pf. / EK. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Vergleich mit den anderen Arztgruppen; vielmehr lag - wie das SG zu Recht ausgeführt hat - der Punktwert für Pathologen im Quartal III/ 1998 sogar über dem Durchschnittswert des Bereichs der unbudgetierten Leistungen aller Arztgruppen.

f. Soweit die Kläger mit ihrem Begehren auch auf eine ihnen günstigere Bewertung der von ihnen erbrachten Leistungen im EBM abzielen, steht dem die in ständiger Rspr. (z.B. BSG, Urteil vom 24.08.1994 - 6 RKa 8/93 - = SozR 3-1500 § 96 SGG Nr. 3; Urteil vom 07.02.1996 - 6 RKa 6/95 -; Urteil vom 20.01.1999 - B 6 KA 46/97 - = BSGE 83, 205; LSG NRW , Urteil vom 31.08.1994 - L 11 KA 88/93 -; Urteil vom 14.01.1998 - L 11 KA 147/97 -) betonte eingeschränkte Überprüfbarkeit der vom Bewertungsausschuss getroffenen Entscheidungen entgegen.

Dem liegt zugrunde: Die KBV vereinbaren mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen (§ 87 Abs. 1. Satz 1 SGB V). Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist rechtlich als vertragliche Vereinbarung der Vertragspartner der Bundesmantelverträge zu werten und als Rechtsnorm einzuordnen (BSG, Urteil vom 01.07.1992 - 14a/6 RKa 1/90 = BSGE 71, 42; Urteil vom 29.09.1993 - 6 RKa 65/91 - = BSGE 73, 131 ff; Urteil vom 20.01.1999 - B 6 Ka 16/98 R - = MedR 1999, 432-434; Urteil vom 25.08.1999 - B 6 KA 38/98 R - = BSGE 84, 247; Urteil vom 15.05.2002 - B 6 KA 21/00 R -). Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bedeutung des EBM beschränkt sich nicht auf die Funktion eines bloßen Leistungs- und Bewertungsverzeichnisses. Er enthält Regelungen, die über eine zur Leistungsbewertung notwendige Regelung hinaus die Leistungsstrukturen betreffen (BSG, Urteil vom 20.03.96 - 6 RKa 51/95 - = BSGE 78, 98; Urteil vom 17.09.1997 - 6 RKa 36/97 - = BSGE 81, 86 ff.). Dazu gehören auch die Regelungen über die Budgetierung. Die Rechtmäßigkeit arztgruppenbezogener fallzahlabhängiger Praxisbudgets und leistungsbezogener fallzahlabhängiger Zusatzbudgets war mehrfach Gegenstand von Entscheidungen des BSG. Sie sind sowohl von der Rechtsgrundlage als auch der Höhe nach als rechtmäßig beurteilt worden (BSG, Urteil vom 08.03.2000 - B 6 KA 7/99 R -, BSGE 86, 16 ff.; Urteil vom 15.05.2002 - B 6 KA 33/01 R -; Urteil vom 06.09.2000 - B 6 KA 40/99 R -, BSGE 87, 112 ff.). Das BSG hat auch die im EBM - Anl. 3 zu A I. Teil B - enthaltenen Kostensätze, die einen Faktor bei der Berechnung der Fallpunktzahlen für die Budgetierung (Praxis-, Zusatzbudget) für - noch - rechtmäßig gehalten (BSG, Urteil v. 15.05.2002 - B 6 KA 133/01 R - = SGb 2002, 440). Die Festlegung der Kostensätze hat es ebenfalls als Normsetzung qualifiziert und auch insoweit dem Normsetzer Gestaltungsfreiheit eingeräumt, die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren sei und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden dürfe. Eine Begrenzung des Gestaltungsspielraums und eine strengere gerichtliche Kontrolle hat es jedoch hinsichtlich der Kostenansätze gesehen, weil damit auf tatsächliche Verhältnisse Bezug genommen wird. Diese strengere Kontrolle erstreckt sich in verfahrensrechtlicher Hinsicht darauf, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren ist, und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist. Die im EBM festgelegten Kostensätze sind indes für den vorliegenden Fall insoweit ohne Bedeutung, als die Leistungen der Pathologen nicht budgetiert sind. Der Vortrag der Kläger, der Bewertungsausschuss habe bezüglich der Kosten keinerlei Ermittlungen angestellt, kann sich deshalb nur

darauf beziehen, dass für die von den Pathologen zu erbringenden Leistungen (EBM Nrn. 4900 - 4905) höhere Punktzahlen festzusetzen seien. Denn mit den Punkten sollen nicht nur die ärztlichen Leistungen sondern auch die Kosten abgegolten werden (EBM A I Teil A). Die Bewertungsausschüsse haben die Aufgabe, die punktzahlenmäßige Bewertung festzulegen und deren Überprüfung in bestimmten Zeitabständen daraufhin vorzunehmen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen (§ 87 Abs. 2 SGB V). Durch die personelle Zusammensetzung des Bewertungsausschusses und den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe wird gewährleistet, dass die unterschiedlichen Interessen der Ärzte und der gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden und auf diese Weise eine sachgerechte Abgrenzung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Dies erfordert die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Den Gerichten ist es deshalb verwehrt, eine im EBM-Ä vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen, abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistung und der Angemessenheit der Vergütung nicht entspricht. Der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordert die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Es kann deshalb nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Ein Eingreifen der Gerichte ist nur dann zulässig, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitengruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen (BSG, Urteil vom 20.01.1999 - B 6 KA 46/97 - a.a.O.; Urteil vom 15.05.2002 - B 6 KA 33/01 R - a.a.O.).

Ein solcher Fall liegt nicht vor.

Ein unsachgemäßes Vorgehen bei der Beurteilung des pathologischen Leistungsspektrums ist nicht erkennbar. Zwar hat den Beschlüssen des Bewertungsausschusses eine auf die Gesamtpraxis bezogene Kostenstrukturanalyse für die Arztgruppe der Pathologen offensichtlich nicht zugrundegelegen. Dafür indes, dass sich der Bewertungsausschuss von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen und hinsichtlich des hier maßgeblichen EBM sogar Vorschläge bzw. Einwände des Berufsverbandes Deutscher Pathologen e.V. nicht beachtet hat, ergibt sich kein Anhalt, insbesondere nicht aus der im Rechtsstreit L 11 KA 243/01 eingeholten Auskunft des Berufsverbandes. Diesem sind nämlich konkrete Vorschläge zur Bewertung des EBM 01.07.1997 nicht zu entnehmen. Die betriebswirtschaftliche Analyse Fa. H ... H ...-C ... ist erst im April 1998 erschienen und der KBV im Februar 1999 übergeben worden. Dass der Bewertungsausschuss in der Vergangenheit auch seiner Verpflichtung, die Punktbewertungen zu überprüfen und ggf. neu festzulegen, nachgekommen ist, folgt aus der Erhöhung der Gebührennummern 4915, 4903, 4951, 155 und 4905 EBM.

Im Übrigen ist der Normsetzer zur Begründung der Norm nicht verpflichtet. Eine derartige Verpflichtung besteht ausnahmsweise nur dann, wenn sachliche Gründe für eine Regelung nicht ohne weiteres erkennbar sind und diese daher als willkürlich erscheinen könnte (BSG, Urteil vom 15.05.02 - B 6 KA 33/01 R -). Das ist hier - wie oben dargelegt - nicht der Fall.

g) Die Regelung des § 6 Abs. 8 Satz 1 HVM ("Von der Zahlung an die Ärzte und die anderen an der Honorarverteilung Teilnehmenden werden die von der Vertreterversammlung beschlossenen Verwaltungskostenbeiträge in Abzug gebracht."), die sich mit § 6 Abs. 9 Buchst. j) und § 9 Abs. 2 der Satzung der Beklagten (Satzung) deckt, ist nicht zu beanstanden. Sie verstößt nicht gegen Gesetzesrecht. Die KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Satzungsautonomie; ihr ist die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung übertragen und damit auch die Befugnis, die zur Erfüllung dieser Aufgabe erforderlichen Maßnahmen, insbesondere auch normative Regelungen, zu treffen. Hinsichtlich der Mittelaufbringung ist ihr sogar ausdrücklich vorgeschrieben, hierzu Regelungen in ihre Satzung aufzunehmen (§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Dem ist Genüge getan, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält und die betragsmäßige Festsetzung der Unkostenumlagen - schon im Hinblick auf die Flexibilität bei der Umsetzung und Handhabung - einer anderen normativen Regelung der Vertreterversammlung überlässt (BSG, Urteil vom 19.08.1984 - 6 RKa 9/83 -, MedR 1985, 283 ff.; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegversicherung, § 3 SGB V, Anm. 16). Der Einwand der Kläger, es fehle an einer Bekanntmachung der Beklagten entsprechend § 13 der Satzung, greift - unabhängig davon, ob der Beitragssatz nun veröffentlicht bzw. bekannt gemacht worden ist - nicht, da sich § 13 der Satzung auf Änderungen des Satzungsrechts bezieht, nicht aber auf die Festlegung des Umlagesatzes, die durch "einfachen" Beschluss der Vertreterversammlung erfolgen kann.

3. Der Feststellungsantrag der Kläger (Antrag zu 2 b) ist offenkundig unzulässig.

4. Den Beweisanträgen der Kläger brauchte der Senat alledem nicht nachzugehen.

5. Eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht nach Art. 100 GG kommt nicht in Betracht. Der Senat hat - wie ausführlich dargelegt - die Überzeugung gewonnen, dass weder §§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 1 und Absatz 4 SGB V noch sonstige für die Entscheidung relevanten Rechtsnormen gegen Art. 12 Abs. 1 GG und/oder Art. 3 GG verstoßen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG). Zwar sind die von den Klägern aufgeworfenen Rechtsfragen ganz überwiegend vom BSG bereits geklärt. Angesichts der fortdauernden Diskussion über mehrere der streitentscheidenden Rechtsfragen, sieht es der Senat dennoch als geboten an, wenn das BSG hierüber nochmals (grundsätzlich) befindet.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-10-13