

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Verkündet am
9. Dezember 2004

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 6 KA 84/03 R

1.,
2.,
3.

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Kassenärztliche Vereinigung Niedersachsen,
Berliner Allee 22, 30175 Hannover,

Beklagte und Revisionsbeklagte,

beigeladen:

Kassenärztliche Bundesvereinigung,
Herbert-Lewin-Platz 2, 10623 Berlin.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 9. Dezember 2004 durch den Vorsitzenden Richter Dr. E n g e l m a n n , die Richter Dr. W e n n e r und Dr. C l e m e n s sowie die ehrenamtliche Richterinnen Dr. W i e s e und den ehrenamtlichen Richter Dr. K o r s c h a n o w s k i für Recht erkannt:

Die Revision der Kläger gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 24. September 2003 wird zurückgewiesen.

Die Kläger haben der Beklagten deren außergerichtliche Kosten auch für das Revisionsverfahren als Gesamtschuldner zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe :

I

Die Beteiligten streiten über eine höhere Vergütung vertragsärztlicher Leistungen.

Die Kläger sind im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) in H. als Radiologen zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betrieben in den hier streitigen Quartalen I bis IV/1996 eine Gemeinschaftspraxis mit zwei Computertomographie- und zwei Magnetresonanztomographie-Geräten mit über 10.000 CT- und über 5.000 MRT-Aufnahmen. Dabei handelte es sich nach ihren Angaben vor allem um diagnostische radiologische Leistungen mit dem Schwerpunkt in der Tumordiagnostik und -nachsorge. Danach war häufig(st)er Auftraggeber die Medizinische Hochschule Hannover, deren Überweisungen meist die Aufdeckung von Metastasen in Lunge, Abdomen und/oder Becken zum Ziel hatten und oft Aufnahmen in besonders dünnen - zT bis zu 200 - Schichten erforderten.

Die Kläger hatten nach ihren Angaben 1994 und 1995 im vertragsärztlichen Bereich mehr Einnahmen als Ausgaben erzielt (1994 +588.248,07 DM und 1995 +281.424,20 DM, jeweils ohne Berechnung von Arzteinkommen). Im Jahr 1996 wurden nach der von ihnen vorgelegten Gewinnermittlung demgegenüber ihre Einnahmen um ca 250.000 DM durch ihre Ausgaben von insgesamt ca 4.900.000 DM übertroffen (davon Abschreibungen ca 1.300.000 DM, Wartungs- und Instandhaltungskosten ca 697.000 DM und Zinsaufwendungen ca 404.000 DM). Diesen Abfall gegenüber den Vorjahren führten sie auf die zum 1. Januar 1996 erfolgten Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) und der Honorarverteilungsmaßstäbe der Beklagten (HVM) zurück.

Im EBM-Ä wurden zum 1. Januar 1996 die körperregionsbezogenen Vergütungsregelungen für CT- und MRT-Untersuchungen durch Tatbestände mit Scan- bzw Sequenzhöchstzahlen abgelöst. Ebenfalls zum 1. Januar 1996 änderte die Vertreterversammlung der Beklagten ihre HVM, die unterschiedliche Regelungen für den Primär- und den Ersatzkassenbereich hatten (*HVM-PK und HVM-EK, jeweils idF vom 18. November 1995, NdsÄrzteBl 1995, 31 und 44*). Nach dem HVM-PK wurden - nach Vorwegvergütung zahlreicher Leistungen wie zB derjenigen ermächtigter Einrichtungen und der nicht in der Anlage 3 zum HVM aufgeführten Fachgruppen - die Gesamtvergütungen gemäß der Anlage 3 auf die Honorarkontingente für die dort aufgeführten Fachgruppen verteilt (§ 8 Abs 3 Buchst g iVm Anlage 3 HVM-PK). Eine dieser Fachgruppen bildeten die Radiologen, Ärzte für radiologische Diagnostik sowie Ärzte für Strahlentherapie (*Anlage 3 unter I. Abs 1 Nr 15*). Die Aufteilung auf die Fachgruppen orientierte sich - nach Maßgabe der im HVM enthaltenen näheren Bestimmungen - an den Honorarkontingenten des Vorjahres (*Anlage 3 unter II.*). Damit der Punktwert, der sich innerhalb des Honorarkontingents entsprechend dem Verhältnis von Honorarvolumen zu der zu vergütenden Punktmenge errechnete, nicht beliebig absinken konnte, war ein Interventionspunktwert in Höhe von 75 % des durch-



schnittlichen Anforderungspunktwertes normiert (*mit näherer Bestimmung gemäß Anlage 3 unter II. Abs 3*). Nach dem HVM-EK wurde das Gesamthonorarvolumen auf Honorarkontingente nach Leistungsarten aufgeteilt und dann auf die dem jeweiligen Kontingent zugeordneten Vertragsärzte verteilt, auch hier mit Absicherung durch einen Interventionspunktwert in Höhe von 75 % des Durchschnittspunktwertes (§ 8 Abs 3 Buchst d HVM-EK). Sowohl für den Primär- als auch für den Ersatzkassenbereich wurde jeder Fachgruppe ein Abrechnungsvolumen von grundsätzlich mindestens 93 % des Vorjahresquartals garantiert (*Zusatzbeschluss der Vertreterversammlung vom 18. November 1995, NdsÄrzteBl 1995, 28, 29 unter A II*).

Diesen Regelungen der HVMe entsprechend verteilte die Beklagte 1996 im Bereich der Primärkassen Gesamtvergütungen von ca 2.206 Mio. DM.

Später - in den Jahren 2000/2001 - wurden von den Primärkassen - gemäß einem Schiedsspruch - weitere ca 26,5 Mio. DM gezahlt. Daraus gewährte die Beklagte keine Nachvergütungen für 1996 erbrachte Leistungen. Sie erhöhte damit die Vergütungen für die Quartale II/2000 bis I/2001 bzw IV/2001.

Im Ersatzkassenbereich ergaben sich umgekehrt - entsprechend dem Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 2. Oktober 1996 (*Az 6 RKa 28/96 – SozR 3-2500 § 85 Nr 17*) - für die Jahre 1993 bis 1995 Rückzahlungspflichten der Beklagten an die Krankenkassen, was im Wege der Verrechnung die Gesamtvergütungszahlungen für die Jahre 1996 bis 1999 minderte. Diese setzte das Landesschiedsamt für 1996 auf ca 1.641 Mio. DM fest. Streitig geblieben ist, auf welche Beträge im Einzelnen sich die Rückforderungsansprüche der Ersatzkassen für 1993 bis 1995 beliefen (Beklagte: ca 177 Mio. DM) und welche Gesamtvergütungsbeträge für 1996 bis 1999 bisher nicht gezahlt wurden (Beklagte: ca 211 Mio. DM, davon ca 36 Mio. DM für 1996); die Beklagte verteilte im Vorgriff auf den aus ihrer Sicht hiernach bestehenden Anspruchsüberhang von ca 34 Mio. DM - seit dem Quartal III/2000 - "Vergütungs differenzen aus Vorquartalen" an die Vertragsärzte.

Die Gesamtvergütungen für 1996 betrugen insgesamt, dh für den Primär- und den Ersatzkassenbereich, ca 3.600 Mio. DM. Damit lagen sie um 2,6 % über dem Volumen des Vorjahres (1995), aber um 0,86 % unter demjenigen des Folgejahres (1997). Die Beklagte verteilte für 1996 insgesamt 133 Mio. DM an die zur Fachgruppe der Radiologen zählenden Vertragsärzte. Dies waren 1,19 % weniger als der Betrag für 1995 und 25,97 % weniger als für 1997. Die Verwaltungskosten wurden zuvor abgezogen, und zwar je nach Verwaltungsbezirk in unterschiedlicher Höhe (zwischen 1,4 % und 2,3 %, zB Braunschweig 1,4 %, Hannover 1,8 %, Verden 2,3 %). Im Verlauf der Quartale I/1995 bis Quartal IV/1997 stieg die Zahl der zugelassenen radiologischen Praxen von 142 auf 155.

Die Beklagte hatte den Klägern für das Quartal I/1996 als Nettohonorar (also nach Abzug von Verwaltungs- und Sicherstellungskosten) zunächst ca 1,21 Mio DM bewilligt, auf der Grundlage von Punktwerten ("vor Honorarprüfung") von ca 7,4 Pfennig im Ersatz- und von ca 6,5 Pfennig



im Primärkassenbereich. Dabei waren allerdings auf Grund eines Programmfehlers im EDV-System die Budgetierungen der CT- und MRT-Leistungen durch Scan- und Sequenzzahlbeschränkungen unberücksichtigt geblieben. Die Beklagte korrigierte dies durch eine erneute Honorarabrechnung, die bei Punktwerten von 7,4 bzw 6,7 Pfennig nur noch ein Nettohonorar von ca 1,08 Mio. DM ergab. Diese Minderung fiel vor allem bei den MRT-Leistungen deutlich ins Gewicht; die Vergütungsquote betrug - nach den Feststellungen im Berufungsurteil - bei den CT-Leistungen je Scan nur noch ca 76 % und bei den MRT-Leistungen je Sequenz noch ca 92 %.

Nachdem das BSG mit Urteil vom 17. September 1997 (*BSGE 81, 86 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18*) die rückwirkende Budgetierung der Gesprächsleistungen für die Quartale I und II/1996 als unwirksam angesehen hatte, nahm die Beklagte (erneut) Neuberechnungen vor. Danach hätte der Honorarbetrag für die Kläger an sich infolge der nunmehr größeren zu berücksichtigenden Punktmenge vermindert werden müssen; die Beklagte hatte indessen beschlossen, nur Nachzahlungen vorzunehmen und keine Rückforderungen geltend zu machen. So verblieb es bei der Honorarzahlung für das Quartal I/1996 in Höhe von ca 1,08 Mio. DM.

Für das Quartal II/1996 setzte die Beklagte das Nettohonorar der Kläger zunächst auf einen Betrag von ca 995.000 DM fest, der durch eine spätere Nachzahlung von ca 7.000 DM auf ca 1.002.000 DM aufgestockt wurde (mit Vergütungsquoten bei den CT-Leistungen je Scan von ca 66 % und bei den MRT-Leistungen je Sequenz von ca 90 %).

Für die Quartale III und IV/1996 bewilligte die Beklagte ihnen ca 992.000 DM und ca 973.000 DM (mit Vergütungsquoten bei den CT-Leistungen je Scan von jeweils ca 65 % und bei den MRT-Leistungen je Sequenz von jeweils ca 89 %).

Die Kläger erhoben gegen die Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/1996 jeweils Widerspruch. Sie begehrten höheres Honorar. Ihr Honorar für 1996 mit einer Gesamtsumme von ca 4,05 Mio. DM liege um ca 38,4 % niedriger als 1995. Sie hätten von 1995 auf 1996 wesentlich stärkere Honorareinbußen zu verzeichnen als die Fachgruppe insgesamt (hier 1,19 %) und als durchschnittlich ein Radiologe in Niedersachsen (ca 5,5 %, insoweit ein zusätzliches Minus durch gestiegene Arztzahlen). Der Rückgang sei bei ihnen auch größer als der Punktwertabfall (von ca 8,7 auf ca 7,2 Pfennig im Ersatz- und von ca 6,9 auf ca 6,2 Pfennig im Primärkassenbereich). Die Einbußen hätten bei ihnen zu einer Unterdeckung von ca 173.000 DM geführt. Ihrem Honorar von 4,05 Mio. DM bzw im Quartalsdurchschnitt von 1,01 Mio. DM stünden Kosten für die vertragsärztliche Tätigkeit zwischen 1,08 und 1,05 Mio. DM gegenüber (davon Kosten für Praxiseinrichtung ca 174.000 DM, Abschreibungen ca 325.000 DM, Zinsaufwendungen ca 101.000 DM).

Die Kläger beantragten für alle streitigen Quartale die Gewährung von Ausgleichszahlungen nach den Sicherstellungs-Richtlinien der Beklagten. Der Antrag wurde abgelehnt, Widerspruch



und Klage hatten keinen Erfolg (*Gerichtsbescheid des Sozialgerichts <SG> vom 18. Oktober 2002 - rechtskräftig -*).

Nach Zurückweisung ihrer Widersprüche (*Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 1997*) haben die Kläger ua geltend gemacht, die angefochtenen Honorarbescheide seien nichtig, jedenfalls rechtswidrig. Die Beklagte habe ihnen keine angemessene Vergütung für ihre vertragsärztliche Tätigkeit gezahlt. Ausgehend von einer angemessenen Vergütung von 180.000 DM vor Steuern pro Jahr und Arzt habe die Beklagte ihnen für das Jahr 1996 mehr als 700.000 DM nachzuzahlen.

Das SG hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) beigeladen und die Klage mit Urteil vom 31. Mai 2000 abgewiesen. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Kläger mit Urteil vom 24. September 2003 zurückgewiesen. Die angefochtenen Bescheide seien rechtmäßig. Sie seien hinreichend bestimmt (§ 33 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch <SGB X>) und ausreichend begründet (§ 35 SGB X). Die Beklagte habe auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach § 24 SGB X verstoßen. Die Honorarbescheide beruhten auf Rechtsgrundlagen, die rechtlich nicht zu beanstanden seien. Die Begrenzungen der Scan- und Sequenzzahlen bei CT- und MRT-Untersuchungen hielten sich im Rahmen der Gestaltungsfreiheit des Normgebers. Die Regelungsbefugnis des Bewertungsausschusses sei mit dem Grundgesetz (GG) vereinbar. Die Mitwirkung von Arbeitgebervertretern und ggf von Nichtärzten sei unbedenklich. Die Scan- und Sequenzzahlenbegrenzungen stellten fallzahlabhängige Teilbudgets dar, die weder unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit noch als eine insoweit nicht angemessene Vergütung zu beanstanden seien. Dem Normgeber des EBM-Ä, dem eine weite Gestaltungsfreiheit zukomme, könne eine unzureichende Sachverhaltsermittlung nicht angelastet werden. Für eine Verletzung der Beobachtungspflicht gebe es keine ausreichenden Anhaltspunkte. Die spezielle Ausrichtung der Praxis der Kläger gebe keinen Anlass zu einer anderen Beurteilung. Auf Praxen, die sich schwerpunktmäßig mit Krankheitsbildern befassen, die typischerweise Nachbefundungen und damit höhere Scan- bzw Sequenzzahlen erforderten, treffe zwar die Annahme einer Kompensation zwischen aufwendigen Fällen mit hohen Scan- bzw Sequenzzahlen und weniger aufwendigen Fällen nicht zu. Die Wahl einer solchen speziellen Praxisausrichtung sei aber eine freie Entscheidung, die einem Anspruch auf eine Ausnahme entgegenstehe. Eine Sonderregelung sei auch nicht zum grundrechtlichen Schutz von Leib und Leben der Versicherten geboten. Rechtmäßig seien ferner die sonstigen von den Klägern beanstandeten Regelungen des EBM-Ä, insbesondere die Vergütungsversagung bei nicht vollständig erbrachten Leistungen, die auch bei Großgeräte-Untersuchungen gerechtfertigt sei, obgleich hier der Abbruch einer Untersuchung verhältnismäßig häufig sei. Der Normgeber habe keine besonderen Regelungen für Behandlungen treffen müssen, die innerhalb eines Quartals durch mehrere Ärzte einer Gemeinschaftspraxis erfolgten. Die Angriffe der Kläger gegen die Regelungen der HVMe seien ebenfalls unbegründet. Sie seien formell rechtmäßig zu Stande gekommen und inhaltlich ausreichend bestimmt. Sie entsprächen den Anforderungen der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Bildung fachgruppenbezogener Honorartöpfe einschließlich desjenigen für



Radiologie, diagnostische Radiologie und Strahlentherapie sei nicht zu beanstanden. Eine Verletzung der Beobachtungs- und Reaktionspflicht könne nicht festgestellt werden, ebenso wenig eine sachwidrige Benachteiligung der Fachgruppe der Radiologen oder eine sonstige Überschreitung der - bei der Normsetzung weiten - Gestaltungsfreiheit durch Verstoß gegen die Pflicht zur Gewährung angemessener Vergütung. Die Beklagte sei auch nicht zu einer günstigeren Bemessung des Interventionspunktwertes verpflichtet gewesen. Schließlich könnten die Ermittlungen zur Festlegung der Scan- und Sequenz-Budgets nicht als unzureichend beanstandet werden. Ebenso wenig griffen die Einwände durch, in die Honorarverteilung seien nicht alle Gesamtvergütungssummen einbezogen worden. Jedenfalls geringfügige Nachzahlungsbeträge von bis zu 3 % dürften den Leistungen erst späterer Quartale zu Gute kommen. Nur bei höheren Korrekturergebnissen müsse anders verfahren werden. Für eine Sittenwidrigkeit der Honorarbestimmungen sei nichts ersichtlich. Die nachträgliche Korrektur der zunächst zu hohen Quartalshonorarfestsetzungen entspreche den Anforderungen des BSG im Urteil vom 31. Oktober 2001 (BSGE 89, 62 = SozR 3-2500 § 85 Nr 42). Die Kläger hätten den Fehler, dass ihre individuellen Leistungen zunächst versehentlich ohne die Scan- und Sequenzzahlbegrenzungen bewertet worden seien, selbst erkennen können, zumal ein solcher Programmfehler schon einmal aufgetreten sei. Die Abzüge für Verwaltungskosten seien ebenfalls nicht zu beanstanden. Auch eine sonstige Grundlage für einen Anspruch auf höheres Honorar bestehe nicht. Weitere Ermittlungen, wie die Kläger sie mit ihren Beweisanträgen beantragt hätten, seien nicht veranlasst.

Die Kläger rügen mit ihrer Revision eine Verletzung ihres Rechts auf angemessene Vergütung aus Art 12 Abs 1 GG iVm § 72 Abs 2, § 85 Abs 2 Satz 4, Abs 3 Satz 1, Abs 4 Satz 3 SGB V, auf Schutz des Eigentums (Art 14 Abs 1 GG), des Gebots der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus Art 3 Abs 1 GG, des Rechtsstaatsprinzips (Art 20 Abs 2, Art 28 Abs 1 Satz 1 GG), des Demokratieprinzips (Art 20 Abs 2, Art 28 Abs 1 Satz 1, Art 38 Abs 1 Satz 1 GG), des Anspruchs auf effektiven Rechtsschutz (Art 19 Abs 4 GG) sowie der §§ 103, 128 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Es sei rechtswidrig, dass die Beklagte ihnen in den vier streitigen Quartalen die Kosten für ihre vertragsärztliche Praxis nicht erstattet bzw jedenfalls keinen ausreichenden Arztlohn gezahlt habe. Die Beklagte sei verpflichtet, ihnen Nachzahlungen in angemessener, vom Gericht im Einzelnen festzulegender Höhe zu leisten. Denn sie hätten aus Art 12 Abs 1 GG iVm § 72 Abs 2, § 85 Abs 2 Satz 4, Abs 3 Satz 1 und Abs 4 Satz 3 SGB V Rechtsansprüche auf angemessene Vergütung gegen die Beklagte. Auch nach der Rechtsprechung des BSG bestünden solche Rechtsansprüche dann, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. - Das Grundrecht auf angemessene Vergütung ärztlicher Leistungen könne nicht unter dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität gesetzlich eingeschränkt werden. Das GG schütze nur ein verfassungskonformes System der gesetzlichen Krankenversicherung. Das gegenwärtige System sei ua wegen rechtswidriger Finanzierung krankenversicherungsfremder Leistungen durch Beiträge der Versicherten verfassungswidrig. - Die vertragsärztliche Vergütung sei nur dann ange-



messen, wenn die vollen für die vertragsärztliche Tätigkeit entstandenen Kosten erstattet und der Arbeitsaufwand des Vertragsarztes in einer Höhe vergütet werde, die der Vergütung vergleichbarer akademischer Tätigkeiten entspreche. Angemessen sei ein Arztlohn von jährlich 180.000 DM je Arzt. Maßstab hierfür sei das Gehalt eines Oberarztes. - Stattdessen sei, wie das LSG unschwer hätte ermitteln können, die den niedersächsischen Radiologen im Jahr 1996 gewährte Vergütung im Durchschnitt überwiegend nicht kostendeckend gewesen. Jedenfalls hätten sie - die Kläger - im Jahr 1996 unter der Kostengrenze bzw jedenfalls ohne ausreichenden Arztlohn gearbeitet. Dies sei sittenwidrig. Die Bescheide seien deshalb gemäß § 40 Abs 2 Nr 5 SGB X nichtig.

Die Honorarbescheide und der Widerspruchsbescheid seien formell rechtswidrig. Sie seien für die Empfänger objektiv unverständlich und verstießen gegen § 33 Abs 1 SGB X oder jedenfalls gegen § 35 SGB X. Die Berechnung des ausgezahlten Honorars lasse sich aus den entscheidenden Teilen der Honorarbescheide nicht entnehmen. - Die Honorarbescheide beruhten auf fehlerhaften Rechtsquellen. Der EBM-Ä sei rechtswidrig. Seine Bewertungsregelungen griffen tief in die Grundrechte der Vertragsärzte aus Art 12 Abs 1, Art 14 Abs 1 und Art 3 Abs 1 GG ein und hätten schwer wiegende Auswirkungen auf die Grundrechte der Versicherten aus Art 2 Abs 2 Satz 1 GG. Derart empfindliche Einschränkungen müsse der Gesetz- oder Verordnungsgeber selbst regeln. - In § 87 SGB V fänden weder die 1996 im EBM-Ä eingeführten Teilbudgets noch die Begrenzungen der Scan- und Sequenzzahlen bei CT- und MRT-Untersuchungen eine Grundlage. - Die Normgeber des EBM-Ä seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch-autonom legitimiert. Weder die Partner der Bundesmantelverträge noch der Bewertungsausschuss seien verfassungskonform beschaffen. - Das Fehlen eines Minderheitenschutzes in den Vertreterversammlungen der KÄVen schlage auch auf die Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) durch und mache deren Entscheidungen rechtsstaatlich insuffizient. Außerdem sei die Legitimationskette von den Vertragsärzten bis zu den Gremien der KÄBV homöopathisch verdünnt und damit unzureichend. - Die Krankenkassen seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch-autonom verfasst. Ihre Tätigkeit beruhe weit überwiegend auf Friedenswahlen, die keine demokratische Legitimation vermitteln könnten. - Die Ersatzkassenverbände seien als juristische Personen des Privatrechts keine geeigneten Rechtsnormgeber. Die Versicherten seien in den Verwaltungsräten der Krankenkassen nicht vertreten. Eine ununterbrochene demokratische Legitimationskette bestehe nicht, weil die Verwaltungsräte der Landesverbände nicht generell von allen Mitglieds-kassen beschickt würden. - Auch der Bewertungsausschuss sei nicht rechtsstaatlich und demokratisch legitimiert, zumal er um unparteiische, nicht weisungsgebundene Mitglieder erweitert werde, wenn es nicht zu einstimmigen Beschlüssen komme. - Rechtswidrig sei auch das Verfahren, nach dem der Bewertungsausschuss tätig werde. Undurchschaubar sei, wer im Vorfeld seiner Entscheidungen mitwirke, ob und welche Gutachten den Entscheidungen zu Grunde gelegt würden, ob überhaupt betriebswirtschaftliche Untersuchungen angestellt würden, welche Vorgaben die Gutachter erhielten, sowie vor allem, welche nicht betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte seinen Entscheidungen zu Grunde lägen. - Bei der Festlegung der Punktzahlen, insbesondere derjenigen für radiologische Leistungen, habe der Bewertungsausschuss keine ausreichenden Ermittlungen durchgeführt. Auch das LSG sei dem



rechtswidrigerweise nicht nachgegangen. - Dieses rechtswidrige Verhalten könne auch nicht mit einer Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt werden. - Die Begrenzungen der Scan- und Sequenzzahlen bei CT- und MRT-Leistungen seien rechtswidrig. Diese Beschränkungen verstießen gegen das im Rechtsstaatsprinzip wurzelnde Sachgerechtigkeitsprinzip. Das LSG hätte ihrer - der Kläger - Behauptung nachgehen müssen, die Regelung reiche nicht aus, um im Durchschnitt die fachlich gebotene CT- bzw MRT-Diagnostik durchzuführen. - Rechtswidrig sei auch, dass nach Abschnitt Q I. 7 EBM-Ä nur ein Behandlungsfall im Quartal abrechnungsfähig sei. Diese Regelung sei nicht sachgerecht und daher rechtsstaatswidrig. - Zu beanstanden sei weiterhin das Fehlen einer Differenzierung zwischen Einzel- und Gemeinschaftspraxen. - Rechtswidrig sei auch der umfassende Ausschluss einer Vergütung für nicht vollständig erbrachte Leistungen vor dem Hintergrund, dass öfters Patienten vor bzw während der Großgeräte-Untersuchung "davonspringen".

Die angefochtenen Bescheide seien auch deshalb rechtswidrig, weil gegen den ihnen zu Grunde liegenden HVM durchgreifende rechtliche Bedenken bestünden. Eine Vertreterversammlung, der neben den Vertretern der Vertragsärzte auch außerordentliche Mitglieder angehörten, sei zu wesentlichen Berufsausübungsregelungen nicht hinreichend legitimiert. Darüber hinaus habe die Zusammensetzung der Vertreterversammlung der Beklagten auf die Zusammensetzung der Vertragsärzteschaft keine Rücksicht genommen. Mangels eines Minderheitenschutzes sei die Vertreterversammlung als grundrechtseinschränkender Normgeber ungeeignet. - Der HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Die Richtlinie für Sicherstellungszahlungen sei mangels Benehmensherstellung gemäß § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V nichtig, sodass im HVM jegliche Billigkeits-Regelung fehle und der HVM insgesamt nichtig sei. - Die Rechtsgrundlage des HVM (§ 85 Abs 4 SGB V) habe in ihrer 1996 geltenden Fassung weder dem Bestimmtheits- noch dem Parlaments- und Gesetzesvorbehalt genügt. Die Vorschrift habe keinerlei Vorgaben für den Maßstab der Honorarverteilung enthalten und stehe mit der Rechtsprechung zur verfassungsrechtlichen Wesentlichkeitslehre nicht in Einklang. - Der HVM sei auch deshalb rechtswidrig, weil die Vertreterversammlung bei seinem Erlass keinerlei Informationen über die Kosten- und Ertragslage der niedersächsischen Radiologen gehabt und keine prognostischen Erwägungen über die Auswirkungen der von ihr beschlossenen Regelung angestellt habe. - Der HVM rechtfertige sich ebenfalls nicht als Anfangs- und Erprobungsregelung, denn auch hierfür benötige man Daten. - Des Weiteren verstoße er gegen das Gebot der Normklarheit. Er sei weder für die Vertragsärzte noch für die Mitglieder der Vertreterversammlungen noch für die Sozialrichter verständlich. - Ferner sei die durch den HVM bewirkte ungleiche Vergütung gleicher radiologischer Leistungen in den verschiedenen Arztgruppen rechtswidrig. Der Umstand, dass ansonsten das vom EBM-Ä und dem Honorarnormgeber gewählte System der Budgetierung und Topfbildung nicht funktioniere, rechtfertige die Ungleichbehandlung nicht. - Die Bildung eines Honorartopfs für Radiologen sei rechtswidrig. Es gebe keinen Sinn, Arztgruppen gegeneinander vor Mengenentwicklungen zu schützen. Zudem sei es nicht sachgerecht, Radiologen das Risiko einer Leistungsmengenausweitung anderer Fachkollegen anzulasten, weil sie diese nicht zu verantworten hätten. Die Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte und die Punktwertabsenkung durch den HVM verstießen gegen Art 3 Abs 1 GG und verfälschten den EBM-Ä.



Bei der Festlegung der Punktwerte müsse der Honorarnormgeber darauf achten, dass er die Proportionen der im EBM-Ä vorgegebenen Punktekomponten (Kostenerstattung und Arztlohn) auch dann wahre, wenn die Punktwerte niedriger, als vom EBM-Ä-Normgeber unterstellt, festgelegt würden. Hiervon könne bei dem vorliegenden HVM nicht die Rede sein. - Es sei gleichfalls rechtswidrig gewesen, bei der Bemessung des Honorarvolumens für die Radiologen an frühere Quartale anzuknüpfen, in denen bereits nicht bedarfsgerecht honoriert worden sei. Die Vorwegvergütungen für bestimmte Leistungserbringer und das "Abschmelzungsverfahren" seien rechtswidrig, nämlich mit Art 3 Abs 1 GG nicht vereinbar. Ebenso wie die Auffüllungsgrenze sei auch der Interventionspunktwert willkürlich - jedenfalls hinsichtlich der Radiologen ohne Ermittlung und Kenntnis, ob damit wenigstens die Kosten ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit gedeckt würden - festgelegt worden.

Die Honorarbescheide verstießen des Weiteren gegen ihren - der Kläger - Anspruch auf uneingeschränkte Verteilung der Gesamtvergütung (§ 85 Abs 4 Satz 1 SGB V). Der Abzug von Verwaltungskosten sei zu Unrecht erfolgt. Hierfür fehle eine Rechtsgrundlage. § 81 Abs 1 Satz 3 Nr 5 SGB V reiche als Erhebungsgrundlage ebenso wenig aus wie § 3 Abs 8 der Satzung der Beklagten. Der Vertreterversammlung dürfe nicht die Auswahl zwischen einem festen Beitragsatz oder einem Prozentsatz der Vergütungen überlassen werden. Deren getroffene Wahl letzterer Möglichkeit sei zudem deshalb rechtswidrig, weil sie die erhebliche Schmälerung des Gewinns bei Fachgruppen mit hohen Praxiskosten unberücksichtigt lasse. Weiterhin verstoße die Erhebung unterschiedlich hoher Verwaltungskosten in den einzelnen Bezirken gegen Art 3 Abs 1 GG. Ferner sei ihnen - den Klägern - der Beschluss der Vertreterversammlung über die Beiträge für das Jahr 1996 nicht ordnungsgemäß bekannt gegeben worden, dies hätte in Satzungsform verkündet werden müssen. - Schließlich hätten die von den Krankenkassen erlangten Nachzahlungen auf die Gesamtvergütungen für 1996 (AOK ca 21 Mio., Landwirtschaftliche und Innungskrankenkassen je ca 2 Mio. und Betriebskrankenkassen ca 1,5 Mio. DM) an die damals tätig gewesenen Vertragsärzte nach Maßgabe der Regelungen des damaligen HVM verteilt werden müssen und hätten nicht den Honorarverteilungen für die Leistungen in den Jahren 2000 und 2001 zugeschlagen werden dürfen. Dies könne durch die vom LSG angeführten Argumente der Verwaltungspraktikabilität und nur verhältnismäßig geringfügiger Nachzahlungsbeträge von insgesamt 3 % nicht gerechtfertigt werden. - Ebenso rechtswidrig seien schließlich die Zurückbehalte für rechtswidrige Sicherstellungszahlungen, weil die dem zu Grunde liegende Richtlinie mangels Benehmensherstellung unwirksam sei.

Die Kläger beantragen,

die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 24. September 2003 und des Sozialgerichts Hannover vom 31. Mai 2000 aufzuheben sowie festzustellen, dass die Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I bis IV/1996 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 1997 und die weiteren Honorarbescheide der Beklagten für die Quartale I und II/1996 nichtig sind, sowie die Beklagte zu verurteilen, sie - die Kläger - unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats hinsichtlich der Honorarforderungen für die Quartale I bis IV/1996 erneut zu bescheiden,



hilfsweise, die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 24. September 2003 und des Sozialgerichts Hannover vom 31. Mai 2000 aufzuheben und die Beklagte unter Änderung ihrer Honorarberechnungen für die Quartale I bis IV/1996 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 1997 zu verurteilen, sie - die Kläger - unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats hinsichtlich der Honorarforderungen für die Quartale I bis IV/1996 erneut zu bescheiden.

Die Beklagte und die Beigeladene beantragen,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beklagte hält das Urteil des LSG für zutreffend. Die Honorarbescheide seien in formeller und materieller Hinsicht rechtmäßig. Die Kläger hätten keinen Anspruch auf höhere Vergütung aus Art 12 Abs 1 GG. Die Begrenzungen der Scan- und Sequenzzahlen hielten sich im Rahmen der Gestaltungsfreiheit, die dem Bewertungsausschuss zukomme und dessen Normsetzungskompetenz durch § 87 SGB V iVm ausreichenden Gründen des Gemeinwohls legitimiert sei. Ein Missbrauch der Bewertungskompetenz sei nicht erkennbar, der Verhältnismäßigkeitsgrundsatz und die Honorarverteilungsgerechtigkeit seien beachtet. Die Abrechnungsbeschränkungen durch die Scan- und Sequenzzahlen bedürften keiner speziellen medizinisch-fachlichen Begründung. Im Übrigen sei im Vorfeld der Regelungen die Fachgruppe der Radiologen und Nuklearmediziner beteiligt worden. Eine Verpflichtung zur Orientierung an Modellrechnungen habe nicht bestanden, ebenso wenig sei die Beobachtungspflicht verletzt worden. Die HVMe für das Jahr 1996 seien am 15. November 1996 von der Vertreterversammlung mit ganz überwiegender Mehrheit beschlossen worden, sie würden dem Bestimmtheitsgebot gerecht, die Bildung eines besonderen Honorartopfes für radiologische Leistungen sei nicht zu beanstanden. Der hieraus resultierenden Beobachtungs- und Reaktionspflicht habe sie - die Beklagte - Rechnung getragen. Ungeachtet dessen, dass sie die Auswirkungen der EBM-Ä-Neuregelungen hätte abwarten können, habe sie über den Interventionspunktwert hinaus CT- und MRT-Leistungen bereits ab 1997 einen Mindestpunktwert von 8 Pfennig eingeführt. Beleg dafür, dass sie die Radiologen nicht etwa vergütungsmäßig in rechtswidrigem Ausmaß vernachlässigt habe, sei der Anstieg der Zahl der radiologischen Praxen in Niedersachsen von 142 auf 155 vom Quartal I/1995 bis IV/1997. Dies zeige ebenso wie die den niedersächsischen Radiologen durchschnittlich gewährten Honorare, dass bezogen auf die Gesamtgruppe der Radiologen immer noch ausreichende finanzielle Anreize zu vertragsärztlicher Tätigkeit und keine Anhaltspunkte für eine Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung bestanden hätten. Der im HVM vorgesehene Vergütungsvorwegabzug für einige Leistungserbringer sei nicht zu beanstanden. Der Zusatzbeschluss vom 18. November 1995 zur Abfederung besonderer Härten durch die EBM-Ä-Reform sei rechtmäßig. Das Benehmen mit den Krankenkassen sei hinsichtlich der HVMe in ausreichender Weise hergestellt worden. Eine rechtswidrige Vorenthaltung von Gesamtvergütungen liege nicht vor. Die 1996 bezogenen Beträge seien damals ausgekehrt worden, darüber hinaus seien Gesamtvergütungsbestandteile und Zinseinnahmen aus früheren Jahren im Rahmen der Richtlinie für Sicherstellungszahlungen ausgezahlt worden. Der Verzicht darauf, die



späteren Nachzahlungen auf die Gesamtvergütungen für 1996 noch nachträglich an die damals tätig gewesenen Vertragsärzte zu verteilen, sei aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität und verhältnismäßig geringfügiger Nachzahlungsbeträge von nicht mehr als 3 % gerechtfertigt. Auch der Abzug der Verwaltungskosten sei rechtmäßig, nämlich durch die Satzung der KÄV gedeckt. Die nachträgliche Honorarneubemessung wegen der zunächst nicht berücksichtigten Begrenzungen der Scan- und Sequenzzahlen sei von der umfassenden Befugnis der KÄVen zur Richtigstellung gedeckt. Zudem sei der Fehler für die Vertragsärzte erkennbar gewesen. Bereits vorher seien sie durch Rundschreiben noch vor dem Zugehen der Honorarbescheide auf einen Programmfehler bei einem ersten (Probe-)Durchlauf der Honorarberechnung hingewiesen worden, der dann erkennbar im Rahmen der Bescheide erneut bzw immer noch vorhanden gewesen sei.

Die Beigeladene legt in der mündlichen Verhandlung im Einzelnen dar, welche Ermittlungen zu den punktzahlmäßigen Bewertungen radiologischer Leistungen durchgeführt worden seien. Zudem werde eine bundesweite Abrechnungsstatistik geführt, auf deren Grundlage die den Bewertungsausschuss bildenden Vertragspartner regelmäßig langfristige Vergleiche zu Leistungsbedarfs- und Honorarentwicklungen der einzelnen Fachgruppen vornähmen. Im Übrigen seien die von den Klägern vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen im Einzelnen nicht nachvollziehbar und ließen, weil ua weitere Einkünfte aus ärztlicher Tätigkeit nicht offen gelegt würden, keine Aussagen darüber zu, ob die behaupteten niedrigen Einnahmen auf einer fehlerhaften Bewertung durch den Bewertungsausschuss beruhten.

Der Senat hat den Klägern anheim gestellt, zur Frage der Beurteilung einer dauerhaften Kostenunterdeckung ihrer vertragsärztlichen Leistungen über einen längeren Zeitraum hinweg die insoweit maßgeblichen Teile der ihnen für die Jahre 1996 bis 1998 erteilten Steuerbescheide vorzulegen. Die Kläger haben davon abgesehen.

Die Beklagte hat angegeben, das an die voll zugelassenen radiologischen Vertragsärzte ausgezahlte Honorar habe in den vier Quartalen von I bis IV/1996 jeweils insgesamt ca 26.911.000 DM, 25.845.000 DM, 25.287.000 DM und 25.872.000 DM betragen sowie in den Folgequartalen der Jahre 1997 und 1998 jeweils mehr als 30.000.000 DM. Daraus ergäben sich durchschnittliche Honorare je niedergelassenem Radiologen für die Quartale I bis IV/1996 von ca 204.000 DM, 197.000 DM, 179.000 DM und 175.000 DM sowie in den Folgequartalen des Jahres 1997 von ca 206.000 DM, 198.000 DM, 207.000 DM, 208.000 DM und 1998 von ca 231.000 DM, 209.000 DM, 190.000 DM und 198.000 DM.

Der Senat hat zu dem Verfahren die Verfahrensakten des Verfahrens *B 6 KA 44/03 R* beigezogen.



II

Die Revision der Kläger ist nicht begründet. Zu Recht hat das LSG ihre Berufung gegen das klageabweisende erstinstanzliche Urteil zurückgewiesen. Die angefochtenen Honorarbescheide für die Quartale I bis IV/1996 sind formell und materiell rechtmäßig.

1. Nach § 123 SGG entscheidet das Gericht über die vom Kläger erhobenen Ansprüche, ohne an die Fassung der Anträge gebunden zu sein. Der Kläger bestimmt mit seinem Begehren den Streitgegenstand des Klageverfahrens und damit den Prüfungsumfang des Gerichts. Danach ist Gegenstand des Verfahrens der von den Klägern erhobene Anspruch gegen die Beklagte auf höhere Vergütung der von ihnen in den Quartalen I bis IV/1996 erbrachten und abgerechneten vertragsärztlichen Leistungen. Dieser Anspruch richtet sich grundsätzlich nach § 85 Abs 4 SGB V iVm dem HVM der Beklagten.

Nicht Gegenstand des Verfahrens sind dagegen Ansprüche auf Sonderzahlungen für die streitigen Quartale, wie sie die Beklagte - in Abweichung von den allgemein für die Honorarverteilung geltenden Regelungen - nach der von ihrer Vertreterversammlung beschlossenen "Richtlinie für die Gewährung von Sicherstellungszahlungen gemäß § 4 der Sicherstellungs-Richtlinien der KVN" vom 18. November 1995 (*Richtlinie für Sicherstellungszahlungen*) gewährte. Denn Gegenstand einer Anfechtungs- und Leistungsklage, hier auf höhere Honorierung vertragsärztlicher Leistungen, kann in zulässiger Weise nur sein, was bereits Gegenstand des Verwaltungsverfahrens war. Dies ist die behördliche Regelung, die im Hinblick auf einen konkreten Lebenssachverhalt angestrebt wird. Über welche Aspekte dabei zu befinden ist, bestimmt sich maßgeblich nach dem auf die Sache anzuwendenden materiellen Recht (*vgl. Stelkens/Schmitz, in Stelkens/Bonk/Sachs, VwVfG, 6. Aufl. 2001, § 9 RdNr 98; Kopp/Ramsauer, VwVfG, 8. Aufl. 2003, § 9 RdNr 24 f.*). Nach den Regelungen der Beklagten hat ihr Vorstand über Sonderzahlungen aus Sicherstellungsgründen eigenständige Entscheidungen in eigenständigen Verwaltungsverfahren zu treffen. Das folgt nicht nur aus dem Antragserfordernis, das Abschnitte A und D der Richtlinie vorsehen, sondern auch daraus, dass die Entscheidungen über diese Sonderzahlungen eine abschließende Entscheidung über den Honoraranspruch voraussetzen, wie er sich bei Anwendung der allgemein für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften ergibt. Im Hinblick hierauf sind die Bescheide über die entsprechenden Anträge der Kläger nicht gemäß § 86 SGG Bestandteil des Widerspruchsverfahrens bzw. gemäß § 96 Abs 1 SGG des Klageverfahrens geworden. Damit ist der Bescheid vom 18. Februar 1998, mit dem den Klägern Ausgleichszahlungen nach den Sicherstellungs-Richtlinien abgelehnt wurden, nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens; insoweit wurde vielmehr zutreffend ein gesondertes Verfahren durchgeführt, das durch klageabweisenden Gerichtsbescheid vom 18. Oktober 2002 rechtskräftig abgeschlossen worden ist. Zu Recht gehen die Beteiligten übereinstimmend davon aus, dass Ansprüche auf Sonderzahlungen nicht Gegenstand dieses Verfahrens sind.

2. Die Honorarbescheide verletzen nicht Vorschriften des SGB X.



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

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



Bei Honorarbescheiden dürfen die Anforderungen an die Darlegungen und Berechnungen nicht überspannt werden. Denn bei ihnen kommt dem Umstand Bedeutung zu, dass sie sich an einen sachkundigen Personenkreis richten, der mit den Abrechnungsvoraussetzungen vertraut ist bzw zu dessen Pflichten es gehört, über die Grundlagen der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen Bescheid zu wissen (vgl. *BSGE* 74, 70, 75 = *SozR* 3-2500 § 106 Nr 23 S 129 und *BSG SozR* 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 11 - zu *Bescheiden im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung*; ebenso *BSG SozR* 3-2500 § 85 Nr 46 S 384 f). Das erlaubt es den KÄVen, auch hinsichtlich der Honorarberechnung entsprechende Kenntnisse, welche von ihr regelmäßig durch Rundschreiben oder anderweitige Veröffentlichungen unter allen Vertragsärzten verbreitet werden, vorauszusetzen und die Begründung ihrer Honorarbescheide hierauf einzustellen. Im Hinblick hierauf hat es das BSG nicht für erforderlich gehalten, dass eine KÄV im Honorarbescheid alle für die Festlegung einer Honorarbegrenzungsmaßnahme wesentlichen Umstände, Zahlen und Beträge im Einzelnen im Bescheid aufführt; es reicht vielmehr aus, wenn sich der für die Berechnung maßgebliche Rechengang aus dem HVM ergibt (*BSGE* 81, 213, 215 = *SozR* 3-2500 § 85 Nr 23 S 150).

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

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



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

Da die angefochtenen Honorarbescheide nicht in diesem Sinne in Rechte der Kläger eingriffen, waren diese vor ihrem Erlass nicht anzuhören. Eine Anhörungspflicht bestand auch nicht vor Erlass des Widerspruchsbescheides, da dieser die Honorarbescheide bestätigte, nicht aber zu Ungunsten der Kläger abänderte.

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

3. Die Honorarbescheide sind auch materiell rechtmäßig. Der ihnen zu Grunde liegende HVM und/oder seine Auslegung und Anwendung verletzen entgegen der Ansicht der Kläger nicht Bundesrecht. Dabei beschränkt sich die gerichtliche Überprüfung der Rechtmäßigkeit auf diejenigen Vorschriften des HVM, deren Anwendung dem hier angefochtenen Honorarbescheid zu



Grunde liegt. Soweit Rügen der Kläger Vorschriften betreffen, die für die Festsetzung des ihres Honorars ohne Bedeutung sind, hat kein Anlass bestanden, diesen nachzugehen.

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

Der Parlamentsvorbehalt besagt nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG), dass staatliches Handeln in grundlegenden Bereichen durch Parlamentsgesetz legitimiert sein muss. Der parlamentarische Gesetzgeber ist verpflichtet, alle wesentlichen Entscheidungen in ihren Grundzügen selbst zu treffen, und darf dies nicht anderen Normgebern oder der Exekutive überlassen. Wann es danach einer Regelung durch Parlamentsgesetz bedarf und wie weit die parlamentsgesetzlichen Vorgaben ins Einzelne gehen müssen, lässt sich nur mit Blick auf den jeweiligen Sachbereich und auf die Eigenart des betroffenen Regelungsgegenstandes beurteilen. Die verfassungsrechtlichen Wertungskriterien sind dabei den tragenden Prinzipien des Grundgesetzes, insbesondere den darin verbürgten Grundrechten zu entnehmen. Als wesentlich sind Regelungen zu verstehen, die für die Verwirklichung der Grundrechte erhebliche Bedeutung haben (*vgl BVerfGE 83, 130, 142; 95, 267, 307 f; 98, 218, 251; 108, 282, 311 f, jeweils mwN*). Der Umfang des parlamentarischen Regelungsvorbehalts richtet sich nach der Intensität, mit der die Grundrechte des Regelungsadressaten durch die jeweilige Maßnahme betroffen sind (*vgl BVerfGE 98, 218, 252 mwN; ebenso zB BSGE 70, 285, 292, 306 f = SozR 3-2500 § 122 Nr 3 S 11, 26, ohne Weiterführung der insoweit strengeren Maßstäbe von BSGE 67, 256, 266 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 1 S 12 f*). Deshalb müssen gesetzliche Bestimmungen, die Grundregeln für die Berufsausübung von Ärzten und Einrichtungen enthalten und somit für deren Grundrechte aus Art 12 Abs 1 GG von Bedeutung sind (*dazu gehören auch Vergütungsregelungen: s BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, mwN; ebenso BVerfG, stRspr, zB BVerfGE 88, 145, 159; 101, 331, 346 f; 110, 226, 251; BVerfG <Kammer>, NJW 2002, 2091 f; BVerfG <Kammer> SozR 4-1500 § 54 Nr 4 RdNr 18 = NJW 2005, 273 = MedR 2004, 680, 681; Beschluss vom 25. Oktober 2004 - 1 BvR 1437/02, RdNr 19*), erkennen lassen, mit welcher Tendenz und nach welchen Grundsätzen die nähere Ausgestaltung durch die zur weiteren Rechtsetzung ermächtigten Selbstverwaltungsorgane zu erfolgen hat (*zu Satzungsregelungen s BVerfGE 33, 125, 158 ff; BVerfGE 33, 171, 183 ff = SozR Nr 12 zu Art 12 GG; BVerfGE 76, 171, 184 f; BSGE 73, 131, 136 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 24*).

Das Bestimmtheitsgebot besagt, dass die Rechtsvorschriften so gefasst sein müssen, dass der Betroffene seine Normunterworfenheit und die Rechtslage konkret erkennen kann. Er muss sein Verhalten danach ausrichten können (*vgl BVerfGE 108, 52, 75 mwN*). Dabei dürfen die Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit jedoch nicht übersteigert werden. Müsste jeder Tatbestand mit exakt erfassbaren Merkmalen bis ins Letzte beschrieben sein, dann wären die



Normen sehr starr und/oder rein kasuistisch und könnten deshalb der Vielgestaltigkeit des Lebens und den Besonderheiten des Einzelfalls nicht mehr gerecht werden (*vgl BayVerfGH NZS 2004, 264, 265*). Die Regelungen müssen lediglich so genau gefasst sein, wie dies nach der Eigenart des zu ordnenden Lebenssachverhalts und mit Rücksicht auf den Normzweck gerechtfertigt ist (*vgl BVerfGE 110, 371, 396 mwN*). Eine Auslegungsbedürftigkeit macht eine Norm nicht unbestimmt. Dem Bestimmtheitserfordernis ist vielmehr genügt, wenn Auslegungsprobleme mit herkömmlichen juristischen Methoden bewältigt werden können (*vgl BVerfGE 82, 209, 224 ff; 110, 370, 396 f mwN*). So können unbestimmte Rechtsbegriffe verwendet werden, sofern sie der Konkretisierung durch Auslegung zugänglich sind (*vgl zB BVerfGE 82, 209, 224 bis 227 zu Begriffen wie Bedarfsgerechtigkeit, Leistungsfähigkeit und Kostengünstigkeit*).

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

b) Die Einwendungen, die die Kläger gegen die Rechtmäßigkeit des HVM wegen der gesetzlichen Vorgaben über die Zusammensetzung der Vertreterversammlung der Beklagten erheben,



greifen nicht durch. Begründete Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit der insoweit maßgeblichen Norm des § 80 Abs 1 Satz 1 und 2 SGB V bestehen nicht. Sie bestimmt, dass die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder der KÄVen getrennt aus ihrer Mitte in unmittelbarer und geheimer Wahl die Mitglieder der Vertreterversammlung wählen, wobei die außerordentlichen Mitglieder höchstens mit einem Fünftel der Mitglieder der Vertreterversammlung vertreten sein dürfen.

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

Nach diesen Grundsätzen ist insbesondere die Einbeziehung auch solcher Ärzte, die in das Arztregister eingetragen, aber nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen sind, nicht zu beanstanden. Deren Legitimation erwächst daraus, dass die Arztregistereintragung grundsätzlich Vorstufe und Voraussetzung für die Zulassung ist (§ 95 Abs 2 iVm § 95a SGB V, - im Einzelnen und zur historischen Entwicklung s BSG SozR 3-2500 § 95a Nr 2 S 8 f; - geändert durch § 77 Abs 3 SGB V idF des GMG vom 14. November 2003, BGBl I 2190, mit Wirkung zum 1. Januar 2005). Ihre Einflussmöglichkeiten sind dadurch beschränkt, dass ihre Zahl in der Vertreterversammlung auf ein Fünftel der Vertreter begrenzt ist (§ 77 Abs 3 Satz 2 iVm § 80 Abs 1 Satz 1 und 2 SGB V). Da nicht jede betroffene einzelne (Unter-)Gruppe in der Vertreterversammlung vertreten sein muss (*s oben mit Hinweis auf BVerfGE 70, 324, 364*), ist es unschädlich, wenn in ihr zB kein Radiologe Mitglied ist. Nur zu Gunsten der Psychotherapeuten besteht seit dem 1. Januar 1999 eine Sonderregelung; diese wählen seit diesem Zeitpunkt ihre Vertreter gesondert, allerdings mit einer Begrenzung auf höchstens ein Zehntel der Mitglieder der Vertreterversammlung (*s § 80 Abs 1a SGB V idF des Gesetzes über die Berufe des Psychologischen Psychotherapeuten und des Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, zur Änderung des SGB V und anderer Gesetze vom 16. Juni 1998, BGBl I 1311*).



Unbegründet ist ferner der Einwand, in der Selbstverwaltungseinheit KÄV dürften nicht verschiedene (Unter-)Gruppen mit nicht gleichgerichteten, sondern eher gegensätzlichen Interessen zusammengefasst werden (*vgl dazu Schmidt-Aßmann, Grundrechtspositionen und Legitimationsfragen im öffentlichen Gesundheitswesen, 2001, S 74*). Zwar sind in der Tat vor allem im Honorarbereich die Interessen der verschiedenen Gruppen insofern gegeneinander gerichtet, als auf Grund der - gemäß § 71 Abs 1 und § 85 Abs 3 bis 3c SGB V - beschränkten Erhöhungen der Gesamtvergütungen ein Mehr an Honorar für eine Arztgruppe regelmäßig ein Weniger für andere bedeutet. Dies steht indessen der Zusammenfassung aller vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungserbringer in einer Selbstverwaltungskörperschaft nicht entgegen, vermeidet vielmehr eine - auch organisatorisch problematische - weit gehende Aufspaltung der Leistungserbringer in zahlreiche verschiedene Körperschaften. Zudem ist die Honorarverteilung nur eine von vielen Aufgaben, die den KÄVen zugewiesen sind. Weitere Aufgabenbereiche sind insbesondere die Sicherstellung und Gewährleistung einer ordnungsgemäßen vertragsärztlichen Versorgung sowie die Interessenvertretung und Öffentlichkeitsarbeit gegenüber Krankenkassen und politischen Institutionen (*zu diesen Aufgaben s zB BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 8 S 34; SozR 4-2500 § 75 Nr 2 RdNr 13; Schiller in Schnapp/Wigge <Hrsg>, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, § 5 a II <S 97 ff>; Clemens in: von Wulffen/Krasney <Hrsg>, Festschrift 50 Jahre Bundessozialgericht, 2004, S 373, 394 bis 396*). Deshalb konnte der Gesetzgeber den Gesichtspunkt, dass bei der Honorarverteilung Interessengegensätze bestehen, als nachrangig ansehen und trotzdem - wegen der übrigen wichtigen gemeinschaftlichen Aufgaben mit weniger gegensätzlicher Interessenausrichtung - die verschiedenen Gruppen der vertragsärztlichen und -psychotherapeutischen Leistungserbringer in einer KÄV zusammenbinden. So hat auch das BVerfG klargestellt, dass der Gesetzgeber nicht gehindert ist, einen einheitlichen Selbstverwaltungsträger für teilweise konkurrierende Interessen zu bilden (*vgl BVerfGE 10, 89, 103*).

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

Ihre Rügen betreffen, wie ihre schriftsätzlichen iVm ihren mündlichen Ausführungen ergeben, die Korrektheit der Ladungen zu den Sitzungen der Vertreterversammlungen, die Herstellung des Benehmens mit den Verbänden der Krankenkassen (*s § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V*) und die Ausfertigung der gefassten Beschlüsse. Sie greifen nicht durch, zum Teil schon deshalb nicht, weil sie ihre Zweifel nicht näher konkretisiert haben. Zwar darf von den Beteiligten kein Vortrag erwartet werden, den sie mangels Kenntnis der Entscheidungsgrundlagen nicht liefern können. Wird zB der Mangel an überprüfbaren Unterlagen gerügt, so widerspräche es fairer Verfahrensgestaltung und dem Gebot effektiven Rechtsschutzes, vom Rechtsmittelführer weiteren Vortrag zu verlangen (*BVerfG <Kammer>, NVwZ 2004, 1112, 1113 f*). Aber ein rechtskundig vertretener Kläger, der die Herstellung des Benehmens und/oder eine korrekte Ausfertigung bestreiten will, muss sich zumindest mit dem einschlägigen Publikationsorgan, in dem der Honorarverteilungsmaßstab und seine Änderungen regelmäßig veröffentlicht werden, und dem darin amtlich publi-



zierten Inhalt befassen. Im Zusammenhang mit der Veröffentlichung (*s dazu die Hinweise in anderen Urteilen des Senats vom heutigen Tag zB im Verfahren B 6 KA 44/03 R*) wird - jedenfalls gelegentlich - auch festgehalten, ob bzw dass die Landesverbände der Krankenkassen das Benehmen für hergestellt erklärt haben. Mit solchen Hinweisen müsste sich ein Kläger, der die Herstellung des Benehmens mit den Verbänden der Krankenkassen und/oder die korrekte Wiedergabe der gefassten Beschlüsse in den Ausfertigungen anzweifelt, auseinander setzen. Dem gegenüber haben die Kläger weder dargelegt, dass zwar die Bekanntmachung erfolgt sei, ein Hinweis auf das Benehmen aber fehle, noch ausgeführt, dass die Bekanntmachung überhaupt nicht in einem ihnen zugänglichen Publikationsblatt erfolgt sei. Damit fehlt das Mindestmaß dessen, was von einem rechtskundig vertretenen Kläger zu erwarten ist (*vgl ähnlich BVerwGE 116, 188, 196 f zu Kalkulationsgrundlagen bei Abgabensatzungen; BVerwGE 108, 71, 75 f zum Außerkrafttreten von Bebauungsplänen wegen Funktionslosigkeit*). Ohne die Forderung eines Minimums an Vorbringen von rechtskundig Vertretenen ergäbe sich für die Gerichte die Verpflichtung zu "Ermittlungen ins Blaue hinein". Die Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung von Amts wegen (§ 103 SGG) bedeutet nicht, dass die Gerichte auf bloße von einem Beteiligten geäußerte allgemeine Zweifel hin in Ermittlungen eintreten müssten; eine Überprüfung ist nur insoweit erforderlich, als substantiierte Einwände erhoben worden sind (*vgl BVerwGE 116, 188, 197 am Ende*). Eine solche Pflicht folgt auch nicht aus Art 19 Abs 4 Satz 1 GG. Dementsprechend bedarf es hier keiner weiter gehenden Erörterung der mündlich vorgebrachten Einwendungen der Kläger im Zusammenhang mit der Ausfertigung der HVM-Beschlüsse (*zu Funktion und Erforderlichkeit der Ausfertigung s zB BVerwGE 88, 204, 206, 209; BVerwG VersR 2002, 553, 554; BGHZ 126, 16, 19 f; Wigge, NWVBI 1997, 241, 242; Ziegler, DVBI 1987, 280, 281*) und ebenso wenig ihrer Einwände gegen die Benehmensherstellung. Soweit die Bedenken, die ihre Prozessbevollmächtigten in der mündlichen Verhandlung gegen die Korrektheit der Ladungen zu den Sitzungen der Vertreterversammlungen erhoben haben, auch die niedersächsische Vertreterversammlung betroffen haben sollten, sind diese mangels konkreterer Auseinandersetzung mit den bereits von der Vorinstanz beigezogenen umfänglichen Akten zu deren Sitzungen schon nicht ausreichend substantiiert bzw angesichts der insoweit vorliegenden Unterlagen, die erfolgte Ladungen belegen oder jedenfalls Indizien für deren Durchführung ergeben, unbegründet.

Erfolglos ist auch ihr zusätzlicher Einwand, dass die Benehmensherstellung jedenfalls deshalb mangelhaft sei, weil sich die für jeden HVM erforderliche Billigkeitsregelung nur in der ihn ergänzenden Richtlinie für Sicherstellungszahlungen finde, zu dieser Richtlinie aber keine Benehmensherstellung erfolgt sei. Gegen das Erfordernis einer Benehmensherstellung iS des § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V spricht bereits, dass die Möglichkeit, Sonderregelungen aus Billigkeits- und Härtegründen zu treffen, uU sogar ohne ausdrückliche Regelung - dh auch ohne Benehmensherstellung - im Wege ergänzender Auslegung in den HVM hineinzuiinterpretieren ist, wie sich aus der bisherigen Rechtsprechung ergibt. Danach können Sonderregelungen für Billigkeits- und Härtefälle durch den Vorstand getroffen werden. Eine generalklauselartige Global-Härte-regelung im HVM reicht aus (*vgl dazu zB BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 10 RdNr 16*), die zu den



sonstigen HVM-Regelungen hinzutreten muss (*BSG aaO*). Hieraus folgt, dass sie nötigenfalls - ohne Benehmensherstellung - im Wege ergänzender Auslegung in den HVM hineininterpretiert werden muss. Deshalb ist auch bei ihrer ausdrücklichen Normierung keine Benehmensherstellung erforderlich. Mithin liegt die von den Klägern geltend gemachte Nichtigkeit insoweit nicht vor.

Ungeachtet vorstehender Ausführungen zur Frage der Notwendigkeit einer Benehmensherstellung ist darauf hinzuweisen, dass diese keine ausdrücklichen Erklärungen der Krankenkassen-Verbände erfordert. Ausreichend ist es, dass sie über eine beabsichtigte oder beschlossene HVM-Regelung informiert werden und sich nicht innerhalb der gesetzten bzw einer angemessenen Zeit äußern (*vgl die Rechtsprechung des Senats, s zB BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 31 S 235 mwN*).

d) Der HVM genügt entgegen der Ansicht der Kläger auch den aus dem Rechtsstaatsprinzip folgenden Anforderungen an die Klarheit und Bestimmtheit von Rechtsnormen (*zu den Voraussetzungen s oben unter 3a*).

In den von den Klägern beanstandeten Verweisungen des HVM auf andere Rechtsnormen liegt kein Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit. Rechtsnormen dürfen aufeinander aufbauen und aufeinander verweisen, wenn dabei die Maßgaben ausreichender Klarheit und Bestimmtheit, ausreichender Publikation, der Vereinbarkeit mit dem Demokratie- und Rechtsstaatsprinzip sowie mit der bundesstaatlichen Ordnung eingehalten werden (*stRspr; s dazu zusammenfassend Clemens, AöR Bd 111 - 1986 -, 63, 83 ff*). Dementsprechend sind Verweisungen als solche nicht rechtswidrig. Die Kläger haben sich weder damit auseinander gesetzt, ob die von ihnen beanstandeten Regelungen überhaupt Verweisungen im eigentlichen Sinn sind (*hierzu Clemens, aaO, 67 ff*), noch konkrete Beanstandungen mit Blick auf die genannten Maßgaben erhoben, sodass nähere Ausführungen nicht veranlasst sind.

Bedenken ergeben sich auch nicht aus ihrer in der mündlichen Verhandlung vorgetragenen Rüge, im HVM würden unklare bzw unverständliche bzw unerklärte Begriffe verwendet. Ein Normgeber ist nicht zu Legaldefinitionen aller von ihm verwendeten Begriffe verpflichtet. Rechtsstaatlichen Anforderungen ist Genüge getan, wenn die Begriffe durch Auslegung konkretisiert werden können (*s oben unter 3a mit Hinweis auf BVerfGE 82, 209, 224 ff; 110, 370, 396 f*). Die von den Klägern beispielhaft angeführten Begriffe - zB "Gesamtbewertungsquote ... aus budgetierten und unbudgetierten Leistungen" und der Hinweis auf "nachträgliche Korrekturen" - sind konkretisierender Auslegung zugänglich. Etwas anderes ergibt sich aus dem Revisionsvorbringen nicht, und dafür ist auch nichts ersichtlich.

Auch die Komplexität der Regelungen begründet keinen Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit. Honorarverteilungsmaßstäbe müssen die Komplexität der von ihnen zu regelnden Verhältnisse berücksichtigen, indem durch eine ergänzende generalklauselartige Ermächtigung an



den Vorstand zu Einzelfall- und Härtefall-Entscheidungen sachgerechte Lösungen für atypische Fälle ermöglicht werden (*s dazu oben mit Hinweis auf BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 10 RdNr 16*). Dementsprechend dürfen bei komplexen Regelungen die Anforderungen an ihre Klarheit und Eindeutigkeit nicht überspannt werden (*vgl dazu zB BVerfGE 106, 275, 308 = SozR 3-2500 § 35 Nr 2 S 25 und BayVerfGH NZS 2004, 264, 265*).

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

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

f) Die weiteren Beanstandungen der Kläger gegen den Regelungsinhalt des HVM greifen ebenfalls nicht durch. Nicht zu beanstanden ist insbesondere die Bildung eines Honorartopfes für Radiologen, Ärzte für radiologische Diagnostik und Ärzte für Strahlentherapie (*s hierzu § 8 Abs 3 Buchst g - letzte zwei Absätze iVm Anlage 3 - HVM-PK und § 8 Abs 3 Buchst a HVM-EK iVm dem "Zusatzbeschluss der Vertreterversammlung der KVN" vom 18. November 1995*).

Der Senat hat wiederholt ausgesprochen, dass die KÄVen bei der Ausformung des HVM einen Gestaltungsspielraum haben, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist (*zusammenfassend: Urteile vom 10. Dezember 2003 - BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6 - und*



vom 10. März 2004 - BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 7; ebenso zuletzt Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen). Zu beachten sind dabei allerdings insbesondere das in § 85 Abs 4 Satz 3 SGB V angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus Art 12 Abs 1 iVm Art 3 Abs 1 GG herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen (vgl BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 aaO mwN). Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf (aaO). In ständiger Rechtsprechung hat der Senat die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen als rechtmäßig angesehen (aaO mit Hinweis auf BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 408 f mwN). Dabei können Arztgruppen, die - wie zB Radiologen, Ärzte für radiologische Diagnostik und Ärzte für Strahlentherapie - gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden (in letzterem Sinne Anlage 3 zu § 8 Abs 3 Buchst g - letzte zwei Absätze - HVM-PK und "Zusatzbeschluss der Vertreterversammlung der KVN" vom 18. November 1995). Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in § 85 Abs 3 bis 3c SGB V normierten Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern (BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004, aaO). Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können (BSG aaO mwN). Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind (aaO, jeweils mwN). Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge - im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren - ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt (BSG aaO). Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden (BSG aaO, mit Hinweis auf BSG SozR aaO S 409 mwN und BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 14).

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



diese anknüpfend - aus Gründen der Honorarverteilung bestimmte Vorgaben für den sich ergebenden Auszahlungspunktwert macht (vgl. BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 126). Auch der späteren Nichteinbeziehung der Radiologen in die Praxisbudgets des EBM-Ä hat der Senat kein Verbot zu entnehmen vermocht, für diese Fachgruppe im HVM einen Honorartopf zu schaffen und eine individuelle Budgetierung vorzunehmen (vgl. BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409 zur Topfbildung bei sog freien Leistungen). Die zum 1. Januar 1996 geschaffenen Teilbudgets haben ebenso wie die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets (Beschlüsse des Bewertungsausschusses vom 19. November 1996 und 11. März 1997, Deutsches Ärzteblatt <DÄ> 1996, A-3364 ff; 1997, A-864 ff) grundsätzlich nichts an der Berechtigung der KÄVen geändert, im HVM auch mengensteuernde Regelungen zu treffen, um so eine gerechte Honorarverteilung zu erreichen und zugleich ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gerecht zu werden (vgl. - zu den Praxisbudgets - BSGE 86, 16, 26 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 125).

Dies kann in Bereichen mit erheblichem Mengenzuwachs dazu führen, dass normativ hohe Punktzahlen im EBM-Ä weiter bestehen, aber die aus dem HVM resultierenden Auszahlungspunktwerte sinken - dies uU auch im Vergleich zu anderen Leistungen mit an sich vergleichbar hohen EBM-Ä-Punktzahlen - und dass sich bei kostenintensiven Leistungen trotz eines mit Mengensteigerungen typischerweise einhergehenden Rationalisierungseffektes der relative Kostenanteil erhöht. Das ist hinzunehmen, solange es gerechtfertigt ist, an der Bildung des Honorartopfes und an dem ihm zugeordneten Honorarvolumen für diesen Bereich festzuhalten (dazu - auch im Zusammenhang mit Leistungen, die überweisungsgebunden und keiner Mengenausweitung durch ihre Erbringer zugänglich sind - s oben unter 3f). Insoweit besteht allerdings eine verstärkte Beobachtungspflicht der KÄV, sofern dem Honorartopf nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern - aber mit einem relevanten Leistungsbereich - zugeordnet und der betroffene Bereich in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist (s dazu Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen, zum strahlentherapeutischen Bereich in einem kleinen KÄV-Bezirk). Anhaltspunkte dafür, dass vorliegend eine derartige Situation gegeben sein könnte, lassen sich den Feststellungen des LSG nicht entnehmen und haben die Kläger auch nicht vorgebracht.

Auf der Grundlage dieser Maßstäbe erweisen sich die von den Klägern beanstandeten Regelungen des HVM der Beklagten als rechtmäßig. Dies gilt insbesondere für die Grundstruktur des HVM mit seiner Anknüpfung an die Verhältnisse früherer Quartale bei der Bildung von Honorarkontingenten (dazu BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen, mit Hinweis auf BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 48 S 409 mwN und BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 14). Das gilt aber auch für die von den Klägern beanstandeten weiteren Regelungen.



So greift der Einwand der Kläger gegen die Vorwegabzüge - für zB ermächtigte Einrichtungen und nicht in der Anlage 3 zum HVM-PK aufgeführte Fachgruppen (§ 8 Abs 2 Buchst g aa und dd HVM-PK) - nicht durch. Der Senat hat in seinen Urteilen vom 20. Oktober 2004 (*B 6 KA 26/03 R, 31/03 R und 30/03 R, letzteres zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*) im Einzelnen ausgeführt, dass die Vergütungsregelungen für "Randgruppen" wie Ermächtigte aus inhaltlichen und/oder Praktikabilitäts-Gründen von den Bestimmungen für zugelassene Vertragsärzte abweichen dürfen. Darauf wird verwiesen; Entsprechendes gilt gegenüber den Einwendungen der Kläger.

Unbegründet ist auch die Ansicht der Kläger, Mindest- bzw Interventionspunktwerte dürften nicht schematisch festgelegt werden (*s zB Abschnitt II Abs 3 der Anlage 3 zum HVM-PK und § 8 Abs 3 Buchst d letzter Satz HVM-EK, jeweils mit Festlegung auf 75 % des Durchschnittspunktwertes*), sondern müssten für Radiologen entsprechend ihrem hohen Kostenanteil höher festgesetzt werden. Dem steht entgegen, dass ein HVM möglichst gleichmäßige Regelungen für alle Arztgruppen und Sonderbestimmungen für einzelne Arztgruppen nicht ohne begründeten Anlass treffen soll (*vgl dazu BSG, Urteile vom 20. Oktober 2004, wie zuvor angegeben, mwN*). Der Normgeber muss nicht individuell für jede Arztgruppe eine besondere Bestimmung oder für einzelne Arztgruppen Sonderregelungen treffen; er hat vielmehr die Befugnis zur Schematisierung und Typisierung (*BSG aaO*). Für den Fall, dass sich für einzelne Arztgruppen oder Vertragsärzte unzumutbar harte Belastungen ergeben, besteht die Möglichkeit, nötigenfalls - auf Antrag - Sonderzahlungen zur Sicherstellung der Versorgung zu gewähren (*vgl hierzu noch unten 7. <4>*). Ungeachtet dessen hat die Beklagte nach einem Jahr einen speziellen Mindestpunktwert für CT- und MRT-Leistungen in Höhe von 8 Pfennig festgesetzt (*Neufassung des § 8 Abs 3 Buchst g - Zweiter Zusatz nach mm - HVM-PK mit Wirkung ab 1. Januar 1997, NdsÄrzteBl 1996, 37 ff*). Nach alledem ist der für alle Arztgruppen einheitliche Interventionspunktwert nicht zu beanstanden.

Die Einwendungen der Kläger gegen die Abschmelzungs- und Auffüllungsregelungen nach Abschnitt A II des Zusatzbeschlusses der Vertreterversammlung der KÄV Niedersachsen haben ebenfalls keinen Erfolg. Mit diesen Bestimmungen wurde das Ziel verfolgt, jeder Fachgruppe möglichst mindestens 93 % des Vergütungsvolumens des entsprechenden Vorjahresquartals zu gewähren. Dafür wurde das Honorarvolumen für diejenigen Fachgruppen, deren Volumen unter dieser Grenze lag, aufgefüllt, und zwar zu Lasten derjenigen, deren Volumen darüber lag und dementsprechend abgeschmolzen wurde (*Abschnitte A I 3 und II*). Falls sich die 93 %-Grenze nicht halten ließ (zB weil die darüber hinaus gehenden Honorarvolumina geringer waren als die den darunter liegenden Fachgruppen fehlenden Honorarvolumina), so wurde die 93 %-Grenze nach unten korrigiert (*"modifizierte prozentuale Auffüllungsgrenze", Abschnitt II 4*). Ein solches Verfahren, das Fachgruppen mit stärker abfallenden Honorarvolumina stützt, dagegen Fachgruppen bzw deren Honorarvolumina mit geringeren Einbußen sowie solche mit Zuwachs abschmilzt, ist nicht zu beanstanden. Dies folgt aus den Ausführungen in den Senatsurteilen vom 10. Dezember 2003 (*BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils insbesondere RdNr 19*



bis 21, und BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 6 RdNr 17 ff). In diesen hat der Senat die Notwendigkeit von Zuwachsmöglichkeiten für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen und die Möglichkeit der Honorarbegrenzung für überdurchschnittlich abrechnende herausgestellt. Diese Grundsätze hat die Beklagte in ihrem Zusatzbeschluss auf die Honorarvolumina ganzer Fachgruppen in der Weise übertragen, dass diejenigen, die im Vergleich zum entsprechenden Vorjahresquartal besondere Einbußen erlitten hatten, aufgefüllt, dagegen diejenigen abgeschmolzen wurden, die im Vergleich zum Vorjahresquartal keine oder geringere Einbußen erlitten hatten. Dies ist rechtmäßig. Die Ansicht der Kläger, das habe für die Fachgruppen, deren Honorarvolumina abgeschmolzen worden seien, zur Nichtvergütung vertragsärztlicher Leistungen geführt, trifft nicht zu. Begrenzungen und Absenkungen gesamter Honorarvolumina bedeuten vielmehr lediglich, dass das auf jede einzelne Leistung entfallende Honorar anteilig sinkt (vgl hierzu BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 13; s auch BSGE 92, 233 = SozR 4-2500 § 85 Nr 9, jeweils RdNr 13).

Der Überprüfung weiterer HVM-Regelungen bedarf es hier nicht, insbesondere auch nicht, ob zB für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen ausreichende Ausnahmeregelungen bestanden, die ihnen ein Wachstum bis zum durchschnittlichen Umsatz der Fachgruppe ermöglichten (vgl BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 19 bis 21, und BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 18 bis 20). Ob der HVM solche Regelungen in ausreichender Weise enthielt, ist im Berufungsurteil nicht festgestellt. Das ist vorliegend auch nicht zu erörtern; denn die Kläger haben nicht geltend gemacht, dass das für sie Bedeutung gehabt haben könnte. Wenn eine konkrete nachteilige Betroffenheit nicht feststellbar ist, kann ein etwaiges Regelungsdefizit keine Rechtsverletzung zu Lasten der Kläger ergeben (in diesem Sinne BSG SozR 4-2500 § 95 Nr 6 RdNr 6, Nr 9 RdNr 22, Nr 10 RdNr 18).

g) Erfolglos ist auch die Rüge der Kläger, die Beklagte habe die für die Quartale I bis IV/1996 erhaltenen Gesamtvergütungen entgegen dem rechtlichen Gebot des § 85 Abs 4 Satz 1 SGB V nicht vollständig an die Vertragsärzte verteilt. Sie hätte die Nachzahlungen, die die Krankenkassen nach den zwischenzeitlichen Schiedsamtverfahren in den Jahren 2000 und 2001 noch für 1996 geleistet hätten, nach Maßgabe der 1996 in Kraft gewesenen Regelungen von EBM-Ä und HVM noch zusätzlich für die im Jahr 1996 erbrachten Leistungen aufstocken müssen. Dies trifft nicht zu. Jedenfalls dann, wenn der HVM solche nachträglichen Zahlungen für frühere Jahre nicht vorsieht, ist die KÄV dazu auch nicht verpflichtet, wie sich aus dem Senatsurteil vom 16. Juli 2003 (BSGE 91, 153 = SozR 4-2500 § 85 Nr 3) ergibt.

In den HVMen der Beklagten (jeweils in der 1996 gültigen Fassung) war unter anderem bestimmt, dass Vergütungsdifferenzen - zB aus Rückforderungen sowie aus Rückstellungen und deren Auflösung - in Folgequartalen verteilt werden (so § 8 Abs 8 HVM-PK). Für den Fall des erst späteren Abschlusses von Vergütungsverträgen war bestimmt, dass eine Neuberechnung nach Abschluss eines Vertrages für das Abrechnungsquartal ausgeschlossen ist, es vielmehr bei der Honorarverteilung verbleibt, die nach dem letzten Vergütungsvertrag vorzunehmen

war (so § 8 Abs 3 Buchst d Satz 4 und 5 HVM-EK). Aus diesen Bestimmungen wird deutlich, dass sie darauf abzielten, im Falle späterer Gesamtvergütungsnachzahlungen für bereits abgelaufene Zeiträume zu vermeiden, dass bereits durchgeführte Honorarverteilungen neu aufgerollt werden müssten, solche Zahlungen vielmehr noch ausstehenden Honorarverteilungen zugeschlagen werden soll(t)en. Eine solche Regelung ist nicht zu beanstanden. Sie entspricht den Grundsätzen, die im Verhältnis von früheren und späteren Gesamtvergütungsvereinbarungen gelten, wie der Senat in seinem Urteil vom 16. Juli 2003 (*BSGE 91, 153 = SozR 4-2500 § 85 Nr 3*) klargestellt hat. Danach ist nicht etwa nachträglich die frühere Vereinbarung zu korrigieren, sondern die Abweichung erst im Rahmen der folgenden Vereinbarung mitzuberücksichtigen, sofern in einer früheren vereinbarten Gesamtvergütung vorläufig eine Veränderungsrate zu Grunde gelegt wurde, die spätere tatsächliche aber von ihr abweicht (*aaO RdNr 21*). Hieraus ergibt sich als allgemeine Folgerung, dass es nicht zu beanstanden ist, später erkannte Fehler früherer Gesamtvergütungsvolumina grundsätzlich nur bei der Festlegung und Verteilung späterer Gesamtvergütungsvolumina zu berücksichtigen. Entsprechendes gilt für Honorarverteilungen: Der Vertragsarzt hat keinen Anspruch darauf, dass frühere Honorarverteilungen im Falle von Gesamtvergütungsnachzahlungen nachträglich aufgestockt werden. Die dementsprechenden Regelungen in den HVMen der Beklagten sind nicht zu beanstanden.

Dieselben Grundsätze gelten auch für Rückstellungen und Sonderzahlungen an einzelne Praxen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung. Um die Stabilität der Honorarverteilungen zu sichern, können Rückstellungen für den Fall plötzlicher Nachzahlungserfordernisse (*zB im Hinblick auf Gerichtsentscheidungen*) gebildet werden. Ebenfalls kann ein Fonds für Sicherstellungszahlungen bereitgestellt werden. Dafür können Teile der Gesamtvergütungen abgezweigt werden, ohne dass darin eine rechtswidrige Teilvorenthaltung der gemäß § 85 Abs 4 Satz 1 SGB V vorgeschriebenen Honorarverteilung liegt; die Festlegung der Kriterien für Sicherstellungszahlungen macht - da dies über die eigentliche Honorarverteilung hinaus geht und im Übrigen jedenfalls Billigkeits- und Härteregelnungen nötigenfalls im Wege ergänzender Auslegung ohne Benehmensherstellung in den HVM hineinzuiinterpretieren sind (*s oben unter 3c*) - keine Benehmensherstellung erforderlich. Jedenfalls dann, wenn das Ausmaß entsprechender Rückstellungen uä nicht mehr als wenige Prozent der Gesamtvergütungen ausmacht - wie es vorliegend der Fall ist -, sind solche Fondsbildungen nicht zu beanstanden.

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

a) Die Ermächtigungsgrundlage für den EBM-Ä in § 87 Abs 2 SGB V (*in der damaligen bis zum 30. Juni 1997 geltenden Fassung*) genügt den Anforderungen des Parlamentsvorbehalts (*allgemein zu diesen oben unter 3a*). Der Gesetzgeber hat alle mit Blick auf die Eigenart des zu regelnden Sachbereichs und die Intensität der Grundrechtsbetroffenheit wesentlichen Entschei-



dungen selbst getroffen. Funktion des EBM-Ä ist es, den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander zu bestimmen (§ 87 Abs 2 Satz 1 SGB V). Damit sind die Festlegungen des EBM-Ä für die berufliche Tätigkeit der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen und somit für deren Grundrechte aus Art 12 Abs 1 GG von Relevanz. Trotz dieser Grundrechtsrelevanz ist die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Partner der Bundesmantelverträge, die im Bewertungsausschuss den EBM-Ä vereinbaren (§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V), verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden. Denn der Gesetzgeber hat die für die erstmalige Vereinbarung des EBM-Ä und seine Fortschreibung maßgebenden Strukturprinzipien im Gesetz selbst festgelegt (vgl BSG SozR 3-2200 § 368g Nr 2 S 4 f; Engelhard in: Hauck/Noftz, SGB V, K § 87 RdNr 42). § 87 Abs 2 SGB V gibt in Satz 1 mit der Beschreibung und der (verhältnismäßigen) Bewertung der abrechenbaren Leistungen die Art der im EBM-Ä zu treffenden Regelungen und in Satz 2 mit dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen der wirtschaftlichen Leistungserbringung bestimmte inhaltliche Ziele vor. Darüber hinaus gelten für die Ausgestaltung des EBM-Ä die allgemeinen Grundsätze der §§ 70, 71 SGB V sowie des § 72 Abs 2 SGB V. Danach dient der EBM-Ä bestimmten qualitativen und ökonomischen Zielen. Die vertragsärztliche Gebührenordnung leistet einen Beitrag zur Gewährleistung einer bedarfsgerechten und gleichmäßigen, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechenden, humanen Versorgung der Versicherten (§ 70 Abs 1 Satz 1, Abs 2, § 72 Abs 2 SGB V) sowie zur wirtschaftlichen Erbringung der zu einer derartigen Versorgung zählenden Leistungen (§ 70 Abs 1 Satz 2, § 72 Abs 2 SGB V). Zugleich muss der EBM-Ä aber auch so vereinbart werden, dass die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden (§ 72 Abs 2 SGB V). Bereits diesen Gestaltungsvorgaben lässt sich ein ausreichend dichtes Normprogramm entnehmen (vgl BSGE 78, 70, 83 = SozR 3-2500 § 92 Nr 6 zur hinreichenden Bestimmtheit der Normsetzungsermächtigung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen). Darüber hinaus sind durch das GSG eine Reihe konkreter inhaltlicher Vorgaben eingeführt worden. So sind nach § 87 Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V die im EBM-Ä aufgeführten ärztlichen Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen; Einzelleistungen sind nur noch zulässig, soweit dies medizinisch notwendig ist. Während dahinter das Bestreben steht, der Zergliederung in eine ständig zunehmende Zahl von Vergütungspositionen entgegenzuwirken (vgl Engelhard in: Hauck/Noftz, aaO, K § 87 SGB V RdNr 75), nehmen die anderen Vorgaben des § 87 Abs 2a SGB V den EBM-Ä für die Verwirklichung bestimmter Steuerungsziele in Anspruch. Letzteres gilt auch für die ausdrückliche Ermächtigung in § 87 Abs 2b Satz 3 bis 5 SGB V zur Schaffung von Abstufungen, was später in § 87 Abs 2a Satz 7 SGB V übernommen sowie um eine Ermächtigung zur Schaffung von Obergrenzen für abrechenbare Leistungen in § 87 Abs 2a Satz 8 SGB V ergänzt worden ist. Hierdurch wurden die gesetzlichen Vorgaben für die Gestaltung des EBM-Ä zusätzlich ausgebaut und präzisiert.

Das SGB V enthält damit deutlich mehr Vorgaben für die Vereinbarung des EBM-Ä als die Bundesärzteordnung (BÄO) in ihrer entsprechenden Verordnungsermächtigung für das ärztliche und zahnärztliche Gebührenrecht (*Gebührenordnung für Ärzte <GOÄ> bzw Zahnärzte <GOZ>*). § 11



Satz 1 BÄO bezeichnet als Regelungsgegenstand die "Entgelte für ärztliche Tätigkeit". Weiter wird bestimmt, dass in der Gebührenordnung "Mindest- und Höchstsätze für die ärztlichen Leistungen festzusetzen" sind und dass bei der Festsetzung den "berechtigten Interessen der Ärzte und der zur Zahlung der Entgelte Verpflichteten Rechnung zu tragen" ist (§ 11 Satz 2 und 3 BÄO). Nach der Rechtsprechung des BVerfG lassen sich aus dieser Vorschrift mit hinreichender Deutlichkeit Inhalt, Zweck und Ausmaß der erteilten Ermächtigung erkennen (BVerfGE 68, 319, 333).

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

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

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

schuss bei der Schaffung von Bestimmungen des EBM-Ä nicht selbst Träger von Rechten und Pflichten (*BSGE 90, 61, 64 = SozR 3-2500 § 87 Nr 35 S 203 f*). Die von der Revision gegen die Rechtmäßigkeit dieses Regelungskonzepts vorgebrachten Einwände überzeugen nicht.

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

Für die funktionale Selbstverwaltung gelten - wie bereits oben angesprochen (*unter 3b*) - nicht dieselben Legitimationsanforderungen wie für die unmittelbare Staatsverwaltung oder die kommunale Selbstverwaltung. Eine personelle Legitimation durch eine ununterbrochene Legitimationsskette ist in der funktionalen Selbstverwaltung nicht erforderlich. Ihre Legitimation leitet sich vielmehr daraus ab, dass die beteiligten Körperschaften durch Gesetz errichtet worden sind und dass ihnen durch Gesetz ausdrücklich die Aufgabe der Rechtsetzung mit Außenwirkung zugewiesen worden ist (*BVerfGE 107, 59, 91 f*). Die Bindungswirkung dieses untergesetzlichen Rechts für Dritte wie Versicherte, Krankenkassen, ärztliche Leistungserbringer und zugelassene Krankenhäuser war schon bisher in der Rechtsprechung anerkannt (*zum Normcharakter des EBM-Ä s zB BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris*) und wird nunmehr zusätzlich durch zB § 91 Abs 9 SGB V (*eingefügt durch das GMG vom 14. November 2003*) für die Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses ausdrücklich klargestellt. Weiterhin ist in diesem Zusammenhang erforderlich, dass die Ausgestaltung der funktionalen Selbstverwaltung mit dem Grundgedanken autonomer interessengerechter Selbstverwaltung und effektiver öffentlicher Aufgabenwahrnehmung vereinbar ist. Es muss daher dafür gesorgt sein, dass die Interessen der Betroffenen in den Organisationsstrukturen ange-

messen berücksichtigt und nicht Interessen Einzelner bevorzugt werden. Ferner müssen die Organe der Selbstverwaltungseinheiten nach demokratischen Grundsätzen gebildet werden. Im Übrigen stehen die Auswahl der auf die Organisationseinheiten zu übertragenden Aufgaben und die Regelung der Strukturen und Entscheidungsprozesse, in denen diese bewältigt werden, weitgehend im Ermessen des Gesetzgebers.

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

Die Normsetzung durch Vertrag entspricht im Übrigen den Funktionsnotwendigkeiten des bestehenden Krankenversicherungssystems. Sie hat ihren Grund im Naturalleistungsprinzip (§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V) auf der einen und im Grundsatz der Leistungserbringung durch Dritte (§ 2 Abs 2 Satz 2 SGB V) auf der anderen Seite, mithin in zwei Prinzipien, die das deutsche Krankenversicherungsrecht seit jeher geprägt haben. Müssen die Krankenkassen ihren Versicherten die notwendigen medizinischen Leistungen als solche zur Verfügung stellen, ohne auf eigenes medizinisches Personal zurückgreifen zu können, so sind sie auf die Mitwirkung selbstständiger



Leistungserbringer angewiesen. Zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Versicherten sind dann vertragliche Beziehungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern unerlässlich. Werden diese Beziehungen nicht durch Einzelverträge zwischen der einzelnen Krankenkasse und dem einzelnen Leistungserbringer geregelt, sondern durch Kollektivverträge der entsprechenden Verbände - wie dies zwischen Ärzten und Krankenkassen seit langem der Fall ist -, kommt das vertragliche Zusammenwirken ohne die Zuweisung von Normsetzungsbefugnissen an die Vertragspartner nicht aus (*BSGE 81, 73, 83 = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 59*). Das Regelungskonzept der Rechtsetzung durch Normenverträge ist vom BSG stets gebilligt worden (*vgl nur BSGE 71, 42, 48 = SozR 3-2500 § 87 Nr 4 S 15; BSGE 81, 73, 83 f = SozR 3-2500 § 92 Nr 7 S 59; BSGE 82, 41, 47 = SozR 3-2500 § 103 Nr 2 S 16 f*). Auch das BVerfG hat bisher in keiner der zahlreichen Entscheidungen, die sich mit der Anwendung vereinbarter Normen des Vertragsarztrechts befassen, Zweifel an der Zulässigkeit vertraglicher Rechtsetzung auch nur angedeutet (*vgl zuletzt BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris -, und BVerfG <Kammer> SozR 3-5557 Allg Nr 1, jeweils zum EBM-Ä; BVerfG <Kammer> SozR 4-2500 § 135 Nr 2 = NVwZ 2004, 1347 = MedR 2004, 608 zur Kernspintomographie-Vereinbarung; BVerfG <Vorprüfungsausschuss> SozR 2200 § 368g Nr 3 zu einem Gesamtvertrag über die Vergütung von Zahnersatz; vgl auch BVerfGE 68, 193, 215 zu Zahntechniker-Vergütungsvereinbarungen; BVerfGE 70, 1, 25 ff = SozR 2200 § 376d Nr 1 S 8 ff zu Vereinbarungen über die Preise für Heil- und Hilfsmittel*). Ganz im Gegenteil hat es speziell zum EBM-Ä ausgeführt, dass dessen Leistungsbeschreibungen dem Gemeinwohlbelang der Funktionsfähigkeit und Wirtschaftlichkeit der gesetzlichen Krankenversicherung dienen. Sie seien geeignet und erforderlich, eine gleichmäßige Vergütung der Vertragsärzte sicherzustellen (*BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris*).

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

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



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

Aus diesem Grund ist in einem Honorarstreit - und damit auf die Klage eines Vertragsarztes, der als solcher nicht in die Selbstverwaltung der Krankenkassen einbezogen ist - nicht darauf einzugehen, ob die sog Friedenswahlen bei den Krankenkassen, die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten und eine nicht generell gewährleistete Vertretung aller Mitglieds-kassen in den Verwaltungsräten der Landesverbände mit der Verfassung vereinbar sind. Im Übrigen wäre zu beachten, dass das Gesetz zwar bei den Krankenkassen - anders als bei den KÄVen (*vgl BSGE 23, 92, 95 f*) - Wahlen ohne Wahlhandlung (sog Friedenswahlen) zulässt (§ 46 Abs 3 SGB IV); als Regelfall sieht es aber auch bei den Krankenkassen Wahlen mit Wahlhandlung vor (§ 46 Abs 1 SGB IV). Dass diese Legitimation vermitteln können, ist nicht zweifelhaft. Die Beteiligung der Arbeitgeber in den Verwaltungsräten der Krankenkassen sieht das Gesetz zwar - mit Ausnahme der Ersatzkassen - im Regelfall vor (§ 44 Abs 1 SGB IV); doch erlaubt es den Krankenkassen, diese Beteiligung ganz oder teilweise zu beseitigen (*vgl § 44 Abs 4 SGB IV*). Sollte



die Arbeitgeberbeteiligung verfassungswidrig sein, so ist es den Krankenkassen unbenommen, diesen Verfassungsverstoß selbst zu beheben. Auch für die Vertretung der Mitgliedskassen in den Verwaltungsräten gilt, dass das Gesetz genügend Möglichkeiten einräumt, den Anforderungen des Demokratieprinzips gerecht zu werden. Zwar müssen nach § 209 Abs 1 Satz 3 SGB V im Verwaltungsrat der Landesverbände nur, soweit möglich, alle Mitgliedskassen vertreten sein. Kann aber auf Grund der gesetzlichen Obergrenze des § 209 Abs 1 Satz 2 SGB V nicht eine Vertretung jeder Mitgliedskasse erreicht werden, lässt es das Gesetz zu, ein Wahlverfahren vorzusehen, in dem die Mitgliedskassen ihre Vertreter gemeinsam auswählen (*vgl Krauskopf, Soziale Krankenversicherung, Pflegeversicherung, Stand Mai 2004, § 209 SGB V RdNr 8*). Es ist gerade Kennzeichen von Repräsentativorganen, dass diese nur ein verkleinertes Abbild der Mitgliedschaft sind, in ihnen aber keineswegs jedes Mitglied vertreten ist (*hierzu vgl oben unter 3b mit Hinweis auf BVerfGE 70, 324, 364*).

Auch gegen die Beteiligung der Ersatzkassenverbände an der Normsetzung bestehen keine durchgreifenden verfassungsrechtlichen Bedenken. Sie sind zwar nicht körperschaftlich, sondern in Vereinsform organisiert. Doch handelt es sich bei ihnen nur der Form nach um Privatpersonen. Hinter ihnen stehen die als Körperschaften des öffentlichen Rechts verfassten Ersatzkassen (§ 4 Abs 1 und 2 SGB V). Zahlreiche Aufgaben, die diesen als Trägern der gesetzlichen Krankenversicherung obliegen, hat ihnen das Gesetz entzogen und auf ihre Verbände übertragen. Insoweit besteht kein Unterschied zu den Primärkassen. Der Spielraum, den das Gesetz den Ersatzkassen bei der Verbandsbildung lässt (§ 212 Abs 5 SGB V), ist angesichts der Vielzahl der Aufgaben, die es auch bei ihnen zwingend den Verbänden zuweist, eher gering. Von den körperschaftlich organisierten Krankenkassenverbänden unterscheiden sich die Ersatzkassenverbände weder von den Aufgaben und Befugnissen (*vgl Krauskopf, aaO, § 212 SGB V RdNr 13 f*) noch von der Aufsicht (§ 214 Abs 1 und 2 SGB V) her. Im Hinblick darauf werden sie prozessrechtlich wie Körperschaften des öffentlichen Rechts behandelt (*BSGE 11, 102, 106; BVerwG NJW 1999, 882 f*), auch zB soweit dies ihre Gebührenpflichtigkeit nach § 184 SGG im sozialgerichtlichen Verfahren betrifft (*BSG SozR 3-1500 § 184 Nr 1*). Sie bei der Normsetzung anders als die Bundesverbände der Krankenkassen zu behandeln, denen sie rechtlich weitgehend gleichgestellt sind, ist sachlich nicht gerechtfertigt. Dagegen spricht auch, dass die Ersatzkassenverbände bei der Wahrnehmung hoheitlicher Aufgaben als Beliehene angesehen werden (*vgl BVerfGE 106, 275, 305 = SozR 3-2500 § 35 Nr 2 S 23; BSGE 78, 233, 237 = SozR 3-2500 § 109 Nr 1 S 5; BVerwG NJW 1999, 882 f; Engelmann, NZS 2000, 76, 78; Ebsen in: Schuln <Hrsg>, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1: Krankenversicherungsrecht, 1994, § 7 RdNr 41 f*). Einer Beleihung privatrechtlich organisierter Verbände öffentlich-rechtlicher Körperschaften mit Rechtsetzungsbefugnissen steht Verfassungsrecht nicht entgegen. Zwar wird gelegentlich die Auffassung vertreten, eine Beleihung mit Rechtsetzungsbefugnissen sei unzulässig (*Stober in: Wolff/Bachof/Stober, Verwaltungsrecht, Bd 3, 5. Aufl 2004, § 90 RdNr 18*). Dem ist jedoch in dieser Allgemeinheit nicht zu folgen. Da Normsetzung durch die Verwaltung ein Instrument zur Erledigung von Verwaltungsaufgaben ist, kann es auch nicht verwehrt sein, bei der Beleihung mit Verwaltungskompetenzen die zugehörigen Normsetzungsbe-



fugnisse einzuräumen (*Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, 2000, S 33 f; Neumann, Normenvertrag, Rechtsverordnung oder Allgemeinverbindlicherklärung?, 2002, S 34*). Im Übrigen unterliegen die Beschlüsse des Bewertungsausschusses seit 2004 verstärkter staatlicher Überprüfung. Nach § 87 Abs 6 Satz 1 SGB V (*eingefügt durch das GMG vom 14. November 2003*) sind die Beschlüsse der Bewertungsausschüsse und die ihnen zu Grunde liegenden Beratungsunterlagen nunmehr dem Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung vorzulegen, das die Beschlüsse innerhalb von zwei Monaten beanstanden kann.

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

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



Gleichermaßen erfolglos ist die Rüge, der Bewertungsausschuss habe vor der Bewertung der radiologischen Leistungen seiner Ermittlungspflicht nicht genügt. Es ist bereits dargelegt worden, dass es gerade bei Vergütungsregelungen nicht ausgeschlossen ist, Entscheidungen auf der Grundlage der verfügbaren Erkenntnisse und somit, wo diese keinen vollständigen Überblick bieten, unter Inkaufnahme von Ungewissheiten zu treffen (*vgl dazu oben unter 3e mit grundsätzlicher Verneinung einer Ermittlungspflicht*).

d) Der EBM-Ä entspricht, soweit er hier zu überprüfen ist, den rechtsstaatlichen Anforderungen an die Normenklarheit (*zu diesen näher oben 3d*). Soweit der EBM-Ä die Vergütungstatbestände und die Bewertung der von den Klägern abgerechneten und erbrachten vertragsärztlichen Leistungen regelt, sind Zweifel an der Klarheit und Bestimmtheit der maßgeblichen Vorschriften des EBM-Ä weder von der Revision vorgebracht worden noch ersichtlich.

e) Die für den Honoraranspruch der Kläger maßgeblichen Bestimmungen des EBM-Ä sind auch in der Sache rechtmäßig. Nach § 87 Abs 2 Satz 1 SGB V bestimmt der EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Für die Beschreibung und Bewertung der Leistungen enthält das Gesetz weitere Vorgaben (*zu diesen s oben unter 4a*). Dabei lassen die gesetzlichen Regelungen auch die Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens durch die Begrenzung der dem einzelnen Vertragsarzt zustehenden Honorierung zu (*s dazu zB BSGE 88, 126, 129 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 147 f; BSGE 89, 259, 260 f = SozR aaO Nr 34 S 188*).

(1) Dies gilt insbesondere für die Teilbudgets, die im EBM-Ä ab 1996 eingeführt wurden. Indessen ist auf sie hier nicht näher einzugehen. Abgesehen davon, dass deren Rechtmäßigkeit für die Zeit ab dem 1. Juli 1996 vom Senat bereits geklärt worden ist (*s BSGE 86, 30, 39 ff = SozR 3-2500 § 83 Nr 1 S 12 ff; BSGE 87, 112, 113 f = SozR 3-2500 § 87 Nr 26 S 133*), ist nicht erkennbar, dass die Kläger von ihnen nachteilig betroffen sein könnten. Dies wird auch von der Revision nicht geltend gemacht und ist nicht ersichtlich.

(2) Auch die Scanzahlbeschränkung für kurativ-ambulante computertomographische Leistungen in Abschnitt Q I. 7 EBM-Ä und die Sequenzzahlbeschränkung für kurativ-ambulante kernspintomographische Leistungen nach Kapitel R EBM-Ä sind rechtmäßig.

Das Gesetz lässt nicht nur sog Teilbudgets wie im EBM-Ä ab 1996 (*s zuvor unter <1>*) sowie arztgruppenbezogene Praxisbudgets und leistungsbezogene Zusatzbudgets wie im EBM-Ä ab dem 1. Juli 1997 (*zu diesen zB BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 2 RdNr 9 ff*), sondern auch leistungsgruppenbezogene Teilbudgets zu. Im Hinblick auf die Steuerungsfunktion des EBM-Ä als bundesweit für alle Kassenarten verbindlicher Vergütungsgrundlage ist es zulässig, über ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstaffelungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlenbegrenzende Maßnahmen die Wirtschaftlichkeit der



Leistungserbringung zu fördern (vgl. zB BSGE 88, 126, 129 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 147 f mwN).

Darüber hinaus sieht das Gesetz seit dem 1. Juli 1997 in § 87 Abs 2a Satz 8 SGB V ausdrücklich vor, dass im EBM-Ä Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, vorgesehen werden können. Damit hat der Gesetzgeber jeden Zweifel behoben, dass die Schaffung leistungsgruppenbezogener fallzahlabhängiger Teilbudgets, wie dies mit der Festlegung von Obergrenzen abrechnungsfähiger Scan- und Sequenzzahlen für Leistungen nach Abschnitt Q I. 7 und nach Kapitel R EBM-Ä schon davor geschehen ist, grundsätzlich zulässig war und ist (zu dieser Klarstellung der davor schon ebenso bestehenden Rechtslage s BSGE 86, 30, 41 f = SozR 3-2500 § 83 Nr 1 S 13).

Auch der Höhe nach sind die im EBM-Ä festgelegten abrechenbaren Scan- und Sequenzzahlen nicht zu beanstanden. Die Revision verkennt mit ihrer Rüge, die im Durchschnitt einer radiologischen Praxis erforderliche Zahl von Scans sei nicht richtig ermittelt worden, die Einschränkungen, denen die gerichtliche Kontrolle des EBM-Ä unterliegt. Dem Bewertungsausschuss als Normgeber steht bei der Erfüllung des ihm in § 87 Abs 1 SGB V übertragenen Auftrags ein Gestaltungsspielraum zu (BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris; BSGE 79, 239, 242 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 49; BSGE 83, 218, 219 f = SozR aaO Nr 21 S 108 f; BSGE 88, 126, 133 f = SozR aaO Nr 29 S 152 f; BSGE 89, 259, 264 = SozR aaO Nr 34 S 192). Dieser ist grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren, die daher Regelungen des EBM-Ä nur in Ausnahmefällen korrigieren darf. Dies ist etwa dann der Fall, wenn der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt hat oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen (BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004, aaO; BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 109; BSGE 88, 126, 133 = SozR aaO Nr 29 S 152). Eine strengere gerichtliche Kontrolle hat das BSG auch dann für geboten erachtet, wenn das eigene Normprogramm des EBM-Ä auf tatsächliche Verhältnisse Bezug nimmt; allerdings beschränkt sich diese strengere Kontrolle darauf, ob der Bewertungsausschuss alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben behandelt hat und ob seine Festsetzungen inhaltlich frei von Willkür sind (BSGE 89, 259, 265 = SozR 3-2500 § 87 Nr 34 S 193 für die Kostensätze der Praxisbudgets). Dagegen ist es nicht Aufgabe der Gerichte, ihre eigenen Vorstellungen von der Sachgerechtigkeit der Bewertung einer Leistung oder eines Leistungskomplexes an die Stelle der Beurteilung durch den Bewertungsausschuss zu setzen. Nach diesen Maßstäben hat der Senat bereits in anderem Zusammenhang die Beschränkung der Zahl abrechenbarer Leistungen je Behandlungsfall als rechtmäßig angesehen. Der Senat hat dies als "Teilbudget" bezeichnet und hervorgehoben, dass solche "kleinen Budgets" von der Gestaltungsfreiheit des EBM-Ä Normgebers gedeckt sind und deren Bemessung nicht allein unter fachmedizinischen Aspekten beurteilt werden kann (BSGE 88, 126, 134-136 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 153 bis 156). Dies



gilt ebenso für die Begrenzungen der Gesamtscan- und -sequenzzahlen bei CT- und MRT-Leistungen (so schon Urteile vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 26/03 R und B 6 KA 31/03 R).

Solche Höchstbegrenzungen für Gesamtscan- und Sequenzzahlen (Abschnitt Q I. 7 und Kapitel R EBM-Ä) dürfen allerdings nicht beliebig gegriffen werden. Sollte sich nach einer längeren Erfahrung mit diesen Obergrenzen herausstellen, dass sie - auch unter Berücksichtigung der Gesamtvergütungsbegrenzungen, der Gesamthonorarsituation der betroffenen Fachgruppe und der Honorarbegrenzungen für Leistungen anderer Fachgruppen - erkennbar eine unverhältnismäßig empfindliche Honorarbeschränkung bedeuten, so kann uU deren Rechtmäßigkeit in Frage stehen. Das ist vorliegend im Ergebnis jedoch nicht der Fall.

Zwar haben die Kläger vorgetragen, dass die Obergrenzen ganz überwiegend nicht ausreichten, jedenfalls nicht bei einem solchen Patientenzuschnitt, wie er ihnen von der Medizinischen Hochschule Hannover zugewiesen werde. Dabei seien häufig Aufnahmen in vielen dünnen Schichten zum Ausschluss von Metastasen erforderlich, und dies zudem oft auch mehrfach im Quartal. Dieses Vorbringen erscheint allerdings schon insofern zweifelhaft, als - nach den Qualitäts-Leitlinien, soweit solche aufgestellt wurden - CT- und/oder MRT-Untersuchungen zur Suche nach Metastasen selten häufiger als einmal im Quartal medizinisch indiziert sind. Sie werden in den einschlägigen Leitlinien nur bei bestimmten Erkrankungen sowie nur abhängig von Risiko und Befund sowie meist auch nur nachrangig nach anderen bildgebenden Verfahren für die erste Zeit nach Therapieabschluss vorgeschlagen (vgl zB zum Mammakarzinom: *Interdisziplinäre S-3-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Mammakarzinoms der Frau*, hrsg vom Informationszentrum für Standards in der Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft, 2004; - zum Zervixkarzinom: *Interdisziplinäre S 2-Leitlinie für die Diagnostik und Therapie des Zervixkarzinoms*, verfasst von M. W. Beckmann ua, hrsg vom Informationszentrum für Standards in der Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft, 2004, S 18 f; - zum Analkarzinom: *Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2004*, hrsg vom Informationszentrum für Standards in der Onkologie, Deutsche Krebsgesellschaft, 4. Aufl 2004, S 236, 242; - zum Vaginakarzinom: *Kurzgefasste Interdisziplinäre Leitlinien 2004*, hrsg wie zuvor, 4. Aufl 2004, S 283, 288). Unabhängig von diesen hier nicht aufklärbaren Zweifeln mussten solche Sonderkonstellationen jedenfalls nicht notwendigerweise im EBM-Ä berücksichtigt werden. Für den Fall, dass sich für einzelne Arztgruppen oder Vertragsärzte unzumutbar harte Belastungen ergeben, bestand und besteht die Möglichkeit, nötigenfalls - auf Antrag - Sonderzahlungen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung zu gewähren (vgl hierzu noch unten 7b <4>).

Ebenso wenig bedurfte es bei der Regelung, dass für Leistungen, die den Scan- und Sequenzzahlbeschränkungen unterliegen, nur ein Behandlungsfall im Quartal abrechnungsfähig ist, - entgegen der Ansicht der Kläger - der Differenzierung bei Gemeinschaftspraxen. Erfolglos ist ihre Rüge einer Gleichheitsverletzung, mit der sie beanstanden, ihnen werde innerhalb eines Quartals bei zwei CT-Untersuchungen an einem Patienten nur einmal die Scanhöchstzahl zuerkannt, auch wenn dieser von zwei verschiedenen Ärzten ihrer Praxis untersucht werde, während



bei zwei Untersuchungen durch zwei Ärzte, die nicht derselben Gemeinschaftspraxis angehörten, zweimal die Scanhöchstzahl angesetzt werden könne. Falls einmal zwei Untersuchungen in einem Quartal erforderlich werden sollten, so wird der Patient im Regelfall zweimal denselben Arzt erneut aufsuchen. Nur in dem atypischen seltenen Fall, dass er sich an verschiedene Ärzte wendet, kann eine Benachteiligung der Gemeinschaftspraxis in Frage stehen, bei der nämlich die Behandlung der Patienten allen Praxispartnern gemeinschaftlich zugerechnet wird und dementsprechend die Behandlung eines Patienten in einem Quartal durch verschiedene Mitglieder der Gemeinschaftspraxis nur einen Behandlungsfall darstellt (*BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 41/03 R - mwN, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen*). Solche allenfalls gelegentlichen Benachteiligungen, die sich aus der Eigenart der Gemeinschaftspraxis ergeben, sind von ihr vor dem Hintergrund hinzunehmen, dass die Form der Gemeinschaftspraxis ansonsten zahlreiche Vorteile bringt. Insbesondere werden Budgets, seien es solche im EBM-Ä oder im HVM, nicht jedem Arzt einzeln zugeordnet, sondern sie werden entsprechend der Zahl der Praxispartner vervielfacht, sodass bei geringeren Leistungen eines Partners mehr Leistungen der anderen Partner voll vergütet werden; die Budgetgrenze greift erst ein, wenn das entsprechend vervielfachte Gesamtbudget insgesamt überschritten wird. Dieses Gesamtkonzept von einesteils vorteilhaften, andererseits nachteiligen Regelungen für die Gemeinschaftspraxis, bei der die Behandlung eines Patienten in einem Quartal durch verschiedene Mitglieder der Gemeinschaftspraxis einen Behandlungsfall darstellt, musste der Normgeber nicht speziell bei den Regelungen über die Scan- und Sequenzzahlbeschränkungen durchbrechen, sondern durfte schematisieren und typisieren (*vgl hierzu allgemein zB BVerfGE 99, 280, 290 mwN; 105, 73, 127*). Dementsprechend war insoweit eine Spezialregelung rechtlich nicht erforderlich.

Rechtlich unbedenklich ist auch die Allgemeine Bestimmung in Abschnitt A I. Teil A 1. Satz 1 EBM-Ä, wonach eine Leistung nur berechnungsfähig ist, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht worden ist. Es ist nicht ersichtlich, dass der Bewertungsausschuss damit seinen Gestaltungsspielraum überschritten hat. Von willkürlichen oder sonst sachfremden Erwägungen ist ein solcher Vergütungsausschluss nicht getragen. Der Bewertungsausschuss musste weder berücksichtigen, aus welchen Gründen die vollständige Erbringung der Leistung scheitert, noch, welche Kosten dem Arzt durch die teilweise Erbringung der Leistung bereits entstanden sind (*vgl dazu BVerfG <Kammer>, Beschluss vom 22. Oktober 2004 - 1 BvR 528/04 ua - juris*).

5. Die Revision macht weiter geltend, dass die Abzüge, die die Beklagte für Verwaltungskosten und für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung vorgenommen habe, rechtswidrig seien. Dem ist nicht zu folgen.

a) Als Rechtsgrundlage für die Erhebung derartiger Beiträge bedarf es einer entsprechenden Satzungsbestimmung, wie sich aus § 81 Abs 1 Satz 3 Nr 5 SGB V ergibt. Hiernach müssen die Satzungen der KÄVen Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthalten, die zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben erforderlich sind (*vgl dazu BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 12; s aber auch BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 2 zur Erhebung von Verwaltungskosten ohne zu Grunde*



liegende Satzungsregelung). Nach der Rechtsprechung des Senats reicht es aus, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält. Eine Satzungsvorschrift auch für den Betrag der Kostenumlage ist nicht erforderlich. Dies kann die Vertreterversammlung vielmehr in anderer Weise normativ regeln (*BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 12; s auch BSG SozR 2200 § 368m Nr 4 S 8*).

Diesen Anforderungen wird im vorliegenden Fall durch § 3 Abs 8 der Satzung der Beklagten entsprochen. Nach dieser Bestimmung erhebt die Beklagte zur Durchführung ihrer Aufgaben Beiträge, die in einem festen Satz oder in einem Hundertsatz der Vergütungen für ärztliche Tätigkeit oder in beidem bestehen können. Diese Alternativität ist nicht zu beanstanden. Die abschließende Entscheidung ist nicht von so erheblichem Gewicht, dass sie in einem Gesetz oder in einer Rechtsverordnung in den Grundzügen geregelt sein müsste.

Die Rüge der Kläger, die Vertreterversammlung hätte die Beitragshöhe, dh den Hundertsatz, in Form einer Satzung festlegen müssen - ein einfacher Beschluss reiche insoweit nicht aus -, greift nicht durch. Ein solches Formerfordernis lässt sich dem Bundesrecht nicht entnehmen.

Der Hundertsatz wurde auch in ausreichender Weise bekannt gemacht. Es reichte aus, dass er zusammen mit der konkreten Festsetzung des Verwaltungskostenbeitrags bzw zusammen mit dem Abzugsposten im Honorarbescheid bekannt gegeben wurde. Spezielle Vorschriften für die Bekanntmachung gibt es nicht, sodass nur den allgemeinen Anforderungen des Rechtsstaatsprinzips (*Art 20 Abs 3 GG*) Rechnung zu tragen war. Dieses gebietet es, dass förmlich gesetzte Rechtsnormen verkündet werden (*BVerfGE 65, 283, 291; 90, 60, 85; BSGE 81, 86, 90 = SozR 3-2500 § 87 Nr 18 S 85*). Diese müssen der Öffentlichkeit so zugänglich gemacht werden, dass die Betroffenen sich verlässlich Kenntnis von ihrem Inhalt verschaffen können (*vgl BVerfGE 65, 283, 291 mwN*). Konkrete weitere Gebote für die Ausgestaltung des Verkündungsvorganges ergeben sich aus dem Rechtsstaatsprinzip nicht (*vgl BVerfGE 65, 283, 291; 90, 60, 85; s auch BVerwG NVwZ-RR 1993, 262, 263*).

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

Die Obergrenze zulässiger Belastung ergibt sich entsprechend allgemeinen Grundsätzen des Beitragsrechts aus dem Kostendeckungsprinzip. Dh, dass eine KÄV von ihren Mitgliedern Finanzmittel nur insoweit fordern darf, als sie diese zur Erfüllung ihrer Aufgaben benötigt (*vgl BSG SozR 2200 § 368m Nr 4 S 10; s auch BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 15; dazu ferner BVerfGE 108, 1, 17 bis 20; 110, 370, 390 f*). Die KÄV hat die hiernach umlegbaren Kosten - ihre eigenen Aufwendungen, vor allem die Kosten der Verwaltung und die Aufwendungen für Maßnahmen zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung - grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen (*BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 14; s auch BSG SozR 2200 § 368m Nr 4 S 10*). Dabei bedarf es keiner genauen Bemessung des beitrags-

rechtlichen Vorteils. Ausreichend sind insoweit Schätzungen und Vermutungen sowie vergrößerte Pauschalierungen (*vgl BVerfGE 108, 1, 19; BVerwGE 92, 24, 28; BVerwG NVwZ-RR 1992, 175, 176*). Die Höhe der Beiträge darf gemäß dem Äquivalenzprinzip lediglich nicht im Missverhältnis zu dem Vorteil bzw der Vorteilmöglichkeit stehen, den bzw die sie abgelten sollen (*vgl BVerfGE 108, 1, 19 mwN; BVerwGE 108, 169, 180; 109, 97, 111 f*). Die Beiträge dürfen die Beitragspflichtigen nur insoweit unterschiedlich belasten, als dies dem verschiedenen Maß an Vorteilen bzw Vorteilmöglichkeiten entspricht. Dementsprechend setzt die Erhebung besonderer Abgaben nur von einem Teil der Mitglieder voraus, dass den dazu herangezogenen Mitgliedern aus der Inanspruchnahme von Leistungen oder Einrichtungen der KÄV besondere Vorteile erwachsen (*BSG SozR 3-2500 § 81 Nr 5 S 14; s auch BSG SozR 2200 § 368m Nr 4 S 10; vgl ferner BVerwGE 108, 169, 181 f*). Zudem kann entsprechend dem Solidargedanken eine Abstufung der Belastung nach Leistungsfähigkeit erfolgen (*vgl BVerfGE 108, 1, 18 mwN; BVerwG NVwZ-RR 1992, 175, 176; BVerwGE 92, 24, 26*).

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

Die Einwendungen der Kläger gegen die Erhebung unterschiedlich hoher Beiträge in den einzelnen Bezirken der KÄV greifen ebenfalls nicht durch. Zwar hat die KÄV die allgemeinen Verwaltungs- und Sicherstellungskosten grundsätzlich nach einem einheitlichen Maßstab auf alle Vertragsärzte umzulegen. Das hindert sie aber nicht, besondere Kosten einzelner Bezirksstellen nur innerhalb deren Zuständigkeitsbereichs umzulegen, jedenfalls dann, wenn dem besondere Vorteile für die dort tätigen Vertragsärzte entsprechen oder durch die dortigen Vertragsärzte mehr Aufwand verursacht wird. Dies kann sich zB daraus ergeben, dass den Vertragsärzten mehr Beratungsmöglichkeiten angeboten werden, wofür mehr oder höher qualifiziertes Personal tätig ist, oder dass wegen signifikant häufigerer Rechtsbehelfe mehr Personal erforderlich ist. Die Feststellungen im Berufungsurteil ergeben keine Anhaltspunkte dafür, die unterschiedlich hohen Beiträge in den einzelnen Bezirken der KÄV könnten unberechtigt sein. Auch die Kläger haben insoweit keine substantiierten Einwände erhoben, sodass Ermittlungen von Seiten der Gerichte nicht veranlasst waren (*s oben unter 3c mit Hinweis auf BVerwGE 116, 188, 197*).



c) Soweit die Kläger die Verwendung der von ihnen verlangten Verwaltungskostenbeiträge als rechtswidrig rügen, bleiben sie ebenfalls ohne Erfolg.

Bei Fehlverwendungen kann grundsätzlich nur deren Unterlassung beansprucht, nicht aber der Beitrag oder ein Beitragsteil zurückbehalten werden (*s BVerwGE 59, 242, 245 ff zum Beitrag zur Studentenschaft*). Die Zurückbehaltung des Beitrags oder eines Teils davon kann nur dann gerechtfertigt sein, wenn die seiner Bemessung zu Grunde liegenden Bestimmungen rechtswidrig sind (*zu solchen Fällen s BSGE 58, 134 = SozR 2200 § 385 Nr 14 zu unterschiedlichen Beitragssätzen in der Krankenversicherung; BSG SozR 2200 § 1385 Nr 16 zum Beitragssatz in der Rentenversicherung; BSGE 81, 276 = SozR 3-2600 § 158 Nr 1 zu versicherungsfremden Leistungen in der Rentenversicherung; BSG SozR 4-2500 § 266 Nr 5 zum Risikostrukturausgleich*). Die Zuerkennung eines Beitragszurückbehaltungsrechts kann allenfalls erwogen werden, wenn ein Beitrag insgesamt oder zu einem bestimmten Teil eng an die Finanzierung eines konkreten - als rechtswidrig angesehenen - Zwecks gebunden ist (*vgl dazu Dettmeyer NJW 1999, 3367, 3370*). Dies ist indessen bei der Umlage der Verwaltungs- und Sicherstellungskosten nicht der Fall. Hier handelt es sich um die Aufbringung von allgemeinen Finanzierungsmitteln zur Deckung der Kosten der Verwaltung der Beklagten und der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung, sodass ein Zurückbehaltungsrecht wegen Fehlverwendung nicht in Betracht kommt.

d) Nichts anderes gilt im Übrigen für die Sicherstellungsumlage. Auch ihre Erhebung ist rechtmäßig. Sie darf nach den Honoraransprüchen ohne Vorwegabzug der Praxiskosten bemessen werden. Denn für den Sicherstellungsaufwand ist der Umfang der Kassenpraxis insgesamt - dh Honorarvolumen einschließlich Kostenanteil - von Bedeutung. Darauf abzustellen ist jedenfalls nicht willkürlich (*BSG MedR 1985, 283, 284 = USK 84269 S 1363*).

6. Die Kläger machen einen weiter gehenden Honoraranspruch aus § 72 Abs 2 SGB V geltend. Sie stützen dies auf einen Anspruch auf angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, die sich grundsätzlich auf einen Gewinn aus vertragsärztlicher Tätigkeit (also nach Abzug der Praxiskosten, aber vor Steuern) in Höhe von 180.000 DM pro Jahr bzw 45.000 DM pro Quartal je Arzt belaufe. Sie haben demgemäß gegenüber der Beklagten Honorarnachzahlungen für das Jahr 1996 von mehr als 700.000 DM beansprucht. Dem ist nicht zu folgen.

Nach § 72 Abs 2 SGB V ist die vertragsärztliche Versorgung im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien der Bundesausschüsse durch schriftliche Verträge der KÄVen mit den Verbänden der Krankenkassen so zu regeln, dass (auch) die ärztlichen Leistungen angemessen vergütet werden. Aus dieser Bestimmung kann ein subjektives Recht des einzelnen Vertragsarztes auf höheres Honorar für ärztliche Tätigkeiten erst dann in Betracht kommen, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa in einer Arztgruppe, und als Folge davon auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden Ver-



tragsärzte gefährdet wird (*BSGE* 75, 187, 189 ff = *SozR* 3-2500 § 72 Nr 5 S 6 ff; *BSG SozR* 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f; *BSGE* 88, 20, 24 = *SozR* 3-2500 § 75 Nr 12 S 70; *BSGE* 88, 126, 136 = *SozR* 3-2500 § 87 Nr 29 S 155; s zuletzt *BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen*). Bei einer zu niedrigen Bewertung lediglich einzelner Leistungen oder Leistungskomplexe ist dies regelmäßig nicht der Fall (*vgl BSG SozR* 3-5555 § 10 Nr 1 S 6; *SozR* 3-5533 Nr 763 Nr 1 S 6).

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

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

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

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

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

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



Anreizes zu vertragsärztlicher Tätigkeit zur Beeinträchtigung der vertragsärztlichen Versorgung der Versicherten führt. Eine solche Situation hat in den streitbefangenen Quartalen nicht bestanden.

Nach den für das Jahr 1996 vorliegenden Daten standen Gesamtvergütungen zur Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen von insgesamt 39,3 Milliarden DM zur Verfügung, die an ca 109.000 Vertragsärzte und ca 13.000 angestellte und ermächtigte Ärzte sowie ärztlich geleitete Einrichtungen zu verteilen waren. Bezogen auf die alten Bundesländer haben die Fachärzte im Durchschnitt der Jahre 1994 bis 1996 einen Überschuss pro Jahr - nach Abzug der Betriebskosten - von 200.600 DM erzielt. Für die Arztgruppe der Radiologen belief sich der Überschuss aus ärztlicher Tätigkeit insgesamt in diesem Zeitraum auf rund 232.600 DM pro Jahr (*Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, Hrsg KÄBV, 1997 und 1998, Tabellen A 9, A 12-14, D 6 und G 2*). Damit wurden auch die im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von 138.000 DM je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit übertroffen (*s hierzu BSGE 86, 16, 18 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 117; BSGE 89, 259, 262 = SozR aaO Nr 34 S 189; Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R -, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*). Diese Zahlen schließen die Annahme eines flächendeckend unangemessen niedrigen Vergütungsniveaus der vertragsärztlichen Tätigkeit - sowohl generell als auch nur für die Gruppe der Radiologen - in den streitbefangenen Quartalen aus (*so auch schon - für 1996 - BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30 S 231 und speziell für Niedersachsen s unten 7b <3>*). Deshalb kann den für die Vereinbarung der Gesamtvergütung zuständigen Vertragspartnern kein Verstoß gegen das Gebot einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen unterlaufen sein. Ungeachtet der Frage, wer in welchem Verfahren einen solchen Verstoß feststellen könnte, wie er zu beheben wäre und welche Konsequenzen sich daraus für den einzelnen Vertragsarzt ergeben könnten, können schon allein deshalb die Kläger aus § 72 Abs 2 SGB V für sich keinen Anspruch auf höheres Honorar ableiten.

7. Ein Anspruch der Kläger auf höhere Vergütung der in den Quartalen I bis IV/1996 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen ergibt sich schließlich auch nicht unmittelbar aus Art 12 Abs 1 GG.

Bei der Prüfung, ob normative Regelungen der Honorarverteilung insoweit den Anforderungen des Art 12 Abs 1 GG genügen, ist primär auf die generelle Situation der betroffenen Arztgruppe und nicht auf die Ertragssituation einer einzelnen vertragsärztlichen Praxis abzustellen (*vgl BVerfGE 70, 1, 30 = SozR 2200 § 376d Nr 1 S 11 mwN zum Abstellen auf den Wirtschaftszweig insgesamt; ebenso BVerfGE 77, 84, 105*). Dementsprechend ist unerheblich, in welcher Höhe der einzelne Vertragsarzt Honoraransprüche erwerben und ob seine Praxis einen ausreichenden Gewinn abwerfen kann. Dies hängt nicht nur von der Höhe der insgesamt zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen und der Ausgestaltung der normativen Regelungen über die Honorarverteilung ab, sondern wird von einer Vielzahl von Faktoren beeinflusst, die der Verantwortungssphäre des einzelnen Vertragsarztes zuzurechnen sind. Solche Umstände sind zB die Ausrichtung seiner Praxis, die Qualität seines Dienstleistungsangebotes, die Qualität seiner



medizinischen Leistungen, aber auch strukturelle Faktoren wie zB die Infrastruktur des Praxisstandortes (Erreichbarkeit mit öffentlichen Verkehrsmitteln, Parkplatzsituation), die Größe des Einzugsbereichs der Praxis, die Patientenstruktur (Verhältnis von Primärkassen- und Ersatzkassenpatienten und Privatpatienten) und nicht zuletzt die Konkurrenzsituation.

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

a) Auf diesem Hintergrund gehen das BVerfG und das BSG davon aus, dass der Schutz der vertragsärztlichen Tätigkeit aus Art 12 Abs 1 GG grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Leistungen umfasst (*hierzu zB BVerfGE 88, 145, 159; 101, 331, 346 f; 110, 226, 251; BVerfG <Kammer>, Beschlüsse vom 17. August 2004 - 1 BvR 378/00 - MedR 2004, 680, 681 und vom 25. Oktober 2004 - 1 BvR 1437/02, RdNr 19; ebenso stRspr des BSG, das den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus Art 12 Abs 1 GG ableitet: dazu zuletzt BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR 4 vorgesehen; BSGE 92, 10 = SozR 4-2500 § 85 Nr 5, jeweils RdNr 6, und BSGE 92, 233 = SozR aaO Nr 9, jeweils RdNr 7*). Dieser Schutz kann jedoch gemäß Art 12 Abs 1 Satz 2 GG auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des § 72 Abs 2 und des § 85 Abs 3 SGB V erfolgt ist (*vgl dazu insbesondere BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f*). Diese ergeben spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung. Die Vorschrift des § 85 Abs 3 SGB V enthält Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen haben die KÄVen und die Krankenkassen-Verbände zu beachten, wenn sie gemäß § 72 Abs 2 SGB V ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren. Sie müssen zum einen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die uU bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem Umfang gerecht zu werden, können es notwendig machen, diese in einen



verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen, wie in den Senatsurteilen vom 3. März 1999 - B 6 KA 6/98 R und B 6 KA 8/98 R - dargelegt ist (*Letzteres veröffentlicht in SozR 3-2500 § 85 Nr 30*). Der Senat hat dort ausgeführt, dass die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss (§ 87 Abs 2 SGB V - *Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen*), Gesamtvertragsparteien (§ 85 Abs 3 SGB V - *Bemessung der Gesamtvergütungen*) und KÄVen (§ 85 Abs 4 SGB V - *Verteilung der Gesamtvergütungen*) überantwortet ist (*vgl dazu die ausführliche Darstellung in BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30 S 228*). Das BSG verneinte die geltend gemachten Ansprüche auf höheres Honorar. Das BVerfG hat die gegen diese Urteile gerichteten Verfassungsbeschwerden nicht zur Entscheidung angenommen (*BVerfG <Kammer>, Beschlüsse vom 30. März 2001 - 1 BvR 1491/99 - NZS 2001, 486 f und 1 BvR 1496/99 -, Letzteres zu BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 30*).

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

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

b) Entgegen der Auffassung der Revision ist in diesem Zusammenhang ohne Bedeutung, ob das gegenwärtig geltende System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) insgesamt verfassungsrechtlich geschützt ist. Der Revision liegt die Vorstellung zu Grunde, wenn das geltende, wesentlich im SGB V und in zahlreichen untergesetzlichen Regelwerken niedergelegte



System der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vom GG geschützt sei, könne sein Erhalt und die Sicherung seiner finanziellen Stabilität kein Gemeinwohlbelang sein, der einen unmittelbar grundrechtlich legitimierten Anspruch von Vertragsärzten auf eine von ihnen als angemessen bewertete Vergütung beschränken dürfe (*ähnlich Sodan, GesR 2004, 305, 306*). Diese Erwägung trifft indessen nicht zu.

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

Im Übrigen bedarf die verfassungsrechtliche Verankerung der finanziellen Stabilität der GKV im hier relevanten Kontext als Legitimationsgrundlage für einfach-gesetzliche Regelungen im Schutzbereich des Art 12 Abs 1 Satz 2 GG einer differenzierenden Beurteilung. Der Gesetzgeber ist von Verfassungs wegen nicht frei, ob er ein System errichten und erhalten will, das allen oder zumindest der großen Mehrzahl der Bürger eine angemessene Versorgung im Krankheitsfall gewährleistet. Die Sicherung einer solchen angemessenen Versorgung zu bezahlbaren Konditionen (vgl. *Jaeger, NZS 2003, 225, 232*) ist ein Gemeinwohlbelang von überragender Wichtigkeit. Ungeachtet seiner Ausgestaltung im Einzelnen kann kein System der Gesundheitsversorgung für nahezu alle Bürger auf Regelungen hinsichtlich der Preise von ärztlichen und nichtärztlichen Behandlungsleistungen verzichten. Wenn der Gesetzgeber den Bürgern eine angemessene gesundheitliche Versorgung nicht in einem staatlich organisierten Gesundheitswesen anbietet, sondern sich für ein Versicherungssystem entscheidet, in dem der Einzelne als Gegenleistung für seinen Versicherungsbeitrag entweder eine angemessene Gesundheitsversorgung grundsätzlich im Wege von Sachleistungen zur Verfügung gestellt (gesetzliche Krankenversicherung) oder die notwendigen Behandlungskosten ersetzt bekommt (private Krankenversicherung), müssen die Vergütungen für die Behandlungsleistungen von Ärzten, Krankenhäusern und nichtärztlichen Leistungserbringern geregelt werden (*siehe EBM-Ä und Bema-Z iVm HVM bzw GOÄ und GOZ*). Andernfalls wären diese Leistungen nach den Grundsätzen eines lohn- und beitragsabhängigen Sozialversicherungssystems nicht mehr versicherbar oder die Versicherungsprämien würden - bei einem privatrechtlich organisierten Kostenerstattungssystem - in einer Weise wachsen, dass zahlreiche Bürger die Prämien aus eigener Kraft nicht



mehr zahlen könnten. Insoweit liegt unabhängig von der Ausgestaltung des Krankenversicherungssystems im Einzelnen ein struktureller Gegensatz zwischen dem Ziel einer qualitativ hoch stehenden Gesundheitsversorgung zu bezahlbaren Konditionen und den Interessen der Leistungserbringer an möglichst hohen Einkünften aus ihrer Tätigkeit vor. Da aber jedes Krankenversicherungssystem auf Preisregulierungen im Hinblick auf seine finanzielle Stabilität im Kontext der gesamten Volkswirtschaft nicht verzichten kann, ist der Einwand, nicht jede der für die Vergütung der Vertragsärzte maßgeblichen Regelungen im SGB V, im EBM-Ä und im HVM einer KÄV sei vom GG unmittelbar gefordert oder durch dieses in besonderer Weise geschützt, irrelevant.

(1) Der Gesetzgeber entscheidet über die Art und Weise, in der er das Ziel einer qualitativ hochwertigen, wirtschaftlichen und zugleich bezahlbaren Gesundheitsversorgung realisiert und in diesem Zusammenhang die (partiell) gegenläufigen Interessen von Patienten, Versicherten und Leistungserbringern zum Ausgleich bringt (*vgl BVerfGE 103, 172, 185 = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 27; s auch BVerfGE 101, 321, 348*). Soweit sich der deutsche Gesetzgeber dabei in der Kontinuität einer mehr als hundertjährigen Entwicklung und gestärkt durch Gesetzgebungs- und Verwaltungskompetenztitel des GG (*Art 74 Abs 1 Nr 12, Art 87 Abs 2 GG*) für eine Sozialversicherungslösung entscheidet, steht dies mit dem GG in Einklang (*so auch Leisner, in: Sodan <Hrsg>, Finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung und Grundrechte der Leistungserbringer, 2004, S 19*). Mit dieser verfassungskonformen Entscheidung für eine Absicherung des Krankheitsrisikos durch eine nach den Prinzipien der Sozialversicherung organisierte Krankenversicherung sind sowohl für die Versicherten als auch für die Leistungserbringer bestimmte Vorteile und Nachteile verbunden. Arbeitnehmer ohne Familienangehörige mit einem Einkommen in der Nähe der Versicherungspflichtgrenze des § 6 Abs 1 Nr 1 iVm Abs 6 SGB V müssen hinnehmen, dass sie relativ hohe Beiträge für ihren Krankenversicherungsschutz bezahlen müssen, obwohl sie aus eigener Kraft möglicherweise einen günstigeren Schutz in der privaten Krankenversicherung erreichen könnten. Die Leistungserbringer müssen hinnehmen, in ein relativ dichtes Geflecht von gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen hinsichtlich der Art und Weise ihrer Leistungserbringung und ihrer Vergütung eingebunden zu sein, damit landesweit eine flächendeckende Versorgung auf qualitativ hohem Niveau für alle Versicherten vorgehalten werden kann, ohne dass die Beiträge der Versicherten und der Arbeitgeber unzumutbar ansteigen. Auf der anderen Seite haben die Versicherten und ihre Familienangehörigen auch bei geringen Einkommen und in schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen umfassende Leistungsansprüche, sodass die Ungleichheit der Lebensverhältnisse in der Bundesrepublik Deutschland sich auf die existenziellen Bedürfnisse der Gesundheitsversorgung nur sehr begrenzt auswirken kann. Die zur Leistungserbringung im System der GKV berechtigten Vertragsärzte sind - anders als viele andere freiberuflich tätige Berufsgruppen - durch ihre öffentlich-rechtlichen Vergütungsansprüche gegen die KÄVen davor geschützt, ihre erbrachten Leistungen nicht, nicht vollständig oder nicht in angemessener Zeit honoriert zu bekommen, was ihnen ein hohes Maß an Planungssicherheit gewährleistet. Das BVerfG hat mehrfach ausgeführt, dass Leistungserbringer innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung von den Vorteilen



des öffentlich-rechtlichen Systems des Vertragsarztrechts profitieren, im Interesse der Funktionsfähigkeit und Finanzierbarkeit dieses Systems unter Umständen aber auch Einschränkungen hinnehmen müssen, die ihnen das Berufsrecht nicht abverlangt (*zuletzt Beschluss vom 16. Juli 2004 - 1 BvR 1127/01 - NVwZ 2004, 1347, 1349 = SozR 4-2500 § 135 Nr 2 RdNr 29*). Im Unterschied zu den pflichtversicherten Arbeitnehmern haben sie zudem die Möglichkeit, sich für oder gegen die Eingliederung in das System der GKV in Kenntnis der damit für sie verbundenen Vor- und Nachteile zu entscheiden. Angesichts dieses Umstandes und der Tatsache, dass speziell den Vertragsärzten aus ihrer Tätigkeit für die Versicherten der Krankenkassen seit Jahrzehnten und bis heute ein Einkommen ermöglicht wird, das weit über dem Durchschnittseinkommen der pflichtversicherten Arbeitnehmer liegt, kann schlechterdings nicht angenommen werden, dass prinzipiell das Vergütungssystem der GKV für die beteiligten Ärzte eine unverhältnismäßige bzw unzumutbare Beschränkung der Ausübung ihrer beruflichen Tätigkeit zur Folge hat.

Vor diesem Hintergrund ist es - anders als die Revision nahe legt - kein sprachliches Versehen, wenn das BVerfG in ständiger Rechtsprechung formuliert, die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung sei eine Gemeinwohlaufgabe, welche der Gesetzgeber nicht nur verfolgen könne, sondern der er sich nicht einmal entziehen dürfe (*stRspr seit BVerfGE 68, 193, 218*). In seinem Beschluss vom 20. März 2001 hat das BVerfG den Zusammenhang zwischen der Entscheidung des Gesetzgebers für die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems und der Stabilität der GKV noch einmal verdeutlicht: "Soll die Gesundheitsversorgung der Bevölkerung mit Hilfe eines Sozialversicherungssystems erreicht werden, stellt auch dessen Finanzierbarkeit einen überragend wichtigen Gemeinwohlbelang dar, von dem sich der Gesetzgeber bei der Ausgestaltung des Systems und der damit verbundenen Steuerung des Verhaltens der Leistungserbringer leiten lassen darf" (*BVerfGE 103, 172, 185 = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 27*). An anderer Stelle formuliert das BVerfG, die Leistungs- und Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung müsse erhalten und deren finanzielle Stabilität als Voraussetzung ihrer Funktionsfähigkeit gesichert bleiben (*vgl BVerfG <Kammer>, NJW 1997, 2444, 2445 = SozR 3-2500 § 47 Nr 8 S 19*). Daraus ergibt sich zunächst, dass es für die Frage, ob Vergütungsansprüche von Leistungserbringern im Hinblick auf die Sicherung der Stabilität der gegenwärtig bestehenden GKV beschränkt und eingeschränkt werden können, nicht darauf ankommt, ob der Gesetzgeber das gegenwärtig praktizierte Krankenversicherungssystem von Verfassungen wegen einführen und unverändert beibehalten musste. Verfolgt der Gesetzgeber im Rahmen eines insgesamt verfassungsmäßigen Sozialversicherungssystems das von der Verfassung vorgegebene Ziel einer gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung, kann die Verfassungskonformität gesetzlicher Vergütungsregelungen nicht mit dem Hinweis in Frage gestellt werden, das Ziel einer angemessenen Gesundheitsversorgung sei nach den Vorgaben des GG auch auf anderem Wege als im Rahmen des gegenwärtig praktizierten GKV-Systems erreichbar. Ohne Bedeutung ist in diesem Zusammenhang auch, ob allein mit den gesetzlichen und untergesetzlichen Vorschriften über die Vergütung der ärztlichen Leistungen die finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversi-



cherung in notwendigem Maße gesichert werden kann oder nicht. Das BVerfG hat ausgeführt, dass jeder einzelne Schritt, mit dem der Gesetzgeber die Sicherung von Leistungsfähigkeit und finanzieller Stabilität der GKV zu erreichen sucht, von erheblicher Bedeutung ist, auch wenn eine einzelne Maßnahme immer nur einen Teilbetrag zur Verwirklichung des Gesamtziels leisten kann. Die öffentlichen Belange verlieren nicht an Gewicht, wenn sie sich nur durch eine Vielzahl kleiner Schritte verwirklichen lassen (*BVerfGE* 103, 172, 192 f = *SozR* 3-5520 § 25 Nr 4 S 33).

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

Daher kann dahinstehen, ob die von der Revision angeführten Leistungen krankenversicherungsfremd und die Erhebung entsprechender Beiträge verfassungswidrig sind. Nach Auffassung der Revision sollen auf der Einnahmenseite krankenversicherungsfremde Leistungen darin bestehen, dass bestimmte Versichertengruppen aus sozial- oder familienpolitischen Gründen keine oder nur ermäßigte Beiträge entrichten - wie Personen während des Erziehungsurlaubs, Studenten und Praktikanten, Personen in Einrichtungen der Jugendhilfe und im Strafvollzug, Teilnehmer an berufsfördernden Maßnahmen, Bezieher von Leistungen der Arbeitsförderung, Härtefall-Patienten und Familienversicherte. Die Revision lässt dabei unberücksichtigt, dass die



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

(3) Die Ausführungen des BVerfG zur überragend wichtigen Gemeinwohlaufgabe der Sicherung der finanziellen Stabilität der GKV in den zahlreichen Entscheidungen zum Recht der GKV seit derjenigen vom 31. Oktober 1984 (*BVerfGE* 68, 193 ff) gehören zu den "tragenden Gründen" der jeweiligen Urteile bzw Beschlüsse. Sie binden deshalb - nicht anders als die jeweils entschiedene Rechtsfrage der Verfassungsmäßigkeit der einzelnen zur Überprüfung gestellten Normen - auf der Grundlage des § 31 Abs 1 Bundesverfassungsgerichtsgesetz auch die Gerichte. Die Bindungswirkung dieser Vorschrift erfasst nach der ständigen Rechtsprechung des BVerfG neben dem Tenor auch die tragenden Entscheidungsgründe (*BVerfGE* 40, 88, 93 f;



70, 242, 249 f; 96, 375, 404 f). Auch deshalb ist die in der wissenschaftlichen Diskussion aufgeworfene Frage, ob das BVerfG zu Recht bei der verfassungsgerichtlichen Prüfung von Regelungen im Bereich der GKV weniger strenge Anforderungen an die Rechtfertigung von Eingriffen in die Berufsausübungsfreiheit stellt als in anderen Bereichen, zB bei berufsrechtlichen Regelungen (so vor allem Hufen, in Sodan <Hrsg>, aaO, S 37), für die Rechtspraxis derzeit ohne Relevanz. Im Übrigen beantwortet sich diese Frage zwanglos dahingehend, dass zum einen die Ausübung der vertragsärztlichen Tätigkeit auch die Teilhabe an einem umfassenden Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung ermöglicht, das aus Beiträgen anderer Personen (Versicherte und Arbeitgeber) finanziert wird, von dem auch die Leistungserbringer profitieren und für dessen Funktionsfähigkeit der Staat die Verantwortung trägt (BVerfGE 103, 172, 185 f = SozR 3-5520 § 25 Nr 4 S 28). Vergleiche ua mit den rechtlichen Vorgaben für erlaubte Werbung von Rechtsanwälten und dem Betrieb einer Spielbank (vgl Hufen, aaO, S 27 ff) werden dem hier zu leistenden Interessenausgleich schon im Ansatz nicht gerecht. Zum anderen sind Rang und Gemeinwohlbedeutung der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung von solchem Gewicht, dass denjenigen, die ihre berufliche Tätigkeit in diesem System und unter seinem Schutz ausüben, stärkere Reglementierungen zugemutet werden können als anderen freiberuflich tätigen Personen, die in einem allein durch die Marktkräfte gesteuerten System arbeiten.

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

Es ist nichts dafür ersichtlich, dass Radiologen im Jahr 1996 generell nicht in der Lage gewesen wären, bei einer mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübten vertragsärztlichen Tätigkeit existenzfähige Praxen zu führen, wie schon oben (unter 6 am Ende) ausgeführt worden ist. Bei ihnen betrug in den Jahren 1996 bis 1998 der durchschnittliche Überschuss pro Jahr aus vertragsärztlicher Tätigkeit ca 163.000 DM bei durchschnittlichen Honorareinnahmen für vertragsärztliche Leistungen von ca 830.000 DM;



hinzu kamen durchschnittliche Überschüsse aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit von ca 50.300 DM (*Grunddaten zur Vertragsärztlichen Versorgung, aaO, 2000, Tabelle D 9; s auch Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, Kurzzusammenfassung der Ergebnisse der Kostenstruktur-analyse in der Arztpraxis 1998, Tabelle A*), mithin insgesamt ein Überschuss von 213.300 DM pro Jahr. Die von der Revision gegen die Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts erhobenen Einwände überzeugen nicht. Dies gilt insbesondere auch für die von der Klägerseite vorgelegte Stellungnahme der Geschäftsführerin des Berufsverbandes der Pathologen - Frau Kempny - zum HVM der Beklagten vom 2. November 1998. Sie geht darin selbst von der Kostenstruktur-analyse des Zentralinstituts aus, nimmt aber an, radiologische Leistungen könnten nur dann kostendeckend erbracht werden, wenn der Punktwert der einzelnen Leistung nicht unter einen Wert falle, der sich aus der Multiplikation des bundesdurchschnittlichen Punktwerts von 1994 mit dem durchschnittlichen Betriebskostenanteil von 1994 ergebe. Gegen eine derartige Vorgehensweise spricht schon, dass der vom Zentralinstitut ermittelte Betriebskostenanteil sich nur auf den Gesamtumsatz aus der ärztlichen Tätigkeit bezieht. Er kann nicht als feste Kostenquote für jede einzelne Leistung zu Grunde gelegt werden mit der Schlussfolgerung, dass bei entsprechend geringerer Vergütung nicht einmal mehr die Kosten gedeckt seien. Dies kann aus der Kostenstrukturanalyse, die nur prozentuale Anteile bezogen auf Gesamtumsätze angibt, nicht abgeleitet werden.

Auch die Situation der Radiologen im Bereich der Beklagten spricht dagegen, dass eine mit vollem persönlichen Einsatz und unter optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung ausgeübte vertragsärztliche Tätigkeit als Radiologe keine existenzfähige Praxisführung mehr ermöglichte. Zwar war, wie von der Revision betont, eine Verschlechterung der Einkommenssituation der Radiologen im Bereich der Beklagten im Jahr 1996 - mit dem Inkrafttreten neuer Regelungen im EBM-Ä und im HVM - zu verzeichnen. Für 1995 hatten die Radiologen im Durchschnitt - nach einer speziell für Niedersachsen durchgeführten Kostenstrukturanalyse - noch Honorar von durchschnittlich 259.466 DM erhalten. Demgegenüber sanken die Honorarsummen für 1996. Die Beklagte zahlte an die voll zugelassenen radiologischen Vertragsärzte für die Quartale I bis IV/1996 jeweils insgesamt ca 26.911.000 DM, 25.845.000 DM, 25.287.000 DM und 25.872.000 DM an Honorar aus, aber für die Folgequartale der Jahre 1997 und 1998 wieder jeweils mehr als 30.000.000 DM. Daraus ergäben sich durchschnittliche Honorare je Vertragsarzt für die Quartale I bis IV/1996 von ca 204.000 DM, 197.000 DM, 179.000 DM und 175.000 DM sowie in den Folgequartalen des Jahres 1997 von ca 206.000 DM, 198.000 DM, 207.000 DM, 208.000 DM und 1998 von ca 231.000 DM, 209.000 DM, 190.000 DM und 198.000 DM. Damit war zwar im Jahr 1996 eine Honorareinbuße zu verzeichnen (*Jahresüberschuss nach Abzug des Praxiskostenanteils von ca 80 %: ca 150.000 DM*). Es verblieb für 1996 aber nach Abzug eines Praxiskostenanteils von ca 80 % immer noch mehr als das im EBM-Ä vom 1. Juli 1997 kalkulierte Durchschnittseinkommen von jährlich 138.000 DM je Arzt aus vertragsärztlicher Tätigkeit (*s hierzu BSGE 86, 16, 18 = SozR 3-2500 § 87 Nr 23 S 117; BSGE 89, 259, 262 = SozR aaO Nr 34 S 189; Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*), und die anschließenden Jahre 1997 und 1998 (*nach*



Praxiskostenabzug: jeweils ca 165.000 DM) haben die Lage der niedersächsischen Radiologen wieder deutlich verbessert, auch wenn der von den Prozessbevollmächtigten der Kläger geforderte Jahresgewinn in Höhe des Gehalts eines im Krankenhaus tätigen Oberarztes von jährlich 180.000 DM noch nicht wieder erreicht wurde.

Trotz der Honorareinbußen im Jahr 1996 nahmen die Zahlen der vertragsärztlich tätigen Radiologen von 1995 bis 1997 insgesamt zu (*nach den Feststellungen im Berufungsurteil von 142 auf 155*). Dies schließt es aus, dass die Honorarrückgänge den Anreiz zu radiologisch-vertragsärztlicher Tätigkeit und damit die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der radiologischen Diagnostik ernstlich gefährdet haben könnten, wie es Voraussetzung für einen Anspruch auf höheres Honorar aus dem Gesichtspunkt (un)angemessener Vergütung ist. Auch war keine verschärfte Beobachtungs- und Reaktionspflicht gegeben, wie es nach der Rechtsprechung des Senats der Fall ist, wenn eine Arztgruppe besonders klein ist, aber die Arztzahl wächst und sich deshalb ein Honorarabfall besonders intensiv auf jeden einzelnen, der zu der Gruppe gehört, auswirkt (*vgl hierzu BSG, Urteil vom 20. Oktober 2004 - B 6 KA 30/03 R, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen*).

Im Vergleich zu dieser Situation der Fachgruppe insgesamt war die Lage speziell der Kläger im Jahr 1996 nicht so ungünstig. Sie erhielten für ihre vertragsärztlichen Leistungen im Jahr 1996 Honorar von ca 4,05 Mio. DM, woraus sich bei Abzug eines Praxiskostenanteils von pauschal ca 80 % ein rechnerischer Überschuss von ca 810.000 DM für die Praxis bzw aufgeteilt auf die drei klagenden Vertragsärzte ein Jahresüberschuss von je ca 270.000 DM ergab. Mithin standen sie sich besser als der Durchschnitt der Radiologen, sogar günstiger als mit einem Honorar entsprechend dem von ihnen geforderten Jahresgewinn von 180.000 DM.

Nur bei Zugrundelegung ihrer eigenen Kostenaufstellung, die für das Jahr 1996 Praxiskosten - anteilig für den vertragsärztlichen Bereich - von ca 4,3 Mio. DM ergab, wäre dies anders. Dies reicht indessen nicht aus, um im Rahmen des verfassungsrechtlich gebotenen Interessenausgleichs dem Einkommensinteresse der Kläger einen Vorrang einzuräumen und ihnen über die nach einfachem Recht bestehenden Honoraransprüche hinaus unmittelbar aus Art 12 Abs 1 GG einen Vergütungsanspruch in bestimmter Höhe zuzuerkennen.

(a) Hierfür genügt insbesondere nicht, dass die Kläger nach der von ihnen vorgelegten Gewinnermittlung 1996 keinen Gewinn erzielt haben. Dabei kann dahinstehen, wieweit die in dieser Gewinnermittlung angegebenen Kosten überhaupt für die Höhe der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen relevant sein können. Soweit steuerrechtliche Gestaltungen bei Gewinnermittlungen die tatsächliche Kostenstruktur verfälschen können, haben diese von vornherein außer Betracht zu bleiben. Die Kläger führen insbesondere Abschreibungen in Höhe von ca 1,3 Mio. DM an, wovon ca 5 % nach den Angaben in der mündlichen Verhandlung die Abschreibung für eine recht aufwendige künstlerische Praxisausstattung betreffen. Konkret geltend gemachte Kosten können nur insoweit berücksichtigt werden, als sie für den Betrieb einer wirtschaftlich geführten



vertragsärztlichen Praxis angemessen sind, was aufzuklären nicht Aufgabe des Revisionsgerichts ist. Vertragsärzte können nicht beanspruchen, dass weiter gehende Aufwendungen über die Erhöhung ihres Honorars von den übrigen Vertragsärzten des KÄV-Bezirks mitgetragen werden.

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

Auch diejenigen Autoren, die dem einzelnen Vertragsarzt aus Art 12 Abs 1 GG einen Anspruch auf eine angemessene Vergütung in einer bestimmten Höhe - jedenfalls im Sinne einer Erstattung der Praxiskosten - zubilligen wollen, setzen stets eine voll ausgelastete und wirtschaftlich arbeitende vertragsärztliche Praxis voraus (*Wimmer, MedR 1998, 533, 535; Isensee, VSSR 1995, 321, 341*). Auslastung und Wirtschaftlichkeit sind wertungsoffene Kriterien. Von Wertungen abhängig ist insbesondere, welche variablen Kosten je Leistung als angemessen gelten sollen und welche Leistungsmenge in welchem Zeitraum erbracht werden muss, um die Fixkosten zu decken, die bei dem geforderten Qualitätsstandard anfallen (*vgl Ludwig, Die Vergütung ärztlicher Leistungen auf der Grundlage von "Sozialtarifen" in der gesetzlichen Krankenversicherung, 2000, S 74 ff*). Stellt sich damit die Feststellung der Kosten einer voll ausgelasteten und wirtschaftlich betriebenen Praxis nicht als ein rein empirisches Problem, sondern auch als eine Wertungsaufgabe dar, so haben Statistiken nur eine beschränkte Aussagekraft. Sie können nur Durchschnittswerte über die tatsächlich vorkommenden Kosten der Praxen wiedergeben, nicht aber beurteilen, ob diese auch den Anforderungen an eine voll ausgelastete und wirtschaftlich arbeitende Praxis entsprechen.

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

(4) Ungeachtet dessen kann es Situationen geben, in denen die KÄV unter dem Gesichtspunkt der Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gehalten sein kann, über einen gewissen Zeitraum eine im Grundsatz wirtschaftlich arbeitende Praxis mit Sonderzahlungen zu stützen, soweit diese - zB wegen ihrer örtlichen Lage mit der Folge geringerer Fallzahlen - den von durchschnittlichen Praxen erzielten Umsatz nicht erreichen kann. Zu prüfen wäre möglicher-



weise, ob Stützungsnotwendigkeiten zB auch für onkologische Schwerpunktpraxen bestehen, eventuell deshalb, weil sie zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung notwendig sein können, da die Radiologen durch die Honorarbegrenzungen der Scan- und Sequenzhöchstzahlen bei CT- und MRT-Untersuchungen möglicherweise übermäßig hart betroffen sind. Die Handhabung der Beklagten zeigt, dass ihre Befugnis zu Sonderzahlungen ein angemessenes Instrumentarium zur Vermeidung von Versorgungsengpässen darstellt (*vgl dazu ihre Angabe über solche Sonderzahlungen an vier radiologische Praxen*). Die Entscheidung über die Gewährung einer solchen Honorarstützung kann indessen nicht Gegenstand des vorliegenden Revisionsverfahrens sein (*s oben 1*), muss vielmehr in erster Linie von der Beklagten getroffen werden, wie das hier geschehen ist (*s dazu die entsprechenden Anträge der Kläger mit anschließender Klage, die nach den Angaben der Beteiligten in einem gesonderten sozialgerichtlichen Verfahren bestandskräftig abgewiesen wurde*).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4, § 194 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (*vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff*).



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)