

L 7 KA 536/02

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 29 KA 4093/98
Datum
05.12.2001
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 536/02
Datum
16.12.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 4/04 R
Datum
09.12.2004
Kategorie
Beschluss

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 28. November 2001 wird zurückgewiesen.

II. Die Klägerin hat die außergerichtlichen Kosten der Beklagten der Berufungsinstanz zu erstatten. Im Übrigen haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

IV. Der Wert des Streitgegenstandes wird festgesetzt auf 14.680,- Euro.

Tatbestand:

Es geht in dem Rechtsstreit um die Höhe des Honorars für die Quartale III/97, IV/97 und II/98 und dabei insbesondere um die Frage der Teilquotierung/Budgetierung nach dem Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (HVM) sowie das Verlangen der Klägerin nach einem angemessenen Honorar für die vertragsärztlichen Leistungen. Die Klägerin ist in G. in einer radiologischen Praxis (ohne Computertomografie -CT- und ohne Magnetfeld-Resonanz-Tomografie -MRT) niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. In Hessen gab es im Quartal III/97 insgesamt 87 radiologische Praxen.

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

Quartal	Anzahl Patienten	Durchschnittshonorar je Pat (Fachgruppe in Klammern)	Gesamtforderung
III/97	2.149	DM 123,20 (216,81) DM 263.490	
IV/97	2.217	DM 120,60 (215,20) DM 266.858	
II/98	2.428	DM 118,24 (218,23) DM 287.069	

Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 teilte die Beklagte der Klägerin für III/97 folgende Honorar beträge mit: Bruttohonorar DM 171.774,21 abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 515,05 Zwischensumme (ZWS) DM 171.259,16 abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZWS 1,5275 % DM 2.615,24 abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZWS 0,55 % DM 941,66 abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZWS 0,16 % DM 273,90 abzüglich Verw.Kosten KBV von ZWS 0,1125 % DM 192,63

Nettohonorar DM 167.235,73

Mit Anlage vom 24. April 1998 wies die Beklagte die fallzahlabhängige Bewertung von Leistungen gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM nach, und zwar bei einer budgetrelevanten Fallzahl von 2.149 bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe von 1.395 mit einem Bewertungsfaktor für die Klägerin von 96,23 % bei einem angeforderten Teil-Fallwert von 116,32 DM entsprechend einem ermäßigten Fallwert von DM 111,94.

Mit weiterer Anlage vom 24. März 1998 teilte die Beklagte der Klägerin einen Gesamtüberblick mit über die tatsächliche, sich aus den Einzelmaßnahmen ergebende, Belastung nach anteiliger Anrechnung: PK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM: 4.857,23 DM EK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM: 4.541,93 DM Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 9.399,16 DM

Mit Anlage vom 16. April 1998 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Laborbudgetregelung für sie keine Auswirkung habe. Die von der Beklagten mitgeteilten Punktwerte für die Fachgruppe der Klägerin (Honorargruppe 4.16) betragen nach Stützung bei den Primärkassen 6,4 Pfg. und bei den Ersatzkassen 7,5 Pfg.

Die Klägerin hat am 13. Mai 1998 Widerspruch gegen den Honorarbescheid eingelegt und diesen u.a. damit begründet, den Einnahmen in Höhe von DM 167.235,- aus der Kassenpraxis stünden im vertragsärztlichen Teil der Praxis Kosten in Höhe von DM 210.465,- gegenüber, so dass sich ein Verlust von DM 43.230,- ergebe. Damit werde ihr Anspruch auf eine angemessene Vergütung verletzt. Rechne man einen geschuldeten Arztlohn von DM 45.000,- im Quartal, ergebe sich eine Unterdeckung in Höhe von DM 88.230,-.

Am 12. November 1998 hat die Klägerin bei dem Sozialgericht Frankfurt am Main Untätigkeitsklage erhoben ([S 29 KA 4093/98](#)), da der Widerspruch bisher ohne Grund nicht beschieden worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 1998 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück.

Mit Schreiben vom 21. Dezember 1998, dem Sozialgericht zugegangen am 22. Dezember 1998 hat die Klägerin nunmehr die Untätigkeitsklage in eine Anfechtungsklage mit dem Ziel der Neubescheidung geändert. Das Sozialgericht Frankfurt am Main hat die Streitsache dementsprechend fortgeführt.

Mit Honorarbescheid vom 23. Juni 1998 teilte die Beklagte der Klägerin für IV/97 folgende Honorarbeträge mit: Bruttohonorar DM 186.376,62 abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 560,45 Zwischensumme (ZWS) DM 186.376,62 abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZWS 1,5275 % DM 2.846,85 abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZWS 0,55 % DM 1.025,08 abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZWS 0,16 % DM 298,19 abzüglich Verw.Kosten KBV von ZWS 0,1125 % DM 209,72

Nettohonorar DM 181.996,78

Mit Anlage vom 26. Juni 1998 teilte die Beklagte der Klägerin einen Gesamtüberblick mit über die tatsächliche, sich aus den Einzelmaßnahmen ergebende, Belastung nach anteiliger Anrechnung: PK Fallzahlabh. Bewert. nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Minus: 3.439,08 DM EK Fallzahlabh. Bewert. nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Minus: 3.380,91 DM

Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 6.819,99 DM

Mit weiterer Anlage vom 24. Juni 1998 wies die Beklagte die fallzahlabhängige Bewertung von Leistungen gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM, nach, und zwar bei einer budgetrelevanten Fallzahl von 2.217 bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe von 1.617 mit einem Bewertungsfaktor für die Klägerin von 97,29 % bei einem angeforderten Teil-Fallwert von 113,93 DM entsprechend einem ermäßigten Fallwert von DM 110,85. Mit Anlage vom 4. Juni 1998 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Laborbudgetregelung für sie keine Auswirkung habe. Die von der Beklagten mitgeteilten Punktwerte für die Fachgruppe der Klägerin (Honorargruppe 4.16) betragen nach Stützung bei den Primärkassen 6,9 Pfg. und bei den Ersatzkassen 7,85 Pfg.

Die Klägerin hat am 29. Juli 1998 Widerspruch gegen den Honorarbescheid eingelegt und diesen u.a. damit begründet, den Einnahmen in Höhe von DM 181.996,78 aus der Kassenpraxis stünden im vertragsärztlichen Teil der Praxis Kosten in Höhe von DM 226.956,- gegenüber, so dass sich ein Verlust von DM 44.959,22 ergebe. Damit werde ihr Anspruch auf eine angemessene Vergütung verletzt. Rechne man einen geschuldeten Arztlohn von DM 45.000,- im Quartal, ergebe sich eine Unterdeckung in Höhe von DM 89.959,22. Dieser Betrag sei von der Beklagten nachzuzahlen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 1999 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Hiergegen hat die Klägerin am 10. Mai 1999 Klage erhoben (S 29 KA 1695/99)

Mit Honorarbescheid vom 28. Oktober 1998 teilte die Beklagte der Klägerin für II/98 folgende Honorarbeträge mit: Bruttohonorar DM 190.417,97 abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 571,09 Zwischensumme (ZWS) DM 189.846,88 abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZWS 1,5275 % DM 2.899,71 abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZWS 0,55 % DM 1.044,21 abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZWS 0,16 % DM 303,84 abzüglich Verw.Kosten KBV von ZWS 0,1125 % DM 213,63

Nettohonorar DM 185.385,49

Mit Anlage vom 29. Oktober 1998 teilte die Beklagte der Klägerin einen Gesamtüberblick mit über die tatsächliche, sich aus den Einzelmaßnahmen ergebende, Belastung nach anteiliger Anrechnung: PK Fallzahlabh. Bewert. nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Minus: 3.933,23 DM PK Fallzahlbegrenzung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt III HVM: 2.068,63 DM EK Fallzahlabh. Bewert. nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Minus: 3.794,57 DM EK Fallzahlbegrenzung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt III HVM: 1.953,89 DM

Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 11.750,32DM

Mit weiterer Anlage vom 16. November 1998 wies die Beklagte die fallzahlabhängige Bewertung von Leistungen gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM, nach, und zwar bei einer budgetrelevanten Fallzahl von 2.428 bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe von 1.742 mit einem Bewertungsfaktor für die Klägerin von 97,17 % bei einem angeforderten Teil-Fallwert von 112,86 DM entsprechend einem ermäßigten Fallwert von DM 109,67. Mit weiterer Anlage vom 17. November 1998 wies die Beklagte auf die Folgen der Fallzahlbegrenzungsregelung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt III hin. Danach würden 2.358 Fälle zu 100 % anerkannt (Fallzahl des Vergleichs quartals II/95 plus Erhöhung um 35 Fälle). Die darüber hinausgehenden 70 Fälle würden zu 50 % anerkannt. Daraus ergebe sich ein anerkennungsfähiges Honorarvolumen von insgesamt 98,55 %. Mit Anlage vom 10. Dezember 1998 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass die Laborbudgetregelung für sie keine Auswirkung habe. Die von der Beklagten mitgeteilten Punktwerte für die Fachgruppe der

Klägerin (Honorargruppe 4.16) betrogen nach Stützung bei den Primärkassen 6,59 Pfg. und bei den Ersatzkassen 7,62 Pfg.

Die Klägerin hat am 11. Dezember 1998 Widerspruch gegen den Honorarbescheid eingelegt ohne diesen näher zu begründen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 3. August 1999 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin zurück. Hiergegen hat die Klägerin am 3. September 1999 Klage erhoben (S 29 KA 3196/99). Die Klägerin hat vorgetragen, ausweislich der vorgelegten Bewertung ihres Steuerberaters vom 15. September 1999 habe sie in diesem Quartal aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit einen Verlust in Höhe von DM 31.229,51. Damit werde ihr Anspruch auf eine angemessene Vergütung verletzt. Rechne man einen geschuldeten Arztlohn von DM 45.000,- im Quartal, ergebe sich eine Unterdeckung in Höhe von DM 76.229,51. Dieser Betrag sei von der Beklagten nachzuzahlen.

In den später verbundenen Rechtsstreitigkeiten hat die Klägerin im Wesentlichen vorgetragen, sie hätte in den streitbefangenen Quartalen eine voll ausgelastete, sparsame und wirtschaftliche Praxis geführt, unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten. Trotzdem hätte sie keinen angemessenen "Arztlohn" erhalten. Sie begehre eine angemessene Vergütung ([Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz - GG -](#), §§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Sozialgesetzbuch 5. Buch - SGB 5), die nach der vorgelegten Kostenkalkulation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen jährlichen Arztlohn (je Arzt) in Höhe von DM 180.000,00 - entsprechend DM 45.000,- je Quartal - enthalten müsse. Die Honorarbescheide seien nichtig, hilfsweise rechtswidrig, da sie unbestimmt und unverständlich seien und es an einer zulänglichen Begründung fehle. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und der HVM verstießen gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt, beruhten nicht auf einem zulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgeflecht und genügten den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen an eigenständige Rechtsnormen nicht; beide verstießen gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Sach- und Systemgerechtigkeit. Die Beklagte habe rechtswidrig nicht die volle Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte verteilt, sondern einen Teil für ihr eigenes Versorgungswerk der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) zugeführt.

Mit Urteil vom 28. November 2001 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage abgewiesen und dies im Wesentlichen wie folgt begründet: Die angefochtenen Bescheide seien inhaltlich hinreichend bestimmt und grundsätzlich ausreichend begründet, § 35 Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB 10). Das Brutto- und Nettohonorar seien eindeutig erkennbar. Dabei reiche es auch, dass die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte sich aus den Anlagen des Bescheides ergäben und ggf. mit Hilfe weiterer Unterlagen nachvollziehbar und nachprüfbar seien. Es liege kein Verstoß gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs im Sinne des [§ 24 SGB 10](#) vor. Die Klägerin habe im Rahmen der Einlegung ihres Widerspruchs ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme gehabt. Das nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB 5](#) erforderliche Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen sei hergestellt, wie sich aus den von der Beklagten vorgelegten Unterlagen, insbesondere der Aktennotiz der Beklagten vom 5. November 1999, ergebe. Der HVM sei auch ordnungsgemäß durch Rundschreiben verkündet worden. Eine unzulässige Rückwirkung der ab 1. Juli 1997 geltenden Regelungen des HVM liege nicht vor. Es sei rechtlich zulässig, die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich unterschiedlich hoch zu vergüten. Es sei dabei den Kassenärztlichen Vereinigungen überlassen, wirksame Maßnahmen gegen den Punktwertverfall zu treffen, etwa in der Form, dass sie auf die einzelnen Fachgruppen entfallende Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basishonorars festschrieben und damit prinzipiell verhinderten, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen hätten. Hinsichtlich der begehrten angemessenen Vergütung handele es sich nicht um ein subjektives Recht des Vertragsarztes, sondern um ein objektiv-rechtliches Gebot. Die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sei ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut, demgegenüber müsse der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf höhere Vergütung zurücktreten. Allenfalls bei einer Gefährdung des vertragsärztlichen Versorgungssystems als Ganzes könne ein entsprechender Anspruch bejaht werden. Durch den EBM werde keine bestimmte Vergütung im Sinne eines Mindest- oder Garantiehonorars gewährt, da er nur Leistungsbewertungen zueinander vornehme. Das individuelle Arzteinkommen richte sich neben der Vergütung der ärztlichen Leistung zusätzlich aus diversen Faktoren wie u.a. Patientenzulauf, Arbeitseinsatz, Personal, Praxiskosten und betriebswirtschaftlichem Know-how. Der Arzt als freier Unternehmer trage ein wirtschaftliches Risiko. Die vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen böten keine Gewähr dafür, dass die Praxis nach betriebswirtschaftlichen Grundsätzen geführt werde. Die vorgelegten Aufstellungen seien ungeeignet, das tatsächlich zur Verfügung stehende Einkommen abzubilden. Erst die Existenzgefährdung einer Vielzahl von Praxen einer bestimmten Fachgruppe, die zu einer Sicherstellungsproblematik bei der vertragsärztlichen Versorgung führe, müsse die Beklagte zum Eingreifen veranlassen, um den Punktwert zu stützen. EBM und HVM hätten für die ab 1. Juli 1997 geltenden Regelungen im Sinne von Anfangs- und Erprobungsregelungen verstanden werden müssen und seien deshalb jedenfalls für die Anfangszeit rechtmäßig. Die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Leistungsbereiche sei möglich. Es seien auch keine rechtswidrigen Abzüge vom Honorar erfolgt. Die EHV sei durch das Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (GVBl. S. 206) geschaffen worden und habe damit Bestandsschutz erlangt (Art. 4 § 1 Abs. 2 Gesetz über das Kassenartzrecht - GKAR -). Rechtswidrige Abzüge seien auch nicht die Verwaltungskosten für die Beklagte. Entsprechend [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB 5](#) enthalte die Satzung der Beklagten in § 24 Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel, die Aufgabe der Abgeordnetenversammlung sei. Die Klägerin habe in dem vorliegenden Verfahren nicht die rechtliche Möglichkeit die Haushaltsführung insgesamt oder einzelne Ausgabenposten überprüfen zu lassen. Den Beweisanträgen sei nicht nachzugehen gewesen. Sie bezögen sich durchweg auf rechtlich nicht relevante Fragekreise und Aspekte. Dies gelte insbesondere für den Problemkreis der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung. Hinsichtlich der Kostenentscheidung sei zu berücksichtigen, dass die Beklagte zwar die Drei-Monats-Frist überschritten habe, der Klägerin jedoch mit Schreiben vom 22. Oktober 1998 eine Entscheidung über den Widerspruch noch im Dezember angekündigt habe. Deshalb sei es nicht gerechtfertigt, der Beklagten Kosten für die am 11. November 1998 erhobene Untätigkeitsklage aufzuerlegen.

Gegen das am 3. Mai 2002 zugegangene Urteil hat die Klägerin am 17. Mai 2002 Berufung eingelegt. Die Klägerin trägt vor, das Sozialgericht habe ihren Anspruch auf rechtliches Gehör verletzt. Angesichts der Vielzahl und der Schwierigkeit der von ihr vorgetragenen rechtlichen Argumente und der 13 angekündigten Beweisanträge hätte sie hierfür ca. 5 Stunden benötigt. Bereits die Anklündigung, hierfür stünden 60 Minuten zur Verfügung sei rechtswidrig gewesen. Aber auch in der mündlichen Verhandlung habe nicht genügend Zeit zur Erörterung zur Verfügung gestanden. Die Honorarbescheide sowie der Widerspruchsbescheid der Beklagten seien formell fehlerhaft und daher nichtig. Die Bescheide seien inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. Für die Verständlichkeit sei nicht allein auf die erste Seite der Honorarbescheide abzuheben. Notwendig sei vielmehr, dass die Entscheidung mit den Anlagen alle notwendigen Angaben zur Höhe des Honorars enthalte. Hieran fehle es. Wenn es mehrerer Rechenoperationen bedürfe, um das Ergebnis nachzuvollziehen, liege darin ein erheblicher Mangel. Zudem seien die Bescheide auch unzulänglich begründet, § 35 (SGB 10). Die Begründung der Beklagten sei unverständlich, insbesondere hinsichtlich des Ineinandergreifens der Kürzungsmechanismen. Kein Vertragsarzt könne ohne die

Zurhilfenahme eines Spezialisten überprüfen, ob die Begründung seines Honorarbescheides richtig sei. Die Widerspruchsbescheide seien ferner wegen Verstoßes gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs ([§ 24 SGB 10](#)) rechtswidrig. Der Vorstand der Beklagten habe die Einwendungen der Klägerin im Widerspruchsverfahren nicht zur Kenntnis genommen. Die Bescheide der Beklagten gewähre ihr keine angemessene Vergütung, auf die sie einen Rechtsanspruch habe. Die vertragsärztliche Tätigkeit sei eine freiberufliche Tätigkeit im Sinne des [Artikel 12 Abs. 1](#) Grundgesetz. Das Bundesverfassungsgericht judiziere in ständiger Rechtsprechung, dass Vergütungen, die die öffentliche Hand zu leisten habe oder die sie festsetze, am Maßstab des [Artikel 12 Abs. 1](#) Grundgesetz zu messen seien. Das BSG habe bislang die Frage der angemessenen Vergütung darauf reduziert, ob das Zusammenwirken von Artikel 3 mit [Artikel 12](#) Grundgesetz einen Anspruch auf gerechte Verteilung des zur Verfügung stehenden Honorarvolumens gewähre. Vertragsärzte hätten aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 SGB 5](#) einen Rechtsanspruch auf eine angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, wenn sie eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich geführte Praxis betrieben. Angemessen sei die Vergütung, wenn sie die Praxiskosten decke und einen "Arztlohn" übriglasse, der dem Arbeitseinkommen vergleichbarer akademischer Berufe entspreche. In Übereinstimmung mit der KBV sei ein Betrag in Höhe von DM 45.000,00 je Arzt im Quartal angemessen. Dies bedeute nach der vorgelegten Berechnung der Verluste in den streitbefangenen Quartalen, dass sie einen Rechtsanspruch auf Ausgleich ihrer Kosten und Zahlung eines Arztlohnes für die streitbefangenen Quartale in Höhe von DM 254.377,- habe. Die Bescheide verstießen auch gegen die guten Sitten und seien deshalb gemäß [§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB 10](#) nichtig.

Die Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil sie rechtswidrige Abzüge enthielten. Es liege ein Verstoß gegen [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB 5](#) vor. Vertragsärzte hätten ein subjektives Recht dahingehend, dass die Beklagte die Gesamtvergütung ungeschmälert unter ihnen verteile. Unzulässig sei der Abzug zur Erweiterten Honorarverteilung und der Abzug von Verwaltungskosten. Die "Grundsätze der EHV" seien nichtig, jedenfalls rechtswidrig. Es fehle an einer ausreichenden Rechtsgrundlage. Insbesondere seien die "Grundsätze der Erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen" keine derartige Rechtsgrundlage. Sie entbehrten der Satzungsform und seien auch nie in vollständiger Form bekannt gemacht worden. Es fehle an einer Befreiungsmöglichkeit. Es handele sich auch nicht um eine Honorarverteilung unter Vertragsärzten, sondern um ein zwangsweises Abzugssystem. Die Regelungen der EHV seien objektiv unverständlich, wie der Vorsitzende der Beklagten, Dr. S., vor der Vertreterversammlung am 22. Dezember 1999 erklärt habe.

Rechtswidrig sei auch der Abzug von Verwaltungskosten; für diese fehle es an einer Rechtsgrundlage. Zwar ermächtige [§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) die Vertreterversammlung, die Pflichten der Mitglieder festzulegen und die Aufbringung und Verwaltung der Mittel zu regeln. Auf der Grundlage dieser Ermächtigung bedürfe es jedoch zulänglicher Satzungsbestimmungen, die dies in rechtsstaatlicher Weise festlegten; hieran fehle es für die streitbefangenen Quartale. Zwar bestimme [§ 24 Abs. 1](#) der Satzung der Beklagten, dass diese zur Durchführung ihrer Aufgaben Beiträge erhebe, die in einem Vomhundertsatz der abgerechneten Vergütungen bestehe. Dies reiche als Rechtsgrundlage für die jährliche Beitragserhebung jedoch nicht aus.

Der EBM beruhe nicht auf einer hinlänglichen gesetzlichen Ermächtigung. Die 1997 geltenden Ermächtigungen für den EBM seien in [§ 87 Abs. 2](#) und [2a SGB 5](#) festgelegt gewesen. Demgegenüber finde sich ab dem Quartal III/97 keine Ermächtigung für die Budgetierung bestimmter Arztgruppen. Das BSG folge dieser Auffassung zu Unrecht nicht. Die Budgetierungsregelungen seien deshalb rechtswidrig mit der Folge, dass der EBM insgesamt rechtswidrig sei. Der Honorarbescheid beruhe auf einem EBM, der nicht sach-, system- und verteilungsgerecht sei; dieser leide unter erheblichen Ermittlungsfehlern des Bewertungsausschusses. Irrational seien die festgelegten Punktzahlen. Der überwiegende Teil der bepunkteten Einzelleistungen sei ohne jede Information über Kostensätze festgelegt worden. Der Beigeladene habe damit nicht nur seine normgeberische Abwägungspflicht verletzt, sondern auch das sich aus der vorgenannten Bestimmung ergebende Gleichbehandlungsgebot missachtet. Dies könne auch nicht mit einer angeblichen Anfangs- und Erprobungsregelung gerechtfertigt werden. Der Beigeladene habe nichts erprobt und auch nichts erproben wollen. Der EBM treffe eine rechtswidrige Auswahl der budgetierten und der nichtbudgetierten Arztgruppen. Die Definition des Behandlungsfalles je Quartal im Sinne [§ 21 BMV-Ä](#) sei rechtswidrig. Sie habe in den streitbefangenen Quartalen häufig Patienten mehrfach untersuchen müssen, jedoch jeweils nur eine Untersuchung bezahlt bekommen. Der EBM sei auch deshalb rechtswidrig, da nach [A I. Satz 1 EBM](#) nicht vollständig erbrachte Leistungen nicht bezahlt würden. Es sei zwar richtig, dass sie keine Teilleistungen in Rechnung gestellt hätten. Sie hätten das aber nur unterlassen, weil der EBM eine Vergütung in diesen Fällen nicht vorsehe. Gerade bei Großgeräteleistungen würden einbestellte Patienten häufig entweder nicht erscheinen oder vorzeitig weglaufen.

Aber auch der HVM der Beklagten beruhe auf fehlerhaften Rechtsquellen. Der den Honorarbescheiden zu Grunde liegende HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Die rückwirkende Inkraftsetzung von Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I, durch den Nachtrags-HVM vom 29. November 1997 sei rechtswidrig gewesen. Die Rechtsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB 5](#) reiche für die getroffenen Regelungen nicht aus. Der Maßstab der Honorarverteilung sei nicht vorgegeben. Die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprächen hinsichtlich der Normsetzung nicht den gebotenen verfassungsrechtlichen Anforderungen. Den Vertreterversammlungen fehle die notwendige demokratische Legitimation. Dies führe dazu, dass der HVM rechtswidrig sei, weil er keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage habe, gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoße und der Normgeber des HVM rechtsstaatlich-demokratisch nicht legitimiert sei. Die Beklagte habe nicht darzulegen vermocht, dass der HVM mehrheitlich von Vertragsärzten oder von ermächtigten Ärzten beschlossen worden sei, die ihrerseits von Vertrags- oder ermächtigten Ärzten in die Vertreterversammlung gewählt worden seien. Denn die außerordentlichen Mitglieder seien nicht Vertragsärzte und auch nicht notwendig ermächtigte Ärzte. Es könne daher nicht davon ausgegangen werden, dass der den angefochtenen Bescheiden zugrunde gelegte HVM von einer demokratisch-autonom zusammengesetzten Vertreterversammlung beschlossen worden sei. Formell fehlerhaft sei bereits die Veröffentlichung des HVM, da die hier maßgebliche Regelung des [§ 28](#) der (Haupt-) Satzung der Beklagten im Hinblick auf die alternativen Möglichkeiten der Veröffentlichung rechtswidrig sei. Es fehle an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage auch für die art- bzw. praxisbezogene Budgetierung und Quotierung nach Anlage 3 zu LZ 702. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB 5](#) seien bei der Verteilung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Eine Ermächtigung, einen beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen, wie das Sozialgericht zu Unrecht annehme, enthalte das SGB 5 nicht. Der HVM verstoße gegen den Grundsatz der Normenklarheit. Der HVM nebst Nachträgen sei für die Normadressaten objektiv unverständlich. Die zahlreichen Verweisungen auf andere Rechtsnormen, die Diktion des HVM und vornehmlich das in ihm enthaltene extrem verschachtelte Honorarsystem für Radiologen, seien diesen schlechthin unverständlich. Die betroffenen Ärzte müssten erkennen können, welche Teile des HVM konkret sie beträfen, da sie sonst die konkrete Anwendung nicht nachvollziehen könnten. Jede einzelne dieser Maßnahmen sei in ihrem Vollzug nach dem Text des HVM für Vertragsärzte nicht verständlich. Gänzlich unverständlich sei, wie diese Maßnahmen zusammenwirkten und worauf diese abzielten. Der HVM leide unter dem Mangel einer ungleichen Vergütung gleichartiger radiologischer Leistungen in den verschiedenen Arztgruppen. Die Vergütung sei ungleich je nach dem, ob es sich um einen Radiologen oder

um einen Teil-Radiologen handle. Der HVM leide weiter an dem Mangel, dass rechtswidrig ein geschlossener Honorartopf für Radiologen zusammen mit Nuklearmedizinern und sowohl konventionellen als auch Großgerätepraxen gebildet werde. Dies stelle auch einen Verstoß gegen das Budgetierungsverbot des EBM dar (A.I. Teil B 1). Es handle sich dabei um eine inhomogene Arztgruppe. Ein weiterer wesentlicher Mangel des HVM bestehe in rechtswidrigen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte der einzelnen Praxen. Darin sei eine nicht nachvollziehbare und infolgedessen rechtswidrige Ungleichbehandlung zu sehen. Ungleichheiten in einer Gruppe seien nur dann von der Satzungsautonomie der Beklagten gedeckt, wenn eine Ungleichbehandlung wegen der Ungleichheit der Betroffenen angezeigt sei. Dem sei aber nicht so; für extreme Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte zwischen den einzelnen Praxen gebe es keinen sachlichen Grund, worin ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz liege. Es bestehe zwischen der HVM-Punktwertabsenkung und den Punktzahlen des EBM eine Kollision, die zu einer rechtswidrigen Verfälschung der mit dem EBM gewollten Ergebnisse führe. Hierzu werde ein Gutachten der Sachverständigen Gisela Kempny vorgelegt. Das Landessozialgericht habe dieses bis heute nicht so verarbeitet, dass der Klägerin klar geworden wäre, das Gericht hätte die Darlegungen der Gutachterin wirklich verstanden. Entscheidend sei, dass der HVM das Bewertungsgefüge des EBM nicht unterlaufen und nicht konterkarieren dürfe, was der hier angewandte HVM jedoch bewirke. Seien auch geringfügige Modifikationen im Hinblick auf die Bewertungen des EBM möglich, etwa die Zusammenfassung einzelner Gebührenpositionen zu Leistungsgruppen, so müsse es prinzipiell bei der gesetzlichen Konzeption bleiben, dass ärztliche Leistungen entsprechend ihrer Art und ihrem Umfang gleichmäßig zu vergüten seien. Der HVM leide weiter an dem Mangel, dass der Honorartopf unzutreffend bemessen sei. Es liege keinerlei Bedarfsermittlung zu Grunde. Trotz der Bedarfsplanung habe es einen massiven Zuwachs an Vertragsärzten gegeben, der die Steigerungen der Gesamtvergütung um die Grundlohnsumentenentwicklungen regelmäßig übertroffen habe. Die Unterstellung, in den Aufsetzquartalen sei die Vergütung der Radiologen zulänglich gewesen, sei falsch. Die Budgetierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 sei rechtswidrig. Die unter I bis III der Anlage 3 vorgesehenen Honorareinschränkungen seien sachwidrig. Die fallzahlabhängige Quotierung der Honoraranforderungen nach Abschnitt III verstoße zudem gegen [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Jede der drei Quotierungs- und Begrenzungsregelungen sei - für sich genommen - sachlich nicht nachvollziehbar. Ihr Zusammenwirken sei nicht so harmonisiert, dass daraus Kürzungen folgten, die in sich konsequent seien. Die Referenzquartale III/95 und III/96 in Anlage II. 1 spiegelten nicht die Angemessenheit der Vergütung wieder. Die Bemessung der Fallzahlbereiche im Abschnitt I sei beliebig.

Die Beklagte habe die Kosten der Untätigkeitsklage zu tragen. Der Beklagten sei bei Meidung einer Untätigkeitsklage eine Bescheidungsfrist bis zum 5. November 1998 gesetzt worden. Es sei zwar richtig, dass die Beklagte den Bevollmächtigten der Klägerin am 16. November 1998 geschrieben habe, sie beabsichtige, den Widerspruch dem Vorstand in der Regulariensitzung im Dezember 1998 zur Entscheidung vorzulegen. Da sei die Klage aber bereits bei Gericht eingegangen.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass sie in den Quartalen III/97, IV/97 und II/98 eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich betriebene vertragsärztliche Praxis geführt habe [Bl. 410] durch: Sachverständigengutachten.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass die Beklagte im Jahr 1997 aus einer für die Ärztliche Stelle eingegangene selbstschuldnerischen Bürgschaft in Höhe von 2 Mio. DM in Anspruch genommen worden ist, und dass die Beklagte diesen Betrag aus den Haushalten 1997/1998 bezahlt hat [Bl. 432] durch: Einholung einer Auskunft der Beklagten.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, der Vorstand der Beklagten habe vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche der Klägerin die Widerspruchsbegründungen weder im Original noch inhaltlich - sei es durch eine Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung - zur Kenntnis genommen [Bl. 436] durch: Parteivernehmung des ersten Vorsitzenden der Beklagten.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass die Budgetgeber nichts bewertet haben, weil sie über keinerlei Informationen über den Wert der von ihnen eingeschränkten Leistungen verfügt haben [Bl. 447] durch: Amtliche Auskunft des Beigeladenen.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, der Beigeladene habe keinerlei rechtlich verwertbare betriebswirtschaftliche oder statistikwissenschaftliche Feststellungen zu denjenigen radiologisch/nuklearmedizinischen Leistungen getroffen, die er im EBM bepunktet habe [Bl. 455] durch: Beiziehung der Aufstellungsakten des Beigeladenen über das Zustandekommen des EBM 1997 sowie aller Vorgängerregelungen, aus denen sich ergibt, wie der Beigeladene den Inhalt der abrechnungsfähigen radiologisch/nuklearmedizinischen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander ermittelt hat.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, die Vertreterversammlung der Beklagten habe bei der Verabschiedung der in dem streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragsituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt und sie habe auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen besessen [467] durch: zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass radiologische Leistungen mit Differenzen von mehr als 30 % ungleich vergütet werden je nachdem, ob es sich um einen Radiologen oder um einen Teilradiologen handelt [Bl. 469] durch: Amtliche Auskunft der Beklagten.

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, innerhalb der Honorargruppe 4.16 = Anlage 2 zu LZ 702 HVM seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich handle um konventionelle Praxen, nuklearmedizinische Praxen, konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, Praxen mit CT und/oder Nuklearmedizin, Praxen mit CT und MRT und/oder Nuklearmedizin, sowie Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger) ggf. in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsarten [Bl. 474] durch: Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens.

Die Klägerin hat im Verfahren vorgelegt: Eine Zusammenstellung der von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) angewandten Methodik zur orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation ärztlicher Leistungen, Stellungnahme zum HVM der Beklagten von Gisela Kempny vom 2. November 1998, Antwort der KBV vom 26.2.1997 (96.100.EBM), Tätigkeitsbericht der Beklagten für die Jahre 1997 bis 2000 Aufsatz von Hamm "Verursacherbezug - Neubewertung radiologischer Leistungen" in Der Radiologe 2002, S. M63

Die Klägerin beantragt,

1. das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 05.12. 2001, den Honorarbescheid der Beklagten vom 25.03.1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15.12.1998, den Honorarbescheid vom 23.06.1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 03.05.1999 und den Honorarbescheid vom 28.10.1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 03.08.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihre Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen für die Quartale III und IV/97 sowie II/98 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen,
2. hilfsweise: festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an sie in dem streitigen Quartal für Zwecke der EHV 5 v.H. einzubehalten
3. Beweis nach Maßgabe unserer Beweisanträge vom 09.10.2001 zu erheben.

Die Beklagte und der Beigeladene haben keinen Antrag gestellt und auch zur Sache nichts vorgetragen.

Die Beklagte hat die Verwaltungsakte betreffend die streitbefangenen Quartale vorgelegt.

Wegen des weiteren Vortrags der Beteiligten wird auf den übrigen Akteninhalt, insbesondere auf die Klagebegründungsschrift und Berufungsbegründungsschrift der Klägerin sowie der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Der Senat konnte die Berufung auch durch Beschluss zurückweisen, da er die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält, [§§ 153 Abs. 4 SGG](#). Die Beteiligten sind hierzu angehört worden. Soweit die Klägerin dem widerspricht, vermochten die Gründe nicht zu überzeugen. Eine Zusage des Senats, diesen Rechtsstreit nach mündlicher Verhandlung zu entscheiden, wurde nicht gegeben. Dass im Gesamtkomplex der von den Prozessbevollmächtigten hier vertretenen Parallelverfahren unverbindlich Verhandlungstermine in Aussicht gestellt wurden, ändert daran nichts. Auch die reklamierte Weiterentwicklung von Rechtsprechung und Literatur in den letzten 1 ½ Jahren haben den erkennenden Senat nicht davon zu überzeugen vermocht, dass eine andere Entscheidung als die bisherigen in den Parallelverfahren (zuletzt am 26. Februar 2003) rechtens ist. Dass sich schließlich die Erkenntnisse des Prozessbevollmächtigten der Klägerin zu Einzelheiten der Argumentation weiterentwickelt haben, vermag ebenso wenig einen Anspruch auf eine mündliche Verhandlung zu begründen. Es hätte den Prozessbevollmächtigten freigestanden, neue Argumente dem erkennenden Senat ebenso schriftlich vorzutragen, wie in der 111-seitigen Berufungsbegründung.

Der Streitgegenstand im Hinblick auf die begehrte Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale III/97, IV/97 und II/98 sowie die begehrte Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erstreckt sich nicht auf mögliche Ansprüche aus LZ 607 HVM (Regelung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung) und aus LZ 803 HVM (Härtefallregelung).

Die Berufung ist unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 28. November 2001 ist zu Recht ergangen. Soweit die Klägerin beanstandet, ihr habe in der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht nicht genügend Zeit zur Verfügung gestanden, insbesondere nicht, um alle 13 angekündigten Beweisanträge zu erläutern, ergibt sich ausweislich des Protokolls vom 28. November 2001, dass die Prozessbevollmächtigten in dem ersten Parallelverfahren des Sitzungstages ausreichend Gelegenheit zu mündlichen Ausführungen gehabt haben und nur entsprechende Wiederholungen für nicht erforderlich gehalten wurde. Der Honorarbescheid der Beklagten vom 25. März 1998 (für das Quartal III/97) mit den Anlagen vom 24. März 1998 (Gesamtüberblick), vom 16. April 1998 (Laborbudgetregelung - für die Klägerin ohne Bedeutung) und vom 24. April 1998 (fallzahlabhängige Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 ist rechtmäßig und war damit nicht aufzuheben ... Der Honorarbescheid der Beklagten vom 23. Juni 1998 (für das Quartal IV/97) mit den Anlagen vom 26. Juni 1998 (Gesamtüberblick), vom 4. Juni 1998 (Laborbudgetregelung - für die Klägerin ohne Bedeutung), vom 24. Juni 1998 (fallzahlabhängige Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 1999 ist rechtmäßig und war damit nicht aufzuheben. Der Honorarbescheid der Beklagten vom 28. Oktober 1998 (für das Quartal II/98) mit den Anlagen vom 29. Oktober 1998 (Gesamtüberblick), vom 10. Dezember 1998 (Laborbudgetregelung - für die Klägerin ohne Bedeutung), vom 16. November 1998 (fallzahlabhängige Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM) und vom 17. November 1998 (Fallzahlabgrenzung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt III) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3 August 1999 ist rechtmäßig und war damit nicht aufzuheben ...

Die Klägerin hat gegen die Beklagte hinsichtlich der streitbefangenen Quartale keinen Anspruch auf eine Neubescheidung ihres Honoraranspruchs im streitbefangenen Umfang (ohne Berücksichtigung von Sicherstellung und Härtefallregelung). Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig.

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

Die angefochtenen Honorarbescheide sind auch i.S. der Vorgaben des [§ 35 SGB 10](#) ausreichend begründet. Ein schriftlicher Verwaltungsakt ist schriftlich zu begründen; in der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Durch die Begründung soll der Adressat des Verwaltungsaktes, insbesondere hinsichtlich der ihn belastenden Teile, in die Lage versetzt werden, seine Rechte sachgemäß wahrnehmen zu können. Das Begründungserfordernis soll zur besseren Transparenz des Verwaltungshandelns beitragen, überflüssigen Rechtsbehelfen vorbeugen, aber auch der Nachprüfung der Verwaltungsentscheidung durch Aufsichtsbehörden und Gerichte dienen (vgl. Engelmann in von Wulffen, [§ 35 SGB X](#) RdNr. 2, unter Hinweis auf [BSGE 27, S. 34](#)). Honorarbescheide haben deshalb die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte darzulegen, wobei diese auch aus Anlagen der Bescheide folgen können. Die Anforderungen sind insoweit jedoch auf die wesentlichen

Angaben begrenzt (vgl. BSG, Urt. vom 3.12.1997 - [6 RKa 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich der Anlagen entnommen und damit die Honorarfestsetzung in Verbindung mit weiteren Unterlagen (z.B. den Honoraranforderungen der Klägerin und den Anzahl- und Summenstatistiken der Beklagten) nachvollziehbar überprüft werden können. Diesen Anforderungen entsprechen die hier streitbefangenen Honorarbescheide.

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

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

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

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

Die streitbefangenen Honorarbescheide sind auch im Übrigen rechtmäßig. Sie beruhen auf Rechtsgrundlagen, insbesondere auf dem EBM und dem HVM, die rechtlich nicht zu beanstanden sind, soweit sie sich auf die vorliegenden Honorarbescheide ausgewirkt haben.

Honorarbescheide regeln als Verwaltungsakte i.S. von [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB 10](#) die Höhe des auszahlenden Honorars. Die Anwendung des Regelwerks durch die Beklagte ist zutreffend; insoweit werden auch keine Rechtsfehler von der Klägerin geltend gemacht. In Übereinstimmung mit dem Sozialgericht kommt auch der erkennende Senat zu dem Ergebnis, dass die Beklagte einen für Primär- und Ersatzkassen einheitlichen Quotierungsfaktor in Übereinstimmung mit Anlage 3 zur LZ 702 HVM berechnet hat und eine Trennung nach den einzelnen Kassenbereichen erst mit der Bildung der Honorargruppen nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM zu erfolgen hatte.

Der HVM ist, soweit dieser auf die Klägerin anzuwenden ist, rechtmäßig. Dabei ist die Prüfung des erkennenden Senats i.S. des hier zu gewährenden Individualrechtsschutzes auf die Fragen, vornehmlich im Zusammenhang mit dem HVM - und im Übrigen auch bezüglich des EBM - begrenzt, soweit diese das Honorar der Klägerin im Zusammenhang mit dem angefochtenen Honorarbescheid betreffen. Demgegenüber unterliegen hier EBM und HVM keiner generellen Überprüfung i.S. einer abstrakten Normenkontrolle bzw. einer - schon verfahrenstechnisch unzulässigen - Popularklage. Die Überprüfung des erkennenden Senats hatte deshalb keine Regelungen einzubeziehen, von denen die Klägerin konkret nicht betroffen wurde. Die Prüfung erstreckt sich deshalb auf die Anwendung der Anlage 3 zu LZ 702 HVM und hier auf alle Regelungsbereiche, auf denen das Begrenzungskonzept der Beklagten beruht, einschließlich der sich mittelbar auswirkenden "Herausnahmeregelungen". Inwieweit jedoch generell Regelungen zu beanstanden sind, wenn im Einzelfall zugleich Maßnahmen nach mehreren Abschnitten zur Anwendung kommen, Ungereimtheiten und Widersprüche beim Ineinandewirken von Maßnahmen auftreten, wie diese von den Klägerin auch geltend gemacht werden, war dies im Hinblick auf den Streitgegenstand abzugrenzen. Mittelbar wirkt sich jede Honorarbewilligung und Honorarberechnung bezüglich anderer Ärzte, insbesondere auch solchen aus anderen Arztgruppen, auch auf die Honorarhöhe der Klägerin aus. Insoweit kann der Klägerin jedoch keine Überprüfungsbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben werden, die letztlich auf eine abstrakte Normenkontrolle hinausliefe.

Ein Honoraranspruch der Klägerin kann nur aus den Honorarverteilungsregelungen der Beklagten hergeleitet werden. Gesetzliche Grundlage ist [§ 85 Abs. 4 SGB 5](#) i.d.F. vom 1. Juli 1997, insoweit gleich lautend i.d.F. bis 31.12.1998, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte verteilt. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten

Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.

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

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

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

Der hier angewandte HVM ist auch nicht deshalb unwirksam, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt worden sind. Auch für den HVM als Satzungsrecht gilt grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch gilt dies nur in dem Maße, in dem dies nach der Funktion des HVM tatsächlich geboten ist. Insoweit besteht ein wesentlicher Unterschied zum EBM, da dieser Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt. In dieser Funktion wird der EBM zur Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte und beeinflusst deren Entscheidungen im Hinblick auf das Behandlungsverhalten unmittelbar. Demgegenüber ist der HVM auf eine Verteilungssituation ausgerichtet und knüpft an die Verteilung der Gesamtvergütung an. Eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes folgt daraus regelmäßig nur mittelbar, da die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter regelmäßig erst nach Quartalschluss überhaupt festgestellt werden können (vgl. auch Clemens, Regelungen der Honorarverteilung, MedR 2000, S. 17, 22 mit Nachweisen zur höchstrichterlichen Rechtsprechung). Die Grenze rückwirkender Inkraftsetzung liegt jedoch darin, dass gezielt steuernd wirkende Honorarverteilungsregelungen, die einer Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes dienen sollen, den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt sein müssen, damit diese sich hierauf einstellen können (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). In Anwendung dieser Grundsätze kann hier nicht von einer unzulässigen Rückwirkung des HVM betreffend die streitbefangenen Quartale ausgegangen werden. Die mit Wirkung zum 1. Juli 1997 rückwirkend in Kraft gesetzte Regelung des neuen Abschnitts I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM war bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 i.d.F. der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Honorarforderungen, die nicht in die Maßnahme nach LZ 208 HVM einbezogen seien, einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen seien und Einzelheiten hierzu in Kürze bekannt gegeben würden. Die streitbefangene HVM-Regelung hatte zudem nicht die Verhütung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes zum Ziel (und damit den Regelungsbereich der LZ 503 HVM), sondern die in den HVM übernommene sog. "EBM-Wippe" zur besseren Erfassung der Kostensituation kleiner Praxen (vgl. zum Regelungsbereich BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)); im Leitsatz zu der angeführten Entscheidung des BSG wird nicht nur die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 für rechtmäßig erachtet, sondern auch die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Honorarverteilung nach Einführung von Praxisbudgets (hier betreffend Hamburg) ausdrücklich anerkannt. Die Zielsetzung dieser HVM-Regelung, zugleich auch eine Fallzahlausweitung zu verhindern und mit einer Mengenbegrenzung eine Punktwertstabilisierung zu erzielen, steht dem nicht entgegen. Die Abstaffelungsregelung der "EBM-Wippe" verringert einen "Anreiz" zur Fallzahlsteigerung, zumal es sich um eine Fallwertkorrektur handelt, die eine Steigerung ohnedies nur geringfügig, was die steuernde Funktion im Hinblick auf das Leistungsverhalten des Arztes betrifft, begrenzt.

Die Regelung des HVM - und dies gilt entsprechend auch für den EBM - verstößt nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Zwar ist der Regelungsbereich des HVM komplex, kompliziert und schwierig; die Regelung kann im Einzelfall auch unklar, vielleicht sogar widersprüchlich sein, weshalb jedoch der HVM insgesamt nicht als nichtig angesehen werden kann. Die Beklagte kann den HVM verwaltungsmäßig umsetzen und die Sozialgerichte können die Regelungen nachvollziehen. Den HVM klarer zu fassen, wird ein stetes Anliegen bleiben; der Vorwurf eines Verweisungswirrwarrs kann jedoch nicht nachvollzogen werden. So zeigen z.B. die Anlagen hinsichtlich der Laborbudgetregelung, dass die Klägerin mangels Anforderung entsprechender Honorare davon nicht betroffen ist. Hinsichtlich der fallzahlabhängigen Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM und der Budgetierung und Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM ist eindeutig aus der Überschrift erkennbar, dass diese Maßnahme nur für nicht in die EBM-Budgetierung einbezogene Arztgruppen gilt, also auch für die Radiologen. Bei der fallzahlabhängigen Bewertung nach Abschnitt I wird zunächst die budgetrelevante Fallzahl erläutert und berechnet und der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Bis zur Hälfte der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe (Fallzahlbereich A) wird das Honorar um 10 % erhöht, für die weitere durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe (Fallzahlbereich B = 50 % bis 150 % des regionalen Fallzahldurchschnittes) wird das Honorar um 10 % ermäßigt. Der sich anschließende Fallzahlbereich C (die darüber hinausgehenden Fallzahlen) erfährt eine Ermäßigung um 20 %. Im vorliegenden Fall wurde die Maßnahme nach Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I in allen drei streitbefangenen Quartalen angewendet und führte hinsichtlich des Quartals III/97 zu einer Einschränkung auf 96,23 %, hinsichtlich des Quartals IV/97 zu einer Einschränkung auf 97,29 % und hinsichtlich des Quartals II/98 zu einer Einschränkung auf 97,17 %.

Die Budgetierung und Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt II HVM, die bei einer entsprechenden Steigerung des

Teilfallwertes eingreift, fand im vorliegenden Fall keine Anwendung. Bei der fallzahlabhängigen Quotierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt III HVM erfolgt ein Vergleich mit den eigenen Fallzahlen des jeweiligen Vertragsarztes in einem früheren Quartal. Unschädlich ist eine Steigerung um 2 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe im Referenzquartal. Bei der Klägerin erfolgte lediglich im Quartal II/98 eine entsprechende Quotierung auf 98,55 % durch Überschreitung der zu 100 % anerkannten 2.358 Fälle um 70 Fälle, die zu 50 % anerkannt wurden.

Der HVM verstößt, insoweit übereinstimmend mit dem EBM, auch nicht gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Die Rechtsetzungskompetenz ist dem Satzungsgeber in nicht zu beanstandender Weise übertragen worden. Der HVM trifft - hier ebenso wie der EBM - Berufsausübungsregelungen i. S. des [Art. 12 Abs. 1 GG](#), die sich erheblich auf die Berufsausübung der Vertragsärzte auswirken und in der Konsequenz von existenzieller Bedeutung werden können. Insoweit stellt [§ 85 SGB 5](#) eine ausreichende und hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage für den HVM dar; dies gilt entsprechend für den EBM in [§ 87 SGB 5](#). Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat dies mehrfach bestätigt (vgl. mit zahlreichen Nachweisen Engelmann in NZS 2000, S. 1, 76). Dabei hatte der erkennende Senat nicht zu befinden, inwieweit die Legitimation ausreicht, durch derartiges Satzungsrecht mittelbar oder möglicherweise unmittelbar in die Rechte Dritter einzugreifen; dies war hier nicht entscheidend, dürfte jedoch (abweichend von Engelmann, a.a.O., sowie Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49, 97) einer gesonderten Prüfung bedürfen.

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

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

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

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

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

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

Daraus folgt jedoch nicht, dass der Gesetzgeber - und daraus abgeleitet der Satzungsgeber - eine unbegrenzte Regelungsbefugnis hat. Bei Berufsausübungsregelungen hat der Gesetzgeber wie auch der Normgeber auf Satzungsebene einen weiten Gestaltungsspielraum. Jede Regelung muss jedoch durch sachgerechte und vernünftige Erwägungen gerechtfertigt sein. In dieser Einschränkung liegt zugleich auch

eine Gewichtung; je stärker eine Regelung in Rechtspositionen des Einzelnen eingreift, konkret also Rechtspositionen des Arztes beeinträchtigt, desto stärker und gewichtiger müssen die Interessen des Gemeinwohls sein, um den Eingriff zu rechtfertigen (vgl. Nachweise der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Leibholz/Rinck/Hesselberger, Grundgesetz, Art. 12 GG Rdnr. 296). Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verlangt weiter, dass das eingesetzte Mittel geeignet und erforderlich ist, wobei dem Gesetzgeber wie auch dem Satzungsgeber ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt wird. Erforderlich ist, dass das eingesetzte Mittel im konkreten Fall mit Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung geeignet ist, die von Gesetzes wegen geforderte Stabilität des Systems zu sichern. Dies wird sich nicht ohne weiteres - zumindest nicht mit vollem Konsens - feststellen lassen, schon gar nicht bei einer prognostischen Beurteilung, weshalb dem Normgeber ein weiter Gestaltungs- und Regelungsrahmen zugebilligt wird. Dies muss umso mehr gelten, je komplexer und schwieriger die jeweiligen Vorgänge abzuschätzen sind. Daraus rechtfertigt sich auch ein angemessener Zeitraum für die Beobachtung von Auswirkungen und die Anpassung von Vorschriften, zugleich aber auch eine Verpflichtung des Normgebers, diese Vorgänge zu beobachten und entsprechende Änderungen einzuleiten.

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

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

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

Hinsichtlich der wirtschaftlichen Situation der Klägerin im streitbefangenen Quartal brauchte nicht näher darauf eingegangen zu werden, dass aus den von der Klägerin für die streitbefangenen Quartale vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen nicht ersichtlich ist, in welchem Umfang die Klägerin außerhalb der vertragsärztlichen Honorare sonstige Einnahmen aus der Praxis erzielt hat (z.B. aus der Behandlung von Privatpatienten, Erstellung von Gutachten, Zusammenarbeit mit anderen Kostenträgern usw.). Der Abzug eines Kostenanteils von unter 9 % im Quartal II/98 und keinerlei Aussage zu diesem Punkt in den Quartalen III und IV/97 ist jedenfalls nicht aussagekräftig hinsichtlich der Einnahme- und Ausgabenstruktur der Praxis der Klägerin. Der erkennende Senat sah jedoch von einem Beweisbeschluss hinsichtlich der Offenbarung aller Praxiseinnahmen der Klägerin ab, da es letztlich hinsichtlich der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung auf die Einnahmesituation aller in Hessen vertragsärztlich tätiger Radiologen ankommt und hierzu die Einnahmesituation der Klägerin allein nicht hinreichend Auskunft geben kann. Dabei kann es nicht darauf ankommen, dass die Prozessbevollmächtigten der Klägerin in einer großen Zahl von Verfahren hessischer Radiologen entsprechende Parallelverfahren vertreten, da die Heranziehung im Rahmen des [§ 103 Satz 1 Halbsatz 2 SGG](#) nur dann zulässig erscheint, wenn die entsprechende Heranziehung (im Wege einer Auflage bzw. Beweisanordnung) gerade in diesem Rechtsstreit entscheidungserheblich ist. Daran ändert die Tatsache nichts, dass die von den Prozessbevollmächtigten vertretenen Kläger in ihrer Gesamtheit (als Mitglieder der Notgemeinschaft hessischer Radiologen) bei entsprechender Mitwirkung durchaus in der Lage wären, ein verlässliches Bild der durchschnittlichen Einkommenssituation von radiologischen Vertragsärzten in Hessen zu vermitteln. Dass dieser Weg nicht beschritten wurde, lässt im Umkehrschluss allerdings auch nicht eine gerichtlich verwertbare Folgerung zu, dass die radiologischen Praxen in Hessen bei Berücksichtigung aller Einnahmen wirtschaftlich "gesund" seien und sich daraus mittelbar auch eine angemessene Honorierung aus vertragsärztlicher Tätigkeit ergebe. Immerhin ist festzustellen, dass bei der dem erkennenden Senat bekannten Zahl über den Umfang der "Privateinnahmen" von einem Wert ausgegangen wird, der über 20% der Gesamteinnahmen liegt. Aus der Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998 (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, das von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen getragen wird) ergeben sich für die Jahre 1996 bis 1998 in den alten Bundesländern bei den Radiologen jährlich durchschnittliche Gesamteinnahmen in Höhe von DM 1.087.980,- und davon 76,41% KV-Honorareinnahmen. Hinsichtlich der Überschüsse kommt diese Auswertung zu dem Ergebnis, dass Radiologen in den alten Bundesländern aus vertragsärztlicher Tätigkeit jährlich durchschnittlich DM 163.006,- und aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit DM 50.329,- erzielt haben, bei einem Betriebsausgabenanteil an den Gesamteinnahmen von 80,4%. Auch wenn der Repräsentationsgrad von 1,42% (alte Bundesländer) nicht sehr hoch erscheint, handelt es sich immerhin um 1.343 auswertbare Fragebögen, die mit Hilfe der Abrechnungsstatistiken in den Zusammenhang der Umsatzverteilung des Kassenumsatzes gestellt und dementsprechend gewichtet werden. Entwicklungen und Tendenzen sind damit verifizierbar und nach Auffassung des erkennenden Senates reicht dies aus, um die erforderliche Beobachtungsfunktion innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu erfüllen, als Ausgangspunkt für evtl. erforderliche Veränderungen etwa auch im Bereich der Einkommenssituation der Vertragsärzte. Diese erkennbare Situation hat noch nicht einen Zustand erreicht, der Ansatzpunkte für eine notwendige Beweiserhebung im vorliegenden Verfahren hinsichtlich der Möglichkeit eines "Systemversagens" im Bereich der hessischen Radiologen bietet. Im Übrigen liegt es an der Klägerin und ihrer Berufsgruppe der vertragsärztlichen Radiologen selbst, ob die erforderliche Kenntnis von der wirtschaftlichen Situation der Praxen unter Berücksichtigung aller wirtschaftlichen Daten auf eine größere Datenbasis als bisher gestützt wird. Es kann nicht angehen, dass auf der einen Seite beklagt wird, dass keine seriösen Informationen über das Einkommen von Vertragsärzten existieren (so Wimmer in FAZ vom 22.1.2003, S. 8, "Sind

streikende Kassenärzte Rechtsbrecher?"), auf der anderen Seite selbst die meisten der Betroffenen, die auf eine finanzielle Unterdeckung Ihrer Praxen mit der Folge einer erforderlichen Schließung hinweisen, die vollständigen Wirtschaftsdaten ihrer Praxen zurückhalten und nur den Teil der Daten offenbaren, der nach ihrer Auffassung ihr Anliegen stützt. Im Rahmen der Selbstverwaltung kann aber auch nur dort eine Reaktion bzw. Abhilfe erwartet werden, wo mit Daten unterlegt eine ungünstigere Entwicklung z.B. im Bereich einer Arztgruppe feststellbar ist. Weitere Ermittlungen über die Beobachtung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hinaus, insbesondere im Rahmen der jeweiligen Honorarrechtsstreite, erscheinen dem erkennenden Senat nicht erforderlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl der EBM-Geber als auch der HVM-Geber alle ihm auch von einzelnen Ärzten, den Berufsverbänden und aus eigenem Fachwissen zugänglich gemachten Informationen seinen Entscheidungen zugrunde legen kann. Die Ausführungen in dem vorgelegten Gutachten der Frau G. Kempny vom 2. November 1998 lassen auch keine eindeutigen Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine fehlende Kostendeckung zu. So erscheint ihr Modell des steigenden Kostenanteils bei sinkendem Punktwert zwar auf den ersten Blick schlüssig. Dies kann bei genauerer Sicht jedoch allenfalls hinsichtlich der Tendenz, jedoch nicht hinsichtlich der Festlegung eines Punktwertes gelten, bei dem der Kostenanteil 100 % erreicht. Sie berücksichtigt nämlich nicht die Frage, ob und ggf. inwieweit ihre Feststellung auch gilt, wenn der sinkende Punktwert durch eine Leistungsausweitung ausgelöst wird, die ihrerseits zu einer Verminderung des Kostenanteils führen kann (je mehr Leistungen desto günstiger der Kostenanteil), wobei dann die unterschiedlichen Kostenarten (fixe Kosten, Verbrauchskosten, Abnutzung usw.) einer gesonderten Bewertung zu unterziehen wären. Kein Augenmerk verwendet sie schließlich auf die wichtige Frage, in welchem Umfang die hessischen radiologischen Praxen nichtvertragsärztliche Leistungen erbringen und welche Auswirkungen sich hierdurch auf die Kostenanteile im vertragsärztlichen Bereich der Praxen ergeben. Aus dem gleichen Grund führt auch das Schaubild "Darstellung der Erträge bei unterschiedlichen Kosten und sinkendem Punktwert" zu keinen verwertbaren weitergehenden Erkenntnissen außer, dass die Ertragssituation der Ärzte ungünstiger wird, wenn die Punktwerte sinken und, dass die Ärzte mit höheren Kostenanteilen hiervon stärker betroffen sind.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dabei ist auch nicht zu beanstanden, dass der Begriff des Behandlungsfalles für ein Quartal als entscheidend angesehen wird und nicht der konkrete Leistungsfall, mit der Folge, dass gegebenenfalls mit dem Begriff des Behandlungsfalles mehrere Untersuchungen in einem Quartal ohne weitere Abrechnungsmöglichkeit verbunden sein können. Die Regelung findet ihre Rechtfertigung in [§ 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte \(BMV-Ä\)](#) und zugleich auch eine Korrektur in [§ 76 Abs. 3 Satz 1 SGB 5](#). Dass der ärztliche Aufwand von Behandlungsfall zu Behandlungsfall schwankt und durch besonders aufwändige Behandlungsfälle bei Ärzten eine höhere Belastung eintreten kann, ist keinesfalls ungewöhnlich, sondern durchaus typisch. Der Normgeber konnte deshalb auch hier den allgemeinen Begriff des Behandlungsfalles heranziehen, wird jedoch die Auswirkungen zu überprüfen haben. Jedenfalls war der Normgeber nicht gedrängt, bereits

ab 1. Juli 1997 insoweit für Radiologen eine von § 21 Abs. 1 BMV-Ä abweichende Regelung vorzusehen. Soweit zu Beginn der Allgemeinen Bestimmungen des EBM normiert ist, dass eine Leistung nur berechnungsfähig ist, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht ist, vermag der erkennende Senat darin nichts Unrechtmäßiges zu sehen. Diese Regelung trifft die meisten Vertragsärzte in unterschiedlichen Bereichen, z.B. bei ambulanten Operationen oder sonstigen aufwändigen Leistungen, stellt also keine Besonderheit der Radiologen dar. Sie erscheint auch sinnvoll, da hierdurch sichergestellt wird, dass der Honoraranspruch erst dann entsteht, wenn die Leistung tatsächlich erbracht ist und nicht in irgendeinem (evtl. sehr frühen) Stadium abgebrochen wird. Bis zu einem gewissen Grad kann ein Vertragsarzt die "Abbrecherquote" bei aufwändigen und zeitintensiven Leistungen durch besonders behutsames Eingehen auf sensible Patienten auch beeinflussen. Solche Fragestellungen mögen ggf. bei in Rechnung gestellten und von der Beklagten im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung abgelehnten Leistungen geklärt werden, entbehren im vorliegenden Rechtsstreit jedoch einer rechtlichen Basis, auf der eine Prüfung möglich erscheint, zumal die Klägerin außer allgemeinen Behauptungen keine konkreten Fälle vorträgt. Auch das Nichterscheinen von einbestellten Patienten ist keine Besonderheit der radiologischen Praxis, sondern trifft z.B. jeden Arzt, der in größerem Umfang eine Bestellpraxis betreibt. Die Klägerin mag sich insoweit hinsichtlich adäquater Organisationsformen beraten lassen. Die Rechtmäßigkeit des EBM ist hiervon nicht betroffen. Im Zusammenhang mit den Honorarverteilungsregelungen im HVM ist höchststrichlerlich anerkannt, dass im Rahmen der Honorarverteilung in der Weise differenziert werden darf, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden (vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind; den normsetzenden Körperschaften verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihnen ermöglicht, dem Sicherstellungsauftrag oder ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG, Ur. vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)).

[§ 85 Abs. 4 SGB 5](#) berechtigt die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Honorarverteilung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten vorzunehmen wie auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat (vgl. BSG, Ur. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB 5](#) lässt eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung ausdrücklich zu. Werden Steuerungszwecke angestrebt, so ist die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Leistungsbereiche zulässig; hierfür müssen jedoch sachliche Gründe gegeben sein (vgl. BSG, Ur. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#)). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteil vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Zulässiges Ziel der Bildung von festen Honorarkontingenten kann auch sein, die kontingentierten Leistungen vor dem Punktwertverfall zu schützen, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann (vgl. BSG, Urteil vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Zulässig und innerhalb des der Kassenärztlichen Vereinigungen zustehenden Gestaltungsrahmens ist es hierbei auch, wenn die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festgeschrieben werden; durch eine solche Regelung wird vermieden, dass sich Leistungsausweitungen einer bestimmten Fachgruppe zwangsläufig auf andere Fachgruppen auswirken (vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) - sowie Urteil vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)).

Die Möglichkeit der Mengenbegrenzung durch die Bildung von Honorartöpfen ist auch bei überweisungsgebundenen Leistungen zulässig, wie dies für die Radiologen gilt. Hat die Honorarverteilung auf der Grundlage fester arztgruppenbezogener Kontingente zum Ziel, das Risiko der Leistungsmengenausweitung bei den Ärzten der jeweiligen Fachrichtungen zu belassen, so erscheint es gerechtfertigt, auch die auf Überweisung von anderen Vertragsärzten tätig werdenden Ärzte einzubeziehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch für überweisungsgebundene Ärzte die Festlegung der jeweiligen Einzelleistungen und hierbei der Umfang (z.B. die Zahl der Scans bei CT) nicht immer durch die Überweisung vorgegeben, sondern von dem ausführenden Arzt festzulegen und zu verantworten ist. Eine vergleichbare Situation ergibt sich etwa auch für Pathologen, Laborärzte oder Nuklearmediziner, die ausschließlich auf Überweisungen tätig werden. Jedenfalls erscheint es nicht gerechtfertigt, diese Gruppe von Ärzten völlig aus der Mengensteuerung des HVM herauszunehmen (vgl. ebenso BSG, Ur. vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#)). Folge der Bildung von Honorartöpfen im HVM ist es, dass dies zu einer ungleichen Vergütung gleicher oder zumindest vergleichbarer Leistungen bei unterschiedlichen Arztgruppen führt, worin die hier vorgetragene Beanstandung ihren Grund findet, dass die gleichen Leistungen bei Vollradiologen und Teilradiologen deutlich unterschiedlich honoriert würden. Diese Situation hätte sich im Übrigen auch zwischen Radiologen ergeben, wenn den Vorstellungen gefolgt würde, innerhalb der Untergruppe der Radiologen nochmals weitere Unter-Untergruppen zwischen verschiedenen Formen der Praxisführung und Gerätesausstattung vorzunehmen. Dass sich eine solche weitere Differenzierung schon im Hinblick auf die Erprobungsphase ab 1. Juli 1997 nicht empfohlen hätte und sich die eingeführte einfachere Gruppenbildung jedenfalls im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des Normgebers hielt, ist bereits ausgeführt worden. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Beweiserhebung i.S. der entsprechenden Beweisanträge. Die Beklagte hat insoweit auch zu Recht vorgetragen, dass sich die Einrichtung von Honorarkontingenten in den Grenzen der Bewertungsvorgaben des EBM hält, der für alle Leistungen ein wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, da es sich insoweit nicht um Bewertungskorrekturen handelt, sondern um Honorarverteilungsregelungen, die aus anderen Gründen erfolgen. Der Normgeber kann jedoch unabhängig davon gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktzahlergebnisse zwischen Ärzten, die die gleichen Leistungen erbringen, zu überprüfen und eine Anpassung vorzunehmen; diese Verpflichtung entspricht der Beobachtungs- und Anpassungspflicht, der Genüge zu tun ist. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung ist jedoch regelmäßig die Einschätzung durch den Normgeber nur dann zu beanstanden, wenn die Regelung willkürlich und entgegen besserer Erkenntnis erfolgt ist. Dabei ist stets auch zu berücksichtigen, dass sich unterschiedliche Auszahlungspunktwerte auch aus einer unterschiedlichen Kostensituation ergeben können; dies kann im Einzelfall rechtfertigen, dass ein und dieselbe Leistung durch unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich zu honorieren ist. Dies beleuchtet zugleich die Komplexität, die in der Überprüfung von Honorarregelungen angelegt ist. Dies rechtfertigt auch, dass ein Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert nicht begründet ist (vgl. BSG, Ur. vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - m.w.N.). Unterschiedliche Auszahlungspunktwerte ergeben sich auch zwischen den einzelnen radiologischen Praxen innerhalb derselben Untergruppe. Diese Unterschiede sind jedoch Folge der unterschiedlichen Praxisausrichtung, wodurch das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt wird. Denn für die Bewertung der Verteilungsgerechtigkeit ist jeweils auf die Arztgruppe im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung abzustellen, nicht aber auf das Verhältnis der Ärzte dieser Gruppe untereinander (vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Deshalb

lassen unterschiedliche Auszahlungspunktwerte nicht auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM schließen. Der hierzu angebotene Beweis war deshalb nicht zu erheben, da die aufgestellte Behauptung als wahr unterstellt werden kann. Sind Schwankungen allerdings in einem erheblichen Maße zu beanstanden, besteht ausdrücklich die Möglichkeit, Schwankungen bzw. Härten, die aus nicht vorhersehbaren Praxisgegebenheiten folgen können, im Rahmen von LZ 607 und LZ 803 auszugleichen; dabei schließt der Begriff der "Härte" nicht an die existenzielle Beeinträchtigung der Praxis an, sondern an eine atypische Versorgungssituation (vgl. BSG, Urt. vom 28.3.1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) - USK 99119). Die insoweit differenzierte Regelung im HVM kommt insbesondere dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit entgegen und ist somit geeignet, als Berufsausübungsregelung den Maßstäben des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zu entsprechen.

Ärzte, die ausschließlich auf Überweisung anderer Ärzte tätig werden, von Maßnahmen der Mengenausweitung auszunehmen, besteht in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#)) auch deshalb kein zwingender Grund, weil trotz der Überweisungsgebundenheit der Leistungen eine Mengenausweitung möglich erscheint mit der Folge, dass bestimmte kostenintensive Leistungen dann gehäuft nur auf Überweisung erbracht werden. Im Übrigen ist die Beklagte ihrer verstärkten Korrekturverpflichtung in Fällen der auf Überweisung tätigen Ärzte nachgekommen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung besteht Anlass zur Überprüfung und Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen auf Dauer um 15 v.H. und mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen ärztlichen Leistungen (vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#) und Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#)). Die im vorliegenden Fall einschlägige Honoraruntergruppe 4.16 erhält bei einer Abweichung vom mittleren Punktwert für die gesamte Honorargruppe 4 um 10 v.H. nach unten bereits Auffüllungsbeträge zur Sicherstellung eines maximalen Punktwertabstandes von 10 v.H.; entsprechende Stützungsmaßnahmen sind in den streitbefangenen Quartalen durchgeführt worden. Dies hat dazu geführt, dass im Verhältnis zu anderen Fachgruppen der Anteil der Radiologen an der Gesamtvergütung leicht gestiegen ist.

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

Vornehmlich die Übernahme der "EBM-Wippe" in den HVM ist rechters, da diese eine zulässige Abstufungsregelung auch für - auf Überweisung hin tätige - Arztpraxen regelt, die nicht in die Praxisbudget-Regelung des EBM einbezogen sind. Die Regelung hält sich insbesondere im Rahmen des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, indem Anhebungen und Absenkungen um jeweils 10 v.H. sowie bei darüber hinaus gehenden Überschreitungen Absenkungen von 20 v.H. vorgesehen sind. Verhältnismäßig ist die Regelung insbesondere auch deshalb, weil eine Absenkung unter den Durchschnitt der Arztgruppe ausgeschlossen ist.

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

Insbesondere die Begrenzung der Vergütungsansprüche durch eine individuelle Bemessungsgrundlage und Bemessungsgrenze, wie diese im Abschnitt II festgelegt ist, ist nicht zu beanstanden. Der eigene Praxisumsatz eines Arztes in der Vergangenheit stellt eine zulässige Anknüpfung dar, die dem Arzt die Möglichkeit der Planung und Kalkulation und zugleich einen Schutz gegen einen Punktwertverfall, der aus einer generellen Mengenausweitung der Fachgruppe folgen könnte, gibt. Demgegenüber musste der Einwand, derartige Regelungen verstießen gegen Grundsätze der freien Praxisführung, zurückstehen. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die individuelle Bemessungsgrenze grundsätzlich für zulässig erklärt (vgl. bereits BSG, Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#)). Die Beklagte war folglich berechtigt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben, um zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen anderer Fachgruppen haben können (vgl. hierzu insbesondere BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#)). Die Anknüpfung an eine individuelle Bemessungsgrenze eröffnet zugleich jedoch auch der Beklagten die Möglichkeit, Veränderungen i.S. einer zulässigen Mengenausweitung zu Gunsten des Arztes vorzusehen. Hierbei kann insbesondere die medizinische Entwicklung und der Bedarf an entsprechenden Leistungen, vornehmlich auch bei einer Tätigkeit auf Überweisung hin, sachgerecht berücksichtigt werden.

Entsprechende Regelungen durfte die Beklagte auch bezüglich der Fallzahlgrenze vornehmen, die individuell für den einzelnen Arzt festgelegt wird, und an die individuellen Abrechnungswerte vergangener Quartale i.S. einer individuellen Bemessungsgrenze anknüpfen. Diese Verfahrensweise findet ihre Grenze allerdings darin, dass Praxen mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl nicht daran gehindert werden dürfen, wenigstens einen durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erzielen; regelmäßig kann nur bei einer durchschnittlichen Auslastung ein durchschnittlicher individueller Kostensatz erreicht werden. Die Rechtsprechung hat dies mehrfach bestätigt (vgl. BSG, Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) und Urt. vom 28.4.1999 - [B 6 KA 63/98 R](#)). Eine entsprechende Regelung ist in den HVM der Beklagten erst mit Wirkung vom 1.7.1999 aufgenommen worden.

Nur mittelbar beschwert sind die Klägerin durch die im Abschnitt II Nr. 2 und Abschnitt III Nr. 1 enthaltenen Regelungen, die eine Besserstellung von neuen bzw. nur kürzere Zeit geführten Arztpraxen gegenüber eingeführten Arztpraxen vorsehen. Dabei handelt es sich

um eine zulässige Differenzierung, wobei der Schutz von Praxen in der Aufbauphase allgemein anerkannt ist (vgl. BSG, Urte. vom 28.4.1999 - [B 6 KA 63/98](#)). Es kann auch nicht der Beanstandung gefolgt werden hinsichtlich der Herausnahmeregelungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Die Beklagte hat sachliche Gründe dafür angeführt, Leistungen unterschiedlich zu bewerten, wenn diese durch Radiologen einerseits und Pathologen und Laborärzte bzw. im Verhältnis von niedergelassenen und ermächtigten Radiologen erbracht werden. Die Regelungen halten sich innerhalb der Grenzen des Einschätzungsspielraumes, der insbesondere in einer Erprobungsphase dem Normgeber einzuräumen ist. Derartige Bewertungen, halten sich diese in den Grenzen der Verhältnismäßigkeit und Vertretbarkeit, sind im gerichtlichen Verfahren nicht zu beanstanden; der Normgeber hatte insoweit einen Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum.

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

Soweit auf die Gewinnerzielungschancen in Verbindung mit einer Kostenstrukturanalyse abgestellt wird, sind die den Normgebern des EBM und - unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten - des HVM verfügbaren Daten begrenzt. Dies erscheint nicht ungewöhnlich und gibt für sich genommen noch keinen Anlass, eine Regelung deshalb außer Kraft zu setzen (vgl. BSG, Urte. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)); diese Situation befreit jedoch die Normgeber nicht davon, die notwendigen Ermittlungen anzustellen beziehungsweise verfügbare Daten einzubeziehen. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, dass beobachtete Entwicklungen Anlass zu verstärkter Nachprüfung geben können, wie dies etwa das BSG für den Fall der Hautärzte hinsichtlich der Praxisbudgets nach dem EBM-Ä für die Zeit ab 1.1.2003 angemahnt hat. Den Ergebnissen einer vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung durchgeführten Untersuchung, nämlich die Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998 vom Juli 2000, ist zu entnehmen, dass Radiologen und Nuklearmediziner in Deutschland-West in den Jahren 1995 bis 1997 Betriebsausgaben im Schnitt von 80,4 v.H. des Gesamtumsatzes hatten. Das Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit vor Steuern und ohne Ausgaben für Sicherungsmaßnahmen im Alter und gegen Krankheit sowie im Zusammenhang mit der Tilgung von Praxiskrediten betrug für alle Ärzte im Jahre 1998 danach 153.402 DM, für die Gruppe der Fachärzte insgesamt 162.474 DM, sowie speziell nur für die Radiologen 163.006 DM. Abweichende Ergebnisse sind den von der KBV herausgegebenen Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1999, zu entnehmen. Die entsprechenden Zahlen ergeben für das Jahr 1999 Betriebskosten für Radiologen, gerechnet auf der Basis des Jahres 1997, in Höhe von 79,5 v.H.; hier wird ein Überschuss je Arzt im Jahresdurchschnitt 1995 bis 1997 für Radiologen einschließlich der Nuklearmediziner für Deutschland-West im Durchschnitt von 224.000,- DM (bei einem Überschuss für alle Ärzte von 187.600,- DM und nur für die Fachärzte von 201.400,- DM) errechnet. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat jedenfalls für das Jahr 1996 für den Bereich der Radiologen und Nuklearmediziner noch eine Situation angenommen, bei der mit vollem persönlichem Einsatz und optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung eine existenzfähige Praxis geführt werden konnte (vgl. BSG, Urte. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 7/98 R](#) - und vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)).

Die Umsetzung der EBM-Vorgaben in der ab 1. Juli 1997 geltenden HVM-Regelung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung, ist rechtens. Der Normgeber des HVM hat insbesondere Interventionsmechanismen vorgesehen, die geeignet sind, Unzulänglichkeiten der Regelung auszugleichen, wie bereits ausgeführt worden ist. Dem steht nicht entgegen, dass der verfügbare Datenbestand (auch) für die Zeit bis zum 1. Juli 1997 wenig aussagekräftig ist; für die Zeit ab 1. Juli 1997 ist eine in wesentlichen Teilen neue HVM-Regelung erfolgt, für die die Grundsätze, die für eine Erprobungszeit anerkannt sind, gelten.

Vornehmlich in der beschriebenen Situation ist der Normgeber des HVM - wie auch der Normgeber des EBM - gehalten, seiner Beobachtungs- und Prüfungspflicht zu entsprechen, aus der die Verpflichtung folgt, notwendige Korrekturen vorzunehmen. Diese Beobachtungspflicht hat die Rechtsprechung mehrfach festgestellt; Korrekturen sind etwa bei unzuträglichen Verwerfungen und unzumutbaren Auswirkungen für die betroffenen Ärzte geboten (vgl. BSG, Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); Urte. vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)). Ohnedies hat die Beklagte laufend eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht dahingehend, dass sie die Verteilungsregelungen im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu überprüfen, zu ändern und weiterzuentwickeln hat. Diese Verpflichtung greift insbesondere, wenn dadurch die Rechtsposition der betroffenen Ärzte wesentlich berührt wird (vgl. BSG, Urte. vom 7.2.1996 - [6 Rka 42/95](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#)). Eine Verpflichtung zur Korrektur setzt regelmäßig voraus, dass es sich um eine auf Dauer angelegte Veränderung und nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt, wie die Rechtsprechung wiederum mehrfach bestätigt hat (vgl. BSG, Urte. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97](#) -; Urte. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Vornehmlich unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung zur Reaktionspflicht müssen auch längere Zeiträume hingenommen werden, bevor insbesondere eine Verpflichtung zur Ermittlung und Datenerhebung greift, wie dies in der Entscheidung des BSG vom 15.5.2002 ([B 6 KA 33/01 R](#)) zum Ausdruck kommt. In dieser Entscheidung ist eine Verpflichtung des Beigeladenen angenommen worden, angesichts der eingetretenen Entwicklung (nach einem Zeitraum von etwa fünf Jahren) in eine Überprüfung der Kostensätze einzutreten; zunehmend hätten sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die realen Praxisverhältnisse, gemessen an den dargelegten Anforderungen, nicht mehr ausreichend berücksichtigt würden und im Verhältnis zu anderen Arztgruppen wesentliche Verschiebungen eingetreten sein könnten. Auch hier geht die Rechtsprechung noch von einer Übergangszeit bis zur zwingenden Erhebung entsprechender Daten und einem weiteren Zeitraum der Umsetzung (hier bis zum Quartal III/2003) aus, die jedenfalls keinen Anlass geben, für den hier streitbefangenen Zeitraum (Quartale I-II/97, IV/97 und II/98) zwingend von einer fehlerhaften Datenbasis der Honorarverteilungsregelungen auszugehen.

Etwas anders folgt auch nicht aus der schriftlichen Stellungnahme der Frau Kempny vom 2. November 1998. Soweit diesen Ausführungen Hinweise zur Kostenstruktur der Radiologen entnommen werden können, könnten diese u.U. geeignet sein, den Beigeladenen zu veranlassen, eine den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung genügende Kostenberechnung unter Einbeziehung der

privatärztlichen Tätigkeit wie auch der privaten Lebensführung (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die im vorliegenden Rechtsstreit aufgestellte Behauptung einzubeziehen, EBM und HVM führten im Zusammenwirken dazu, dass keine leistungsproportionale Vergütung geleistet werde. Ein derzeit durchsetzbarer Anspruch folgt hieraus in Übereinstimmung mit der angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der erkennende Senat anschließt, nicht.

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

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

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

Schließlich sind auch die Einwendungen gegen den Abzug von Verwaltungskosten nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zu rechtfertigen. Die Beklagte ist berechtigt, entsprechende Abzüge vorzunehmen, [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB 5](#). In ihrer Satzung durfte die Beklagte in Anwendung des § 24 und damit im Rahmen der Bestimmung über die Aufbringung der Mittel tätig werden. Nicht zu beanstanden ist auch die Einrichtung von Bezirksstellen, zumal [§ 81 Abs. 2 SGB 5](#) hierzu eine dies bestätigende Regelung enthält. Die Verwaltungskosten sind jeweils, wie die Beklagte bestätigt hat, entsprechend den Haushaltsvoranschlägen erhoben worden. Betreffend die hier streitbefangenen Quartale ist dies für das Jahr 1997 mit Beschlussfassung der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 30. November 1996 ordnungsgemäß erfolgt und bekannt gemacht worden. In der Beschlussfassung über den Haushaltsplan konnten zugleich auch Entscheidungen zur Höhe der Verwaltungskosten getroffen werden (entsprechend § 7 Abs. 1 Buchstabe g der Satzung in der für den streitbefangenen Zeitraum maßgeblichen Fassung). Da die Beklagte auch zur Einrichtung von Bezirksstellen befugt war, war sie berechtigt, zugleich auch für diese anteilige Verwaltungskosten vorzusehen; dies schließt zugleich die Befugnis ein, entsprechend den jeweiligen Aufwendungen für die Bezirksstellen unterschiedliche Verwaltungskostenumlagen anzusetzen. Dabei hatte die Beklagte alle weiteren von Gesetzes wegen vorgeschriebenen Aufwendungen einzubeziehen, etwa auch die an Dritte - z.B. an die KBV - abzuführenden Beträge. Im Rahmen der vorliegenden Honorarüberprüfung besteht kein rechtlich fundierter Überprüfungsanspruch dahin, wieweit die Verwaltungskostenbeiträge durch die Beklagte sparsam und wirtschaftlich verwendet wurden bzw. werden und die Verwaltung ordnungsgemäß geführt wird. Die Beklagte unterliegt zwar im Rahmen des [§ 81 Abs. 1 Nr. 6 SGB 5](#) der Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung. Der einzelne Arzt hat jedoch keinen Anspruch darauf, eigenständig eine gerichtliche Überprüfung der Verwaltungsausgaben durchzusetzen.

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

gleichfalls jedenfalls nicht im Rahmen des Honorarstreitverfahrens zur Überprüfung aus eigenem Recht gestellt werden kann. Gleiches gilt auch für die beanstandete Bürgschaft im Rahmen der Einrichtung einer "Ärztlichen Stelle". Der hierzu angebotene Beweis war deshalb nicht zu erheben.

Soweit die Klägerin in ihrem Antrag auf die Beweisanträge vom 19. Oktober 2001 Bezug nimmt, war dem nicht weiter nachzugehen. Die Klägerin hat, wie ihre außerordentliche umfangreiche Berufungsbegründung zeigt, den gesamten Streitstoff erneut durchgearbeitet und auch die von ihr danach für erforderlich gehaltenen Beweisanträge gestellt, wie deren Wiedergabe im Tatbestand eindrucksvoll zeigt. Darüber hinaus auf Grund der formelhaften Bezugnahme auf die in erster Instanz gestellten Beweisanträge einzugehen, die teilweise in der zweiten Instanz mit erneuter Begründung erneut gestellt wurden, würde die prozessuale Bedeutung der Stellung von Beweisanträgen nicht berücksichtigen. Es ergab sich daraus aber auch nicht die Veranlassung zu weiterer Ermittlung von Amts wegen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dabei war auch die erstinstanzliche Kostenentscheidung zu bestätigen. Die Untätigkeitsklage gemäß [§ 88 Abs. 1 und 1 SGG](#) war zwar nach der dreimonatigen Sperrfrist erhoben worden, jedoch hatte die Beklagte einen zureichenden Grund für ein verspätetes Tätigwerden und hat die Bevollmächtigten der Klägerin auch rechtzeitig darüber informiert (vgl Meyer-Ladewig SGG 7. Aufl. § 193 RdNr. 13c). Entgegen der Darstellung der Klägerin datiert das Mitteilungsschreiben der Beklagten über die im Dezember 1998 beabsichtigte Widerspruchsentscheidung nicht erst vom 16. November 1998, sondern ausweislich der Verwaltungsakte vom 22. Oktober 1998. Es kommt hinzu, dass die Klägerin den am 13. Mai 1998 bei der Beklagten zugegangenen Widerspruch erst mit Schreiben vom 3. August 1998 begründet und damit nicht unwesentlich zu der beanstandeten Verspätung des Widerspruchsbescheides beigetragen hat. Der Gegenstandswert errechnet sich aus dem von der Klägerin begehrten zusätzlichen (angemessenen) Honorar für die streitbefangenen Quartale, das von ihr mit insgesamt DM 254.377,- beziffert wird. Unter Berücksichtigung einer Halbierung dieses Betrages wegen des beantragten Bescheidungsurteils und Umrechnung in Euro ergibt sich ein gerundeter Gegenstandswert in Höhe von Euro 65.000,-.

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

Änderungsbeschluss:

Der Tenor des Beschlusses vom 16. Dezember 2003 wird dahin berichtigt, dass IV. richtig lautet:
Der Wert des Streitgegenstandes wird festgesetzt auf 65.000,- Euro.

Gründe:

Nach § 138 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG), der über [§ 153 Abs. 1 SGG](#) auch im Berufungsverfahren Anwendung findet, sind Schreibfehler, Rechenfehler und ähnliche offenbare Unrichtigkeiten im Urteil jederzeit von Amts wegen zu berichtigen. Für Beschlüsse gilt [§ 138 SGG](#) entsprechend, [§ 142 Abs. 1 SGG](#). Dementsprechend war die Festsetzung des Wertes des Streitgegenstandes in IV. des Tenors des gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) unter dem 16. Dezember 2003 ergangenen Beschlusses wegen offener Unrichtigkeit zu berichtigen. Entsprechend der Berechnung des Gegenstandswertes im vorletzten Absatz des zu berichtigenden Beschlusses vom 16. Dezember 2003 beträgt der Gegenstandswert richtigerweise 65.000,- Euro. Der im bisherigen Tenor unter IV. angegebene Gegenstandswert in Höhe von Euro 14.680,- ist offenbar unrichtig und findet im Beschluss selbst keine Grundlage. Es hatte dementsprechend auf Anregung der Prozessbevollmächtigten der Klägerin von Amts wegen eine Berichtigung zu erfolgen. Soweit die Beklagte mit Schreiben vom 5. Februar 2004 inhaltlich zur Frage des Wertes des Streitgegenstandes Stellung genommen und ihre abweichende Auffassung kundgetan hat, konnte dies im Rahmen des Berichtigungsverfahrens wegen offensichtlicher Unrichtigkeit nicht berücksichtigt werden, da der erkennende Senat im vorletzten Absatz des Beschlusses vom 16. Dezember 2003 bereits seine Entscheidung hinsichtlich des Wertes des Streitgegenstandes getroffen hat und dementsprechend den Tenor nur wegen offener Unrichtigkeit zu berichtigen hatte, jedoch den Wert des Streitgegenstandes nicht mehr neu festsetzen durfte.

Dieser Beschluss ist nicht anfechtbar, da ihn das Landessozialgericht erlassen hat, [§ 177 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-06-03