

L 7 KA 165/01

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 29 KA 3760/98
Datum
19.07.2000
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 165/01
Datum
17.09.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 9/04 R
Datum
09.12.2004
Kategorie
Urteil
Bemerkung
verb. m. [L 7 KA 175/01](#)

I. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 19. Juli 2000 geändert und die Klage in vollem Umfang abgewiesen.

II. Die Berufung des Klägers wird zurückgewiesen.

III. a) Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens und drei Viertel der Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens zu erstatten.

b). Die Beklagte hat dem Kläger ein Viertel der notwendigen Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens zu erstatten.

c). Im Übrigen haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

IV. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal III /97 für den seit 1. Oktober 1993 als Facharzt für Radiologie zur vertragsärztlichen Behandlung mit Praxissitz in S. zugelassenen Kläger. Streitig ist sowohl die förmliche und inhaltliche Richtigkeit des Honorarbescheides vom 25. März 1998 - in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 - (nunmehr ergänzt um den Bescheid vom 26. März 2001) als auch deren Rechtsgrundlagen, der "Grundsätze der Honorarverteilung" (Honorarverteilungsmaßstab - HVM -) und der "Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung (EHV) der Beklagten sowie des "Einheitlichen Bewertungsmaßstabes" (EBM) des Beigeladenen (hier in der ab 1. Juli 1997 maßgeblichen Fassung).

Bei der Beklagten besteht eine - für Hessen landesspezifische - sogenannte "Erweiterte Honorarverteilung" (EHV). Sie ist auf Grund des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (Hess. GVBl. 1953, S. 206) eingerichtet worden und hatte damit bereits vor dem 19. August 1955 bestanden, als das (Bundes-)Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl. I., S. 513) in Kraft trat. Nach der zu dieser EHV ergangenen Satzungsregelung wird von der nach den Gesamtverträgen vereinbarten Gesamtvergütung der Krankenkassen für die (kassen-)vertragsärztliche Versorgung vorab - vor der Verteilung des Honorars nach dem allgemeinen HVM - ein satzungsmäßig festgesetzter Anteil einbehalten und im Wege eines Umlageverfahrens an früher an der (kassen-)vertragsärztlichen Versorgung beteiligte hessische Ärzte (bzw. deren Angehörige und/oder Hinterbliebene) ausbezahlt. Der für die Finanzierung des EHV benötigte Teil der Gesamtvergütung steht somit aufgrund einer - alten - landesrechtlichen hessischen Sonderregelung bei der von der Beklagten nach § 85 Abs. 4 des 5. Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (- SGB V -) vorzunehmenden Verteilung der Gesamtvergütung unter den Vertragsärzten nicht mehr zur Verfügung.

In ihrem HVM führte die Beklagte ab dem Quartal III/92 zunächst für den Primärkassenbereich eine arztbezogene Honorarbegrenzung ein, die auf den Teilfallwert der Fachgruppe abstellte, der Grundlage für die einer Mengengrenzung unterliegenden Leistungen bzw. Leistungsbereiche war. In der Folgezeit wurde diese Honorarbegrenzung unter Bildung von einzelnen Honorargruppen ab dem Quartal I/93 sowie unter Einbeziehung des Ersatzkassenbereichs ab dem Quartal I/95 mehrfach modifiziert. Es wurden für beide Kassenbereiche jeweils Honorargruppen eingeführt, wobei die nicht spezifisch aufgeführten Leistungen der Honorargruppe 4 wiederum einer Teilquotierung gemäß

Anlage 3 zu Leitzahl (LZ) 702 HVM unterworfen wurden. Die Abstufungsregelung nach Anlage 3 veränderte die Beklagte in der Folgezeit mehrfach. Ab dem Quartal III/96 wurden bezüglich der Honorarbegrenzung wesentliche Umstellungen in Bezug auf eine praxis-individuelle Bemessungsgrenze vorgenommen, verbunden mit einem auf den Teilfallwert der Fachgruppe zurückgreifenden Spielraum hinsichtlich zu berücksichtigender Veränderungen bzw. Wachstumsraten.

Ab dem Quartal III/97 - und damit dem vorliegend streitbefangenen Quartal - nahm die Beklagte wiederum umfangreiche Änderungen des HVM in Bezug auf die Honorarverteilung und vornehmlich zur Honorarbegrenzung vor. Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 14. Juni 1997 wurde die Verteilung der Vergütungen in § 7 HVM geregelt. Dieser Beschluss vom 14. Juni 1997 wurde unter Hinweis auf § 28 der (Haupt-)Satzung der Beklagten (der in der vorliegend maßgeblichen Fassung vorsieht, dass Bekanntmachungen der Beklagten und ihrer Gliederungen entweder durch Veröffentlichung im "Hessischen Ärzteblatt" oder durch Rundschreiben zu erfolgen haben) als Anlage zu einem an alle in Hessen niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte gerichteten Rundschreiben vom 24. Juni 1997 versandt. In den Anlagen zu LZ 702 HVM, in welcher die Festlegung der Quoten (Punktwerte) geregelt wird, wurden wiederum Honorargruppen gebildet, und zwar in Anlage 1 Abschnitt I für die Primärkassen und in Anlage 2 Abschnitt I für die Ersatzkassen. Zur Honorargruppe 4 gehören hiernach dem Grunde nach alle übrigen von den anderen insgesamt sieben bzw. acht Honorargruppen nicht erfassten Leistungen des EBM. Innerhalb dieser Honorargruppe 4 erfolgt wiederum eine weitere Untergliederung der abrechnenden Ärzte bzw. Praxisformen (einschließlich der Gemeinschaftspraxen) nach insgesamt 18 Arztgruppen. Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner werden in der Honoraruntergruppe 4.16 geführt. Die Bestimmung des für die Vergütung der Honoraransprüche der einzelnen Honorargruppen zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrages ist jeweils im Abschnitt II der Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM geregelt. Die Aufteilung des für die gesamte Honorargruppe 4 zur Verfügung stehenden Honoraranteiles am gesamten Verteilungsbetrag auf die einzelnen Honoraruntergruppen bestimmt sich nach den Honorarzahlen für die einzelnen Honoraruntergruppen in den Quartalen I/95 bis IV/96. Hierbei ist eine besondere Stützungsregelung für jene Fachgruppen getroffen worden, die gemäß LZ 204b HVM nur auf Überweisung tätig werden können; diese erfasst die Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner (Honoraruntergruppe 4.16) sowie auch die zu einer Honoraruntergruppe (4.15) zählenden Pathologen mit den im Rahmen der gynäkologischen Einsende-Zytologie tätigen Ärzten. Wenn der Verteilungswert in den genannten Honoraruntergruppen um mehr als 10 v.H. nach unten abweicht, sind zur Sicherung des maximalen Punktwertabstandes von 10 v.H. bei diesen Honoraruntergruppen Auffüllungsbeträge zu Lasten der gesamten Honorargruppe 4 vorab zur Verfügung zu stellen. Die Regelung führt dazu, dass damit anteilig die für alle Honoraruntergruppen zur Verfügung stehenden prozentualen Honoraranteile am Verteilungsbetrag gemindert werden. Eine vergleichbare Regelung - jedoch mit anderen Grenzwerten - ist für die übrigen Honoraruntergruppen 4.1 bis 4.14 und 4.17 sowie 4.18 getroffen worden, wenn der Punktwert dieser Honoraruntergruppen um mehr als 15 v.H. vom mittleren Punktwert der Honorargruppe 4 nach unten abweicht. Sinkt der mittlere Punktwert der gesamten Honorargruppe 4 unter 6,5 Pfennige, greift eine Punktwertgarantie mit einer differenzierten Punktwert-Regelung.

Im Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM (wiederum i.d.F. vom 14. Juni 1997) ist eine Budgetierung der Honorarforderungen der Ärzte bzw. Praxen vorgesehen, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208 und damit die Budgetierungsmaßnahmen nach dem EBM - insbesondere zu den Praxis- und Zusatzbudgets - einbezogen sind. Von dieser Budgetierungsregelung des HVM werden u.a. Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner erfasst. Die Honorarbegrenzung entspricht dem ab dem Quartal III/96 geltenden Regelungsmuster i.S. einer individuellen Bemessungsgrenze, bezogen auf die Teilfallwerte der Arztpraxis in den Quartalen III/95 und III/96. Der aus den Teilfallwerten gebildete Mittelwert wird um 10 v.H. erhöht - ausgehend von dem auf der Grundlage der Quartale III/95 und III/96 bzw. der entsprechenden (anderen) Quartale der Jahre 1995 und 1996 gemittelten entsprechenden Teilfallwert der Fachgruppe, der die Arztpraxis abrechnungstechnisch zugeordnet ist - und bildet zugleich die Grenze, bis zu der die Honorarforderung je Fall anerkannt werden kann. Anteile von Honorarforderungen, die je Fall diese Grenze überschreiten, gehen nicht in die weitere Berechnung des Vergütungsanspruchs der Arztpraxis ein. Im Abschnitt II wird ferner erstmals eine fallzahlabhängige Quotierung der Honorarforderungen eingeführt. Diese Regelung geht dahin, dass für die betreffende Arztpraxis die im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 zur Abrechnung gekommene ambulante Fallzahl als Vergleichsfallzahl festgestellt wird. Dabei werden 2 v.H. der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe, der die Arztpraxis abrechnungstechnisch zugeordnet ist, dem Vergleichsquartal 1995 hinzugerechnet. Bis zu dieser sich nach der beschriebenen Verfahrensweise ergebenden Zahl erfolgt für alle Abrechnungsfälle des aktuellen Quartals eine Anerkennung des Fallwertes zu 100 v.H. Für die über diesem Wert liegenden Abrechnungsfälle des aktuellen Quartals erfolgt die Anerkennung des Fallwertes nur noch in Höhe von 50 v.H.

Aus der Fußnote 6 zur Anlage 3 zu LZ 702 HVM (Beschluss vom 14. Juni 1997, Bekanntmachung vom 24. Juni 1997) folgt, dass die Ärzte bzw. Praxen, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208 HVM einbezogen sind, einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen sind. Dabei war in Aussicht gestellt worden, dass weitere Einzelheiten noch konkretisiert würden.

Durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29. November 1997 wurde der HVM rückwirkend zum 1. Juli 1997 geändert. Dieser Beschluss wurde durch Teil 2 der Bekanntmachung vom 12. Dezember 1997 bekannt gemacht und als Anlage des Rundschreibens vom 12. Dezember 1997 verschickt. Die Änderungen betreffen unter anderem die Honorargruppen der Anlagen 1 und 2, in besonderem Maße jedoch die Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Die bisherigen Abschnitte I (fallwertabhängige Budgetierung) und II (fallzahlabhängige Quotierung) wurden - mit geringfügigen Änderungen - zu neuen Abschnitten II und III. Im Abschnitt I wurde eine fallzahlabhängige Bewertung der Honorarforderungen der Ärzte bzw. Praxen, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208 HVM einbezogen sind - wie dies bei den Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmedizinern der Fall ist - eingeführt und damit die angekündigte "EBM-Wippe" realisiert. Der im aktuellen Quartal festgestellte Fallwert, dessen Berechnung näher geregelt ist, muss danach vor Durchführung von Maßnahmen nach dem neuen Abschnitt II unter Berücksichtigung der Fallzahl und deren Einordnung in drei Fallzahlbereiche korrigiert werden. Der Fallzahlbereich A umfasst dabei alle Fälle bis zu 50 v.H. des Fallzahldurchschnitts der Arztgruppe im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 und der Fallzahlbereich B alle Fälle von mehr als 50 v.H. bis 150 v.H. des jeweiligen Fallzahldurchschnitts der Arztgruppe im jeweiligen Quartal des Jahres 1995. Der Fallzahlbereich C umfasst alle darüber hinaus gehenden Fallzahlen. Für die Fälle des Fallzahlbereiches A wird der arztindividuelle bzw. praxisindividuelle Fallwert um 10 v.H. angehoben. Für die Fälle des Fallzahlbereiches B erfolgt eine Absenkung um 10 v.H., für die Fälle des Fallzahlbereiches C um 20 v.H. Die nach dieser Maßgabe neu bewertete bzw. teilquotierte Honoraranforderung geht in die weitere Berechnung des Honoraranspruchs der Arztpraxis ein. Im neuen Abschnitt IV werden Regelungen über eine Etikettierung von Leistungen der "roten Liste" bei den Arztgruppen, die den EBM-Praxisbudgetvorgaben unterliegen, getroffen. Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 20. Juni 1998 wurden Einzelpunkte der in den Anlagen 1, 2 und 3 zu LZ 702 HVM enthaltenen Regelungen mit Wirkung ab dem 1. Juli 1997 geändert. Die Änderungen betreffen dabei auch die Vorschriften der Abschnitte III und I der Anlage 3. Sie wurden von der Bekanntmachung vom 26. Juni 1998 erfasst und sind als Anlagen zum Rundschreiben vom 26. Juni 1998 verschickt worden.

In den genannten Abschnitten des HVM sind weiter konkretisierte "Herausnahmeregelungen" vorgesehen, für die teilweise die Fallwertkorrekturvorschrift im Abschnitt I oder die Budgetierungsvorschrift bzw. Teilquotierungsvorschrift im Abschnitt II nicht gilt oder es werden für bestimmte Leistungen im Abschnitt III Ausnahmen festgelegt (etwa für die sogenannte "Große Psychotherapie"). Als weitere Regelungsvariante ist im Abschnitt II Nr. 5 festgelegt, dass von der Budgetierung bzw. Teilquotierung in Ausnahmefällen ganz oder teilweise auf Beschluss des Geschäftsausschusses der zuständigen Bezirksstelle der Beklagten abgesehen werden kann. Hilfsweise kann in Ausnahmefällen auch auf Teilfallwerte der Fachgruppe statt auf den individuellen Teilfallwert der Arztpraxis zurückgegriffen werden, wozu der Vorstand ergänzende Vorgaben beschließen kann. Zum Abschnitt III ist weiter festgelegt, dass der Geschäftsausschuss von einer fallzahlabhängigen Quotierung der Honorarforderungen in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen kann, wozu der Vorstand ergänzende Vorgaben beschließen kann. Generell wird der Vorstand der Beklagten ermächtigt, Einzelheiten zur Durchführung der entsprechenden Honorarverteilungsbestimmungen zu regeln; Sonderregelungen sind schließlich auch für neue Praxen vorgesehen. In § 6 (LZ 607) HVM wird der Vorstand der Beklagten ermächtigt, im Einzelfall zeitlich begrenzte, von den Bestimmungen der Honorarverteilung abweichende Regelungen, insbesondere zur Erhaltung von Praxissitzen, zu treffen, wenn die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung dies erfordert. Die für eine solche Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel gehen zu Lasten dieser Honorarverteilung. Durch § 8 (LZ 803 Absatz 3) HVM wird der Vorstand ermächtigt, auf Antrag in begründeten Härtefällen, die durch den EBM und den HVM bedingt sind, dem Härtefall abzuweichen. Die entsprechenden Zahlungen gehen zu Lasten der Honorargruppe der die Arztpraxis zugeordnet ist.

Mit der am 26. Januar 1998 aufgestellten Anzahl- und Summenstatistik forderte der Kläger ein Gesamthonorar (für AMB = kurativ-ambulant) in Höhe 254.593,03 DM an. Die Praxis- und Vergleichsdaten für III/97 (kurativ-ambulant = AMB) sowie Daten der klägerischen Praxis ergeben sich aus nachfolgender tabellarischer Übersicht: (in Hessen gab es im Quartal III/97 insgesamt 87 vertragsärztliche radiologische Praxen):

Quartal Fallzahl Kl.- Praxis - Fallzahl Fach- Gruppe je Arzt
(je Praxis) Fallwert Kl. (Durchschnittshonorar je Patient)

in DM Fallwert Fachgruppe

in DM Abw.-ung in % Gesamthonorar Anforderung (AMB)

in DM Punktwert (PrK/ ErSk) - gestützt - HGr. 4.16 in Pfg. Nettohonorar (nach Abzug Sicherstellung der ärztlichen Versorgung u. Verw.Kost.)

insg. in DM

I/95 1.206

II/95 1.087

III/95 1.406 1.395 123,51 180,67

IV/95 1.824

I/96 1.588

II/96 1.431

I-II/96 1.511 156,41 195,97

IV/96 1.349 143,48

I/97 1.551 147,48

II/97 1.756 164,11

III/97 1.556 (2.524) 165,09 216,81 -24% 254.593,03 6,4/7,5 166.777,00 Nz.: 2.940,79 169.717,79

IV/97 1.806 215,20 6,9/7,85

I/98 2.004

II/98 1.948

I-II/98 1.883

Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 teilte die Beklagte dem Kläger das Honorar für das Quartal III/97 wie folgt mit: Primärkassen (PrK): 68.670,26 DM Ersatzkassen (ErSk): 97.817,23 DM Sonstige Kostenträger: 4.817,10 DM Gesamthonorar: 171.304,59 DM Sicherstellung ärztl. Versorgung von gesamt: (- 0,30 %)./. 513,93 DM Zwischensumme 170.700,66 DM Abzüge von Zw.summe für Verwaltungskosten: Bezirksstelle (- 1,5275 %)./. 2.608,95 DM Landesstelle (- 0,55 %)./. 939,42 DM Rechenzentr. (- 0,16 %)./. 273,13 DM KBV (- 0,1125 %)./. 192,16 DM Nettohonorar 166.777,00 DM

In einer Anlage (Datum: 24. April 1998) erfolgte der Nachweis zur "fallzahlabhängigen" Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 - nur für die nicht in die EBM-Budgetierung einbezogenen Arztgruppen - gemäß Anlage 3 Abschnitt I zu LZ 702HVM.

Bei einer Zahl der abgerechneten (ambulanten) Behandlungsfälle von 1.556 ergab sich für die Praxis des Klägers für das Quartal III/97 eine budgetrelevante Fallzahl von 1.556 Dieser wurde die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal III/97 (richtig: III/95) von 1.395 gegenübergestellt. Das ergab für 698 (= ½ von 1.395) eine Anhebung der Fallpunktzahl um 10 % und bei 858 Fällen eine Absenkung um 10 %. Aufgrund der "Bewertung" der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der "fallzahlabhängigen" Bewertung bestimmte sich ein "Bewertungsfaktor" von 98,97 %. Bei Anwendung der "fallzahlabhängigen" Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I (HVM) ergab sich - ausgehend von einem angeforderten (ambulanten) Honorarvolumen gemäß Honorargruppe 4 ("bereinigt" unter Berücksichtigung von Ausnahmen wie Leistungen für Prävention etc.) in Höhe von 250.328,03 DM, einer budgetrelevanten Fallzahl von 1.556 Fällen, einem Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 160,88 DM und einem Bewertungsfaktor von 98,97 % ein Fallwert von 159,22 DM. In die Berechnung der Gesamthonoraranforderung gingen alle der "fallzahlabhängigen" Bewertung unterliegenden Leistungen der Honorargruppe mit einer Bewertung von 98,97 % (bezogen auf die Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pf.) ein.

Bezüglich der Laborbudget-Regelung ergab sich ein anerkennungsfähiges Laborvolumen von 100 % des angeforderten Volumens (Anlage vom 16. April 1998, Bl. 20 Gerichtsakte - GA -).

Bei der Bewertung der CT-Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM) lag die durchschnittliche Bewertung je Scan (bezogen auf 80 Punkte je Scan) bei 92,6699 % (Anlage vom 16. April 1998, Bl. 21 GA). Dabei waren die zahlenmäßigen Beschränkungen der Budgetvorgaben nach

dem EBM maßgeblich.

In einer weiteren Anlage vom 24. April 1998 erfolgte der "Nachweis zur Budgetierung/Teilquotierung von Leistungen der Honorargruppe 4 gem. Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt 2 der Grundsätze der Honorarverteilung - nur für nicht in die EBM-Budgetierung einbezogene Arztgruppen -". Ausgegangen wurde von einem ("bereinigten") angeforderten (ambulanten) Honorarvolumen in Höhe von 247.774,68 DM und einer Fallzahl von 1.556 sowie einem Teilfallwert des angeforderten Honorarvolumens in Höhe von 159,24 DM. Sodann wurde aus dem Teilfallwert der Praxis im Quartal III/95 (123,51 DM) und im Quartal III/96 (151,51 DM) das arithmetische Mittel in Höhe von 137,51 DM gebildet und dem arithmetischen Mittel aus Teilfallwerten der Vergleichsgruppe (188,32 DM) gegenübergestellt. In Höhe von 10% dieses Teilfallwertes der Vergleichsgruppe (d.h. in Höhe von 18,83 DM) wurde der Teilfallwert der Praxis des Klägers erhöht und mit 156,34 DM errechnet. Dieser budgetrelevante Teilfallwert in Höhe von 156,34 DM entsprach 98,18% des angeforderten Teilfallwertes in Höhe von 159,24 DM. In die Berechnung der Gesamthonoraranforderung gingen nach dieser Anlage alle der Budgetierung/Teilquotierung unterliegenden Leistungen der Honorargruppe 4 mit einer Bewertung von 98,18% (bezogen auf die Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pfennig) ein.

Unter dem Datum vom 24. März 1998 gab die Beklagte in einer weiteren Anlage ("Maßnahmenübersicht ...") dem Kläger einen Gesamtüberblick über die tatsächlichen, sich aus den durchgeführten Maßnahmen (u.a. der Teilquotierung) ergebenden Belastungen nach anteiliger Anrechnung wie folgt bekannt (bei unterstelltem Punktwert von 10 Pf.): PK(=Primärkassen) Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM: 1.131,68 DM AMB EK(=Ersatzkassen) Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM: 1.421,67 DM AMB PK(=Primärkassen) Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/2 HVM: 1.998,68 DM AMB EK(=Ersatzkassen) Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/2 HVM: 2.510,62 DM AMB Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 7.062,85 DM.

Gegen den Honorarbescheid legte der Kläger am 14. Mai 1998 (Eingang) Widerspruch ein, mit dem er eine angemessene (höhere) Vergütung ggf. unter Gewährung von Härtefallzahlungen nach LZ 703 (richtig: 803) HVM oder mittels Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM begehrte. Zur Begründung trug der Kläger (9. und 20. Juli 1998) u.a. vor, ihm sei aus der vertragsärztlichen Tätigkeit für das Quartal III/97 kein zureichender Arztlohn verblieben. Ein solcher Arztlohn müsse pro Quartal mit 45.000 DM angenommen werden. Er habe hingegen einen Verlust in Höhe von 45.515,77 DM erlitten, weshalb eine Nachzahlung in Höhe von 90.515,77 DM erforderlich sei. Zugleich setzte der Kläger eine Frist für die Untätigkeitsklage zum 10. Oktober 1998. Am 20. Oktober 1998 hat der Kläger sodann Untätigkeitsklage beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 1998 wurde der Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 25. März 1998 u.a. mit der Begründung zurückgewiesen, der Bescheid sei hinreichend bestimmt, weil die Berechnungsschritte in Verbindung mit den beigefügten Anlagen nachvollzogen werden könnten, und auch im Übrigen sachlich und rechnerisch richtig auf der Grundlage geltender, rechtmäßiger Gebührenordnungs- und Honorarverteilungsbestimmungen ergangen. Der HVM sei von der Rechtsprechung ohne Beanstandungen überprüft worden und genüge dem Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#). Ein weitergehender Honoraranspruch ergebe sich nicht aus einem grundrechtlich anzuerkennenden Anspruch auf eine "angemessene Vergütung". Auch mangelnde Rentabilität einer Arztpraxis oder eines speziellen Behandlungsbereichs ließen keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Honorierung zu. Die Wirtschaftlichkeit einer Praxis zähle zum typischen Berufsrisiko eines freiberuflich tätigen Arztes und entspräche dem Risiko eines Selbstständigen. Es sei weder Aufgabe der Beklagten, durch Umverteilung allen Vertragsärzten eine auskömmliche Praxis zu sichern, noch obliege ihr die Fürsorgepflicht, dem Vertragsarzt die Sorge um dessen Existenz abzunehmen. Subjektive Rechte hinsichtlich des Honorars könne der einzelne Vertragsarzt nur für den Fall geltend machen, dass eine zu niedrige Vergütung der ärztlichen Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als dessen Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährde; Anhaltspunkte hierfür seien weder dargetan noch sonst ersichtlich.

Der Kläger hat daraufhin die Untätigkeitsklage zur Anfechtungs- und Verpflichtungsklage erweitert und zur Begründung u.a. vorgetragen, seine Praxis sei im streitbefangenen Quartal voll ausgelastet gewesen sowie sparsam, wirtschaftlich und unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden. Der Honorarbescheid sei nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig, weil zu unbestimmt und unverständlich, da eine zulängliche Begründung fehle. Der Zusammenhang zwischen festgesetztem Nettohonorar und den Anlagen werde nicht deutlich; die Berechnung des Nettohonorars bliebe unverständlich. Es bestehe Anspruch auf einen (angemessenen) "Arztlohn" je Arzt jedenfalls in Höhe von 180.000,00 DM/Jahr, verfassungsrechtlich aus [Art. 12 GG](#) sowie als öffentlich-rechtlicher Leistungsanspruch gemäß [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 SGB V](#). Dieser Anspruch werde nicht mehr erfüllt; für mehrere in Hessen geführte Praxen mit einer mit dem Kläger vergleichbaren Aufgabenstellung könne belegt werden, dass die Einnahmen generell unauskömmlich seien. Die Rechtsgrundlage für die Honorarabrechnung in Form von EBM und HVM verstießen gegen das Gebot der Normenklarheit, die Regelungen seien unverständlich und aus mehreren Gründen als Rechtsquelle untauglich. EBM und HVM selbst verstießen gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Sach- und Systemgerechtigkeit. Dem EBM lägen keine betriebswirtschaftlichen Kostenermittlungen zu Grunde, weshalb er rechtsstaatlichen Mindestanforderungen an eine nachvollziehbare Honorargrundlage nicht genüge. Die Unterscheidung in budgetierte und nicht budgetierte Arztgruppen und die Berechnung der einzelnen Budgets sei rechtswidrig. Im Ergebnis bewirkten die Maßnahmen, dass eine angemessene Vergütung nicht erzielt werde. Der HVM schaffe auch eine rechtswidrige unterschiedliche Verteilung zwischen den Arztgruppen und berücksichtige nicht, dass der Kläger - bzw. vergleichbar tätige Ärzte - Leistungen nur auf Überweisung erbrächten und auf die Mengendynamik damit keinen Einfluss hätten. Die auf Grund des HVM gebildeten Honorartöpfe verfälschten das im EBM ausgedrückte Wertverhältnis der Leistungen. Der Punktwertverfall wirke sich hier ganz besonders krass aus. Schließlich seien auch die Abzüge nach Maßgabe der Grundsätze der EHV der Beklagten rechtswidrig, weil die Norm unklar und die Höhe der Beiträge unverhältnismäßig sei. Überhöht seien auch die Verwaltungskosten; für deren Abzug fehle überdies eine Rechtsgrundlage. Auch habe die Beklagte die dafür einbehaltenen Gelder mehrfach rechtswidrig verwendet. Der Kläger hat umfangreiche Beweisanträge gestellt und u.a. eine gutachterliche Stellungnahme von Frau G. Kempny vom 2. November 1998 sowie die "Darstellung der von der KBV angewandten Methodik ..." vom 22. Dezember 1994 vorgelegt. Die Beklagte hat sich u.a. auf eine Aufstellung (aus dem Parallelverfahren - [L 7 KA 707/00](#) -) vom 13. Dezember 2000 und auf das Schreiben der KBV (Dezernat 3, Geschäftsführung des Beigeladenen) an Dr. M., F. (vom 28. September 1999 - Az.: 96 HVM) und an Dr. N., MdL, S. (vom 22. Dezember 2000 - Az.: 99.EBM.2000) bezogen.

Das Sozialgericht hat der Klage durch Urteil vom 19. Juli 2000 teilweise stattgegeben und zur Begründung u.a. ausgeführt: Gegenstand des Klageverfahrens seien ausschließlich der angefochtene Honorarbescheid vom 25. März 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998, nicht jedoch ein Bescheid vom 22. Juni 1998 in Gestalt des (Widerspruchs-)Bescheides vom 7. Mai 1999, weil diese

lediglich das Quartal I/98 betreffen würden, das vorliegend nicht streitig sei. Soweit mit der Klage auch die Feststellung begehrt werde, der Auszahlungsprozentsatz von 95 % (für an der EHV beteiligte Ärzte) sei rechtswidrig, sei die Klage jedoch unzulässig.

Im übrigen sei die Klage zulässig und auch teilweise begründet. Der Honorarbescheid vom 25. März 1998 für das Quartal III/97 - in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 - sei rechtswidrig und verletze den Kläger in seinen Rechten, weshalb dieser Anspruch auf Neubescheidung seines Honoraranspruchs habe.

Aus dem Widerspruchsbescheid würden sich bezüglich des Quartal III/97 diejenigen Maßnahmen ergeben, die nach Abschnitt I und Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM erfolgt seien. Der Bründung sei aber nicht zu entnehmen, ob der Kläger darüber hinaus weiteren Maßnahmen unterzogen worden sei; Es fehlten im Honorarbescheid für III/97 und im Widerspruchsbescheid Ausführungen zur Fallzahlzulassungsbegrenzung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt III für das Quartal III/97. (Auch den Ausführungen der Bezirksstelle Frankfurt in deren Bescheid vom 7. Mai 1999 könnten keine entsprechenden Angaben zum Honorarbescheid III/97 entnommen werden). Insoweit sei nicht nachvollziehbar, inwieweit die Beklagte bereits im streitbefangenen Quartal III/97 die Situation des Klägers als "Junge Praxis" bei der Festsetzung des Nettohonorars in Höhe von 166.777,00 DM berücksichtigt habe. Selbst bei Berücksichtigung des Ausgangsbescheides bzgl. der Fallzahlbegrenzung vom 22. Juni 1998, der auf eine für III/97 getroffene Regelung Bezug nehme, ergebe sich nichts anderes. Das Vorbringen des Klägers, er habe in III/95 nur wenige CT-Behandlungsfälle gehabt, weil es sich um eine Anfängerpraxis gehandelt habe, und eine Steigerung der Fallzahlen sei erst ab 1996 zu verzeichnen gewesen, müsse zugunsten des Klägers Berücksichtigung finden. Dies gelte auch im Rahmen einer Entscheidung nach Abschnitt II Ziff. 5 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Honorarbescheide der Beklagten müssten inhaltlich bestimmt und grundsätzlich ausreichend begründet sein. Das festgesetzte Honorar könne nur unter Zuhilfenahme vollständiger Anlagen überprüft und nachvollzogen werden.

Im Übrigen hat das Sozialgericht den Honorarbescheid vom 25. März 1998 und den Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 1998 nicht beanstandet. Aus dem Tenor des Bescheides lasse sich das dem Kläger zustehende Honorar nach Abzug definierter Kosten eindeutig entnehmen. Insoweit seien die Bescheide ausreichend begründet (auch nach Maßgabe des [§ 35 Abs. 1 Satz 1 und Satz 2](#) des Zehnten Buches des Sozialgesetzbuchs - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz - SGB X -). Aus den dem Honorarbescheid beigefügten Anlagen mit den Berechnungsfaktoren, die im Wesentlichen die Begründung für die Entscheidung der Beklagten enthalten würden, ließen sich unter Hinzuziehung der einschlägigen Regelung des HVM, auf welchen die Anlagen Bezug nähmen, die Entscheidung der Beklagten nachvollziehen. Diese sei nicht verpflichtet, darüber hinaus weitere Ausführungen zur Berechnung im Einzelfall zu machen. Die Begründung diene der Selbstkontrolle der Behörde und des weiteren dem Bürger, der durch sie in die Lage versetzt werde solle, die Rechtmäßigkeit des Verwaltungsaktes zu beurteilen. Dabei könne die Begründung nicht auf die evtl. Fähigkeiten des Bescheidempfangers abstellen. Eine zunehmende Kompliziertheit der dem Bescheid zugrunde liegenden Rechtsvorschriften, die dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit genügen müssten, bewirke notwendigerweise auch höhere Anforderungen an die Verständnismöglichkeiten maschinell erstellter Bescheide. Entsprechende Verständigungsschwierigkeiten hätten auch (andere) Adressaten von Bescheiden, etwa nach von steuer- oder rentenrechtlichen Vorschriften. Im Rahmen einer Massenverwaltung sei die Beklagte nicht verpflichtet, eine auf den Erläuterungsbedarf jedes einzelnen Mitglieds abstellende Begründung zu geben. Es liege hier noch eine ausreichende Begründung der Bescheide nebst Anlagen vor, weshalb diese nicht rechtswidrig seien, auch wenn wünschenswert sei, dass die Beklagte in Zukunft den Honorarbescheiden weitere Erläuterungen hinzufüge. Eine Aufhebung wegen Nichtigkeit gemäß [§ 42 Satz 1 SGB X](#) entfalle schon deshalb, weil die Aufhebung nicht verlangt werden könne, soweit lediglich gegen Verfahrensvorschriften verstoßen worden sei. Auch ein Verstoß gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs ([§ 24 SGB X](#)) liege nicht vor, da es sich um einen Leistungsbescheid handele; im Übrigen sei dem Kläger im Widerspruchsverfahren Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden, mit welcher sich die Beklagte auch auseinandergesetzt habe.

Der dem Bescheid zugrundeliegende HVM sei rechtmäßig. Die Abgeordnetenversammlung habe den HVM in Form einer Satzung durch Beschluss vom 14. Juni 1997 (bekannt gemacht durch Teil 2 der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997) ordnungsgemäß erlassen sowie durch Beschlüsse vom 29. November 1997 (bekannt gemacht durch Teil 2 der Bekanntmachung vom 12. Dezember 1997) und vom 20. Juni 1998 (bekannt gemacht als Teil 1 der Bekanntmachung vom 26. Juni 1998) auch wiederum ordnungsgemäß geändert und bekannt gemacht. Auch das "Benehmen" mit den Verbänden der Krankenkassen sei hergestellt worden ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#)), wobei dieses "Benehmen" auch noch nachträglich hergestellt werden könne, wenn den Kassenverbänden, die unverzüglich nach Erlass des Beschlusses von ihm Kenntnis erhalten hätten, noch die Möglichkeit zur nachträglichen Stellungnahme verblieben sei (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R -](#)).

Der HVM sei als Satzung im Rahmen der Satzungsautonomie der Selbstverwaltung ergangen. Aufgabe des Satzungsgebers im Rahmen des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) sei es, nicht nur die Gesamtvergütung zu verteilen, sondern mit der Wahl der Verteilungskriterien auch Einfluss auf den Umfang der Tätigkeit seiner Mitglieder - d.h. der Vertragsärzte - zu nehmen. Während [§ 85 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) die Verteilung der im Gesamtvertrag zu vereinbarenden Vergütung regelt, bestimme der nach [§ 87 Abs. 2](#) bis Abs. 2b SGB V zu erlassende EBM die den ärztlichen Leistungen im Einzelnen zugeordneten Punktbeträge als maßgebliche Faktoren für die Vergütung der vom Vertragsarzt erbrachten Leistungen. Dies bedinge zwingend, dass die dem einzelnen Vertragsarzt geleistete Vergütung nur von den zur Abrechnung gebrachten Punktzahlen abhängig sei und noch keinen festen Entgeltwert beinhalte. Erst nach Abschluss des jeweiligen Quartals ließe sich der konkrete Geldwert für die erbrachte ärztliche Leistung feststellen. Eine Ausweitung der ärztlichen Leistung führe zur Absenkung der Punktwerte. Um dies zu verhindern habe der Gesetzgeber in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) Vorgaben zur Beschränkung gemacht. Diese Regelungsmechanik führe notwendigerweise dazu, dass die Leistungen ihrer Art und ihrem Umfang nach nicht mehr stets gleichmäßig (also mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert) honoriert werden könnten. Es sei rechtlich zulässig, wenn die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) im selben Verhältnis, sondern abhängig von der Mengenermittlung im jeweiligen Leistungsbereich unterschiedlich hoch vergütet würden. Bei unterschiedlichen Mengenentwicklungen in verschiedenen fachgruppenbezogenen Honorarkontingenten (die vorliegend in zulässiger Weise festgelegt worden seien) müssten zwangsläufig die gleichen Leistungen in unterschiedlichen vertragsärztlichen Fachgebieten verschieden hoch vergütet werden (unter Hinweis auf BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R -](#) und - [B 6 KA 15/98 R -](#)). Diesen Anforderungen der Rechtsprechung habe der HVM der Beklagten Rechnung getragen. Die den KVen in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) erfolgte Übertragung von Rechten würde keinen verfassungsrechtlichen Bedenken begegnen. Auch die Rechtsgrundlagen der Bescheide im übrigen seien nicht zu beanstanden, Der vom Kläger geltend gemacht Anspruch auf ein höheres Honorar bestehe - jedenfalls in dieser Form - auch nicht von Verfassungen wegen.

Gegen das seinem Bevollmächtigten am 12. Januar 2001 zugestellte Urteil vom 19. Juli 2000 hat der Kläger am 25. Januar 2001 Berufung

beim Sozialgericht Frankfurt am Main eingelegt. Die Beklagte hat gegen das ihr ebenfalls am 12. Januar 2001 zugestellte Urteil die am 12. Februar 2001 beim Landessozialgericht eingegangene Berufung eingelegt.

Der Kläger begründet die Berufung (u.a.) wie folgt:

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten gewährten ihm keine angemessene Vergütung, auf die er einen Rechtsanspruch habe ([Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 SGB V](#)), weil er eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich geführte Praxis betreibe. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) habe seit Jahrzehnten hinsichtlich der Vergütung "öffentlich gebundener" Berufe, u.a. für Notare, Rechtsanwälte, Konkursverwalter usw. einen solchen Anspruch anerkannt (unter Hinweis auf den Überblick bei Wimmer, in: NZS 1999, S. 480), der vom Grundsatz der Beitragsstabilität nicht völlig verdrängt werden dürfe. Im streitbefangenen Quartal III/97 habe der Kläger diesen "Arztlohn" nicht erhalten, weil die Gewinn- und Verlustrechnung für dieses Quartal einen Verlust in Höhe von 45.515,77 DM aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ausweise, der nicht durch den Hinweis auf das Unternehmerrisiko gerechtfertigt werde könne. Die Beklagte selbst habe mit Rundschreiben vom 25. Juni 1998 zum Ausdruck gebracht, dass der ausgezahlte Punktwert trotz Stützung noch so niedrig sei, dass die wirtschaftliche Existenz vieler Praxen bedroht sei. Angemessen sei eine jährliche Vergütung von etwa 180.000,00 DM je Arzt nach Kostenausgleich, entsprechend 45.000,00 DM im Quartal. In Literatur und Rechtsprechung werde ein subjektives Recht aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) auf ein Mindesteinkommen in Höhe des Gehaltes eines Oberarztes anerkannt. Demgegenüber hätten im Jahre 1995 die vertragsärztlichen Honorare in den alten Bundesländern nicht einmal mehr die Kosten der radiologischen/nuklearmedizinischen Praxen gedeckt, geschweige denn irgend einen "Arztlohn" übrig gelassen, was auch durch neuere Erkenntnisse der KBV bestätigt werde.

Dieser Anspruch auf eine angemessene Vergütung könne nicht - anders als das BSG meine - unter dem Gesichtspunkt der Beitragsstabilität eingeschränkt werden. Die Funktionsfähigkeit des bestehenden Krankenversicherungssystems sei gegenüber den Vergütungsgrundrechten des Klägers von Verfassungs wegen nicht schutzwürdiger. Dem Gesetzgeber stünden mehrere Regelungsvarianten zur Verfügung, um einerseits das System der Krankenversicherung zu erhalten und andererseits eine angemessene Honorierung der Vertragsärzte zu realisieren. Das Volumen der Versicherungsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sei so beträchtlich, dass hier ausreichend Handlungsspielraum gegeben sei (Hinweis auf Sachverständigengutachten von Prof. Dr. Fritz Beske, Direktor des Fritz-Beske-Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel.). Entgegen der Auffassung des BSG könne der - auch verfassungsrechtlich geschützte - Anspruch der Vertragsärzte auf eine angemessene Vergütung keinesfalls durch den einfachen Gesetzgeber hintangestellt werden. Die gewährte Vergütung sei nicht angemessen gewesen. Wenn das Berufungsgericht den insoweit substantiierten Vortrag der Klägerseite nicht übernehmen wolle, müsse es (durch Sachverständigengutachten) zu der Behauptung Beweis erheben, dass die den radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Vertragsärzten in dem streitbefangenen Quartal von der Beklagten gezahlten Vergütungen bei einer sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxis keinen "Arztlohn" übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt hätten. Auch aus einer Abhandlung der Richterin des BVerfG R. Jaeger (vom 15. Juni 2002) zu der Frage: "Welches System der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch das Grundgesetz geschützt?" sei zu entnehmen, dass Leistungserbringern ein verfassungsrechtlich gesicherter Anspruch auf eine angemessene Vergütung zustehe. Das GG schütze kein bestimmtes System der gesetzlichen Krankenversicherung; verfassungsrechtlich garantiert sei lediglich ein "Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen" oder "ein wirtschaftlich gesundes Krankenhauswesen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Krankenversorgung". Der Gesetzgeber sei aufgerufen, dieses hohe Gemeinschaftsgut unter Beachtung vielfältiger Interessen zum Ausgleich zu bringen. Die Ansicht des BSG, der Gemeinwohlbelang "Schutz des bestehenden Systems der Krankenversicherung" habe Vorrang gegenüber dem Grundrecht auf angemessene Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit, sei nicht haltbar.

Weiter macht der Kläger geltend die Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil sie rechtswidrige Abzüge vorsähen. Insoweit liege ein Verstoß gegen [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) vor. Vertragsärzte hätten ein subjektives Recht dahingehend, dass die Beklagte die Gesamtvergütung ungeschmälert unter ihnen verteile. Unzulässig sei deshalb - neben dem Abzug für die EHV - auch der Abzug von Verwaltungskosten und die Abzweigung für einen "Härtefalltopf". Der Abzug von Beiträgen zur EHV sei rechtswidrig, weil es an einer ausreichenden Rechtsgrundlage fehle. Insbesondere genügten die "Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen" in den Fassungen vom 1.1.1993 und vom 1.9.1997 nicht als Rechtsgrundlage. Die erhobenen Beiträge verstießen zudem massiv gegen das Äquivalenzprinzip, weil sie versicherungsmathematisch rational nicht nachvollziehbar seien. Die Honorarbescheide ließen an keiner Stelle erkennen, dass und in welcher Höhe Abzüge zur EHV getätigt würden; vielmehr werde die Endsumme einfach entsprechend vermindert. Lediglich in den als Mitteilung übersandten Punktwerttabellen stehe, dass das Honorar zu 95 v.H. an EHV-berechtigte Ärztinnen und Ärzte ausgezahlt werde. Die Honorarbescheide seien insoweit mangels jeglicher Begründung rechtswidrig ([§ 35 Abs. 1 SGB X](#)). Die "Grundsätze der EHV" seien nichtig, jedenfalls rechtswidrig, weil sie der Satzungsform entbehrten und derartige Eingriffe unterhalb der Satzungsebene unzulässig seien; § 25 der Satzung der Beklagten reiche als Rechtsgrundlage nicht aus. Im Ergebnis bedeuteten die "Grundsätze" einen Eingriff in die Grundrechtsposition des Klägers nach [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Der Umstand, dass die Beklagte eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sei ([§ 77 Abs. 5 SGB V](#)) reiche als Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der Regelungen zur EHV nicht aus (die Entscheidung des BVerfG vom 28.6.2000 - [1 BvR 1136/96](#) - [NZA 2000, S. 996](#) bestätige dies insofern, als die dort abgehandelte Zusatzversorgung - VBL - auf einer umfassenden und korrekten Rechtsgrundlage beruhe). § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953 (Hess. GVBl. S. 206) reiche als Rechtsgrundlage nicht aus; der Landesgesetzgeber gestatte eine Satzungsregelung, an der es jedoch fehle. Der Landesgesetzgeber hätte die wesentlichen Grundentscheidungen (Mitgliedschaft, Grundlagen der Befreiungsmöglichkeiten und Leistungen) selbst festlegen müssen (unter Hinweis auf HessVG, Urteile vom 16.3.1993 - [11 UE 895/91](#) - und vom 14.5.1996 - [11 UE 1057/92](#) - [AnwBl. 1997, S. 117](#)). Letztlich erfolge ein Eingriff in wesentliche Rechtspositionen des Klägers auf Grund von zwei Worten des hessischen Gesetzgebers ("wirtschaftliche Sicherung"), was nicht rechters sein könne. Soweit das Sozialgericht Frankfurt am Main und der erkennende Senat des Landessozialgerichts die Grundsätze der EHV nicht in Frage gestellt habe, seien in den zu entscheidenden Fällen den Gerichten entsprechende Bedenken jedoch nicht vorgetragen worden. Auch die Veröffentlichung der Regelungen zur EHV sei rechtswidrig, wie in jedem Fall auch die entsprechende Satzungsregelung in § 28 der Hauptsatzung der Beklagten. Eine "alternative Veröffentlichungsregelung", die mehrere Wege zur Veröffentlichung möglich mache, sei unzulässig. Als Rechtsgrundlage für die EHV genüge [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) nicht, weil es sich nicht um eine "Honorarverteilung" unter Vertragsärzten handele. Die Regelung verstoße außerdem gegen das Verständlichkeits- und damit auch gegen das Rechtsstaatsgebot ([Art. 20, 28 GG](#)), weil die Eingriffssituation nicht erkennbar sei. Von der Beklagten selbst werde eingeräumt, dass die Regelungen der EHV schwer verständlich seien (Vertreterversammlung vom 22.12.1999).

Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts (Senatsurteil vom 18.10.2000 - [L 7 KA 277/00](#) -) handele es sich bei der EHV auch nicht um

ein "vom Umfang her kleines und für die Betroffenen und Mitglieder der Beklagten leicht zu überschaubares Satzungswerk", was durch die Aussage des sachverständigen Zeugen H. Y. im Parallelverfahren (- [L 7 KA 721/00](#) -), auf die Bezug genommen werde, bestätigt worden sei; Dieser habe zahlreiche Regelungsmängel und unverständliche Regelungen benannt. Die Regelungen zur EHV verstießen letztlich auch gegen das Übermaßverbot, weil ein Vertragsarzt um so mehr in die EHV einzahlen müsse, je höher sein Umsatz und je länger er als Vertragsarzt tätig sei. Die Beitragspflicht ende auch nicht mit Erreichen der - eigenen - Höchstsätze. Versorgungsbeiträge und später zu gewährende Versorgungsbezüge stünden in keinem auch nur annähernd vertretbaren Verhältnis. Rechtswidrig seien die Honorarbescheide auch wegen des Abzugs der Verwaltungskosten, weil eine Rechtsgrundlage fehle. [§ 81 Abs. 1 Nr. 4](#) und 5 SGB V ermächtige die Vertreterversammlung lediglich, die Pflichten der Mitglieder festzulegen und die Aufbringung und Verwaltung der Mittel zu regeln. Die hierzu ergangene Satzungsbestimmung fehle für das streitbefangene Quartal. [§ 24 Abs. 1](#) der Satzung der Beklagten reiche als Rechtsgrundlage für eine Beitragserhebung jedoch nicht aus; es liege noch nicht einmal ein Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten dazu vor, dass in den streitigen Quartalen ein Abzug an Verwaltungskosten vorgenommen werden könne. Diese Verwaltungskosten seien im Übrigen auch zu hoch; es fehle an der notwendigen Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Verwaltung der Beklagten. Überflüssig sei etwa der Verwaltungsaufwand für den Betrieb zahlreicher Bezirksstellen. Rechtswidrig sei der Abzug von Verwaltungskosten auch, weil er - zwingend - der Genehmigung des Ministers der Finanzen bedürfe, die aber fehle; auch sei zweifelhaft, ob die Genehmigung des Sozialministeriums nach [§ 108 Abs. 1 Satz 1](#) der Landeshaushaltsordnung erteilt worden sei. Auch die Abzweigung eines Härtefalltopfes sei rechtswidrig, weil in der Praxis der Beklagten diese Form der Finanzierung einen Umfang angenommen habe, der einem HVM fast gleichkomme (Beweis: amtliche Auskunft der Beklagten).

Der Honorar- und der Widerspruchsbescheid der Beklagten seien formell fehlerhaft. Weder sei der Honorarbescheid inhaltlich hinreichend bestimmt noch sei er verständlich, weshalb er nichtig sei; zumal sei er unzulänglich begründet. Ein durchschnittlicher Vertragsarzt könne aus der Begründung nicht entnehmen, auf welche konkreten Bestimmungen sich die Entscheidung stütze, welche Abzüge getätigt worden seien und durch welche Rechenoperationen das Ergebnis nachvollziehbar werde. Bei Erlass des Widerspruchsbescheides sei gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs ([§ 24 SGB X](#)) verstoßen worden. Der Vorstand der Beklagten habe die Einwendungen des Klägers im Widerspruchsverfahren gar nicht zur Kenntnis genommen, weil der Bescheid von der Geschäftsführung eigenmächtig verfasst und unautorisiert von einem Vorstandsmitglied unterzeichnet worden sei.

Der HVM und der EBM, auf denen die Honorarbescheide der Beklagten beruhen, seien rechtsfehlerhaft. Der dem Honorarbescheid zugrundeliegende HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Die rückwirkende Inkraftsetzung von Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I, durch den Nachtrags-HVM vom 19. November 1997 sei rechtswidrig.

Die Delegation zur Normsetzung durch Kassenärztliche Vereinigungen und durch Krankenkassen mittels untergesetzlicher Normgebung sei bedenklich und begegne erheblichen verfassungsrechtlichen Einwänden. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen fehle es an der notwendigen demokratischen Legitimation und an dem notwendigen Minderheitenschutz. Der EBM habe keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage, weil gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoßen worden und der Normgeber des EBM weder rechtsstaatlich-demokratisch legitimiert sei noch dem Gebot der Normenklarheit entsprochen habe. Die demokratische Legitimation der Krankenkassen sei zweifelhaft, weil dort die Selbstverwaltung weitgehend aus "Friedenswahlen" hervorgegangen sei und deshalb deren Zusammensetzung weitgehend vorab festgelegt sei. Ersatzkassen könnten ohnedies kein Recht wirksam setzen. Die Verwaltungsräte könnten die Versicherten nicht vertreten, weil sie zur Hälfte aus Arbeitgebervertretern bestünden und der Vertretungsgedanke sei eine reine Fiktion. Bei den Sozialwahlen 1993 habe es 27 Wahlen mit Wahlhandlung und 1.284 so genannte Friedenswahlen gegeben (Beweis: amtliche Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit).

Der EBM verstoße deshalb gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt und beruhe auf einer unzulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage, weshalb er rechtswidrig sei. Während die 1997 geltenden Ermächtigungen für den EBM noch in [§ 87 Abs. 2](#) und 2a SGB V festgelegt gewesen seien, finde sich demgegenüber im Quartal III/97 keine Ermächtigung für die Budgetierung bestimmter Arztgruppen. Die Normgeber des EBM seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch legitimiert. Maßgeblich beruhe dies darauf, dass die Normgeber des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) nicht verfassungskonform beschaffen seien, sowohl hinsichtlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch hinsichtlich der Spitzenverbände der Krankenkassen. Der Bewertungsausschuss sei deshalb rechtsstaatswidrig, da dieser weder demokratisch legitimiert sei noch in einem rechtmäßigen Verfahren tätig werde. Die gesamten Vorschriften zur Budgetierung - insbesondere die vom EBM verwendeten Formeln - seien für Vertragsärzte unverständlich. Die Honorarbescheide beruhen auf einem EBM, der weder sach-, system- noch verteilungsgerecht sei; dieser leide unter erheblichen Ermittlungsfehlern. Auch die von dem Beigeladenen übersandte Argumentation zur angewandten Methodik bei der orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation ärztlicher Leistungen sei nicht überzeugend. Die Ausgangsthese des Gutachters, er berufe sich auf Daten, die von der Honorarabteilung der KBV mit Bezug zu einer repräsentativen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt worden seien und von deren Richtigkeit und Eignung für die durchgeführte Modellrechnung ausgegangen werde, sei nicht nachvollziehbar. Das Gutachten sei zudem weder dem Bewertungsausschuss noch seinem Arbeitsausschuss jemals vorgelegt worden. Weiterhin lasse sich die vorgelegte "orientierende betriebswirtschaftliche Kalkulation computertomografischer Leistungen, Stand 1994" weder einem Verfasser noch einem Zeitraum für die Erstellung zuordnen. Es werde bestritten, dass die Punktbewertung in der EBM-Fassung, die ab Quartal III/97 Geltung beansprucht habe, sich in irgendeiner Weise auf das Gutachten von Professor Sieben oder auf die Anlagen 3 und 4 des Schriftsatzes des Bewertungsausschusses vom 7. Mai 2002 gestützt hätte. Es werde auch bestritten, dass "Expertengespräche" - wie behauptet - stattgefunden hätten, die zur Grundlage der Bewertung hätten genommen werden können. Tatsachen habe der beigeladene Bewertungsausschuss nicht vorgetragen; Unterlagen, insbesondere Niederschriften des Bewertungsausschusses und seines Arbeitsausschusses, scheine es nicht zu geben. Der Bewertungsausschuss habe die computertomografischen Leistungen so fortgeschrieben, wie sie insoweit vor 1996 im EBM 1987 bewertet worden seien. Die Regelungen in Abschnitt Q 1 und R 1 des EBM seien sachwidrig; bestritten werde, dass die Scan- bzw. Frequenzahlen auf gutachterlichen Stellungnahmen von "Experten" beruht haben sollen. Die im Abschnitt Q 1 des EBM als abrechnungsfähig angegebenen Scanzahlen reichten - auch unter Anlegung von durchschnittlichen Maßstäben - nicht aus, den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig sei, um unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen (Beweis: Sachverständigen Gutachten). Rechtswidrig sei auch die Definition des Begriffs "Behandlungsfall" nicht entkräftet. Im Ergebnis führe dies dazu, dass der Kläger immer wieder Patienten unentgeltlich untersuchen müsse. Auch die Auffassung des Bewertungsausschusses zu den Scans sei nicht nachvollziehbar. Schließlich treffe der EBM eine nicht nachvollziehbare und deshalb rechtswidrige Auswahl hinsichtlich der der budgetierten und der nichtbudgetierten Arztgruppen. Auch der HVM sei rechtswidrig, weil er nicht wirksam in Kraft gesetzt worden sei. Es fehle auch an einer gesetzlichen Ermächtigung für die LZ 503 HVM und die Anlage 3 zu LZ 702 HVM.

Eine Ermächtigungsgrundlage fehle auch für die arzt- bzw. praxisbezogene Budgetierung und Quotierung nach Anlage 3 zu LZ 702. Die fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderungen diene nicht der Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes, sondern der Mangelbewirtschaftung, was das Sozialgericht verkannt habe. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) 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 V nicht. Die Behinderung von Fallzahlsteigerungen im HVM sei zudem mit dem typischen Bild freiberuflicher Betätigung schwerlich vereinbar (unter Hinweis auf Clemens in: MedR 2000, S. 19). 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; sie habe auch über keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen verfügt (Beweis: zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung).

Der HVM verstoße auch gegen den Grundsatz der Normenklarheit, weil er selbst mit Nachträgen für die Normadressaten objektiv unverständlich erscheine. Die Beklagte habe vor und nach Inkrafttreten des im fraglichen Quartal Geltung beanspruchenden HVM ihren Mitgliedern auch keinerlei Fortbildungsveranstaltungen zum Verständnis des Regelwerks angeboten, das dem fraglichen Honorarbescheid zu Grunde gelegen habe (Beweis: Zeugnis Dr. X.).

Ein wesentlicher Mangel des HVM bestehe in den extremen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte der einzelnen radiologischen Praxen, worin eine nicht nachvollziehbare und infolge dessen rechtswidrige Ungleichbehandlung liege. Auch bestehe zwischen den HVM-Punktwertabsenkungen und den Punktzahlen des EBM eine Kollision, die zu einer rechtswidrigen Verfälschung der mit dem EBM gewollten Ergebnisse führe. Aus der gutachterlichen Stellungnahme von Frau Gisela Kempny, welches diese in der mündlichen Verhandlung in dem Verfahren [L 7 KA 721/00](#) vorgetragen und erläutert habe und auf die Bezug genommen werde, ergebe sich, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast derzeit nicht wirtschaftlich geführt werden könne.

Der HVM bilde in unzulässiger Weise nur (einen) Honorartopf für alle Radiologen. Bei inhomogenen Arztgruppen bestehe die Verpflichtung zur Differenzierung (Hinweis auf BSG, Urteil vom 29.9.1999 - [B 6 KA 42/98 R](#) - sowie Clemens in: MedR 2000, S. 20). Die Arztgruppe, welcher der Kläger angehöre, sei eine derart inhomogen, dass die Zusammenfassung aller Kollegen in der Honorargruppe 4.16 nicht sachgerecht sei. Bei den in der Honorargruppe 4.16 Anlage 2 zu LZ 702 HVM zusammengefassten Ärzten seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um konventionelle radiologische Praxen handele oder um nuklearmedizinische Praxen, konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, Praxen mit CT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen mit CT und MRT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen, die ausschließlich CT- und/oder MRT-Leistungen erbrächten sowie Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger), gegebenenfalls in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsarten (Beweis: Sachverständigengutachten).

Unzulänglich seien die Regelungen des HVM auch deshalb, weil es an den notwendigen Bedarfsermittlungen für das Quartal III/97 (und im Übrigen auch für die Folgequartale bis II/98) fehle. Der Bemessung des Honorartopfs für Radiologen und Nuklearmediziner habe keinerlei Bedarfsermittlungen zugrunde gelegen. Die von der Beklagten angewandte sog. Regressionsanalyse, also das Bezugnehmen auf frühere Quartale, sei finanzwissenschaftlich unzulässig. Mit diesen vom Kläger vorgebrachten Einwendungen habe sich das Sozialgericht nicht auseinander gesetzt.

Die Budgetierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 sei für Radiologen rechtswidrig. Die unter I bis III der Anlage 3 vorgesehenen Honorareinschränkungen seien sachwidrig. Die fallzahlabhängige Quotierung der Honoraranforderungen nach Abschnitt III verstoße zudem gegen [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Jede der drei Quotierungs- und Begrenzungsregelungen sei - für sich genommen - sachlich nicht nachvollziehbar. Ihr Zusammenwirken sei nicht so harmonisiert, dass daraus Kürzungen folgten, die in sich konsequent seien. Die Referenzquartale III/95 und III/96 in Anlage II. 1 spiegelten nicht die Angemessenheit der Vergütung wieder. Die Bemessung der Fallzahlbereiche im Abschnitt I sei beliebig. Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Normgeber jeweils bis zu 50 v.H. einerseits, zu 50 v.H. bis 150 v.H. andererseits und schließlich, in dem Fallzahlbereich C, zu über 150 v.H. gelangt sei und welche die Kriterien für die Bereichsabgrenzungen seien. Die Erhöhung und Absenkung des Fallwertes im Abschnitt I seien gleichfalls beliebig und rational nicht nachvollziehbar. Die Nicht-Vergütung bestimmter Honoraranteile in der Anlage II. 3 sei rechtswidrig und werde von [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) als Rechtsgrundlage nicht gedeckt. Nach I 4. würden Radiologen einerseits und Pathologen und Laborärzte andererseits ungleich behandelt, ohne dass es dafür - anders als das Sozialgericht meine, einen sachlichen Grund gebe.

Vom Kläger sind (u.a.) vorgelegt worden: Schreiben des 2. Vorsitzenden der Beklagten (Dr. Sx.) vom 25. Juni 1998 an alle Vertragsärzte/-innen in Hessen; Schr. von Dr. Sx. (als 1. Vors. der Beklagten) an Dr. Bx. vom 20. Dezember 2002; K. Hamm, "Neubewertung radiologischer Leistungen", in: "Der Radiologe" 2002, Heft 4, S. M 63 ff.; Anträge zur 2. und 5. Sitzung der Vertreterversammlung der KBV (11. Amtsperiode); Auszüge aus einem Telefax-Schreiben der KBV, Dezernat 3 (Geschäftsführung des Beigeladenen) vom 19. November 2002 sowie Auszüge aus dem Gutachten von Prof. F. Ossenbühl vom Juli 1998. Als weitere Unterlagen sind (u.a.) zum Gegenstand des Verfahrens gemacht worden: sachverständige Stellungnahme von Prof. Beske, Kostenstrukturanalyse 1998 des ZI Köln (Juni 2000), Tätigkeitsbericht der Beklagten 1997 - 2002 sowie ein Referat von Dr. Oesingmann vom 6. Dezember 1986.

Der Kläger hat im Einzelnen die nachfolgend aufgelisteten Beweisanträge gestellt (Berufungsschrift vom 6. Februar 2001, Schriftsatz vom 4. Juli 2003 und Sitzungsniederschrift vom 23. Juli 2003). Es solle Beweis erhoben werden über die Behauptungen des Klägers: - der Kläger habe in dem Quartal III/97 eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich betriebene vertragsärztliche Praxis geführt, durch Sachverständigengutachten; - die den radiologischen/nuklearmedizinischen Vertragsärzten im streitigen Quartal von der Beklagten gezahlten Vergütungen haben weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführter, voll ausgelasteter Vertragsarztpraxis keinen "Arztlohn" übriggelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt, durch Sachverständigengutachten; - das Regelwerk zur EHV (Satzung) enthält schwerwiegende rentenmathematische Fehler zum Nachteil des Klägers, durch Sachverständigengutachten (des Dipl. Math. H. Y., Y-Straße, Y-Stadt) - die Beklagte ist im Jahre 1997 aus einer für die (so genannte) "Ärztliche Stelle" eingegangenen selbstschuldnerischen Bürgschaft in Höhe von 2 Mio. DM in Anspruch genommen worden und dieser Betrag ist aus den Haushalten 1997/1998 bezahlt worden, durch Einholung einer Auskunft der Beklagten; - der Vorstand der Beklagten hat vor seiner Beschlussfassung über den Widerspruch der Kläger deren Widerspruchsbegründung weder im Original noch inhaltlich - sei es durch

eine Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung – zur Kenntnis genommen, durch Parteivernehmung des ersten Vorsitzenden der Beklagten; - die Budgetgeber (des EBM 1997) haben nichts bewertet, weil sie über keinerlei Informationen über den Wert der von ihnen eingeschränkten Leistungen verfügten, durch amtliche Auskunft des Beigeladenen; - der Beigeladene hat keinerlei rechtlich verwertbare betriebswirtschaftliche oder statistik-wissenschaftliche Feststellungen zu denjenigen radiologisch/nuklearmedizinischen Leistungen getroffen, die er im EBM bepunktet hat, durch - Beiziehung der Kostenstrukturanalyse (zit. bei Hesral, NZS 2000, S. 596 ff ..., 597, Anm. 14), - Gutachten KMPG aus August 1997 (ebd.); - Gutachten Prof. Männel vom 12. 09.1997 (ebd.) sowie durch Beiziehung aller Aufstellungsakten des Beigeladenen über das Zustandekommen des EBM 1997 sowie aller Vorgängerregelungen; - die in Abschnitt Q 1 und R 1 EBM (1997) als abrechnungsfähig angegebenen Scanzahl- und Sequenzzahlen reichen - auch unter Anlegung von Durchschnittlichkeitsmaßstäben - nicht aus, um den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig ist, um unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen, durch Sachverständigengutachten; - das Hessische Sozialministerium hat im konkreten Fall (HVM - 1997) nicht nachgeprüft, ob der hier in Frage stehende HVM ordnungsgemäß zustandegekommen ist (hinsichtlich ordnungsgemäßer Ladung der Vertreterversammlung, Ausfertigung der Beschlüsse, "Benehmen" mit den Verbänden der Krankenkassen), durch amtliche Auskunft des Hessischen Sozialministeriums; - die Vertreterversammlung der Beklagten hat bei der Verabschiedung der im streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt; sie hat auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen gehabt, durch Vernehmung des damaligen Vorsitzenden Dr. X., als Zeugen; - der HVM bewirkt, dass radiologische Leistungen mit Differenzen von mehr als 30 v.H. ungleich vergütet werden, je nachdem, ob es sich um einen Radiologen oder um einen Teilradiologen handelt, durch amtliche Auskunft der Beklagten; - die effektiven Auszahlungspunktwerte in dem hier streitigen Quartal sind ebenso extrem different wie in dem Quartal IV/1998, durch Vorlage der Auswertung der Beklagten; - innerhalb der Honorargruppe 4.16 = Anlage 2 zu LZ 702 HVM sind die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem ob es sich handelt um - konventionelle Praxen, - nuklearmedizinische Praxen, - konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, - Praxen mit CT sowie ggf. konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, - Praxen mit CT und MRT sowie konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, - Praxen, die ausschließlich CT und/oder MRT-Leistungen erbringen, - Praxen mit großer Strahlentherapie (Linearbeschleuniger) ggf. in Kombination mit einer oder mehrerer der zuvor genannten Leistungen, durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens; - für die Ungleichbehandlung der Pathologen gibt es einen (bzw. keinen) sachlichen Grund, durch Beibringung der (angeblichen) Vorlage vom 05.04.1997 seitens der Beklagten;

Während des Berufungsverfahrens ist der als "Widerspruchsbescheid" bezeichnete Bescheid der Beklagten vom 26. März 2001 ergangen, mit welchem der Vorstand der Beklagten nach erneuter Überprüfung bei dem Kläger bzgl. der Individualbudgetierungsmaßnahmen auf den Durchschnitt der Fachgruppe abgestellt hat. Dementsprechend hat die Beklagte im Bescheid vom 26. März 2001 dem Widerspruch insoweit stattgegeben als dem Kläger - unter Aufhebung der Maßnahmen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM (Individualbudgetierung) - ein Honorar im Gesamtbetrag von 2.940,97 DM nachgezahlt worden ist. Die Beklagte hat klargestellt, dass dieser Bescheid, soweit er sich auf das hier streitbefangene Quartal III/97 bezieht, Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden und als Teil-Anerkenntnis zu bewerten sei. Dieses Teil-Anerkenntnis hat der Kläger im Erörterungstermin am 23. Juli 2003 angenommen.

Der Kläger beantragt nunmehr, unter Änderung des Urteils des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 19. Juli 2000 sowie unter Änderung des Bescheides vom 25. März 1998 - in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 sowie des Bescheides vom 26. März 2001 - die Beklagte zu verurteilen, ihm hinsichtlich des Honorars III/97 einen neuen Bescheid unter Beachtung der Rechtsauffassung des Berufungsgerichts zu erteilen, hilfsweise, festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an ihn im Quartal III/97 5 v.H. für Zwecke der erweiterten Honorarverteilung (EHV) einzubehalten, weiter hilfsweise, Beweis zu erheben entsprechend den Beweisanträgen in seinem Schriftsatz vom 4. Juli 2003 unter Berücksichtigung der vorstehenden Änderung, ferner, Beweis über seine Behauptung zu erheben, für die Beklagte sei spätestens ab 1992, jedenfalls aber ab 1. Januar 1993 nach den damaligen Erkenntnissen der Versicherungs- und Rentenmathematik erkennbar gewesen, dass die EHV in der bestehenden Form objektiv ungeeignet war, um die in ihr vorgesehenen Ansprüche der Berechtigten zu befriedigen, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens, sowie die Berufung der Beklagten zurückzuweisen, und weiter hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 19. Juli 2000 zu ändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen sowie die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte beruft sich darauf, dass nach Änderung des Honorarbescheides durch den (Widerspruchs-)Bescheid vom 26. März 2001 die Beschwerde des Klägers entfallen sei. Insoweit sei dem Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 19. Juli 2000 die Grundlage entzogen worden. Der Honorarbescheid sei in der Fassung, die er durch den Folgebescheid gefunden habe, rechtens und beruhe auf rechtmäßigen Grundlagen. Insoweit bezieht sich die Beklagte auf das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main und dessen Entscheidungsgründe, die sie - insoweit - für zutreffend und überzeugend hält.

Der Senat hat durch Beschluss vom 30. Dezember 2002 den Bewertungsausschuss beigeladen. Der Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Der Senat hat (u.a.) beigezogen (aus einem Parallelverfahren) ein Gutachten vom 6. August 1999 (Rinke Treuhand GmbH) betreffend die radiologischen Praxen in Bereich der KV Nordrhein im Zeitraum 1993 bis 1997 sowie ein Gutachten vom 19. Juli 1994 (Rohrbeck/Heubeck) - die seinerzeit noch geplante - Einführung der EHV betreffend. Alle Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Für den Sach- und Streitstand im Übrigen wird Bezug genommen auf die Gerichtsakten (einschließlich der in diesem und in Parallel-Verfahren bereits eingeführten Unterlagen in den beiden vom Senat erstellten Ordnern) sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten, die dem Senat vorgelegen haben. Sämtliche Unterlagen sind mit den - anwesenden - Beteiligten im Termin am 23. Juli 2003 erörtert worden und waren Gegenstand der Beratungen des Senats.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung war unter Mitwirkung von zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten zu entscheiden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Der Senat konnte im Einverständnis aller Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 124 Abs. 2 SGG).

I. Die Berufungen des Klägers und der Beklagten sind - uneingeschränkt - zulässig, denn sie sind form- und fristgerecht eingelegt worden (§ 151 Abs. 1 und 2 SGG) sowie an sich statthaft (§§ 143 ff., 144 Abs. 1 SGG). Auch nach teilweiser Erledigung des Rechtsstreits durch das angenommene Teil-Anerkennnis bleibt die Berufung des Klägers zulässig, weil er - nach Maßgabe der von ihm beantragten Entscheidung des Berufungsgerichts - ein höheres Honorar begehrt, als die Beklagte ihm entsprechend den für sie maßgeblichen Regelungen des Gesetzes, des EBM und des HVM zugebilligt hat. Insoweit besteht auch ein Rechtsschutzbedürfnis des Klägers sowohl für den Anfechtungs- wie auch für den Bescheidungsantrag weiter (vgl. hierzu auch BSGE 43, 1 ff., 3. f. sowie BSG, Urt. vom 21. Okt. 1998 - B 6 KA 65/97 R = SozR 3-2500 § 85 Nr. 27 und vom 16. Juli 2003 - B 6 KA 39/02 R -). Zulässig ist - entgegen der Auffassung des Sozialgerichts - auch der nunmehr modifiziert und hilfsweise gestellte Feststellungsantrag, weil mit ihm die Feststellung des Bestehens eines Rechtsverhältnisses - hier bzgl. der EHV - und nicht nur eines Elements desselben begehrt wird (§ 55 SGG). Deshalb kann dahinstehen, ob hier - ausnahmsweise - auch die Elementenfeststellungsklage zulässig sein müßte. Das SGG kennt im Übrigen keine strikte Nachrangigkeit der Feststellungsklage (vgl. im Einzelnen: Meyer-Ladewig, SGG, 7. Aufl. § 55 Rdnr. 9a ff., 19 ff.).

II. Die Berufung der Beklagten ist insoweit begründet, als sie die Änderung des erstinstanzlichen Urteils begehrt. Die Berufung des Klägers ist hingegen unbegründet. Insoweit mit ihr die Änderung des angefochtenen Urteils und der Honorarbescheide - einschließlich des Widerspruchsbescheides - und die Verurteilung der Beklagten zur erneuten Bescheidung des Klägers unter Beachtung einer - abweichenden - Rechtsauffassung des (Berufungs-)Gerichts begehrt wird, hat das Sozialgericht die Klage zu Recht abgewiesen. Nach Erlass des Bescheides vom 26. März 2001, der Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden ist (§§ 153 Abs. 1, 96 SGG), und der Annahme des hierin liegenden Teil-Anerkennnisses durch den Kläger, erweist sich die Bescheidung des Honoraranspruchs des Klägers für das hier allein streitbefangene Quartal III/97 durch die Beklagte als uneingeschränkt rechtmäßig, weshalb - entsprechend dem Antrag der Beklagten in deren Berufung - das Urteil des Sozialgerichts jetzt keinen Bestand haben konnte; es war zu ändern und die Klage in vollem Umfang abzuweisen.

Nach § 96 SGG, der im Berufungsverfahren gilt (§153 Abs. 1 SGG), wird ein Bescheid Gegenstand des Gerichtsverfahrens, wenn (u.a.) durch ihn ein angefochtener Bescheid abgeändert wird. Dies trifft auf den Bescheid vom 26. März 2001 zu. Die Beklagte war insoweit zu der Überzeugung gekommen, dass bzgl. der Individualbudgetierung beim Kläger mindestens auf den Durchschnitt der Fachgruppe hätte abgestellt werden müssen. Dementsprechend hat die Beklagte dem Urteil des Sozialgerichts vom 19. Juli 2000 Rechnung getragen und dem Kläger als weiteres Honorar für das Quartal III/97 einen Betrag in Höhe 2.940,79 DM ausbezahlt. Damit ist der (ursprüngliche) Honorarbescheid vom 25. März 1998 (einschließlich der maßgeblichen Anlage) geändert worden, weshalb der Bescheid vom 26. März 2001 zum Gegenstand des vorliegenden Verfahrens geworden ist. Durch die Annahme des Teil-Anerkennnisses ist der Kläger insoweit nicht mehr belastet, weshalb insoweit das Urteil des Sozialgerichts keinen Bestand haben konnte und die Berufung des Klägers im Übrigen - in vollem Umfang - zurückgewiesen werden musste.

Das vom Kläger mit der Klage und dem Berufungsantrag vorliegend geltend gemachte Begehren auf Auszahlung eines höheren Honorars für das Quartal III/97 schließt weder mögliche Ansprüche für spätere Quartale mit ein (auch nicht insoweit, als ein Absehen von der Fallzahlbegrenzung erfolgt ist) - wie das Sozialgericht durch Trennungsbeschluss vom 8. März 2000 (nebst Klarstellung in der Niederschrift vom 17. Juli 2000) zutreffend festgestellt hat - noch mögliche Ansprüche für III/97 aus Regelungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nach LZ 607 HVM sowie Härteregelnungen nach LZ 803 HVM. Hierzu hat der Senat verschiedentlich in Parallelverfahren bereits entschieden; es wird dies jetzt auch von den Beteiligten nicht weiter in Frage gestellt ...

Der Honorarbescheid vom 25. März 1998 für das Quartal III/97 - in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Oktober 1998 und des Bescheides vom 26. März 2001 (im Folgenden auch: die Bescheide - soweit nicht Abweichendes ausdrücklich erläutert wird) ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht (mehr). Der Kläger hat jetzt keinen Anspruch mehr auf Neubescheidung seines Honoraranspruchs.

III. Die angefochtenen Honorar-Bescheide (und der Widerspruchsbescheid) sind formell rechtmäßig.

1.) Die Honorarbescheide - vom 25. März 1998 und 26. März 2001 - nebst Anlagen - sind, auch unter Berücksichtigung des Widerspruchsbescheides vom 18. Oktober 1998 (nachfolgend auch: die (Honorar-)Bescheide) inhaltlich hinreichend bestimmt. 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 sind in der Festlegung der Honorarhöhe vollständig, klar und unzweideutig und zudem auch für den Kläger verständlich. Dabei ist im Hinblick auf § 33 Abs. 1 SGB X nicht erheblich, inwieweit das Rechenwerk und damit der Begründungsteil des Verwaltungsaktes zu Recht beanstandet wird; jedenfalls wird die Regelungsaussage durch die Begründung und die Anlagen zu den Honorarbescheiden nicht in Frage gestellt.

2.) Die angefochtenen Honorarbescheide sind auch i.S. der Vorgaben des § 35 SGB X 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. Lediglich in den Ausnahmefällen des § 35 Abs. 2 SGB X bedarf es keiner Begründung. 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, a.a.O., § 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 den Anlagen, wenn diese Bestandteile der Bescheide sind, folgen können. Die Anforderungen sind insoweit jedoch auf die wesentlichen Angaben begrenzt; nicht erforderlich ist es, dass im Einzelnen alle erheblichen Umstände, Zahlen und Beträge sowie rechtlichen Zusammenhänge erläutert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3. Dezember 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 nachvollziehbar überprüft werden können. Diesen Anforderungen entsprechen die Honorarbescheide.

Dem steht nicht entgegen, dass das Rechenwerk als solches für den Kläger möglicherweise nicht in vollem Umfang und ohne fremde Hilfe nachvollziehbar und überprüfbar ist. Darin ist noch kein Verstoß gegen das Begründungserfordernis nach [§ 35 SGB X](#) 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. Dies muss nicht zwingend durch Schulungsveranstaltungen oder Fortbildungsgelegenheiten seitens der Beklagten erfolgen, wie dies der Kläger anmahnt und beanstandet, dass die Beklagte entsprechende Angebote im Zusammenhang mit wesentlichen Änderungen der Honorarfestlegung ab 1. Juli 1997 nicht angeboten habe. Die Beklagte ist jedoch verpflichtet, auf Verlangen die nötigen Informationen zu geben; diese hat die Beklagte vorliegend jedoch nicht verweigert.

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, welche die Nichtigkeit der Honorarbescheide rechtfertigen könnten ([§ 40 SGB X](#)) 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 X](#) i.d.F. bis 4. Euro-Einführungsgesetzes vom 21. Dezember 2000 ([BGBl. I S. 1983](#)), wonach die Aufhebung eines Verwaltungsaktes nicht allein deshalb beansprucht werden kann, weil dieser unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn offensichtlich ist, dass die Verletzung die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat. Ohnedies könnten Verfahrensfehler in einer rechtsgebundenen Entscheidung - wie vorliegend gegeben - auch nach [§ 42 Abs. 1 SGB X](#) i.d.F. vom 21. Dezember 2000 noch bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens geheilt werden.

Das sozialgerichtliche Urteil, auf das - insoweit - verwiesen wird, hat die Nachvollziehbarkeit der Honorarabrechnung - auch insoweit, als es diese (noch) für korrekturbedürftig gehalten hat - eingehend dargelegt und damit belegt, dass alle wesentlichen Aussagen den Honorarbescheiden entnommen werden können; Rechenoperationen und Teilergebnisse seien im Bescheid benannt worden und die Rechenschritte jedenfalls unter Beiziehung der Rechtsgrundlagen nachvollziehbar. Das BSG hat klargestellt, dass selbst wenn nicht sämtliche für die Festlegung von Honorarentscheidungen maßgeblichen Umstände, Zahlen und Beträge im Bescheid bzw. in den Anlagen aufgeführt sind, darin kein Begründungsdefizit zu sehen sei (vgl. BSG, Urt. vom 3. Dezember 1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)).

3.) Mit den Honorarbescheiden hat die Beklagte auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) 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 X](#)). Die Pflicht zur Anhörung besteht insbesondere, wenn in die Rechte eines Beteiligten eingegriffen wird; deshalb erscheint bereits die Anwendung der Regelung des [§ 24 SGB X](#) im Hinblick darauf, dass die Honorarbescheide Leistungsbescheide sind, fraglich. Für den Bereich des Arbeitslosenversicherungsrechts hat dies das BSG mit Urteil vom 29. November 1990 (- [7 RAr 6/90](#) - [SozR 3-4100 § 139a Nr. 1](#)) über den Regelungsbereich dieses Rechtsgebiets hinaus klar zum Ausdruck gebracht.

Der Kläger hatte bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme und damit zur Wahrung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör gehabt, so weit dieses zugleich auch der Regelung des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) entnommen werden kann. Selbst wenn ein Anhörungsfehler vorgelegen hätte, wäre dieser gem. [§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#) als geheilt anzusehen, wobei eine Heilung bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens möglich ist, [§ 41 Abs. 2 SGB X](#).

4.) Der Vortrag der Klägerseite, der Vorstand der Beklagten sei vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche des Klägers und dessen Argumente nicht oder nicht ausreichend unterrichtet worden bzw. diese hätten die Auffassung des Klägers nicht zur Kenntnis genommen, ist gleichfalls nicht erheblich. Der Vorstand hatte allein eine rechtsgebundene Entscheidung zu überprüfen. Inwieweit dem Vortrag der Beklagten zu folgen war, wonach in jedem Falle eine schriftliche oder mündliche Unterrichtung durch die juristische Geschäftsführung vor einer Beschlussfassung erfolgt war, kann deshalb dahinstehen. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Ermittlungen i.S. des Beweisantrags der Klägerseite. Unstreitig ist, dass die Entscheidungen durch den Vorstand erfolgt sind.

IV. Die Honorarbescheide sind (nunmehr) materiell-rechtlich und rechnerisch rechtmäßig und richtig; sie beruhen auf Rechtsgrundlagen, insbesondere auf dem EBM und einem HVM, die rechtlich nicht zu beanstanden sind.

Die Honorarbescheide regeln als Verwaltungsakte i.S. von [§ 31 Abs. 1 SGB X](#) die Höhe des an den Kläger auszuweisenden Honorars. Die insoweit getroffenen Aussagen sind bestimmt; lediglich die Nachvollziehbarkeit der Berechnung des Honorarsanspruchs des Klägers wird von diesem beanstandet, worin jedoch - wie oben ausgeführt worden ist - kein Formmangel liegt. Die Anwendung des Regelwerks durch die Beklagte ist - nach der nunmehr erfolgten Korrektur - zutreffend; insoweit werden auch keine Rechen- oder Rechtsfehler seitens des Klägers mehr 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. Soweit seitens des Klägers die Anwendung von Abschnitt III der Anlage 3 zur LZ 702 HVM beanstandet wird, fehlt es nach der Korrektur durch die Beklagte an einer Beschwer des Klägers.

V. Der HVM ist, soweit dieser auf den Kläger anzuwenden ist, rechtmäßig.

1.) Dabei ist die Prüfung des erkennenden Senats i.S. des hier zu gewährenden Individualrechtsschutzes auf die Fragen, vornehmlich im Zusammenhang mit dem HVM (im Übrigen auch bezüglich des EBM) begrenzt, soweit diese das Honorar des Klägers im Zusammenhang mit den angefochtenen Honorarbescheiden betreffen. Demgegenüber unterliegt hier der HVM (wie auch der EBM) 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 der Kläger konkret nicht betroffen ist. 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 dem Kläger 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 des Klägers aus. Insoweit kann dem Kläger jedoch keine Überprüfungsbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben werden, die letztlich auf eine abstrakte Normenkontrolle hinausläufe.

2.) Ein Honoraranspruch des Klägers kann nur aus den Honorarverteilungsregelungen der Beklagten hergeleitet werden. Gesetzliche Grundlage ist [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) 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.

3.) Der HVM ist formell rechtmäßig zustande gekommen. a) Hinsichtlich der Einwendungen des Klägers, es sei nicht lückenlos belegt, dass zu den Sitzungen der Vertreterversammlung der Beklagten ordnungsgemäß und unter Beachtung der Geschäftsordnung eingeladen worden sei und dass der beschlossene Satzungstext mit den Ausfertigungen in allem übereinstimme, waren entsprechende Ermittlungen des erkennenden Senats nicht geboten. Entsprechende Nachforschungen sind von Amts wegen, vgl. [§ 103 Satz 1 1. Halbs. SGG](#), nur insoweit geboten, als der Sachverhalt und gegebenenfalls der Vortrag der Beteiligten hierzu Anlass geben. Allein die Äußerung von Zweifeln bei dem Kläger reichen hier nicht aus.

b) Von dem Kläger kann das "Herstellen des Benehmens" i.S. des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) nicht mit Erfolg in Frage gestellt werden. 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, Ur. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Ur. vom 24. August 1994 - [6 RKA 15/93 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Ur. vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 68/94 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Insoweit ergeben sich in Übereinstimmung mit dem Vortrag der Beklagten keine Zweifel, dass das Benehmen hinsichtlich der HVM-Regelungen seit dem 1. Juli 1997 hinsichtlich der streitbefangenen Quartale hergestellt worden ist, wie insbesondere auch aus einer Notiz der Beklagten vom 5. November 1999 folgt. Es ist jeweils vollständig ein Benehmen hergestellt worden, teils vorab und teils nachträglich.

c) Auch die Beanstandungen, des Klägers hinsichtlich der Veröffentlichung des HVM greifen nicht, 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 Unterrichtung durch Rundschreiben (vgl. BSG, Ur. vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 68/94 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)) der Landesstelle der Beklagten als Anlage satzungsgemäß mit der Folge, dass auch eine wirksame Verkündung vorliegt.

d) Der hier angewandte HVM ist auch nicht deshalb unwirksam, wie der Kläger meint, 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 und Leistungen 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, 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, Ur. vom 3. März 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, Ur. vom 8. März 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.

4.) Die Regelung des HVM verstößt nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Dem Kläger ist zuzugeben, dass der Regelungsbereich des HVM komplex, kompliziert und schwierig ist, wie dies auch das Sozialgericht festgestellt hat. Die Regelung kann im Einzelfall auch unklar, vielleicht sogar widersprüchlich sein, weshalb jedoch der HVM insgesamt nicht als nichtig angesehen werden kann. Die Beklagte kann den HVM verwaltungsmäßig umsetzen und die Sozialgerichte können die Regelungen nachvollziehen. Den HVM klarer zu fassen, wird ein stetes Anliegen bleiben; der Vorwurf eines Verweisungswirrwarrs, wie ihn der Kläger erhebt, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. Der Kläger hat sich zudem freiwillig in dieses Regelungssystem begeben und dieses ist zudem im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung entstanden.

5.) Der HVM verstößt (wie im Übrigen auch der EBM) nicht gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt.

a) Die Rechtsetzungskompetenz ist dem Satzungsgeber in nicht zu beanstandender Weise übertragen worden. Der HVM trifft - hier ebenso wie auch 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 V](#) für den HVM (und entsprechend [§ 87 SGB V](#) für den EBM) eine ausreichende und hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage dar, wie die höchstrichterliche Rechtsprechung mehrfach bestätigt hat (vgl. mit zahlreichen Nachweisen Engelmann, in: NZS 2000, S. 1, 76). Dahingestellt bleiben kann, inwieweit die Legitimation ausreicht, durch derartiges Satzungsrecht mittelbar oder möglicherweise unmittelbar in die Rechte Dritter - etwa der Versicherten - einzugreifen, weil dies hier nicht entscheidungserheblich ist (vgl. die Diskussion z.B. bei Engelmann, a.a.O. sowie Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49, 97) ...

b.) 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 - entgegen der Auffassung des Klägers - die Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, vgl. [§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#), 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. Aus der von der Beklagten vorgelegten Wahlordnung (nebst Anlage) ist zu erkennen, dass die Zahl der außerordentlichen Mitglieder den gesetzlichen Vorgaben des [§ 80 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) entspricht. Es ist auch sichergestellt, dass die Entscheidung dieses Selbstverwaltungsgremiums nicht von Partikularinteressen bestimmt wird (vgl. hierzu: BVerfG vom 5. Dezember 2002 - [2 BvL 5/98](#) und 6/98; BGBl. I. (2003) S. 853; [NVwZ 2003, S. 974](#) ff.). Durch Satzungsrecht (vgl. § 8 der Geschäftsordnung der Abgeordnetenversammlung der Beklagten - Beschlussfähigkeit -) ist überdies, wie die Beklagte für den Senat überzeugend dargelegt hat, gewährleistet, dass die außerordentlichen Mitglieder keine eigenen Mehrheit bilden und somit nicht ihre - lediglich hypothetisch evtl. abweichenden - Partikularinteressen durchsetzen könnten. Damit ist auch den Vorgaben des BVerfG (a.a.O.) - jedenfalls für den Bereich des vertragsärztlichen Selbstverwaltung - Genüge getan.

6.) Wie auch das Sozialgericht zu Recht festgestellt hat, kann den gesetzlichen Bestimmungen (hier: [§ 85 Abs. 4 SGB V](#)) nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, das heißt mit einem für alle Leistungen 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.

7.) Der Senat teilt auch nicht die Auffassung des Klägers, 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).

a) 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. Februar 1995 - [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. Das Bundessozialgericht stellt in seiner ständigen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 6/98](#) und - 8/98 - a.a.O.; Urt. vom 10. Mai 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. März 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.

b) Soweit der Kläger einwendet, der Gesetzgeber habe verschiedene alternative Möglichkeiten, um auch im Rahmen der Bindung an eine Gesamtvergütung dem vom Kläger geforderten Anspruch auf ein "angemessenes Arzthonorar" Rechnung zu tragen und beispielsweise die Möglichkeit, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen, folgt ihm der erkennende Senat nicht. Weder kann die Beklagte gehalten sein, allein mit dieser Möglichkeit dem Anliegen von Vertragsärzten zu entsprechen und zugleich die Gesamtverantwortung für das soziale Sicherungssystem - hier der gesetzlichen Krankenversicherung - mit entsprechenden Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Arbeitsbereich hintanzustellen, noch kann der parlamentarische Gesetzgeber hierzu gezwungen werden. Bei dessen Gesamtverantwortung für die sozialen Sicherungssysteme lässt sich vielmehr erkennen, dass auch der Faktor des Beitragssatzes ein wesentliches Kriterium für die Funktionsfähigkeit der sozialen Sicherungssysteme ist. Damit kann im Ergebnis weder aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) noch aus den Vorschriften des SGB V der Anspruch eines einzelnen Arztes auf ein "angemessenes Honorar" oder in abgeschwächter Form auf einen festen Punktwert hergeleitet werden.

c) Zwar folgt daraus 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. Das eingesetzte Mittel muss im konkreten Fall - mit Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung - geeignet und erforderlich sein, um 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 werden muss, und zwar umso mehr, 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.

d) Die fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung kann in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 8. März 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 bzgl. einer Facharztgruppe - so beeinträchtigt ist, dass auch die berufliche Existenz der in dem Versorgungssystem beteiligten Vertragsärzte gefährdet ist. Der Kläger trägt zwar erhebliche Belastungen durch die Honorarverteilungsregelungen vor; die Sicherstellung der Versorgung auch auf den Gebieten der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenmedizin im Lande Hessen wird jedoch nicht in Frage gestellt. Entgegen der Auffassung des Klägers kann aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Indienstnahme Privater und deren Anspruch auf angemessene Entschädigung (vgl. BVerfG, Beschl. vom 13. Januar 1999 - [1 BvR 1909/95](#) - [NJW 1999, S. 1621](#)) kein Anspruch der Vertragsärzte auf ein angemessenes Honorar aus der vertragsärztlichen Tätigkeit hergeleitet werden. Es geht hier nicht um eine Entschädigung bzw. Vergütung isoliert zu betrachtender Einzelleistungen; Vertragsärzte sind - auf freiwilliger Basis - in das Gesamtsystem der vertragsärztlichen Versorgung und dessen Vergütung inkorporiert, sodass es nicht auf eine Einzelleistungsvergütung, sondern auf die Gesamthonorierung aller Leistungen des Leistungserbringers in einem bestimmten Zeitabschnitt ankommt. Muss das Gesamtvolumen der an alle Leistungserbringer zu verteilenden Vergütung aus gewichtigen Gründen des Gemeinwohls begrenzt werden, so fehlt es an einer entsprechenden Begrenzung bei denjenigen freien Berufen, wie etwa Rechtsanwälten oder Notaren, auf die sich der Kläger bezieht. Mangels Vergleichbarkeit können daher die von dem Kläger eingeführten Rechtsgrundsätze auf seine Rechtslage nicht übertragen werden. Vielmehr bleibt es dabei, dass ein Rechtsanspruch auf angemessene vertragsärztliche Vergütung nicht begründet ist. Es kann danach bei alledem in Bezug auf die Honorierung des Klägers auch kein Verstoß gegen die guten Sitten angenommen werden. Für die Sittenwidrigkeit der vertragsärztlichen Honorierung bestehen nach den insoweit maßgeblichen Rechtsgrundlagen keine Anhaltspunkte. Vorstellungen einer Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung, wie sie das Vertragsrecht prägen und auch für das Arbeitsrecht Geltung haben, können vor dem dargelegten Hintergrund verfassungskonformer Begrenzung der Gesamtvergütung nicht zur Anwendung kommen.

e) 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" (das aber erst als Ergebnis von Aushandlungsprozessen zwischen den Tarifparteien im Rahmen der diesen durch [Art. 9 Abs. 3 GG](#) gewährten Tarifautonomie zustande kommt). Der Beruf des Vertragsarztes wird jedoch als ein dem Grunde nach freier Beruf, verbunden mit unternehmerischen Entscheidungen und einer eigenständig verantwortete Kosten- und Leistungsrechnung geführt, wenngleich auch eingebunden in ein Vertragssystem, das die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in weitem Umfang gestaltet und sicherlich auch einengt. Es bleibt dabei dem Kläger allein überlassen, wie er die Praxis (auch im Hinblick auf laufende Kosten) organisiert, das Geräte- und Leistungsspektrum ausrichtet, welche Kooperationsformen er wählt, welche zusätzlichen Leistungen er anbieten kann und will und ob er z.B. Gutachtensaufträge (oder Aufträge im Rahmen von Begutachtungen) ausführt. Von solchen Entscheidungen und Bemühungen hängt unter anderem zwangsläufig die Kostenstruktur einer Praxis ab, wie bei steigendem Anteil nicht-vertragsärztlicher Leistungen der auf die vertragsärztliche Tätigkeit entfallende Kostenanteil sinkt - was nicht gleichbedeutend mit einer "Subventionierung" der vertragsärztlichen Tätigkeit (miss) zu verstehen ist. Der Streit um die "Angemessenheit" der (auch der kassen- bzw. vertrags-) ärztlichen Vergütung reicht im übrigen weit zurück (vgl. dazu im Einzelnen die Ausführungen des Senats in den Urteilen vom 29. Januar 2003 - [L 7 KA 921/01](#) - (Revision anhängig - B 6 KA) sowie [L 7 KA 1105/01](#) - S. 47 ff. (Revision anhängig - B 6 KA sowie - L 7 KA 1156/01 - S. 49 ff. (rechtskräftig) unter Hinweis auf: F. Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform - Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg i.B. 1967, passim, z.B. S. 87, 98 f., 131 ff., 154 ff.). Der weitreichende Konsens (trotz bestehender Kritik an Demokratiedefiziten) in der juristischen wie der (wissenschaftlichen) sozialpolitischen Diskussion, auf den sich der Senat bezogen hat, besteht nicht nur hinsichtlich der Legitimität gewachsener "neo-korporatistischer" Strukturen des "Gesundheitssystems" sondern - wie der Senat ausdrücklich betont hat und was der Kläger verkennt - auch dahin, dass von Verfassungs wegen eine legale Kompetenz des parlamentarischen Gesetzgebers besteht, Aushandlungsmechanismen einzurichten, in denen einerseits die komplexen und spezifischen Fachwissen verlangenden Fragen der medizinischen Versorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft geklärt, andererseits aber auch die Interessen der Leistungserbringer zu einem Ausgleich mit den Belangen der Versicherten - den Beitragszahlern - und ihren Kassen gebracht werden können (vgl. hierzu die Literaturnachweise in den Urteilen des Senats vom 29. Januar 2003 [a.a.O.](#) vor allem - speziell für das "Gesundheitswesen" - H. Wiesenhal, Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Frankfurt a.M./New York N.Y. (Campus) 1981; G. Gäfgen, Hg.; Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden (Nomos) 1988; H. Adam/K.-D. Henke und I. Ebsen sowie J. Wasem, in: Schulin (Hg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. I, Krankenversicherungsrecht, München (C.H. Beck) 1994, §§ 3, 7, und 31; K. Michelsen, Blockade oder Stabilisierungsfaktor? - Die Selbstverwaltung in der Kritik, in: H.-U. Deppe/W. Burkhardt, Hg., Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg 2002, S. 104 ff.). Für das Vertragsarztrecht und die dort bestehenden Einrichtungen, die eine auf Wahlen beruhende Beteiligung sicherstellen, vermag der Senat nicht zu erkennen, dass sie den Mindestanforderungen an die demokratische Legitimation funktionaler Selbstverwaltung (vgl. zuletzt: BVerfG vom 5. Dez. 2002 - [2 BvL 5/98](#) und - 6/98 - , [NVwZ 2003, S. 974](#) ff.) nicht genügen.

Auch der Honoraranspruch des Klägers kann sich deshalb nur nach den in diesen neo-korporatistischen Strukturen "ausgehandelten" bzw. erlassenen Normen des geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen bemessen, wobei, wie dargelegt und noch darzulegen ist, für die Aushandlungsmechanismen der vertragsärztlichen Vergütung ein rechtsstaatlich und demokratisch (noch) hinnehmbarer gesetzlicher Rahmen gegeben ist. Der Honoraranspruch des Klägers bemißt sich deshalb nur nach dem geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen.

Auch eine weitere Sachaufklärung des Senats zur wirtschaftlichen Situation der konkreten (einzelnen) Praxis des Klägers in dem streitbefangenen Quartal war nicht geboten. Aus der vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen ist noch nicht einmal ersichtlich, in welchen Umfang genau der Kläger außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sonstige Einnahmen aus der ärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis erzielt hat. Die Kenntnis dieser Relation ist aber erheblich für den Kostenanteil für private Behandlungen (etc.) und damit - wie ausgeführt - für die Kostenstruktur insgesamt. Darüber hinaus kann aus der Entwicklung in einem Quartal - zu dem bei einer, wie auch die Beklagte nunmehr anerkannt hat - vergleichsweise "jungen" Praxis nicht auf die ökonomische Situation der Praxis des Klägers im Allgemeinen geschlossen werden. Es ist aus mehreren Parallelverfahren, die beim Senat anhängig waren bzw. sind - auch für den Kläger und seine Bevollmächtigten sowie für den Beigeladenen und für die Beklagte - gerichtsbekannt, dass bei Nachweis von geringeren Überschüssen oder aber Verlusten in einzelnen oder mehreren Quartalen gleichwohl ein nicht unerheblicher Jahresüberschuss - bezogen auf

ein ganzes Kalenderjahr - erwirtschaftet werden könnte. Einen Beweisbeschluss zur Offenlegung und Analyse sämtlicher Einnahmen aus der Praxis des Klägers über eine längere Zeitspanne - und zu deren Verwendung - hält der Senat nicht für geboten, da auch aus der Kenntnis der Daten einer einzelnen Praxis nicht auf die Gefährdung der Versorgung in einem ganzen Versorgungsbereich geschlossen werden könnte. Für solche Ausnahmesituationen - sollten sie vorliegen - hat die Beklagte die Möglichkeit, von Regelungen zur Sicherstellung oder aber dem Härteausgleich - gegebenenfalls in einem gesonderten Verwaltungsverfahren - Gebrauch zu machen. Es ist im Übrigen gerichtsbeamtet - und auch den Beteiligten aus zahlreichen Parallelverfahren zugänglich - dass nach der Kostenstrukturanalyse des ZI (der KBV und der KVen) in den Jahren 1996 bis 1998 von Radiologen (in den alten Bundesländern) jährlich Gesamteinnahmen von durchschnittlich mehr als 1 Mio. DM erwirtschaftet worden sind, und dass davon ca. 76,41 % auf KV-Honorareinnahmen entfielen (bei Überschüssen aus KV-Tätigkeit von durchschnittlich rd. 163 TDM und von ca. 50 TDM aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit). Der Betriebskostenanteil betrug dabei ca. 80 % der Gesamteinnahmen. Auch wenn der Repräsentationsgrad mit 1,42 % (alte Bundesländer) gering ist, geben die Zahlen jedenfalls derzeit keinen Anlass zu der Annahme, die Versorgung im Bereich der Radiologie könne - generell - gefährdet sein. Zu einer eigenen - flächendeckenden - Beweiserhebung mußte der Senat sich deshalb nicht veranlasst sehen. Ermittlungen "ins Blaue" - oder gar einen "Ausforschungsbeweis" - im Hinblick auf sämtliche Praxiseinnahmen und deren Verwendung sowie die Kostenkalkulation bei einer - für verbindliche Aussagen hinlänglich - großen Zahl radiologischer Praxen, sind wegen des zur Überzeugung des Senats (auch in der Fläche) gesicherten Versorgungsniveaus nicht angezeigt. Die Beobachtung der Entwicklungen obliegt insoweit dem Normgeber - hier in erster Linie dem Beigeladenen. Es ist nicht erkennbar, dass er dieser Aufgabe nicht nachgekommen ist. Auch das dem Senat in einem Parallelverfahren bekannt gewordene Gutachten der Rinke Treuhand GmbH, das für einen direkten Vergleich nicht herangezogen wird, weil es einen anderen KV Bezirk betrifft, gibt nichts dafür her, anzunehmen, dass der Beigeladene generell seiner Beobachtungspflicht bis zu dem vorliegend streitbefangenen Quartal nicht nachgekommen wäre. Die Ausführungen in dem von dem Kläger vorgelegten Gutachten von Frau G. Kempny vom 2. November 1998 zwingen zu keiner anderen Betrachtung. Soweit dort die Annahme eines steigenden Kostenanteils bei sinkendem Punktwert diskutiert wird, fehlt schon die Frage, ob diese Annahme auch dann gilt, wenn der sinkende Punktwert auf einer Leistungsausweitung beruht, die wiederum zu einer Absenkung des Kostenanteils führen muss. Auch wird die für die Klärung der Kostenstruktur wichtige - wie ausgeführt - und durchaus umstrittene Frage nach der Bedeutung des Anteils privatärztlicher Tätigkeit weder gestellt noch diskutiert.

VI. Auch der EBM ist, soweit er für die Honorarfestsetzung des Klägers maßgeblich ist (- wie der HVM aus den vorstehend dargelegten Gründen -) rechtlich nicht zu beanstanden. Die Regelungen des EBM entstammen - wie auch die des HVM - einem System autonomer Rechtssetzung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

1.) [§ 87 SGB V](#) (in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 23. Juni 1997, [BGBl. I S. 1520](#); in Kraft ab 1. Juli 1997), wonach die KBVen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse ... einen einheitlichen Bewertungsmaßstab ... vereinbaren (müssen), der den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmt ([§ 87 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V](#)), bietet hierfür eine rechtsstaatlich hinlänglich klare, von Verfassungs wegen nicht zu beanstandende Grundlage. Nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 39/98 R - SozR 3-2500 § 135 Nr. 11](#) sowie Urteil vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 9/98 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 21](#), jeweils m.w.N.) welcher der erkennende Senat folgt, kommt es in Bezug auf den EBM nicht auf die Legitimation der Mitglieder des Bewertungsausschusses an, sondern allein darauf, ob die Partner der Bundesmantelverträge eine ausreichende demokratische Legitimation haben. Entscheidend ist, dass der EBM in der vereinbarten Form als untergesetzliche Rechtsnorm zum Gegenstand einer Normsetzung gemacht wird. Dies begrenzt zugleich auch die Möglichkeit und Notwendigkeit der Überprüfung des Zustandekommens des EBM und seines Inhalts. Der hinsichtlich seiner insoweit vorgetragenen Einwendungen vom Kläger beantragten Beweiserhebung war deshalb nicht nachzugehen. Der Regelungsspielraum, den die Normgeber haben, ist von den Gerichten zu respektieren (BSG, Urt. vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) - Die Leistungen, Beil. 2001, S. 289; Urt. vom 13. November 1996 - [6 RKA 31/95 - SozR 3-2500 § 87 Nr. 14](#)).

2.) EBM und HVM sind zwangsläufig inhaltlich eng aufeinander bezogen, wobei ihnen eine je unterschiedliche Regelungsfunktion zukommt. 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. März 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. September 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). Ab 1. Juli 1997 sind im EBM Neuerungen eingeführt worden, die neue Strukturelemente beinhalten und deren Auswirkungen auf die ärztliche Leistungserbringung nicht in vollem Umfang absehbar waren. Gleichzeitig wurden im HVM umfangreiche Änderungen vorgenommen, etwa im Abschnitt II in Anlage 3 zu LZ 702 HVM mit konkreten Auswirkungen auf den Kläger. Diese Regelungen sind für den Kläger verbindlich geworden.

3.) Der Kläger kann deshalb auch nicht mit dem Einwand überzeugen, die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM (und ebenso auf einem HVM), der nicht sach-, system- und verteilungsgerecht sei. 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 (vgl. z.B. Beschl. vom 17. Juli 1996 - [2 BvF 2/93 - BVerfGE 95, 1](#) ff.) kann keine entsprechende Verallgemeinerung hergeleitet werden, denn das Bundesverfassungsgericht hat sich jeweils mit konkreten und individuellen Einzelfallmaßnahmen befasst, die in Gesetzesform beschlossen worden waren, aber keines weiteren Vollzugsaktes mehr bedurft hätten. In den angeführten speziellen Fällen befand sich der Normgeber in der Rolle der vollziehenden Verwaltung und musste, wie sonstige Behörden auch, den erheblichen Sachverhalt vollständig und zutreffend ermitteln und seiner Entscheidung zugrunde legen. Beim EBM (und den HVMen) handelt es sich jedoch um generelle und abstrakter Regelungen, die im Einzelfall erst durch die KVen umgesetzt werden müssen.

4.) Dies beinhaltet (und begrenzt zugleich) die Möglichkeiten vorausschauender Ermittlungen und beschränkt wiederum die Möglichkeit einer gerichtlichen Kontrolle. 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 einen 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.

a) Die Kostensätze, die dem EBM zugrundegelegt worden sind, beruhen auf einer Reihe von Gutachten und begleitenden gutachterlichen Stellungnahmen, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden sind, im Übrigen auch für den Bereich der Radiologie. Der Argumentation des Klägers, 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. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 34](#)).

b) Wenn der Kläger 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. 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, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -). Auch wenn für den Bereich der Fachuntergruppe des Klägers Praxisbudgets nicht vorgesehen sind, kann dieser Rechtsprechung eine generelle Aussage entnommen werden. Der gegenteiligen Ansicht des Klägers, es liege insoweit die Feststellung von Tatsachen - wenn auch in normativer Gestalt - durch den Bewertungsausschuss vor, so dass kein Normsetzungs- bzw. Gestaltungsspielraum bestehe und die Richtigkeit der Kostenfeststellung gerichtlich voll zu überprüfen sei - nötigenfalls mit Hilfe von Sachverständigengutachten -, so ist dem 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 erfordern eine Bewertung. Die Entscheidung, was überhaupt den Praxiskosten zuzurechnen sei - so das BSG in der Entscheidung vom 15. Mai 2002 (a.a.O.) weiter -, erfolge notwendigerweise ebenfalls im Wege einer Bewertung, so etwa bei der Frage, welche Kosten in welchem Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der privatärztlichen Tätigkeit oder der privaten Lebensführung zuzuordnen seien. Das BSG (a.a.O.) verweist insoweit auf verschiedene Gutachten, nämlich Kostenberechnungen der KBV, der KPMG sowie das Gutachten von Männel und damit 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. Mai 2002 (a.a.O.) - auch schon in anderem Zusammenhang, nämlich in seinen Urteilen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, von dem normativen Charakter der Kostensätze ausgegangen (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 (Urteil vom 15. Mai 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. Kommt dem Bewertungsausschuss wie jedem Normsetzer bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu (vgl. schon BSG in: [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)), so ist diese von der Rechtsprechung zu respektieren und darf von ihr 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 (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 geht, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen seien, (BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - a.a.O. unter Hinweis auf [BVerfGE 68, S. 193](#) ff., 218 und - zuletzt [BVerfGE 103, S. 172](#) ff., 184 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 nicht 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 ist 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 (BSG Urt. vom 15. Mai 2002 [a.a.O.](#)). Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums dürfe er auch weitere Gesichtspunkte wie z.B. die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen oder Ähnliches berücksichtigen. Auf dieser Grundlage habe 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 § 85 Nr. 41](#)).

5.) [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) 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. Urteile vom 8. März 2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) sowie - [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 der Kläger nicht mit dem Hinweis entgegenreten, 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, festgestellt (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 erscheint diese Regelung im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Im Rahmen dieser Regelungsbefugnis des Normgebers hält sich auch die Begrenzung der Scanzahl im EBM wie auch der Frequenzzahlbeschränkung. Die KBV hat mit dieser Begrenzung das Ziel verfolgt, worauf auch die Unterlagen des Beigeladenen hinweisen, einer medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung entgegenzuwirken. Der Kläger ist mit seiner durchschnittlichen Scanzahl jeweils mit fast 93 % anerkannt worden, weshalb sich die Honorarverluste - noch - in einem vertretbaren Rahmen bewegt haben. Auch unter dem Gesichtspunkt, dass es sich hier um eine Anfangsregelung gehandelt hat, bedarf es im Hinblick auf das Regelungsziel der Mengenbegrenzung vorliegend keiner weiteren Erörterung oder gar Beanstandung.

6.) Nicht zu beanstanden ist auch, dass der Begriff des Behandlungsfalles auf ein Quartal bezogen wird und nicht der konkrete Leistungsfall, mit der Folge, dass gegebenenfalls mehrere Untersuchungen in einem Quartal ohne weitere Abrechnungsmöglichkeit verbunden seien 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 V](#). Auch hiervon ist der Kläger - soweit erkennbar - nicht unmittelbar selbst betroffen, weshalb dahingestellt bleiben kann, ob der Normgeber bereits ab 1. Juli 1997 insoweit für Radiologen eine von § 21 Abs. 1 BMV-Ä abweichende Regelung hätte vorsehen müssen.

VII. 1.) Bezüglich der Honorarverteilungsregelungen im HVM ist höchstrichterlich anerkannt, dass im Rahmen der Honorarverteilung in der Weise differenziert werden darf, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden, vgl. BSG, Urte. vom 3. März 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, Urte. vom 31. Januar 2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)). [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) berechtigt die KVen, die Honorarverteilung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten vorzunehmen wie auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat (vgl. BSG, Urte. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) 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, Urte. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 46/98 R](#) - und - 14/98 - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)). 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. März 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. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Zulässig und innerhalb des der KVen 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, Urte. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) sowie Urteil vom 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)).

2.) 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. 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 (ebenso BSG, Urte. vom 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und Urte. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -).

3.) 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 Beanstandung des Klägers 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 des Klägers 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 jedenfalls im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des Normgebers hielt, ist bereits ausgeführt worden. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Beweiserhebung i.S. des entsprechenden Beweisantrags des Klägers. 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.

4.) Der Normgeber kann jedoch unabhängig davon gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktwaltergebnisse zwischen Ärzten, welche die gleichen Leistungen erbringen, zu überprüfen und eine Anpassung vorzunehmen; diese Verpflichtung entspricht der Beobachtungs- und

Anpassungspflicht, der Genüge zu tun ist. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung ist jedoch regelmäßig die Einschätzung durch den Normgeber nur dann zu beanstanden, wenn die Regelung willkürlich und entgegen besserer Erkenntnis erfolgt ist. Dabei ist stets auch zu berücksichtigen, dass sich unterschiedliche Auszahlungspunktwerte auch aus einer unterschiedlichen Kostensituation ergeben können; dies kann im Einzelfall rechtfertigen, dass ein und dieselbe Leistung durch unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich zu honorieren ist. Dies beleuchtet zugleich die Komplexität, die in der Überprüfung von Honorarregelungen angelegt ist. Dies rechtfertigt auch, dass ein Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert nicht begründet ist (vgl. BSG, Urt. vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#) m.w.N.). Unterschiedliche Auszahlungspunktwerte ergeben sich auch zwischen den einzelnen radiologischen Praxen innerhalb derselben Untergruppe, worauf der Kläger zu Recht hinweist. 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, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Deshalb lassen unterschiedliche Auszahlungspunktwerte, wie sie der Kläger beanstandet, nicht auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM schließen. Sind Schwankungen allerdings in einem erheblichem 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. April 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.

5.) Es besteht auch, in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung, kein zwingender Grund, Ärzte, die ausschließlich auf Überweisung anderer Ärzte tätig werden, von Maßnahmen der Mengenausweitung ausnehmen (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R -](#)), auch deshalb, 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 der 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. August 1999 - [B 6 KA 46/98 R -](#) und - [14/98 R - a.a.O.](#) sowie Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R -](#)). Die Honoraruntergruppe, der der Kläger angehört, erhält bei einer Abweichung vom mittleren Punktwert für die gesamte Honorargruppe 4 um 10 v.H. nach unten bereits zur Sicherstellung eines maximalen Punktwertabstandes von 10 v.H. Auffüllungsbeträge; entsprechende Stützungsmaßnahmen sind für das streitbefangene Quartal durchgeführt worden.

6.) 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 entsprechen 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. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Vornehmlich die Übernahme der so genannten "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.

7.) Der Kläger kann auch nicht mit Erfolg beanstanden, dass der Bezug auf die Durchschnittszahlen der Fachgruppe durch Anknüpfung an ein Basisjahr erfolgt; diese Maßnahme ist - wie bereits ausgeführt - 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. Mai 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. Januar 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, dies sei Aufgabe der obersten Bundesgerichte) 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 des Klägers, 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. Oktober 1998 - [B 6 KA 71/97 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21. Oktober 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. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R -](#)). Die Anknüpfung an eine individuelle Bemessungsgrenze eröffnet zugleich jedoch auch der Beklagten, 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.

8.) 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. Oktober 1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) und Urt. vom 28. April 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) -). Eine entsprechende Regelung ist in den HVM der Beklagten erst mit Wirkung vom 1. Juli 1999 aufgenommen worden; hierdurch und insbesondere durch die verzögerte Aufnahme ist der Kläger jedoch nicht beschwert.

Nur beschwert ist der Kläger durch die im Abschnitt II Nr. 2 und Abschnitt III Nr. 1 enthaltenen Regelungen, die eine Besserstellung von neuen bzw. nur kürzere Zeit geführten Arztpraxen gegenüber eingeführten Arztpraxen vorsehen. Es handelt sich hierbei um eine zulässige Differenzierung; der Schutz von Praxen in der Aufbauphase ist allgemein anerkannt (vgl. BSG, Urt. vom 28. April 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) -). Dem hat die Beklagte nunmehr durch den Bescheid vom 26. März 2001 auch Rechnung getragen, weshalb die Beschwerde des Klägers insoweit entfallen ist.

9.) Dem Kläger kann auch nicht gefolgt werden, soweit er die Herausnahmeregelungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM beanstandet. 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 soweit einen Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum.

VIII. 1.) Aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist in Übereinstimmung mit dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urteil vom 20. Juni 2001 - [S 5 KA 1/99 R](#) -) kein 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, immer die Chance haben muss, einen Praxisüberschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit in der Größenordnung zu erzielen, wie diesen die Praxen anderer vergleichbarer Arztgruppen durch entsprechende Tätigkeit durchschnittlich erreicht haben bzw. erreichen. Diese Rechtsprechung ist insbesondere im Zusammenhang mit der Honorierung von Psychotherapeuten entwickelt worden und betrifft wiederum die Arztgruppe und nicht den einzelnen Arzt (vgl. BSG, Urt. vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 4/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 35](#) sowie Urt. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), ferner auch Urt. vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#)). Diese Rechtsprechung orientiert sich maßgeblich an der Möglichkeit des Praxisüberschusses, d.h. am durchschnittlichen Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich des durchschnittlichen Praxiskostenaufwandes pro Jahr (vgl. BSG, Urt. vom 25. August 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.

2.) Soweit auf die Gewinnerzielungschancen in Verbindung mit einer Kostenstrukturanalyse abgestellt wird, sind die den Normgebern des EBM und - unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten - des HVM verfügbaren Daten begrenzt. Dies erscheint nicht ungewöhnlich und gibt für sich genommen noch keinen Anlass, eine Regelung deshalb außer Kraft zu setzen (vgl. BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -); diese Situation befreit jedoch die Normgeber nicht, 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. Nach den nach Aktenlage verfügbaren Erkenntnissen, über die die Beteiligten auch in Verbindung mit dem Verfahren vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urt. vom 20.6.2001 - [S 5 KA 01/99 R](#) -) durch ausdrückliche Bezugnahme auf die Berufungsschrift der Kläger verfügen können, ergibt sich (noch) keine zwingende Verpflichtung der Normgeber, entsprechenden Veränderungen im EBM oder HVM Rechnung zu tragen. 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. Die empirische Grundlage dieser Daten kann fragwürdig sein. 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 persönlichen Einsatz und optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung eine existenzfähige Praxis geführt werden konnte (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 7/98 R](#) - und - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). 3.) Mit dem Sozialgericht hält der erkennende Senat ebenso die Umsetzung der EBM-Vorgaben in der ab 1. Juli 1997 geltenden HVM-Regelung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung, für rechtmäßig. 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. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); Urt. vom 31. Januar 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, Urt. vom 7. Februar 1996 - [6 RKa 42/95 R](#) - [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, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97](#); Urt. vom 3. März 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. Mai 2002 (- [B 6 KA 33/01 R](#) -) zum Ausdruck kommt. In dieser Entscheidung ist eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses angenommen worden, angesichts der eingetretenen Entwicklung (nach einem Zeitraum von etwa fünf Jahren) in eine Überprüfung der Kostensätze einzutreten; zunehmend hätten sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die realen Praxisverhältnisse, gemessen an den dargelegten Anforderungen, nicht mehr ausreichend berücksichtigt würden und im Verhältnis zu anderen Arztgruppen wesentliche Verschiebungen eingetreten sein könnten. Auch hier geht die Rechtsprechung noch von einer Übergangszeit bis zur zwingenden Erhebung entsprechender Daten und einem weiteren Zeitraum der Umsetzung (hier bis zum Quartal III/2003) aus, die jedenfalls keinen Anlass geben, für das hier streitbefangene Quartal III/97 zwingend von einer fehlerhaften Datenbasis der Honorarverteilungsregelungen auszugehen. Nichts Gegenteiliges ergibt sich jedenfalls - wenn auch nur für den Bereich einer anderen KV - aus einem, dem Senat bekanntgewordenen Gutachten der Rinke Treuhand GmbH für den Bereich der KV Nordrhein.

4.) Etwas anders folgt auch nicht aus dem weiteren (bereits in einer mündlichen Verhandlung des Senats im Parallelverfahren am 22. Mai 2002 ergänzten) Parteivortrag in Bezug auf das Gutachten von Frau G. Kempny, auf das sich der Kläger beruft. 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. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die Behauptung des Klägers 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.

IX. Die Honorarbescheide sind weiterhin auch nicht zu beanstanden, soweit von der zur Verteilung zu bringenden Gesamtvergütung ein Abzug für die EHV in Höhe von 5 v.H. erfolgt. Dieser Abzug ist rechtlich nicht zu beanstanden. 1.) Der Rechtsnatur nach handelt es sich bei der EHV um eine Form der Honorarverteilung; insoweit unterscheidet sich die Regelung grundlegend von berufsständischen Versorgungswerken, wie diese für verschiedene selbständige Berufe eingerichtet worden sind. Für Versorgungswerke sind Beiträge aufzuwenden; die Bemessung dieser Beiträge sind in Relation zu möglichen Leistungen zu stellen. Davon unterscheidet sich die EHV grundlegend. Ein Teil der Gesamtvergütung fließt in die EHV und kommt damit unter den honorarberechtigten Ärzten gar nicht erst zur Verteilung. Im Ergebnis stünde auch dem Kläger - wie auch allen anderen Ärzten - ein höherer Betrag für die Verteilung zur Verfügung, wenn Aufwendungen zur EHV nicht abgezweigt würden. Entgegen der Auffassung des Klägers handelt es sich jedoch nicht um einen Abzug von Teilen des Honorars, sondern die Aufwendungen für die EHV werden von der Gesamtvergütung vor der Honorarberechnung nach dem HVM abgezogen und stehen gleichrangig neben den Honorarverteilungsregelungen des jeweiligen HVM. Deshalb kann nicht davon ausgegangen werden, 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.

2.) Als bestehende und bereits eingerichtete Regelung wird die EHV durch [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bestätigt; eine landesrechtliche Regelung ist rechters, wenn diese auf dem Gesetz über Kassenarztrecht - GKAR - vom 17. August 1955 ([BGBl. I S. 513](#)) beruht und bereits am 19. August 1955 bestanden hat, vgl. Art. 4 § 1 Abs. 1 GKAR. Für das Land Hessen ist die EHV auf Grund des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (Hess. GVBl. 1953, S. 206 f.) eingerichtet worden, worin eine ausreichende Rechtsgrundlage zu sehen ist (vgl. BSG, Urt. vom 20. Juli 1966 - [6 Rka 2/66](#) - 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 V](#), 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 (Urteil vom 20. Juni 2001 - [S 5 KA 1/99](#) -) in dem von dem Kläger für die Begründung der Berufung ausdrücklich in Bezug genommenen Verfahren zu Recht der Auffassung, dass für den Bereich der EHV keine strengeren Anforderungen verlangt werden dürfen. Dies rechtfertigt, § 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 als ausreichende Rechtsgrundlage anzusehen. Nicht zu beanstanden ist auch, dass die Umsetzung dieser Regelung der Selbstverwaltung überlassen wurde; die Umsetzung hat der erkennende Senat im Zusammenhang mit der Anwendung der Grundsätze der EHV auch für rechters erkannt (vgl. Hess. LSG, Urteil des erkennenden Senats vom 18. Oktober 2000 - [L 7 KA 277/00](#) -). Die Einwendungen des Klägers 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. Dabei konnte sich der Senat von behaupteten Unklarheiten, für die der Kläger den im Wege des Parteivortrags im Parallelverfahren (- [L 7 KA 721/00](#) -) bereits früher gehörten Herrn Y. benannt hat, nicht überzeugen. Auf die Fragen kommt es nicht entscheidungserheblich an, weshalb der Beweis nicht (erneut) zu erheben war. Auch für den EHV kann die Beklagte nämlich 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 des EHV nicht den engen Grenzen eines Versorgungswerkes unterliegt; deshalb war es der Beklagten gestattet, in dem vorgesehenen Umfang eine Umverteilungskomponente vorzunehmen. Dem EHV ist auch nicht mit versicherungsmathematischen Überlegungen mit Erfolg zu begegnen, da das Regelwerk nicht den zwingenden Grundsätzen von Leistung und Gegenleistung unterworfen ist; es konnte deshalb dahinstehen, inwieweit die Beanstandungen des Klägers insoweit durchgreifen. Dies gilt erst recht für die - historisch überholten - Ausführungen in dem Gutachten Rohrbeck/Heubeck aus dem Jahre 1953. Dass seinerzeit die Sinnhaftigkeit der gefundenen Regelung umstritten war, bestätigt bestenfalls die Weitsichtigkeit der Kritiker. Immerhin hat aber die im Umlageverfahren finanzierte EHV mehr als vierzig Jahre ohne durchgreifenden Beanstandungen funktioniert. Dass sie - unter veränderten gesetzlichen, ökonomischen und demographischen Bedingungen in Zukunft der Anpassung bedarf, wird - wie der Kläger zutreffend ausführt- bei der Beklagten diskutiert und nicht verkannt. An der grundsätzlichen Rechtmäßigkeit der nach Maßgabe des GKAR und des SGB V zulässigen EHV ändert dies nichts.

3.) Da die Überprüfung der Abführung eines Gesamtbetrages an die EHV bereits im Rahmen des Honorarstreitverfahrens vorzunehmen war,

besteht - unabhängig von der grundsätzlichen Zulässigkeit des hilfsweise gestellten Feststellungsantrag - kein eigenständiges Rechtsschutzinteresse mehr, weshalb auch insoweit die hilfsweise erhobene Klage abzuweisen war.

X. Schließlich sind auch die Einwendungen des Klägers gegen den Abzug von Verwaltungskosten und deren Verwendung nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zu rechtfertigen. 1.) Die Beklagte ist berechtigt, entsprechende Abzüge vorzunehmen, [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#). 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 V](#) hierzu eine dies bestätigende Regelung enthält. Soweit ersichtlich sind im Zusammenhang mit den Verwaltungskosten von Kassenärztlichen Vereinigungen bisher keine besonderen Probleme erwachsen, wie eine Sichtung einschlägiger Rechtsprechung ergibt. Die Verwaltungskosten sind jeweils, wie die Beklagte bestätigt hat, entsprechend den Haushaltsvoranschlägen erhoben worden. Betreffend das hier streitbefangene Quartal ist dies für das Jahr 1997 mit Beschlussfassung der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 30. November 1996 und für das Jahr 1998 mit Beschlussfassung vom 29. November 1997 jeweils 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 Buchst. 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 diese anteiligen 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.

2.) a) Dem Kläger steht im Rahmen der Honorarüberprüfung kein rechtlich fundierter Überprüfungsanspruch dahingehend zu, inwieweit die Verwaltungskostenbeiträge durch die Beklagte sparsam und wirtschaftlich verwendet wurden bzw. werden und die Verwaltung ordnungsgemäß geführt wird. Die Beklagte unterliegt zwar im Rahmen des [§ 81 Abs. 1 Abs. 3 Nr. 6 SGB V](#) der Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung der Beklagten. Der einzelne Arzt hat jedoch keinen Anspruch darauf, eigenständig eine gerichtliche Überprüfung der Verwaltungsausgaben durchzusetzen; deshalb war im Rahmen der Honorarprüfung auch nicht die Frage der Zahlung von Aufwandsentschädigungen an Vertragsärzte als ehrenamtliche Richter im sozialgerichtlichen Verfahren zu prüfen, die der Kläger beanstandet. Dies gilt auch für weitere Fragen im Zusammenhang mit dem Verwaltungsgebaren der Beklagten, das von dem Kläger gerügt wird.

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

XI. Schließlich war keiner der vom Kläger gestellten Beweisanträge nach der vom erkennenden Senat vertretenen Rechtsauffassung erheblich, weshalb es auch keiner entsprechenden Ermittlungen durch das Gericht bedurfte.

XII. Das Verfahren war auch nicht nach [Art. 100 GG](#) auszusetzen, um dem BVerfG die Frage vorzulegen, ob bestimmte Vorschriften über die Honorarfestsetzung und -verteilung des Vertragsarztrechts im SGB V (insbesondere die [§§ 72 Abs. 2](#), [85 Abs. 2 Satz 4](#), [Abs. 3 Satz 1](#) und [Abs. 4 SGB V](#)) insoweit mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) unvereinbar sind, als sie keine subjektiven Ansprüche des Klägers als Vertragsarzt auf ein "angemessenes Honorar" begründen würden. Auch bezüglich der vom Kläger aufgeworfenen Frage, ob [§§ 29, 33](#) und [46 Abs. 2 SGB IV](#) in Verbindung mit [§§ 77 Abs. 1](#), [79](#), [80](#), [83 Abs. 1](#), [85 Abs. 4 Satz 2](#) und 87 Abs. 1 SGB V insoweit mit dem GG vereinbar sind, als sie ohne hinlängliche demokratische Legitimation die KVen und die Krankenkassen zum Erlaß grundrechtsbegrenzender Normen ermächtigen, war eine Aussetzung des Verfahrens und die Vorlage an das BVerfG nicht geboten.

1.) Der Kläger verkennt insoweit die engen Vorgaben, die in der jüngeren Rechtsprechung des BVerfG für die Richtervorlage nach [Art. 100 GG](#) gezogen worden sind (vgl. z.B. BVerf-GE 105, S. 48 ff.). Zum Einen handelt es sich bei den vom Kläger in den konkreten Auswirkungen beanstandeten Normen (EBM und HVM) um untergesetzliches Recht, weshalb es zunächst den Gerichten obliegt, durch gesetzes- bzw. verfassungskonforme Auslegung rechtsstaatliche Maßstäbe umzusetzen und "praktische Konkordanz" bei der Interpretation herzustellen. Dieser Aufgabe hat sich das BSG - dem der Senat insoweit aus den oben im Einzelnen ausführlich dargelegten Gründen folgt - durch seine Rechtsprechung zur (begrenzten) Inhaltskontrolle von EBM und HVMen bereits unterzogen - insbesondere mit der an [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 3 Abs. 1 GG](#) orientierten Rechtsprechung zur Zulässigkeit von Berufsausübungsregelungen durch untergesetzliche Normen sowie zur Honorarverteilungsgerechtigkeit. Zum ändern lassen sich die gesetzlichen Bestimmungen zur "Selbstverwaltung" im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung mit übergeordnetem Verfassungsrecht vereinbaren - sowohl was die Einrichtung von Selbstverwaltungskörperschaften betrifft, als auch - jedenfalls bzgl. vertragsärztlicher Regelungen - soweit die Delegation zur Normsetzung an diese Körperschaften in Rede steht (grundlegend z.B. jetzt: P. Axer, Normsetzung der Exekutive ..., a.a.O.). Bevor eine Vorlage an das BVerfG nach [Art. 100 GG](#) überhaupt für zulässig erachtet wird, müssen sich die Instanzgerichte mit der Rechtsprechung des zuständigen obersten Bundesgerichts auseinandersetzen (vgl. zuletzt z.B. BVerfG, Beschluss v. 20. Febr. 2002 - BvL 5/99 - [BVerfGE 105, S. 61](#) ff.). Dies hat der Senat mit dem Ergebnis getan, dass er für die vorliegend in Streit stehenden Regelungen - untergesetzliche Normen des EBM und des HVM - und deren Zustandekommen von der Verfassungsmäßigkeit des Regelungswerkes - und insoweit auch der Vorschriften des SGB V - überzeugt ist. Dies gilt sowohl für die Legalität und Legitimität der Verfahrensregelungen - der Delegation von Normsetzung bzgl. der Festsetzung und Verteilung des Honorars für vertragsärztliche Tätigkeit - als auch im Bezug auf die Inhalte der für den vorliegenden Rechtsstreit entscheidungserheblichen - konkreten - Regelungen des SGB IV, des SGB V, des EBM und des HVM.

2.) Soweit der Kläger darüber hinaus meint, aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) unmittelbar einen - verfassungsrechtlich gestützten - Anspruch auf ein "angemessenes Honorar" in Höhe von 180.000 DM pro Jahr haben zu müssen, ist dem - ergänzend zu den oben bereits dargelegten Gründen - aus grundsätzlichen verfassungsinterpretatorischen Erwägungen entgegenzutreten. Verfassungsinterpretation und - wegen der knappen Formulierungen im GG - vor allem die Konkretisierung von Verfassungsnormen stellt sich - das hat K. Hesse bereits in der 1.

Auflage seiner "Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland" (Karlsruhe 1967, § 2 III 2.) b), cc)) u.a. hervorgehoben - als ein Problem der Herstellung praktischer Konkordanz dar (vgl. auch ders., Grundzüge ..., 20. Aufl., Heidelberg (C.F. Müller) 1995, Rdnr. 70 ff., 72, 317 ff. sowie sich - zustimmend - darauf beziehend: E. Benda u.a. (Hg.), Handbuch des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl., Berlin/New York N.Y. (W. de Gruyter) 1994, § 8 RdNrn. 25 u. 43, § 19 RdNrn. 33 u. 88, § 27 RdNr. 10; Chr. Degenhart, Staatsrecht I, Heidelberg (C.F. Müller) 2002, RdNrn. 6 u. 400; H. Maurer, Staatsrecht I., 3. Aufl. München (C.H.Beck) 2003, § 1 RdNrn. 60 ff., 62, § 9 RdNr. 60 - jeweils mit umfangreichen w.N. - insbesondere auch der Rspr. des BVerfG). Eine Auslegung des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) allein im Hinblick auf den " ...einzelne(n) (Arzt) und sein(en) Beruf" (vgl. die kritische Würdigung der Rechtsprechung des BVerfG aus soziologischer Sicht durch H.A. Hesse, in: AÖR Bd. 95, S. 449 ff.) verfehlt gerade diese Aufgabe, "praktische Konkordanz" mit anderen Grundrechtspositionen herzustellen. Die Rechtsprechung des BSG zu den hoch bewerteten "Gemeinschaftsgütern" (sowohl zur Beitragsstabilität als auch - damit verbunden - zur Aufrechterhaltung eines bezahlbaren Systems der gesetzlichen Krankenversicherung) konkretisiert zugleich die Grundrechte der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) des SGB V - das sind (mit den Familienversicherten) rund 90 % der Bevölkerung - vor allem aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#). Die GKV des SGB V statuiert für die weit überwiegende Zahl der abhängig Beschäftigten und für einen darüber hinausgehenden ganz überwiegenden Teil der Bevölkerung eine Versicherungspflicht, von der es (bis zur durch überdurchschnittlich hohe Einkünfte definierten Pflichtversicherungsgrenze) keine Befreiungsmöglichkeiten gibt. Vor diesem Hintergrund müssen Äußerungen verstanden werden, wonach erwartet werden kann, dass unter der Geltung des GG "ein Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen" (Richterin des BVerfG Jäger) eingerichtet bleibt, der zugleich ein qualitativ hochstehendes Versorgungsniveau der Bevölkerung sicherstellt. Der Kläger bezieht sich zwar auch auf [Art. 2 Abs. 1 GG](#), zieht daraus aber für eine dem Anspruch auf praktische Konkordanz genügende Verfassungsinterpretation - aus seiner interessen geleiteten Sicht durchaus nachvollziehbar - keinerlei Konsequenzen. Es ist aber Aufgabe des parlamentarischen Gesetzgebers, die - unter Umständen widerstreitenden - Interessen der (vor allem auch der pflicht-) versicherten Leistungsempfänger und ihrer Krankenkassen einerseits sowie die Interessen der Leistungserbringer andererseits zu einem angemessenen Ausgleich zu bringen. Dazu bedarf es sowohl der Institutionalisierung von Verfahren, in denen dies gelingen kann, als auch - notfalls - der "Steuerung" durch konkrete Ausgabenbegrenzungen oder anderweitige Vorgaben der Mengensteuerung oder der Leistungsbegrenzung etc. Dass in der parlamentarischen Demokratie dabei dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zukommen muss, ist in der Rechtsprechung des BVerfG immer wieder betont worden - und zwar sowohl bzgl. der Fragen einer angemessenen Regelung der Berufsausübung als auch bzgl. der Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes - sei es bei der Verteilung knapper Güter und/oder beim Zugang zu Erwerbschancen. Der erkennende Senat vermag keine Verletzung des Grundrechts des Klägers aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) durch die gesetzlichen Bestimmungen zur Honorarermittlung und -verteilung des SGB V und des daraus abgeleiteten untergesetzlichen Satzungsrechts bzw. durch das Recht der Normverträge zu erkennen. Dem Kläger bleibt - grundsätzlich - im Rahmen der Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und seine ärztliche Tätigkeit nicht auf die Behandlung von Privatpatienten zu beschränken, ausreichend Spielraum für eine auch auf Gewinnerzielung gerichtete ärztliche Tätigkeit. Der Senat hält die dem Zustandekommen und den Inhalten der Honorarregelungen zugrundeliegenden Vorschriften aus den oben ausführlich dargelegten Gründen für verfassungsgemäß, weshalb eine Aussetzung nach [Art. 100 GG](#) nicht in Betracht zu ziehen war.

3.) Inwieweit im konkreten Einzelfall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (oder wegen eines vom Kläger nicht zu vertretenden Härtefalles) eine weitere Entscheidung über ein - vom regulär errechneten Honorar abweichendes - zusätzliches Honorar zu treffen ist, muss - nach rechtskräftiger Feststellung des Honoraranspruch für das hier streitbefangene Quartal - gegebenenfalls in einem gesonderten Verwaltungsverfahren geklärt werden, ist jedoch nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-05-27