L 7 KA 1128/01

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 5 KA 119/99

Datum
20.06.2001
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 1128/01

Datum
17.09.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 13/04 R
Datum
09.12.2004

Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Juni 2001 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass der Tenor bezüglich des Kostenausspruchs geändert wird.

II a) Der Kläger hat der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens und $\frac{3}{4}$ des erstinstanzlichen Verfahrens zu erstatten.

b) Die Beklagte hat dem Kläger $\frac{1}{4}$ der notwendigen außergerichtlichen Kosten des erstinstanzlichen Verfahrens zu erstatten.

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

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Höhe des vertragsärztlichen Honorars des Klägers für die Quartale III/97, IV/97 und I/98. Der Kläger ist in O. als Radiologe an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt. In Hessen gab es in den Quartale III/97 und I/98 insgesamt 87 radiologische Praxen; im Quartal IV/97 betrug die Zahl 86.

I. Bei der Beklagten besteht eine - für Hessen landesspezifische - sogenannte "Erweiterte Honorarverteilung" (- EHV -), die auf Grund des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (Hess. GVBl. 1953, S. 206) eingerichtet worden ist und damit bereits vor dem 19. August 1955 bestanden hatte, als das (Bundes-)Gesetz über Kassenarztrecht (GKAR) vom 17. August 1955 (BGBl. I., S. 513) in Kraft trat. Für diese EHV wird von der nach den Gesamtverträgen vereinnahmten Gesamtvergütung der Krankenkassen für die (kassen-)vertragsärztliche Versorgung vorab - vor der Verteilung des Honorars nach dem allgemeinen Honorarverteilungsmaßstab - ein Teil einbehalten und an früher an der (kassen-)vertragsärztlichen Versorgung beteiligte hessische Ärztinnen und Ärzte (bzw. deren Angehörige und/oder Hinterbliebene) ausbezahlt.

II. 1.) In ihren "Grundsätzen der Honorarverteilung" (Honorarverteilungsmaßstab - 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 individuelle Bemessungsgrenze vorgenommen, verbunden mit einem auf den Teilfallwert der Fachgruppe zurückgreifenden Spielraum hinsichtlich zu berücksichtigender Veränderungen (etwa auch Wachstumsraten).

2.) Ab dem Quartal III/97 - und damit dem ersten der vorliegend streitbefangenen Quartale - nahm die Beklagte wiederum umfangreiche Änderungen des HVM in Bezug auf die Honorarbegrenzung vor. Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 14. Juni 1997 wurde die Verteilung der Vergütungen in § 7 HVM geregelt. Dieser Beschluss wurde unter Hinweis auf § 28 der (Haupt-)Satzung der Beklagten (welcher 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. Spätere Änderungen dieser Honorarbegrenzungsregelungen sind in der selben Weise veröffentlicht worden. Für Einzelheiten dieser Regelungen im HVM und ihrer Veröffentlichung wird auf die Darstellung im Tatbestand des Urteils des Sozialgerichts vom 20. Juni 2001 sowie auf die Anlagen im Ordner ("Gemeinsamer Senatsordner") Bezug genommen.

III. In § 6 (LZ 607) HVM wurde 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. Durch § 8 (LZ 803 Absatz 3) HVM wurde der Vorstand ermächtigt, auf Antrag in begründeten Härtefällen, die durch den EBM und den HVM bedingt sind, dem Härtefall abzuwehren.

IV. Die durchschnittlichen Auszahlungspunktwerte in der für den Kläger maßgeblichen Honorar(unter)-Gruppe 4.16 stellten sich in den streitbefangenen Quartalen wie folgt dar:

Quartal PK EK (PK=Primär-; EK=Ersatzkassen) Brutto/Netto Brutto/Netto (jeweils - noch - in deutschen Pfennigen) wobei die Bruttoangaben den III/97 6,4 / 6,08 7,5 / 7,125 Punktwert ohne Berücksichtigung IV/97 6,9 / 6,56 7,85 / 7,46 der EHV, die Nettoangaben den I/98 6,41 / 6,09 7,54 / 7,163 Punktwert nach Abzug der EHV -Verteilung zum Ausdruck bringen

V. 1.) Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 wurde das Gesamthonorar des Klägers für das Quartal III/97 auf 136.897,04 DM festgesetzt; das Nettohonorar nach Abzügen für Sicherstellung der ärztlichen Versorgung und Verwaltungskosten betrug 133.278,75 DM. Zur Anwendung kam die Fallwertkorrekturvorschrift in Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Die budgetrelevante Fallzahl der Arztpraxis des Klägers im Quartal III/97 war dabei mit 1.219 Fällen, die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal III/95 mit 1.395 Fällen anzunehmen (soweit bei der Fallzahl das Quartal III/97 genannt wurde, war dies fehlerhaft; richtig war: Quartal III/95). Bei einer Gegenüberstellung der Fallzahlen waren 698 Fälle um 10 % anzuheben und 521 Fälle um 10 % abzusenken. Hieraus ergab sich ein "Bewertungsfaktor" von 101,45 %. Der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 151,69 DM wurde dementsprechend auf 153,89 DM korrigiert. Die Maßnahme nach Abschnitt I ergab danach, jeweils, wie auch für die folgenden Quartale - ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pf., im Primärkassenbereich eine Erhöhung um 1.078,72 DM und im Ersatzkassenbereich eine Erhöhung um 1.602,41 DM; insgesamt lief die Maßnahme danach auf eine Erhöhung um - fiktiv - 2.681,13 DM hinaus. Von der Laborbudget-Regelung (Abschnitt O I.) des "Einheitlichen Bewertungsmaßstab"(es) (EBM) war der Kläger nicht betroffen. Der Kläger erhob gegen Widerspruch (15. Mai 1998) und begehrte - unter Einbeziehung von Härtefallzahlungen nach LZ 803 HVM und/oder Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM - ein angemessenes, höheres Honorar. Er habe nach Abzug der Betriebsausgaben im Quartal III/97 einen Verlust in Höhe von 2.740,76 DM erlitten. Ausgehend von dem ihm zustehenden angemessenen Arztlohn in Höhe von 45.000,- DM/Quartal stehe ihm noch ein Honorar in Höhe von 47.740,76 DM zu.

2.) Für das Quartal IV/97 wurde mit Honorarbescheid vom 24. Juni 1998 das Gesamthonorar auf 177.694,82 DM festgesetzt; hieraus ergab sich ein Nettohonorar von 172.998,37 DM. Auch für dieses Quartal wurden Maßnahmen nach Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM durchgeführt. Die Fallzahl der Praxis des Klägers betrug im Quartal IV/97 1.597 Fälle; dem stand gegenüber die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal IV/95 (1.617 Fälle). Danach waren 809 Fälle (1/2 von 1.617) um 10 % anzuheben und 788 Fälle um 10 % abzusenken; der "Bewertungsfaktor" ergab sich danach mit 100,12 %. Der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens wurde dementsprechend von 147,30 DM auf 147,49 DM korrigiert. Die Erhöhung hatte im Primärkassenbereich eine Anhebung um 113,78 DM und im Ersatzkassenbereich um 168,50 DM (insgesamt also um 282,28 DM) zur Folge. Von der Laborbudgetregelung des EBM war der Kläger wiederum nicht betroffen. Am 23. Juli 1998 erhob der Kläger auch gegen diesen Honorarbescheid Widerspruch, wiederum mit dem Antrag ihm auch Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM und/oder Härtefallzahlungen nach LZ 803 HVM zu gewähren. Im Quartal IV/97 hat der Kläger nach seiner Mitteilung (Sitzungsniederschrift vom 23. Juli 2003) aus der vertragsärztlichen Tätigkeit nach Abzug der hierauf entfallenden Kosten einen Überschuss von 42.729, 23 DM erzielt, aber gegen die Rechtmäßigkeit und Richtigkeit des Honorarbescheides weitergehende Einwände erhoben. Mit Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 1998, zugestellt am 17. Dezember 1998 wurden die Widersprüche für die beiden Quartale III/97 und IV/97 als unbegründet zurückgewiesen.

3.) Der Kläger hatte zuvor Untätigkeitsklage wegen der Nichtbescheidung des Widerspruchs gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/97 erhoben (Klageingang am 13. Oktober 1998 - S- 5/KA 3655/98 -). Nach Zustellung des Widerspruchsbescheides hat die Beklagte - einseitig - die Erledigung erklärt. Der Kläger hingegen hat mit Schriftsatz vom 21. Dez. 1998 (Eingang: 23. Dez. 1998) die als Untätigkeitsklage erhobene Klage geändert und erweitert und nunmehr gegen die beiden Honorarbescheide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 gerichtet. Gleichwohl hat das Sozialgericht das Klageverfahren hinsichtlich der Untätigkeitsklage abgeschlossen und über die von den Beteiligten widerstreitend gestellten Anträge auf Erstattung der außergerichtlichen eine Kosten nicht entschieden.

Das Sozialgericht hat den am 23. Dez. 1998 eingegangenen Schriftsatz als neue Klage behandelt und das Verfahren unter dem Az.: [S 5 KA 119/99](#) fortgeführt.

4.) Für das Quartal I/98 war bereits zuvor mit Honorarbescheid vom 1. August 1998 das Gesamthonorar für den Kläger auf 176.509,65 DM und das Nettohonorar auf 171.844,47 DM festgesetzt worden. Die Beklagte hatte wiederum Maßnahmen nach Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM durchgeführt. Die budgetrelevante Fallzahl der Arztpraxis des Klägers wurde für I/98 mit 1.686 Fällen angenommen, der die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal I/95 von 1.783 Fällen gegenübergestellt wurde. Danach ergab sich eine Anhebung bei 892 Fällen (1/2 von 1783) um 10 % sowie bei 794 Fällen eine Absenkung um 10 %; der Bewertungsfaktor betrug 100,58 %, weshalb der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 145,95 DM auf 146,79 DM angehoben wurde; im Ergebnis führte dies - bei einem fiktiven Punktwert von 10 Pf. - im Primärkassenbereich zu einem Mehr vom 577,47 DM und im Ersatzkassenbereich von 849,70 DM insgesamt also von 1.427,17 DM. Auch hier war der Kläger von der Laborbudgetregelung des EBM nicht betroffen. Der Kläger erhob auch gegen diesen Bescheid Widerspruch (Eingang 24. September 1998), beantragte die Anwendung der LZ 607 HVM und/oder der LZ 803 HVM und verlangte für das Quartal I/98 einen weiteren Arztlohn in Höhe von 25.017,10 DM, weil der Gewinn nach Abzug der Betriebsausgaben lediglich 19.982,90 DM betragen habe. Mit Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 1999 (zugestellt am 6. Mai 1999) wurde der Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 1. August 1998 (betreffend das Quartal I/98) als unbegründet zurückgewiesen. Hiergegen ist am 19. Mai

1999 Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben worden. Das Sozialgericht hat mit Verbindungsbeschluss vom 20. Juni 2001 die Rechtsstreitigkeiten zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und unter dem führenden Aktenzeichen [S 5 KA 119/99](#) zu Ende geführt.

VI. Der Kläger hat zur Begründung - zusammengefasst - u.a. vorgetragen, die Honorarbescheide seien nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig, weil sie unbestimmt sowie unverständlich und nicht zulänglich begründet seien. Rechtswidrig seien die Bescheide auch, weil die ihnen zugrunde liegenden Rechtsgrundlagen - der HVM und der EBM - aus vielfältigen, prinzipiellen rechtlichen Erwägungen selbst rechtswidrig seien und insbesondere nicht sach- und systemgerecht seien und den Anforderungen an die erforderliche Verteilungsgerechtigkeit nicht genügen könnten. Entgegen den gesetzlichen Bestimmung des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) würde die Beklagte nicht das gesamte zur Verfügung stehende Honorar an die Vertragsärzte verteilen, sondern in rechtswidriger Weise Abzüge für die EHV, für Verwaltungskosten und andere Belange der Verwaltung tätigen. Die vertragsärztliche Tätigkeit des Klägers werde nicht in angemessenem Umfang -d.h. nicht in Höhe von 45.000,- DM je Quartal - vergütet; auf einen solchen "Arztlohn" aber habe der Kläger einen Rechtsanspruch, was vom Sozialgericht in vollem Umfang überprüft werden könne. Für weitere Einzelheiten der Klagebegründung wird - u.a. - auf den Schriftsatz vom 2. Febr. 1999 (nebst Anlagen - Bl. 17 bis 176 der Gerichtsakte verwiesen.

VII. 1) Durch Urteil vom 20. Juni 2001 hat das Sozialgericht die Klagen abgewiesen und u.a. ausgeführt, dass Entscheidungen gemäß LZ 607 HVM und/oder LZ 803 HVM nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sein könnten, weil insoweit zunächst das reguläre Honorar festgestellt werden und selbständige Verwaltungsverfahren abgeschlossen werden müssten, woran es vorliegend mangle. Im übrigen seien die Klagen unbegründet, weil die Beklagte das dem Kläger für die drei streitbefangenen Quartale zustehende Honorar - auf der Grundlage rechtlich nicht zu beanstandender Regelungen über Honorarbemessung und -verteilung - zutreffend festgesetzt habe. Für weitere Einzelheiten der Begründung des sozialgerichtlichen Urteils wird auf Bl. 253 bis 298 der Gerichtsakte verwiesen.

2.) Gegen das seinem Bevollmächtigten gegen Empfangsbekanntnis am 18. September 2001 zugestellte Urteil hat der Kläger die am 1. Oktober 2001 beim Sozialgericht Frankfurt am Main zugewandene Berufung eingelegt. Der Kläger hat zunächst auch die Auffassung vertreten, dass der Härtefallbescheid der Beklagten vom 29. September 1998 (betreffend das Quartal III/97) Gegenstand des Klage- und Berufungsverfahrens hätte sein müssen. Der Senat hat durch richterlichen Hinweis des Berichterstatters vom 6. Januar 2003 erläutert, weshalb nach seiner Überzeugung eine Härtefallentscheidung nach LZ 803 HVM nicht Gegenstand des vorliegenden Berufungsverfahrens sein könne und der Rechtsstreit deshalb auf die im Antrag des Klägers im Termin zur mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht am 20. Juni 2001 bezeichneten Bescheide beschränkt bleiben müsse. Diesem Hinweis sind die Beteiligten gefolgt.

3.) Der Kläger hat im Übrigen die Berufung mit einem ausführlichen Schriftsatz (106 Seiten) eingehend begründet. Er rügt die formelle Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide, hält diese inhaltlich für nicht rechtmäßig und die normativen Grundlagen, auf denen sie erlassen worden sind (EBM und HVM) für rechts- bzw. gesetzeswidrig und diese Regelungen sowie gesetzliche Bestimmungen für verfassungswidrig. Insbesondere sei die Beschlussfassung in der Abgeordnetenversammlung der Beklagten rechtswidrig, weil daran auch außerordentliche Mitglieder in einer Art und Weise mitwirken würden, dass sie die Beschlussfassungen entscheidend beeinflussen könnten. Nichtig- jedenfalls aber rechtswidrig - seien insbesondere auch wegen formaler Mängel die Regelungen über die EHV sowie die anderen Abzüge von dem Kläger zustehenden Honorar. In den streitbefangenen Quartalen sei die Praxis voll ausgelastet gewesen und sparsam geführt worden, wobei etwa zu 87,3 % der Fälle Kassenpatienten und zu 12,7 % Privatpatienten gewesen seien. In diesem Verhältnis seien auch die Kostenanteile zu berechnen. Zu seinen - des Klägers - Gunsten bestehe nach den Vorschriften des SGB V und aus dem Grundrecht aus [Art. 12](#) des Grundgesetzes allein auf Grund vertragsärztlicher Tätigkeit ein Anspruch auf eine "angemessene" Vergütung in Höhe von 45.000,00 DM je Quartal. Für weitere Einzelheiten der Berufungsbegründung wird insoweit u.a. auf den Schriftsatz vom 1. Okt. 2001 (- nebst Anlagen - Bl. 305 bis 423 der Gerichtsakte) Bezug genommen.

Der Kläger ist weiter der Auffassung, der Senat müsse zu einer Reihe klärungsbedürftiger tatsächlicher Fragen Beweis erheben und hat dazu die folgenden Beweisanträge gestellt (Berufungsbegründung vom 1. Okt. 2001 sowie Schriftsatz vom 7. Juli 2003 und Sitzungsniederschrift über den Erörterungstermin des Senats am 23. Juli 2003. Danach solle Beweis erhoben werden über die Behauptungen des Klägers.

- Der Bewertungsausschuss vertritt die Ansicht, angemessen sei ein Quartals"arztlohn" je Arzt von 45.000,- DM nach Kostenausgleich, durch Amtliche Auskunft des Bewertungsausschusses;

- die den radiologischen/nuklearmedizinischen Vertragsärzten in den streitigen Quartalen von der Beklagten gezahlten Vergütungen haben weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführter, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen "Arztlohn" übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens;

- angesichts der bis zum Jahre 1997 eingetretenen Veränderungen in der Altersstruktur der hessischen Vertragsärzte standen die Abzüge von der dem Kläger zustehenden anteiligen Gesamtvergütung für Zwecke der EHV in einem Verhältnis zu den zu erwartenden Versorgungsbezügen, das nach den Regeln der Rentenmethodik unverhältnismäßig war (sehr hohe Quartalsabzüge, sehr geringe Rentenerwartung), durch Einholung eines rentenmathematisch- versorgungswissenschaftlichen Gutachtens;

- der Vorstand der Beklagten hat vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche 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 1. Vorsitzenden der Beklagten

- bei den Sozialwahlen 1993 hat es 27 Wahlen mit Wahlhandlung und 1284 Friedenswahlen gegeben, durch amtliche Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit (und Soziale Sicherung);

- Die Beklagte hat vor und nach Inkrafttreten des ab III/97 geltenden EBM und des in den fraglichen Quartalen Geltung beanspruchenden HVM ihren Mitgliedern keinerlei Fortbildungsveranstaltungen zum Verständnis des Regelwerks angeboten, das den fraglichen Honorarbescheiden zugrunde lag, durch Parteivernehmung des damaligen 1. Vorsitzenden der Beklagten, Dr. B.;

- Der Bewertungsausschuss hat bei der Bestimmung derjenigen Punktzahlen im EBM, die die Beklagte der Honorierung des Klägers

zugrunde gelegt hat, keine Ermittlungen über den fachgruppentypischen Aufwand, den Schwierigkeitsgrad und die Kostenstrukturen bei Radiologen/Nuklearmedizinern zugrunde gelegt; bei der Festlegung der Punktzahlen haben unbekannte, im SGB V nicht vorgesehene Gesichtspunkte eine Rolle gespielt; diese Gesichtspunkte sind aufzuzählen, durch (1) Beiziehung der Aufstellungsakten des Bewertungsausschusses, (2) Amtliche Auskunft des Bewertungsausschusses;

- die in Abschnitt Q 1 und R 1 EBM (1997) als abrechnungsfähig angegebenen Scan- 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 allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens;

- die Vertreterversammlung der Beklagten hatte 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 zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung, von der Beklagten zu benennen;

- die Betriebskosten innerhalb der Honorargruppe 4.16 = Anlage 2 zu LZ 702 HVM sind extrem unterschiedlich, je nachdem ob es sich 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, handelt, durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens;

- es hat im Abrechnungszeitraum keinerlei "Sicherstellungsprobleme" gegeben, die eine unterschiedliche Behandlung von Pathologen und Laborärzten einerseits, Radiologen andererseits erforderlich gemacht haben könnte; durch Parteivernehmung des früheren 1. Vorsitzenden der Beklagten, Dr. B ...

- die Stimmen der außerordentlichen Mitglieder der Vertreterversammlungen bei den Beschlussfassungen über den ab III/97 Geltung beanspruchenden HVM waren für das Abstimmungsergebnis mitentscheidend durch
(1) Beiziehung der Niederschriften,
(2) amtliche Auskunft der Beklagten.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Juni 2001 aufzuheben sowie die Beklagte unter Abänderung der Honorarbescheide der Beklagten vom 25. März 1998 und vom 24. Juni 1998 - beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 - sowie unter Änderung des Bescheides vom 1. August 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 1999 zu verurteilen, den Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu bescheiden, hilfsweise, festzustellen, dass es rechtswidrig war, Teile der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an den Kläger in den Quartalen III/97, IV/97 und I/98 für Zwecke der erweiterten Honorarverteilung (EHV) einzubehalten weiter hilfsweise, Beweis zu erheben entsprechend den Beweisanträgen im Schriftsatz des Klägers vom 7. Juli 2003, unter Berücksichtigung der vorstehenden Änderung, ferner, Beweis über die Behauptung des Klägers 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 weiter hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Honorarbescheide für sachlich, rechnerisch und rechtlich zutreffend und die rechtlichen Regelungen, auf deren Grundlage diese beruhen, für rechtmäßig. Eine Beteiligung der außerordentlichen Mitglieder an den Abstimmungen der Abgeordnetenversammlung hält sie für rechtlich unbedenklich, da nach den von ihr vorgelegten Wahl- und Geschäftsordnungen sichergestellt sei, dass diese außerordentlichen Abgeordneten keine eigenen Mehrheiten bilden könnten. Im Übrigen beruft sie sich im Wesentlichen u.a. auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils, das sie für zutreffend hält.

Der Senat hat durch Beschluss vom 7. April 2003 den Bewertungsausschuss bei der KBV beigeladen. Der Beigeladene hat in diesem Verfahren keinen eigenen Antrag gestellt und sich zur Sache nicht geäußert.

Von den Beteiligten sind zu diesem Verfahren - sowie in Parallelverfahren - eine Vielzahl von schriftlichen Unterlagen eingereicht worden, auf die auch in den Urteilsgründen des Sozialgerichts sowie von den Beteiligten ausdrücklich Bezug genommen worden ist. Sie sind u.a. enthalten in den beiden Leitzordnern "Gemeinsamer Senatsordner", der die Unterlagen enthält, die der Senat für dieses und parallellaufende Verfahren zusammengestellt hat und die den Beteiligten aus diesem und den Parallelverfahren sämtlich bereits bekannt waren bzw. bekannt gegeben worden sind. Insoweit wird ergänzend auch auf dessen Inhalt Bezug genommen. Für den Sach- und Streitstand im Übrigen wird Bezug genommen auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten und auf die Gerichtsakten, die sämtlich dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung des Senats am 17. September 2003 gewesen sind.

Alle Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Für den Sach- und Streitstand im Übrigen wird Bezug genommen auf die Gerichtsakten ([S 5 KA 119/99](#), S 5 KA 3655/98 und S 5 KA 1822/99) und auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten (2 Hefter), die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand des mündlichen Erörterungstermins des Senats am 23. Juli 2003 und der Beratungen des Senats am 17. Sept. 2003 gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung war unter Mitwirkung von zwei ehrenamtlichen Richtern/Richterinnen aus dem Kreis der Vertragsärztinnen und -ärzte sowie der Vertrags-Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu entscheiden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt. (§ 12 Abs. 3 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -) Der Senat konnte über die Berufung im Einverständnis sämtlicher Beteiligter ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 124 Abs. 2 SGG).

I. Die Berufung ist zulässig, denn sie ist form- und fristgerecht eingelegt worden sowie an sich statthaft. (§§ 151 Abs. 2, 143 ff., 144 SGG), weil Berufungsausschlussgründe nicht vorliegen. Härtefallentscheidungen nach LZ 803 HVM bzw. Entscheidungen betreffend die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nach LZ 607 HVM sind nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, wie der Senat in ständiger Rechtssprechung bereits entschieden hat.

II. Die Berufung ist im Übrigen unbegründet, so weit mit ihr die Aufhebung des angefochtenen Urteils und der Honorarbescheide sowie der Widerspruchsbescheide und die Verurteilung der Beklagten zur erneuten Bescheidung des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts begehrt wird. Die Honorarbescheide vom 25. März 1998 (betreffend das Quartal III/97) und vom 24. Juni 1998 (betreffend das Quartal IV/97) beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dez. 1998 sowie der Bescheid vom 1. Aug. 1998 (betreffend das Quartal I/98) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 1999 sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht. Dieser hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seiner Honoraranprüche für die Quartale III/97 und IV/97 sowie I/98.

III. Die angefochtenen Honorar-Bescheide und die Widerspruchsbescheide sind formell rechtmäßig.

1. Die Honorarbescheide vom 25. März 1998, 24. Juni 1998 und 1. Aug. 1998 sind 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 es 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. 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 angefochtene sozialgerichtliche Urteil, auf dessen Begründung der erkennende Senat insoweit verweist (§ 153 Abs. 2 SGG), hat die Nachvollziehbarkeit der Honorarabrechnung eingehend dargelegt und damit belegt, dass alle wesentlichen Aussagen den Honorarbescheiden entnommen werden können. Die wesentlichen Angaben und Rechenoperationen sowie Teilergebnisse sind in den Bescheiden benannt worden und die Rechenschritte können jedenfalls unter Beiziehung der Anlagen und der Rechtsgrundlagen nachvollzogen werden. Das BSG hat klargestellt, dass nicht alle für die Festlegung von Honorarentscheidungen maßgeblichen Umstände, Zahlen und Beträge im Bescheid bzw. in den Anlagen aufzuführen sind und darin kein Begründungsdefizit zu sehen sei (vgl. BSG, Urt. vom 3.12.1997 - 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 wonach, bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, diesem Gelegenheit zu geben ist, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern. Die Pflicht zur Anhörung besteht insbesondere, wenn in die Rechte eines Beteiligten eingegriffen wird; deshalb erscheint bereits die Anwendung der Regelung im Hinblick darauf, dass die Honorarbescheide Leistungsbescheide sind, fraglich; dies hat das BSG mit Urteil vom 29. Nov. 1990 (- 7 RAr 6/90 - =SozR 3-4100 § 139a Nr. 1) - über den unmittelbar

einschlägigen Regelungsbereich des Arbeitslosenversicherungsrechts hinaus - klar zum Ausdruck gebracht. Dem Kläger war bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben und damit rechtliches Gehör gewährt worden (auch i.S. d. [§ 24 Abs. 1 SGB X](#)). Anhörungsfehler müssten gemäß [§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#) als geheilt anzusehen sein bzw. wären bis zur letzten Tatsacheninstanz des sozialgerichtlichen Verfahrens heilbar ([§ 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 erfolgte, 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 materiell-rechtlich rechtmäßig sowie rechnerisch richtig und 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 Honoraranspruchs wird vom Kläger beanstandet, worin jedoch - wie oben ausgeführt worden ist - kein Formmangel liegt. Die Anwendung des Regelwerks durch die Beklagte ist zutreffend; insoweit werden auch keine Rechen- und Rechtsfehler seitens des Klägers geltend gemacht. 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 erfolgte, wird vom Senat nicht beanstandet ...

V. Der HVM ist (wie im übrigen auch der EBM), 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 dies von Klägerseite auch geltend gemacht wird, 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 Höhe des Honorars des Klägers aus. Insoweit kann diesem jedoch keine Überprüfungsbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben werden, die letztlich auf eine abstrakte Normenkontrolle hinausläufe (so ist der Kläger z.B. weder von der Laborbudgetregelung des EBM betroffen noch durch die Mengenbegrenzung bei CT- und MRT-Leistungen).

2.) Ein Honoraranspruch des Klägers kann nur aus den Honorarverteilungsregelungen der Beklagten - nach Maßgabe gesetzlicher Regelungen - 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 (-KV-) 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) Soweit der Kläger vorträgt, es könne nicht lückenlos belegt werden, dass zu den Sitzungen der Vertreterversammlung der Beklagten ordnungsgemäß und unter Beachtung der Geschäftsordnung eingeladen worden sei und der beschlossene Satzungstext mit den Ausfertigungen nicht übereinstimme, waren entsprechende Ermittlungen des Senats nicht geboten. 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 genereller Zweifel seitens des Klägers reicht hier nicht aus.

b) Vom 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 ist erforderlich, dass die Verbände der Krankenkassen vor der Beschlussfassung über den HVM zu diesem Stellung nehmen und eventuell vorgebrachte Bedenken in die Entscheidungsfindung Eingang finden können; zulässig ist jedoch auch ein "nachgeholtes" Herstellen des Benehmens, wie höchstrichterlich entschieden worden ist (vgl. hierzu näher BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Urt. vom 24. August 1994 - [6 RKA 15/93](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Urt. 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 - teils vorab und teils nachträglich (vgl. hierzu auch das Urt. des erkennenden Senats vom 16. Oktober 2002 - [L 7 KA 721/00](#) -).

c) Auch die Veröffentlichung des HVM entspricht den satzungsgemäßen Regelungen. Die (Haupt-)Satzung (hier § 28 in der ab 1. Juli 1997 maßgeblichen Fassung) sieht ausdrücklich den Abdruck in der Ärztezeitung der Beklagten oder in einem Rundschreiben vor; dementsprechend ist auch die Bekanntmachung durch Rundschreiben der Landesstelle der Beklagten als Anlage satzungsgemäß (vgl. BSG, Urt. vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 86/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)) mit der Folge, dass auch eine wirksame Verkündung vorliegt.

d) Der hier angewandte HVM ist auch nicht deshalb unwirksam, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt worden sind. Zwar gilt auch für den HVM als Satzungsrecht grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch 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 Quartalsabschluss überhaupt festgestellt werden können (vgl. auch Clemens, Regelungen der Honorarverteilung, in: MedR 2000, S. 17, 22 mit Nachweisen zur höchstrichterlichen Rechtsprechung). Die Grenze rückwirkender Inkraftsetzung liegt jedoch darin, dass gezielt steuernd wirkende Honorarverteilungsregelungen, die einer Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes dienen sollen, den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt sein müssen, damit diese sich hierauf einstellen können (vgl. BSG, Urt. vom 3. 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 - die streitbefangenen Quartale betreffend - ausgegangen werden. Die mit Wirkung zum 1. Juli 1997 rückwirkend in Kraft gesetzte Regelung des neuen Abschnitts I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM war bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 i. d. F. der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Honorarforderungen, die nicht in die Maßnahme nach LZ 208 HVM einbezogen seien, einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen seien und Einzelheiten hierzu in Kürze bekannt gegeben würden. Die streitbefangene HVM-Regelung hatte zudem nicht die Verhütung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes zum Ziel (und damit den Regelungsbereich der LZ 503 HVM) sondern die in den HVM übernommene sog. "EBM-Wippe" zur besseren Erfassung der Kostensituation kleiner Praxen (vgl. zum Regelungsbereich BSG, Urt. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)); das BSG hat nicht nur die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 für rechtmäßig erachtet, sondern auch die Gestaltungsfreiheit der KVen im Rahmen der Honorarverteilung nach Einführung von Praxisbudgets (konkret Hamburg betreffend) 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 Abstufungsregelung der "EBM-Wippe" verringert einen "Anreiz" zur Fallzahlsteigerung, zumal es sich um eine Fallwertkorrektur handelt, die eine Steigerung ohnedies nur geringfügig begrenzt, was die steuernde Funktion im Hinblick auf das Leistungsverhalten des Arztes betrifft..

4.) Die Regelung des HVM verstößt nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Der Regelungsbereich des HVM ist zwar komplex, kompliziert und schwierig. Die Regelung kann im Einzelfall auch unklar, vielleicht sogar widersprüchlich sein, weshalb jedoch der HVM nicht insgesamt als nichtig angesehen werden kann. Die Beklagte kann den HVM verwaltungsmäßig umsetzen und Sozialgerichte können die Regelungen nachvollziehen. Auch wenn es wünschenswert sein mag, den HVM klarer zu fassen, trifft der Vorwurf eines "Verweisungswirrwarrs" nicht zu. Aus den Anlagen, die Bestandteil der Honorarbescheide sind, kann die jeweilige Bezugnahme nachvollzogen werden. Dies hat sich in Erörterungen vor dem Sozialgericht in mündlichen Verhandlungen auch gezeigt.

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 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 ff., 76 ff.). Dabei war hier nicht zu entscheiden, inwieweit die Legitimation ausreicht, durch derartiges Satzungsrecht mittelbar oder möglicherweise unmittelbar in die Rechte Dritter einzugreifen (was einer gesonderten Prüfung bedürfte, vgl. Engelmann a.a.O. sowie Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49, 97; vor allem: P. Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, Tübingen 2000, passim, vgl. u.a. S. 148 ff., 379 ff., 388 ff., 391; zusammenfassend: 429 ff.).

b) Auch die Rechtmäßigkeit des HVM im Hinblick auf die demokratische Legitimation der Vertreterversammlung der Beklagten kann nicht in Frage gestellt werden. Insoweit ist - entgegen der Auffassung des Klägers - die Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder der KVen (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. Entgegen der Auffassung des Klägers ergibt sich auch aus der von der Beklagten vorgelegten Wahlordnung (nebst Anlage) und den dort mitgeteilten Zahlenverhältnisse nicht, dass die Zahl der außerordentlichen Mitglieder den gesetzlichen Vorgaben in [§ 80 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) widerspräche. Auch die Gefahr, dass die außerordentlichen Mitglieder einen Beschluss der Vertreterversammlung "majorisieren" und deshalb Entscheidungen des Selbstverwaltungsorgans (hier: Abgeordnetenversammlung) durch Partikularinteressen verzerrt werden könnten, vermag der Senat nicht zu erkennen. Durch Satzungsrecht (vgl. zur Beschlussfähigkeit: [§ 8](#) der Geschäftsordnung der Abgeordnetenversammlung) ist gewährleistet, dass die außerordentlichen Mitglieder keine eigene Mehrheit bilden können und deshalb keine - auch nur höchst hypothetisch anzunehmenden, abweichenden - Partikularinteressen durchsetzen könnten. Entgegen der Auffassung des Klägers ergibt sich deshalb zur Überzeugung des Senats auch aus der neueren Entscheidung des BVerfG (vom 5. Dez. 2002 - [2 BvL 5/98](#) - und - [6/98 - NVwZ 2003, S. 974](#) ff.; vgl. auch BGBl. I. (2003) S. 853) zur Selbstverwaltung nichts, was gegen die Zulässigkeit der Beteiligung außerordentlicher Mitglieder in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung - hier der Abgeordnetenversammlung der Beklagten - spräche.

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

7.) Es besteht zur Überzeugung des Senats auch kein Anspruch auf ein vertragsärztliches Honorar in Höhe einer "angemessenen Vergütung" (hierzu näher Wimmer, in: 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 ob dieser Anspruch - aus dem Gesetz hergeleitet - dem Satzungsrecht vorgeht. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG (vgl. Urt. vom 1. Februar 1995 - [B 6 RKA 27/93 - SozR 3-2500 § 121 Nr. 1](#)), welcher der Senat folgt, ist die Angemessenheit der Vergütung zwar ein

wichtiger Maßstab und Regelungsfaktor, der einzelne Vertragsarzt kann hieraus jedoch kein subjektives Recht herleiten. Das BSG (vgl. Ur. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 6/98](#) - a.a.O. und vom 10. Mai 2000 - [B 6 KA 20/99 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 37](#)) stellt in ständiger Rechtsprechung 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) Der Einwand des Klägers, der Gesetzgeber habe verschiedene alternative Möglichkeiten - auch im Rahmen der Bindung an eine Gesamtvergütung - dem geforderten Anspruch auf ein "angemessenes Arzthonorar" Rechnung zu tragen und könne beispielsweise die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung erhöhen, liegt - jedenfalls als rechtliches Argument - neben der Sache. Der demokratisch-parlamentarische Gesetzgeber kann nicht gehalten sein, allein dem Anliegen der Vertragsärzte zu entsprechen und zugleich die Gesamtverantwortung für das soziale Sicherungssystem - in dem der Faktor des Beitragssatzes auch ein Kriterium der Gesamtverantwortung ist - mit entsprechenden Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Arbeitsbereich hintanzustellen. Weder aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) noch aus den Vorschriften des SGB V kann daher 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 aus der Rechtsprechung des BVerfG in Leiholz/Rinck/ Hesselberger, Grundgesetz, [Art. 12 GG](#) RdNr. 296). Die Rechtsprechung des BVerfG verlangt weiter, dass das eingesetzte Mittel geeignet und erforderlich ist, wobei dem Gesetzgeber - wie auch dem Satzungsgeber - wiederum ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt wird. Erforderlich ist, dass das eingesetzte Mittel im konkreten Fall - mit Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung - geeignet ist, die von Gesetzes wegen geforderte Stabilität des Systems zu sichern. Dies wird sich nicht ohne weiteres - zumindest nicht mit vollem Konsens - feststellen lassen, schon gar nicht bei einer prognostischen Beurteilung, weshalb dem Normgeber dieser weite Gestaltungs- und Regelungsrahmen zugebilligt wird. Dies muss umso mehr gelten, je komplexer und schwieriger die jeweiligen Vorgänge abzuschätzen sind. Daraus rechtfertigt sich auch ein angemessener Zeitraum für die Beobachtung von Auswirkungen und die Anpassung von Vorschriften, zugleich aber auch eine Verpflichtung des Normgebers, diese Vorgänge zu beobachten und gegebenenfalls entsprechende Änderungen einzuleiten.

d) Die fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung kann deshalb - in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Ur. 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 oder Region, so beeinträchtigt ist, dass auch die berufliche Existenz der am Versorgungssystem beteiligten Vertragsärzte gefährdet ist. Der Kläger trägt zwar erhebliche Belastungen durch die Honorarverteilungsregelungen vor. Er hat aber in allen streitbefangenen Quartalen selbst Überschüsse - allein aus der vertragsärztlichen Tätigkeit - erzielt und dabei im Quartal IV/98 annähernd das von ihm insgesamt geforderte Honorar verdient. Für die Annahme der Gefährdung der Sicherstellung der Versorgung auf den Gebieten der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenmedizin in Hessen trägt dies nicht. Die Stellung des Vertragsarztes als eines Selbständigen kann es immer wieder mit sich bringen, dass Einzelne sich verkalkulieren und die vertragsärztliche Tätigkeit ändern, auf eine andere finanzielle Basis stellen oder aber ganz aufgeben müssen bzw. sich zur Kooperation mit anderen (Fach-)Ärzten gezwungen sehen. Dass in den streitbefangenen Quartalen - flächendeckend für Hessen oder hier für Oberursel und die nähere bzw. weitere Umgebung - ein solche Gefährdung vorgelegen haben sollte, ist weder substantiiert dargetan noch sonst ersichtlich. Auch die vom Kläger vorgelegten Unterlagen sind nicht derart, dass sich der Senat insoweit zu einer Beweiserhebung über die Sicherstellung der Versorgung gedrängt sehen müsste. Nichts Gegenteiliges ergibt sich - wenn auch nicht direkt auf Hessen übertragbar, weil ein anderer KV-Bezirk betroffen ist - aus einem dem Senat in Parallelverfahren bekannt gewordenen Gutachten der Rinke Treuhand GmbH ...

Entgegen der Auffassung des Klägers lässt sich aus der Rechtsprechung des BVerfG zur Indienstnahme Privater und deren Anspruch auf angemessene Entschädigung (vgl. 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 herleiten. Es geht vorliegend 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 gerade bei den anderen freien Berufen - wie etwa Rechtsanwälte oder Notare - auf die sich der Kläger bezieht. Mangels Vergleichbarkeit können daher die Rechtsgrundsätze des BVerfG auf den Kläger auch nicht übertragen werden, weshalb ein Rechtsanspruch auf angemessene vertragsärztliche Vergütung so nicht zu begründen ist. Nicht mehr nachvollziehbar ist für den Senat deshalb im Bezug auf die Honorierung des Klägers der Vorwurf eines Verstoßes gegen die guten Sitten; Vorstellungen einer Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung, wie sie das allgemeine Vertragsrecht prägen und die auch (begrenzt durch rechtliche Interventionen bzgl. Mindestarbeitsbedingungen) für das Arbeits(vertrags-)recht Geltung haben, können vor dem dargelegten Hintergrund verfassungskonformer Begrenzung der Gesamtvergütung nicht zur Anwendung kommen.

e) Das Verlangen nach einem "angemessenen Honorar" kollidiert mit den Grundsätzen einer selbständig ausgeübten Tätigkeit. Damit wird ein - möglicherweise so gar nicht gewollter - Zusammenhang zum Arbeitsrecht hergestellt, gerichtet auf ein "angemessenes Arbeitsentgelt" (das dort aber gerade auch auf "Aushandlungsprozessen" zwischen den Tarifvertragsparteien beruht, denen durch [Art. 9 Abs. 3 GG](#) verfassungsrechtlicher Status und Schutz zu Teil wird). Der Beruf des Vertragsarztes soll jedoch als ein dem Grunde nach freier Beruf, verbunden mit unternehmerischen Entscheidungen und einer eigenständig verantworteten Kosten- und Leistungsrechnung geführt werden, wengleich 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 sowie das Geräte- und Leistungsspektrum ausrichtet; welche Kooperationsformen er wählt, welche zusätzlichen Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung angeboten und ob z.B. Gutachtensaufträge (oder Aufträge im Rahmen von Begutachtungen) ausgeführt werden. Von solchen Entscheidungen und Bemühungen hängt unter anderem zwangsläufig die Kostenstruktur einer Praxis ab, weil bei steigendem Anteil nicht-vertragsärztlicher Leistungen der auf die vertragsärztliche Tätigkeit entfallende Kostenanteil sinkt – ohne dass dies gleichbedeutend mit einer "Subventionierung" der vertragsärztlichen Tätigkeit verstanden werden muss ... Der Streit um die "Angemessenheit" der (auch der kassen- bzw. vertrags-) ärztlichen Vergütung reicht im übrigen weit zurück (vgl. ausführlicher hierzu Senatsurteile vom 29. Jan. 2003 - [L 7 KA 921/01](#) (- u.a. -) Revision anhängig - und L 7 KA 1156/01 - rechtskräftig, S. 49 der Entscheidungsgründe - 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 aus - unterschiedlichen Perspektiven - an Demokratiedefiziten, denen der parlamentarischen Gesetzgeber in jüngster Zeit vermehrt versucht Rechnung zu tragen) in der juristischen sowohl wie der (wissenschaftlichen) sozialpolitischen Diskussion, wonach es eine legitime und nach der Verfassung des GG auch legale Aufgabe des parlamentarischen Gesetzgebers ist, im Rahmen der "gewachsenen" neokorporatistischen Strukturen des "Gesundheitssystems" 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. im Einzelnen die Nachweise in den Urteilen des Senats vom 29. Jan. 2003 a.a.O.; u.a. - speziell für den vorliegenden Kontext - H. Wiesenhal, Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1981; G. Gäfgen, Hg.: Neokorporatismus und Gesundheitswesen, 1988 sowie die Beiträge von Adam/K.-D. Henke, I. Ebsen und J. Wasem in: B. Schulin, Hg., Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. I. Krankenversicherung, 1994; vgl. auch K. Michelsen, Blockade oder Stabilisierungsfaktor? - Die Selbstverwaltung in der Kritik, in: H.-U. Deppe/W. Burkhardt, Hg., Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg 2002, S. 104 ff.). Der Senat vermag auch nicht zu erkennen, inwiefern die Mindestanforderungen an die demokratische Legitimation funktionaler Selbstverwaltung, wie sie zuletzt vom BVerfG nochmals festgeschrieben worden sind (5. Dez. 2002 - [2 BvL 5/98](#) - und - 6/98 - [NVwZ 2003, S. 974](#) ff.), jedenfalls für diesen Bereich der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, der vorliegend im Streit steht, nicht eingehalten worden sein sollten.

Der Honoraranspruch, den der Kläger geltend macht, kann sich deshalb nur nach den in diesen Organisationsstrukturen "ausgehandelten" bzw. erlassenen Normen - d.h. des geltenden EBM und HVM - und den dort festgelegten Regelungen bemessen, soweit für die Aushandlungsmechanismen der vertragsärztlichen Vergütung ein rechtstaatlicher und demokratischer, verfassungsrechtlich akzeptabler gesetzlicher Rahmen gegeben ist. Ein fester Honoraranspruch des Klägers auf ein "angemessenes Honorar" - in Höhe von 180.000 DM jährlich - ergibt sich aber weder aus einer eigenständigen Rechtsgrundlage für einen solchen Anspruch noch in Form einer Verpflichtung der Beklagten, die Honorarverteilungsregelungen dem entsprechend zu gestalten bzw. bereits jetzt für die Vergangenheit anzuwenden. Der Honoraranspruch des Klägers kann sich deshalb nur nach dem geltenden EBM und dem maßgeblichen HVM und den dort festgelegten Regelungen bemessen.

f) Auch eine weitere Sachaufklärung des Senats zur wirtschaftlichen Situation der konkreten (einzelnen) Praxis des Klägers in den drei streitbefangenen Quartalen war deshalb nicht geboten. Aus den von Klägerseite vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen ist noch nicht einmal ersichtlich, in welchem 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, wofür sich jedenfalls Hinweise auch aus dem Gutachten der Rinke Treuhand GmbH entnehmen lassen. Weitere Auskünfte hierzu hat der Kläger, auch nach Anforderung, dem Senat nicht vorgelegt, weshalb der Senat bislang lediglich für zwei von drei Quartalen Kenntnis von geringeren, als den erwünschten, Überschüssen des Klägers hat. Eine weitere Beweiserhebung zur Offenlegung und Analyse sämtlicher Einnahmen – und zu deren Verwendung – aus der Praxis des Klägers über einen längeren Zeitspanne hält der Senat nicht für geboten, da aus der Kenntnis der Daten einer einzelnen Praxis - und für eine begrenzte Zahl von Quartalen - nicht auf die dauerhafte zu geringe Finanzierung oder gar auf die Gefährdung der Versorgung in einem ganzen Versorgungsbereich geschlossen werden könnte. Sollten Ausnahmesituationen tatsächlich vorliegen und - außerhalb der üblichen Margen - Härtefälle oder Sicherstellungsprobleme auftreten, verbliebe der Beklagten die Möglichkeit - gegebenenfalls in einem gesonderten Verwaltungsverfahren - von Regelungen zum Härteausgleich und insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung mit radiologischen etc. Leistungen Gebrauch zu machen.

Im Übrigen ist gerichtsbekannt - 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 mehr als 1 Mio. DM/je Arzt erwirtschaftet worden sind, von denen 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 Anlass zu der Annahme, die Versorgung im Bereich der Radiologie könne nicht - generell - gefährdet sein. Das vom Senat beigezogene Gutachten der Rinke Treuhand GmbH - wenn auch einen anderen KV-Bezirk betreffend - verweist auf die Bedeutung der äußerst kontroversen Einschätzungen auf der Kostenseite und ergibt im Übrigen keine Anhaltspunkte dafür, dass in der Bundesrepublik (West) - jedenfalls für die Zeit der hier streitbefangenen Quartale - verbreitet (auf Bundesebene) von einer Gefährdung der Versorgung im Bereich der Radiologie gesprochen werden könnte. Der Senat verkennt die Kritik an der schmalen Datenbasis bundesweiter Erhebungen nicht; deren Verbesserung kann Aufgabe der KBV und des Beigeladenen werden, etwa bei der Erarbeitung der Grundlagen für eine Neuregelung des EBM. Es sind aber, neben dem - zwangsläufigen - Hinweis auf die schmale Datenbasis aller vorliegender Informationen, auch von Klägerseite keine substantiierten Darlegungen derart vorgetragen worden, wonach sich der Senat - flächendeckend und jedenfalls für die "alten" Bundesländer und/oder für Hessen - hätte veranlasst sehen müssen, Beweis über eine Gefährdung der Versorgung im Bereich der Radiologie zu erheben. Der Senat kann dahingestellt sein lassen, ob dies anders wäre, wenn der Kläger (oder jedenfalls sein Prozessbevollmächtigter) durch Vorlage valider, geprüfter und repräsentativer Auskünfte aus der Vielzahl der beim erkennenden Senat anhängigen Streitverfahren der immer wieder (auch von Fachkollegen des Klägers) vorgetragenen Behauptung Plausibilität verschaffen könnte, die Mehrzahl radiologischer Praxen müsste die vertragsärztliche Tätigkeit in naher Zukunft einstellen mit der Folge, dass die Versorgung mit Leistungen der diagnostischen Radiologie, der CT, der MRT etc. auch in der Fläche gefährdet werden könnte. Ermittlungen "ins Blaue" oder gar ein "Ausforschungsbeweis" durch Befragung einer Vielzahl - auch nicht an einem Klageverfahren beteiligter - Praxen bzgl. sämtlicher Praxiseinnahmen und deren Verwendung sowie der Kostenkalkulation sind nach dem rechtlichen Ausgangspunkt des Senats nicht angezeigt - insbesondere auch angesichts des zur Überzeugung des Senats (auch in der Fläche) gesicherten Versorgungsniveaus. Die

Beobachtung sich verändernder Entwicklungen obliegt insoweit dem Normgeber, d.h. hier in erster Linie dem Beigeladenen. Es ist nicht erkennbar, dass er dieser Aufgabe nicht nachgekommen sei. Auch das Gutachten der Rinke Treuhand GmbH liefert für ein solches Versäumnis - im Bezug auf andere Versorgungsgebiete - keine Anhaltspunkte.

Auch die Ausführungen in dem von dem Kläger vorgelegten Gutachten von Frau G. Kempny vom 2. Nov. 1998 zwingen zu keiner anderen Betrachtung. Die Annahme eines steigenden Kostenanteils bei sinkendem Punktwert wäre nur dann plausibel, wenn auch die Frage diskutiert würde, inwieweit diese Annahme dann noch Geltung beanspruchen könnte, wenn der sinkende Punktwert auf einer Leistungsausweitung beruht, die wiederum zu einer deutlichen Absenkung des Kostenanteils führen müsste. Auch wird in dem Gutachten die Frage nach dem Anteil privatärztlicher Tätigkeit, welcher für die Klärung der Kostenstruktur erhebliche Bedeutung zukommen kann - wie oben ausgeführt und auch dem Gutachten der Rinke Treuhand GmbH zu entnehmen - weder gestellt noch diskutiert. Dies zu klären, kann - wie ausgeführt - zuvörderst eine Aufgabe des Beigeladenen sein. Jedenfalls nach der derzeitigen Rechtslage und seinem derzeitigen Erkenntnisstand muss sich der Senat nicht zu einer Beweiserhebung im Sinn des Beweisanspruchs der Kläger gedrängt sehen, wobei auch hier dahingestellt bleiben kann, ob - und unter welchen konkreten Rahmenbedingungen - sich dies ändern könnte und/oder müsste.

VI. Die Honorarfestsetzung des Klägers folgt auch aus einem EBM, der, soweit für die Honorarfestsetzung des Klägers maßgeblich - wie auch der HVM u.a. aus den oben dargelegten Gründen - rechtlich nicht zu beanstanden ist. 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, Urte. 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 (vgl. P. Axer, Normsetzung der Exekutive ..., a.a.O., S. 64, 151, 385 ff.). Der hinsichtlich ihrer insoweit vorgetragenen Einwendungen von dem Kläger beantragten Beweiserhebung war deshalb nicht nachzugehen. Der Regelungsspielraum, den die Normgeber haben, ist von den Gerichten zu respektieren (BSG, Urte. vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) - Die Leistungen 2001, Beil. S. 289 und 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, Urte. 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, Urte. vom 6. Sept. 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 zudem Neuerungen eingeführt worden, die neue Strukturelemente beinhalten und deren Auswirkungen auf die ärztliche Leistungserbringung nicht in vollem Umfang absehbar waren.

3.) Der Kläger kann deshalb auch nicht mit dem Einwand überzeugen, die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM (und ebenso auf einem HVM) die nicht sach-, system- und verteilungsgerecht seien. Aus dem Rechtsstaatsprinzip folgt keine allgemeine Verpflichtung für die Schaffung von Normen in dem Sinne, dass der erhebliche Sachverhalt, auf den die Normen Anwendung finden sollten, vollständig und zutreffend ermittelt sein müsse und den Entscheidungen des Normgebers bei der Schaffung der Normen zwingend und unverzüglich zu Grunde zu legen sei. Aus der Rechtsprechung des BVerfG zu einer derartigen Pflicht des Normgebers (Beschl. vom 17. Juli 1996 - [2 BvF 2/93 - NJW 1997, S. 383](#) und weiteren Entscheidungen), kann keine entsprechende Verallgemeinerung hergeleitet werden, denn das BVerfG 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 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 abstrakte 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 er alle Möglichkeiten der Datenerhebung zu nutzen. Der Beigeladene hat insoweit entsprechende Überlegungen im Zusammenhang mit dem EBM angestellt und einbezogen und wird dies auch künftig müssen. Auch die Beklagte hat insoweit überzeugend dargelegt, dass die Erfahrungen der Verwaltung in die Vorbereitung der Entscheidungsfindungen einbezogen worden sind.

a) Die Kostensätze, die dem EBM zugrunde gelegt worden sind, beruhten auf einer Reihe von Gutachten und begleitenden gutachterlichen Stellungnahmen, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden sind, im Übrigen auch für den Bereich der Radiologie, wie sich aus den - u.a. auch den in den vor dem erkennenden Senat geführten Parallelverfahren - vorgelegten Unterlagen des Beigeladenen und weiteren den Beteiligten bekannten Unterlagen und Gutachten ergibt. Es trifft nicht zu, wie die Kläger meinen, der Normgeber habe selbst Zweifel an der Datengrundlage gehabt, weshalb Praxisbudgets für Radiologen in den EBM nicht aufgenommen worden seien; 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. hierzu auch BSG, Ur. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -).

b) Auch der Einwand der Kläger, den EBM-Regelungen hätten keine ausreichenden betriebswirtschaftlichen Daten zugrunde gelegen, vielmehr seien frühere Regelungen nach summarischer Prüfung fortgeschrieben worden, überzeugt nicht. Bei der Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets (dort die Facharztgruppe der Hautärzte betreffend) handelt es sich nach der Rspr. des BSG um normative Regelungen, nicht um Tatsachenfeststellungen (BSG, Ur. 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. Die gegenteilige Ansicht des Klägers, es handle sich insoweit um die Feststellung von Tatsachen durch den Bewertungsausschuss (wenn auch in "normativer Gestalt"), weshalb kein Normsetzungs- bzw. Gestaltungsspielraum bestehe und die Richtigkeit der Kostenfeststellung - nötigenfalls mit Hilfe von Sachverständigengutachten - gerichtlich voll zu überprüfen sei, widerspricht die klare Aussage der höchstrichterlichen Rechtsprechung. Der Annahme einer Tatsachenfeststellung steht bereits entgegen, dass die exakte Ermittlung der Kosten bei den verschiedenen Arztgruppen faktisch nicht möglich ist. Bei den Kostensätzen handelt es sich um Näherungswerte, die aufgrund einer Bewertung der zur Verfügung stehenden, zum Teil erheblich voneinander abweichenden statistischen und betriebswirtschaftlichen Daten festgestellt worden sind. Nicht nur die Beurteilung der Validität der vorhandenen statistischen Unterlagen erfordert eine Bewertung. Die Entscheidung, was überhaupt den Praxiskosten zuzurechnen ist, erfolgt notwendigerweise ebenfalls im Wege einer Bewertung (vgl. BSG in der Entscheidung vom 15. Mai 2002 [a.a.O.](#)), etwa bei der Frage, welche Kosten in welchem Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit bzw. der privatärztlichen Tätigkeit oder aber der privaten Lebensführung zuzuordnen sind. Auch das BSG (a.a.O.) verweist insoweit auf verschiedene Gutachten, nämlich auf Kostenberechnungen von Seiten der KBV und der Beratungsfirma KPMG sowie das Gutachten von Prof. Männel, und damit auf Unterlagen, die auch vorliegend von den Beteiligten in Bezug genommen worden sind. Vor diesem Hintergrund ist der 6. Senat des BSG auch schon früher und in anderem Zusammenhang (in seinen Urteilen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen), vom normativen Charakter der Kostensätze ausgegangen (vgl. BSG vom 15. Mai 2002, [a.a.O.](#), unter Hinweis auf BSG in [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#) und [SozR 3-2500 § 85 Nr. 41](#)).

Nach der Rspr. des BSG (Urteil vom 15. Mai 2002 [a.a.O.](#)) hat die Qualifizierung der Festlegung des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes als Normsetzung zwangsläufig auch Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolldichte. Kommt dem Bewertungsausschuss - wie jedem Normsetzer bei der ihm überantworteten Rechtssetzung - 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 ist verstärkt zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar - Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit stehen (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 sind (BSG, Ur. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - a.a.O. unter Hinweis auf [BVerfGE 68, S. 193](#) und BSG in [SozR 3-2500 § 135 Nr. 16](#)).

Der Normgeber ist bei der Festlegung der Kostensätze im Zusammenhang mit der Normsetzung in seiner Gestaltungsmöglichkeit allerdings 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 dort, wo auf Kostensätze des Jahres 1994 zurückgegriffen wird, in Bezug genommen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht folgt hieraus eine Prüfung dahingehend, ob der Bewertungsausschuss (der hier Beigeladene) 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, Ur. vom 15. Mai 2002 [a.a.O.](#)). Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums dürfen auch weitere Gesichtspunkte wie z.B. die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen oder Ähnliches berücksichtigt werden. Auf der Grundlage dieser Annahmen hat das BSG in früheren Entscheidungen das Vorliegen einer offensichtlichen Fehlbewertung etwa in dem Fall verneint, wenn neuere statistische Erhebungen von dem normativ festgesetzten Kostensatz um 0,4 v.H. bzw. 3,2 v.H. abgewichen sind (vgl. BSG in: [SozR 3-2500 § 80 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. Urteil vom 8. März 2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) sowie vom 8. März 2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#)). Teilbudgets kommt neben dem Ziel der Mengenbegrenzung die Funktion zu, jedem Arzt in bestimmten, für seine Praxisführung wichtigen Leistungsbereichen eine verlässliche Kalkulationsgrundlage zu geben (vgl. hierzu weiter oben die bereits 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, angestellt (vgl. dazu näher Ballast, in: [ErsK 1996, S. 440, 441](#) mit Beträgen von - fiktiv errechnet - bundesweit 138.000 DM). Die Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen erfolgt mit einem bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen prozentualen Kostensatz, wie dieser in der Anlage 3 Buchst. b ausgewiesen ist. Unter dem Gesichtspunkt des weiten Gestaltungsrahmens und im Hinblick auf die Erprobungsphase erscheint diese Regelung im Ergebnis nicht zu beanstanden.

6.) Auch die Begrenzung der Scanzahl bei der CT und die Frequenzzahlbeschränkung bei der MRT hält sich in diesem Rahmen, wobei die KBV mit dieser Begrenzung das Ziel verfolgt, einer medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung entgegenzuwirken, was unter dem Gesichtspunkt, dass es sich um eine Anfangsregelung handelt, vertretbar ist. Vorliegend bedarf dies jedoch keiner weiteren Erörterung, da der Kläger nicht konkret durch diese Regelung betroffen und damit von ihr auch nicht beschwert ist; eine weitergehende Prüfung im Sinne einer abstrakten Normenkontrolle ist dem Senat – wie dargelegt – verwehrt. Bereits schon aus diesem Grund war dem Beweisantrag des Klägers hinsichtlich der erforderlichen Scanzahlen nicht nachzugehen.

7.) Soweit der Begriff des Behandlungsfalles auf ein Quartal bezogen wird und nicht auf den konkreten Leistungsfall, mit der Folge, dass gegebenenfalls mit dem Begriff des Behandlungsfalles mehrere Untersuchungen in einem Quartal ohne weitere Abrechnungsmöglichkeit verbunden sein können, ist dies nicht zu beanstanden. 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](#). Dass der ärztliche Aufwand von Behandlungsfall zu Behandlungsfall schwankt und durch besonders aufwändige Behandlungsfälle bei Ärzten eine höhere Belastung eintreten kann, ist keinesfalls ungewöhnlich, sondern durchaus typisch. Der Normgeber konnte deshalb auch hier den allgemeinen Begriff des Behandlungsfalles heranziehen, wird jedoch die Auswirkungen zu überprüfen haben. Von Klägerseite ist bislang überhaupt nicht quantifiziert worden, in welchem Ausmaß er von der Regelung konkret betroffen war. Der Normgeber jedenfalls war nicht gedrängt, bereits ab 1. Juli 1997 insoweit für Radiologen eine von § 21 Abs. 1 BMV-Ä abweichende Regelung vorzusehen.

VII. 1.) Bezüglich der Honorarverteilungsregelungen im HVM ist höchstrichterlich anerkannt, bei der Honorarverteilung dürfe in der Weise differenziert werden, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden (vgl. BSG, Ur. vom 3. 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, Ur. 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 und auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat (vgl. BSG, Ur. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)); [§ 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, soweit hierfür sachliche Gründe gegeben sind (vgl. BSG, Ur. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 46/98 R -](#)). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteil vom 3. 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, Ur. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R -](#) sowie 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 vorliegend auch für 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 durch andere Vertragsärzte tätig werdenden Ärzte einzubeziehen. Eine vergleichbare Situation ergibt sich etwa auch für Pathologen, Laborärzte oder eben auch Nuklearmediziner, die ausschließlich auf Überweisungen tätig werden. Jedenfalls wird es nicht für gerechtfertigt gehalten, diese Gruppe von Ärzten völlig aus der Mengensteuerung eines HVMs herauszunehmen (vgl. ebenso BSG, Ur. vom 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und 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 Untergruppen zwischen verschiedenen Formen der Praxisführung und Gerätesausstattung vorzunehmen. Eine solche weitere Differenzierung hätte sich schon im Hinblick auf die Erprobungsphase ab 1. Juli 1997 nicht empfohlen und ihr Unterlassen lag jedenfalls im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des Normgebers, wie bereits ausgeführt worden ist. 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 bewegt, der für alle Leistungen ein wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, da es sich insoweit nicht um Bewertungskorrekturen sondern um Honorarverteilungsregelungen handelt, die aus anderen Gründen erfolgt sind.

4.) Der Normgeber kann jedoch gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktzahlergebnisse zwischen Ärzten, welche die gleichen Leistungen erbringen, zu überprüfen und eine Anpassung vorzunehmen; diese Verpflichtung entspricht seiner generellen Beobachtungs- und Anpassungspflicht. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung kann jedoch die Einschätzung durch den Normgeber regelmäßig nur dann beanstandet werden, 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 es im Einzelfall rechtfertigen, dass ein und dieselbe Leistung durch unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich zu honorieren ist. Es verdeutlicht die Komplexität, die in jeder Überprüfung von Honorarregelungen angelegt ist, rechtfertigt aber auch, dass sich ein Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert nicht begründen lässt (vgl. BSG, Ur. vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R - m.w.N.](#)). Unterschiedliche Auszahlungspunktwerte können sich auch zwischen den einzelnen radiologischen Praxen innerhalb derselben

Untergruppe ergeben, 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 KV 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 darf von unterschiedlichen Auszahlungspunktwerten, wie sie der Kläger beanstandet, nicht (sogleich) auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM geschlossen werden. Erst wenn Schwankungen in einem erheblichem Maße zu beanstanden sind, muss ausdrücklich die Möglichkeit bestehen, solche Schwankungen bzw. Härten, die aus nicht vorhersehbaren Praxisgegebenheiten folgen können, gemäß LZ 607 HVM und/oder LZ 803 HVM im Rahmen eines gesonderten Verwaltungsverfahrens auszugleichen, wobei der Begriff der "Härte" nicht an die existenzielle Beeinträchtigung der Praxis an schließt, sondern an eine atypische Versorgungssituation (vgl. BSG, Urt. vom 28. März 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) - USK 99119). Die insoweit differenzierte Regelung im HVM ist insbesondere geeignet, dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit entgegen zu kommen und bekräftigt das oben gefundene Ergebnis, dass sie als Berufsausübungsregelung den Maßstäben des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) entspricht.

5.) Es besteht - wie oben gezeigt, in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung - auch 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](#) -), u.a. auch deshalb, weil auch bei Überweisungsgebundenheit der Leistungen eine Mengenausweitung möglich erscheint mit der Folge, dass bestimmte kostenintensive Leistungen dann gehäuft nur auf Überweisung erbracht werden. Die Beklagte ist im Übrigen hier ihrer verstärkten Korrekturverpflichtung in Fällen der auf Überweisung tätigen Ärzte nachgekommen. Während nach der Rechtsprechung des BSG Anlass zur Überprüfung und Korrektur der Honorarverteilung besteht, 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 v. 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -), erhält die Honoraruntergruppe, welcher der Kläger angehört, bereits bei einer Abweichung vom mittleren Punktwert (für die gesamte Honorargruppe 4) um 10 v.H. nach unten zur Sicherstellung eines maximalen Punktwertabstandes von 10 v.H. Auffüllungsbeträge; entsprechende Stützungsmaßnahmen sind für die streitbefangenen Quartale von der Beklagten auch tatsächlich durchgeführt worden.

6.) Auch die hier im Streit stehenden Maßnahmen der Honorarbegrenzung durch die in den Abschnitten I, II und III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM vorgenommenen Regelungen sind 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 Mengenbegrenzung und Stabilisierung der Punktwerte. Dies gilt auch für die Bildung unterschiedlicher Punktwertquoten, die mit einer unterschiedlichen Honorierung innerhalb der Fallwerte verbunden sind, indem ein begrenzter Basiswert nach einem höheren Punktwert, darüber hinausgehende Leistungen jedoch nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3. 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.) Die Kläger können auch nicht mit Erfolg beanstanden, dass der Bezug auf die Durchschnittszahlen der Fachgruppe durch Anknüpfung an ein Basisjahr erfolgt; diese Maßnahme ist 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 1.1.2003 an und mit einer Berücksichtigung ab dem Quartal III/2003 ist dort eine Überprüfung der Kostenansätze mit Auswirkungen auf den EBM in Form einer Ankündigung (was als Aufgabe der obersten Bundesgerichte angesehen wird) verlangt worden. Insbesondere die Begrenzung der Vergütungsansprüche durch eine individuelle Bemessungsgrundlage und Bemessungsgrenze, wie in Abschnitt II geschehen, 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 gibt, der aus einer generellen Mengenausweitung der Fachgruppe folgen könnte. 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 - [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, was durch die Rechtsprechung mehrfach bestätigt worden ist (vgl. BSG, Urt. vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) und vom 28. April 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) -). Eine entsprechende Regelung ist in den HVM der Beklagten zwar erst mit Wirkung vom 1.7.1999 aufgenommen worden; hierdurch und insbesondere durch die verzögerte Aufnahme ist der Kläger jedoch nicht beschwert. Nur mittelbar beschwert ist der Kläger auch 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. Der Kläger müsste jedenfalls gegen sich gelten lassen, dass es sich hierbei um eine zulässige Differenzierung handelt; der Schutz von Praxen in der Aufbauphase ist allgemein anerkannt (vgl. BSG, Urt. vom 28. April 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) -).

9.) Auch für die Herausnahmeregelungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM hat die Beklagte sachliche Gründe angeführt, wonach Leistungen unterschiedlich zu bewerten sind, 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 in den Grenzen der Verhältnismäßigkeit und Vertretbarkeit und sind im gerichtlichen Verfahren nicht zu beanstanden, weil der Normgeber soweit einen Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum hatte.

VIII. 1.) Aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist 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, die Chance haben muss, einen Praxisüberschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit in der Größenordnung zu erzielen, wie ihn 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](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 35](#) sowie 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. Aug. 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 werden und bedürfen zudem - anhand entsprechender Daten über einen längeren Zeitraum, und nicht nur, wie vorliegend für drei Quartale - der Beobachtung und Prüfung.

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 davon, die notwendigen Ermittlungen anzustellen beziehungsweise verfügbare Daten einzubeziehen. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, dass beobachtete Entwicklungen Anlass zu verstärkter Nachprüfung geben können, wie dies etwa das BSG für den Fall der Hautärzte hinsichtlich der Praxisbudgets nach dem EBM-Ä für die Zeit ab 1.1.2003 angemahnt hat. Nach den nach Aktenlage verfügbaren Erkenntnissen, über welche die Beteiligten auch in Verbindung mit anderen Verfahren vor dem erkennenden Senat (u. a. - [L 7 KA 721/00](#) -) durch ausdrückliche Bezugnahme auf die Schriftsätze des Klägers 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 der "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 unzulänglich 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 in Höhe 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 vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)).

3.) Die Umsetzung der EBM-Vorgaben in die ab 1. Juli 1997 geltenden HVM-Regelung ist insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung rechtens. Der Normgeber des HVM hat 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 welche die Grundsätze gelten, die für eine Erprobungszeit anerkannt sind. Vornehmlich in der beschriebenen Situation ist der Normgeber des HVM - wie auch der Normgeber des EBM - gehalten, seiner Beobachtungs- und Prüfungspflicht zu entsprechen, aus der die Verpflichtung folgt, notwendige Korrekturen vorzunehmen. Diese Beobachtungspflicht hat die Rechtsprechung mehrfach festgestellt; Korrekturen sind etwa bei unzuträglichen Verwerfungen und unzumutbaren Auswirkungen für die betroffenen Ärzte geboten, vgl. BSG, Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); Urt. vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#). Ohnedies hat die Beklagte laufend eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht dahingehend, dass sie die Verteilungsregelungen im Hinblick auf ihre Auswirkungen zu überprüfen, zu ändern und weiterzuentwickeln hat. Diese Verpflichtung greift insbesondere, wenn dadurch die Rechtsposition der betroffenen Ärzte wesentlich berührt wird, vgl. BSG, Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 42/95](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#). Eine Verpflichtung zur Korrektur setzt regelmäßig voraus, dass es sich um eine auf Dauer angelegte Veränderung und nicht nur um eine vorübergehende Entwicklung handelt, wie die Rechtsprechung wiederum mehrfach bestätigt hat, vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97](#); Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#). Vornehmlich unter Berücksichtigung der neueren Rechtsprechung zur Reaktionspflicht müssen auch längere Zeiträume hingenommen werden, bevor insbesondere eine Verpflichtung zur Ermittlung und Datenerhebung greift, wie dies in der Entscheidung des BSG vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) zum Ausdruck kommt. Dort ist eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses, des Beigeladenen, angenommen worden, angesichts der eingetretenen Entwicklung (nach einem Zeitraum von etwa fünf Jahren) in eine Überprüfung der Kostensätze einzutreten; zunehmend hatten sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die realen Praxisverhältnisse, gemessen an den dargelegten Anforderungen, nicht mehr ausreichend berücksichtigt würden und im Verhältnis zu anderen Arztgruppen wesentliche Verschiebungen eingetreten sein könnten. Auch hier geht die Rechtsprechung noch von einer Übergangszeit bis zur zwingenden Erhebung entsprechender Daten und einem weiteren Zeitraum der Umsetzung (hier bis zum Quartal III/2003) aus, die jedenfalls keinen Anlass geben, für den hier streitbefangenen Zeitraum - Quartale III/97, IV/97 und I/98 - zwingend von einer fehlerhaften Datenbasis der Honorarverteilungsregelungen auszugehen.

4.) Etwas anders folgt auch nicht aus dem weiteren Parteivortrag von Frau G. Kempny auf den 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 (neue) 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 zu prüfen, EBM und HVM würden im Zusammenwirken dazu führen, 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 Erweiterte Honorarverteilung- 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 erst gar nicht 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, vielmehr werden die Aufwendungen für die EHV 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. S. 206) eingerichtet worden, worin eine ausreichende Rechtsgrundlage zu sehen ist (vgl. BSG, Urt. vom 20. Juli 1966 - 6 RKA 1/66 - SozR Nr. 1 zu Art. 4 § 1 - [NJW 1967, S. 315](#)). Diese Rechtsgrundlage wird auch im Schrifttum bestätigt (vgl. Hess in: Kassler Kommentar, [§ 85 SGB 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 geltender und deshalb für den Bereich der EHV keine strengeren Anforderungen verlangt werden dürfen. Deshalb bietet § 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 eine ausreichende Rechtsgrundlage. Nicht zu beanstanden ist auch, dass die Umsetzung dieser Regelung der Selbstverwaltung überlassen wurde; was der erkennende Senat im Zusammenhang mit der Anwendung der Grundsätze der EHV bereits für rechters anerkannt hat (vgl. Hess. LSG, Urteil vom 18.10.2000 - L [7 KA 277/00](#) -). Die Einwendungen des Klägers bezüglich der Normenklarheit wie auch des Parlaments- und Gesetzesvorbehalts sind deshalb auch mit den selben Gründen zurückzuweisen, wie dies vorstehend bereits zum HVM - und vergleichbar zum EBM - geschehen ist. Auch die für den Kläger als Parteivortrag vorgetragene Einwände des Herrn K. - im Parallelverfahren ([L 7 KA 721/00](#) -) auch mündlich gehört - vermögen den Senat nicht zu überzeugen. Der Beklagte kommt auch für die EHV der ihr eingeräumte Gestaltungsspielraum zu, weshalb sie auch nicht gezwungen war, teilweise oder vollständig Möglichkeiten zur Befreiung von der EHV vorzusehen oder eine Sonderregelung für bestimmte Arztgruppen, etwa radiologische Praxen, zu treffen. Der Gestaltungsspielraum umfasst nicht nur die Frage der Abführung von Geldbeträgen, sondern auch den Leistungsbereich, da die Einrichtung der EHV nicht den engen Grenzen eines Versorgungswerkes unterliegt; deshalb war es der Beklagten gestattet, in dem vorgesehenen Umfang eine Umverteilungskomponente vorzunehmen. Der EHV ist auch nicht mit versicherungsmathematischen Überlegungen mit Erfolg zu begegnen, da das Regelwerk nicht den zwingenden Grundsätzen von Leistung und Gegenleistung unterworfen ist; es konnte deshalb dahinstehen, inwieweit die Beanstandungen der Klägerseite insoweit durchgreifen; auch die angeregte Beweiserhebung verbot sich aus den dargelegten Gründen.

3.) Da die Überprüfung der Abführung eines Gesamtbetrages an die EHV bereits im Rahmen des Honorarstreitverfahrens vorzunehmen war, besteht für den hilfsweise gestellten Feststellungsantrag nicht das notwendige eigenständige Rechtsschutzinteresse weshalb auch diesem Antrag kein Erfolg beschieden sein konnte.

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, wie sich aus [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#) ergibt. 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 KVen 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 die hier streitbefangenen Quartale 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 für diese anteilige Verwaltungskosten vorzusehen; dies schließt zugleich die Befugnis ein, entsprechend den jeweiligen Aufwendungen für die Bezirksstellen unterschiedliche Verwaltungskostenumlagen anzusetzen. Dabei hatte die Beklagte alle weiteren von Gesetzes wegen vorgeschriebenen Aufwendungen einzubeziehen, etwa auch die an Dritte abzuführenden Beträge, etwa an die KBV.

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 einzelne Arzt hat jedoch keinen Anspruch darauf, eigenständig eine gerichtliche Überprüfung der Verwaltungsausgaben durchzusetzen, weshalb beispielsweise im Rahmen der Honorarprüfung auch nicht die Frage der Zahlung von Aufwandsentschädigungen an Vertragsärzte als ehrenamtliche Richter im sozialgerichtlichen Verfahren zu prüfen war. Dies gilt auch für weitere Fragen im Zusammenhang mit dem Verwaltungsgebaren der Beklagten.

b) Auch die Rechtmäßigkeit von Rückstellungen - zu deren Bildung die Beklagte im Übrigen nach [§ 78 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 82 SGB IV](#) verpflichtet ist - unterliegt nicht der Überprüfung im Rahmen einer Honorarstreitigkeit, und zwar sowohl was den Umfang der Rückstellungen als auch die damit angestrebten Zielsetzungen betrifft; der Kläger kann deshalb 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 insgesamt zur Verfügung steht; kann im Rahmen des Honorarstreitverfahrens um sein Honorar kann dies der Kläger nicht aus eigenem Recht zur Überprüfung stellen.

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

XII. Das Verfahren war auch nicht, entsprechend der Auffassung des Klägers, 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](#) des Vierten Buches des Sozialgesetzbuches - Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung - (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.

Der Kläger verkennt insoweit die engen Vorgaben, die in der jüngeren Rechtsprechung des BVerfG für die Richtervorlage nach [Art. 100 GG](#) gezogen worden sind. Da es sich bei den vom Kläger in den konkreten Auswirkungen beanstandeten Normen (EBM und HVM) zunächst um untergesetzliches Recht handelt, obliegt es zunächst den Gerichten, 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. 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. 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 Regelwerks - und insoweit auch der Vorschriften des SGB V - überzeugt ist. Dies gilt (jedenfalls für die vorliegende Fallkonstellation des Vertragsarztrechts) 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. 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. 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 (vgl. hierzu weitere Nachweise im Urteil des Senats vom 17. Sept. 2003 - [L 7 KA 165/01](#) - und - 175/01 - auf S. 65 der Gründe). Die Rechtsprechung des BSG zu dem hohen Gemeinschaftsgut, welches (auch) die Beitragssatzstabilität darstellt, konkretisiert zugleich die Grundrechte der Beitragszahler in der Gesetzlichen Krankenversicherung des SGB V (GKV) - 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 keine Befreiungsmöglichkeiten gibt. Vor diesem Hintergrund müssen Äußerungen verstanden werden, wonach erwartet werde, 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. Aufgabe des parlamentarischen Gesetzgebers ist es dabei, 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 im Konsens gelingen kann, als auch - notfalls - der "Steuerung" durch konkrete Ausgabenbegrenzungen oder anderweitige Vorgaben der Mengensteuerung 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 Kläger erwähnt wohl [Art. 2 Abs. 1 GG](#) - auch im Bezug auf die Versicherten; Konsequenzen für die praktische Konkordanz der Auslegung von Verfassungsnormen zieht er daraus jedoch nicht. Für den Senat jedenfalls ist nicht erkennbar, inwieweit ein Grundrecht des Klägers aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vorliegend dadurch beeinträchtigt sein sollte, dass ihm im Rahmen der Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und die ärztliche Tätigkeit nicht auf die Behandlung von Privatpatienten zu beschränken, im streitbefangenen Zeitraum aus dem vertragsärztlichen Teil der Tätigkeit in zwei Quartalen ein zu geringer und in einem Quartal sogar ein angemessener Gewinn verblieben ist.

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.

XIII. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Sie berücksichtigt ein partielles Obsiegen des Klägers im erstinstanzlichen Verfahren, soweit die Untätigkeitsklage betroffen ist.

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-05-27