

L 7 KA 1105/01

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 5 KA 4662/98
Datum
06.06.2001
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 1105/01
Datum
29.01.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 42/03 R
Datum
09.12.2004
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 6. Juni 2001 wird zurückgewiesen.

II. Die Kläger haben der Beklagten die Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten. Im Übrigen haben die Beteiligten einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für das Quartal III /97 für die als Fachärzte für Radiologie zur vertragsärztlichen Behandlung mit Praxisstz in D. zugelassenen Kläger. Streitig ist dabei sowohl die förmliche und inhaltliche Rechtmäßigkeit des Honorarbescheides vom 25. März 1998 - in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 -, als auch deren Rechtsgrundlagen, der "Grundsätze der Honorarverteilung" (Honorarverteilungsmaßstab - HVM -) der Beklagten und des "Einheitlichen Bewertungsmaßstabes" (EBM) des Beigeladenen (hier in der ab 1. Juli 1997 maßgeblichen Fassung).

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

In ihrem HVM führte die Beklagte ab dem Quartal III/92 zunächst für den Primärkassenbereich eine arztbezogene Honorarbegrenzung ein, die auf den Teilfallwert der Fachgruppe abstellte, der Grundlage für die einer Mengenbegrenzung 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 Abstaffelungsregelung 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 praxisindividuelle Bemessungsgrenze vorgenommen, verbunden mit einem auf den Teilfallwert der Fachgruppe zurückgreifenden Spielraum hinsichtlich zu berücksichtigender Veränderungen bzw. Wachstumsraten.

Ab dem Quartal III/97 - und damit dem vorliegend streitbefangenen Quartal - nahm die Beklagte wiederum umfangreiche Änderungen des HVM in Bezug auf die Honorarverteilung und vornehmlich zur Honorarbegrenzung vor. Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 14. Juni 1997 wurde die Verteilung der Vergütungen in § 7 HVM geregelt. Dieser Beschluss vom 14. Juni 1997 wurde unter Hinweis auf § 28 der (Haupt-)Satzung der Beklagten (der in der vorliegend maßgeblichen Fassung vorsieht, dass Bekanntmachungen der Beklagten und ihrer Gliederungen entweder durch Veröffentlichung im "Hessischen Ärzteblatt" oder durch Rundschreiben zu erfolgen

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

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

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

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

In den genannten Abschnitten des HVM sind weiter konkretisierte "Herausnahmeregelungen" vorgesehen, für die teilweise die Fallwertkorrekturvorschrift im Abschnitt I oder die Budgetierungsvorschrift bzw. Teilquotierungsvorschrift im Abschnitt II nicht gilt oder es werden für bestimmte Leistungen im Abschnitt III Ausnahmen festgelegt (etwa für die sogenannte "Große Psychotherapie"). Als weitere Regelungsvariante ist im Abschnitt II Nr. 5 festgelegt, dass von der Budgetierung bzw. Teilquotierung in Ausnahmefällen ganz oder teilweise auf Beschluss des Geschäftsausschusses der zuständigen Bezirksstelle der Beklagten abgesehen werden kann. Hilfsweise kann in Ausnahmefällen auch auf Teilfallwerte der Fachgruppe statt auf den individuellen Teilfallwert der Arztpraxis zurückgegriffen werden, wozu der Vorstand ergänzende Vorgaben beschließen kann. Zum Abschnitt III ist weiter festgelegt, dass der Geschäftsausschuss von einer fallzahlabhängigen Quotierung der Honorarforderungen in Ausnahmefällen und auf Antrag ganz oder teilweise absehen und in begründeten Fällen Sonderregelungen beschließen kann, wozu der Vorstand ergänzende Vorgaben beschließen kann. Generell wird der Vorstand der

Beklagten ermächtigt, Einzelheiten zur Durchführung der entsprechenden Honorarverteilungsbestimmungen zu regeln; Sonderregelungen sind schließlich auch für neue Praxen vorgesehen. In § 6 (LZ 607) HVM wird der Vorstand der Beklagten ermächtigt, im Einzelfall zeitlich begrenzte, von den Bestimmungen der Honorarverteilung abweichende Regelungen, insbesondere zur Erhaltung von Praxissitzen, zu treffen, wenn die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung dies erfordert. Die für eine solche Maßnahme notwendigen finanziellen Mittel gehen zu Lasten dieser Honorarverteilung. Durch § 8 (LZ 803 Absatz 3) HVM wird der Vorstand ermächtigt, auf Antrag in begründeten Härtefällen, die durch den EBM und den HVM bedingt sind, dem Härtefall abzuhelpen. Die entsprechenden Zahlungen gehen zu Lasten der Honorargruppe der die Arztpraxis zugeordnet ist.

Mit der am 26. Januar 1998 aufgestellten Anzahl- und Summenstatistik forderten die Kläger ein Gesamthonorar in Höhe von 753.489,23 DM (davon AMB=kurativambulant: 752.955,20 DM) an. Die Praxis- und Vergleichsdaten für III/97 (kurativambulant = AMB) lauteten wie folgt: (in Hessen gab es im Quartal III/97 insgesamt 87 vertragsärztliche radiologische Praxen):

Quar- Fallzahl Fallzahl Fallwert Fallwert Abw.- Gesamt- Punkt- Nettohonorar tal Kl.- Fach- Kl.,gew. Fach- ung honorar wert (nach Abzug Praxis - Gruppe (je (Durch- gruppe in % Anfor- (PrK/ Sicherstellung Praxis - schnitts- derung ErsK) ärztl. Vers. nicht je honorar (AMB) - ge- u. Verw.Kost. Arzt) je Patient) in DM stützt - in DM in DM insg. in DM in Pfg.

III/97 4.491 2.524 168,26 216,81 -22% 752.955,20 6,4/7,5 508.369,70

Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 teilte die Beklagte den Klägern das Honorar für das Quartal III/97 wie folgt mit:

Primärkassen (PrK): 249.930,35 DM

Ersatzkassen (ErsK): 254.434,23 DM

Sonstige Kostenträger: 17.806,00 DM

Gesamthonorar: 522.170,58 DM

Sicherstellung ärztl. Versorgung von gesamt: (- 0.30 %)/. 1.566,65 DM

Zwischensumme 520.603,93 DM

Abzüge von Zw.summe

für Verwaltungskosten: Bezirksstelle (- 1.5275 %)/. 7.952,65 DM

Landesstelle (- 0,55 %)/. 2.863,20 DM

Rechenzentr. (- 0,16 %)/. 832,82 DM

KBV (- 0,1125 %)/. 585,56 DM

Nettohonorar 508.369,70 DM

In einer Anlage (Datum: 24. April 1998) erfolgte der Nachweis zur "fallzahlabhängigen" Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM nur für die nicht in die EBM-Budgetierung einbezogenen Arztgruppen -. Bei einer Zahl der abgerechneten (ambulant) Behandlungsfälle von 4.495 ergab sich für die Praxis der Kläger für das Quartal III/97 eine budgetrelevante Fallzahl von 3.744. Dieser wurde die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal III/97 (richtig: III/95) von 4.185 gegenübergestellt. Das ergab für 2.093 (= ½ von 4.185) eine Anhebung der Fallpunktzahl um 10 % und bei 1.651 Fällen (50 % bis 150 % von 4185) eine Absenkung um 10 %. Aufgrund der "Bewertung" der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der "fallzahlabhängigen" Bewertung bestimmte sich ein "Bewertungsfaktor" von 116,40 %. Bei Anwendung der "fallzahlabhängigen" Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I (HVM) ergab sich - ausgehend von einem angeforderten (ambulant) Honorarvolumen gemäß Honorargruppe 4 (unter Berücksichtigung von Ausnahmen wie Leistungen für Prävention etc.) in Höhe von 654.460,00 DM, einer budgetrelevanten Fallzahl von 3.744 Fällen, einem Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 201,10 DM und einem Bewertungsfaktor von 116,40 % ein Fallwert von 203,47 DM. In die Berechnung der Gesamthonoraranforderung gingen alle der "fallzahlabhängigen" Bewertung unterliegenden Leistungen der Honorargruppe mit einer Bewertung von 116,40 % (bezogen auf die Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pf.) ein. Unter dem Datum vom 24. März 1998 gab die Beklagte in einer weiteren Anlage ("Maßnahmenübersicht ...") den Klägern einen Gesamtüberblick über die tatsächlichen, sich aus den durchgeführten Maßnahmen (u.a. der Teilquotierung) ergebenden Belastungen nach anteiliger Anrechnung wie folgt: PK(=Primärkassen) Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM Plus: 4.106,46 DM AMB EK(=Ersatzkassen) Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM Plus: 3.573,22 DM AMB Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 7.679,68 DM.

Bezüglich der Laborbudget-Regelung ergab sich ein anerkennungsfähiges Laborvolumen von 100 % des angeforderten Volumens (Anlage vom 16. April 1998, Bl. 7 Gerichtsakte - GA -). Auch bei der Bewertung der CT-Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM) lag die durchschnittliche Bewertung je Scan (bezogen auf 80 Punkte je Scan) bei 100 % (Anlage vom 16. April 1998, Bl. 6 GA). Dabei waren die zahlenmäßigen Beschränkungen der Budgetvorgaben nach dem EBM maßgeblich. In einer weiteren Anlage (vom 16. April 1998 - Bl. 10/11 GA) wurden die Sachkosten und die in die EHV einzubeziehenden Honoraranteile ausgewiesen. Den Verwaltungsakten der Beklagten ist nicht zu entnehmen, wann der Honorarbescheid (nebst Anlagen - auch den von den Klägern mit der Klageschrift vorgelegten) an die Kläger abgesandt worden ist.

Gegen den Honorarbescheid legten die Kläger am 14. Mai 1998 (Eingang) Widerspruch ein, mit dem sie eine angemessene (höhere) Vergütung ggf. unter Gewährung von Härtefallzahlungen nach LZ 703 (richtig: 803) HVM oder mittels Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM beanspruchten. Die von ihnen vorgelegte Gewinn- und Verlustrechnung für das Quartal III/97 weise einen Überschuss von 94.550,79 DM (d.h. je Arzt: 31.516,93 DM) aus; es verbliebe für ihre ärztlichen Leistungen kein angemessenes Honorar, das nach Berechnungen der Kassen-ärztlichen Bundesvereinigung (KBV) je Arzt - nach Abzug aller Praxiskosten - mindestens 180.000,00 DM jährlich, mithin 45.000,00 DM je Quartal betragen müsse. Deshalb müsse für das Quartal III/97 eine Nachzahlung in Höhe von 40.449,21 DM erfolgen. Der Anspruch auf eine angemessene Vergütung gründe sich auf [Art. 12 Grundgesetz \(GG\)](#) und die vertragsärztlichen Bestimmungen ([§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4](#) des SGB V). Rechtswidrig sei der Honorarbescheid auch, weil er gegen die im Rechtsstaatsprinzip wurzelnden Gebote der Verständlichkeit und Bestimmtheit verstieße und eine nachvollziehbare Begründung vermissen ließe sowie auf Grundlagen beruhe, die - sowohl der EBM als auch der HVM - selbst rechtswidrig seien. Unzulässig seien schließlich auch die Abzüge von der Gesamtvergütung für die EHV, weil die hierfür maßgeblichen "Grundsätze der EHV" ihrerseits rechtswidrig seien. In seiner Sitzung vom 15. Oktober 1998 half der Geschäftsausschuss der Bezirksstelle der Beklagten in D. dem Widerspruch nicht ab. Auch dem Antrag gemäß LZ 607 HVM gab er nicht statt

und leitete die Unterlagen an die Landesstelle der Beklagten weiter. Mit Schreiben vom 16. November 1998 teilte diese dem Klägerbevollmächtigten mit, dass der Antrag auf Gewährung von Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM an die hierfür zuständige kaufmännische Geschäftsführung weiter- und insoweit ein gesondertes Verfahren eingeleitet worden sei. Dieses Verfahren ist nach Mitteilung des Klägerbevollmächtigten im Berufungsverfahren nicht mehr weiter verfolgt worden (Schriftsatz vom 8. Oktober 2001, Bl. 324 ff., 325 GA). Zur Frage der Härtefallzahlungen (LZ 803 HVM) sind zwischenzeitlich ein ablehnender Bescheid vom 24. Mai 2000 und ein Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 2002 ergangen (Bl. 444 GA). Auf den sich hierauf beziehenden (erweiternden) Klageantrag der Kläger hat der Senat durch Beschluss vom 16. Januar 2003 den Streit an das insoweit sachlich und örtlich zuständige Sozialgericht Frankfurt a.M. verwiesen (Bl. 463 ff.).

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 1998 (zugestellt am 18. Dezember 1998) wurde der Widerspruch gegen den Honorarbescheid vom 25. März 1998 u.a. mit der Begründung zurückgewiesen, der Bescheid sei hinreichend bestimmt, weil die Berechnungsschritte in Verbindung mit den beigelegten Anlagen nachvollzogen werden könnten und auch im Übrigen sachlich und rechnerisch richtig auf der Grundlage geltender, rechtmäßiger Gebührenordnungs- und Honorarverteilungsbestimmungen ergangen seien. Der HVM sei von der Rechtsprechung ohne Beanstandungen überprüft worden und genüge dem Gleichbehandlungsgebot des [Art. 3 GG](#). Ein weitergehender Honoraranspruch ergebe sich nicht aus einem grundrechtlich anzuerkennenden Anspruch auf eine "angemessene Vergütung". Auch mangelnde Rentabilität einer Arztpraxis oder eines speziellen Behandlungsbereichs ließen keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Honorierung zu. Die Wirtschaftlichkeit einer Praxis zähle zum typischen Berufsrisiko eines freiberuflich tätigen Arztes und entspreche dem Risiko eines Selbstständigen. Es sei weder Aufgabe der Beklagten, durch Umverteilung allen Vertragsärzten eine auskömmliche Praxis zu sichern, noch obliege ihr die Fürsorgepflicht, dem Vertragsarzt die Sorge um dessen Existenz abzunehmen. Auch eine Verpflichtung zur Leistung von Sonder- oder Ausgleichszahlungen bestehe nicht. Subjektive Rechte hinsichtlich des Honorars könne der einzelne Vertragsarzt nur für den Fall geltend machen, dass eine zu niedrige Vergütung der ärztlichen Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als dessen Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährde; Anhaltspunkte hierfür seien weder dargetan noch sonst ersichtlich.

Gegen den am 18. Dezember 1998 zugestellten Widerspruchsbescheid haben die Kläger am 31. Dezember 1998 Klage beim Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben und zur Begründung u.a. vorgetragen, ihre Praxis sei im streitbefangenen Quartal voll ausgelastet gewesen sowie sparsam, wirtschaftlich und unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden. Der Honorarbescheid sei nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig, weil zu unbestimmt und unverständlich, da eine zulängliche Begründung fehle. Der Zusammenhang zwischen festgesetztem Nettohonorar und den Anlagen werde nicht deutlich; die Berechnung des Nettohonorars bleibe unverständlich. Es bestehe Anspruch auf einen (angemessenen) "Arztlohn" je Arzt jedenfalls in Höhe von 180.000,00 DM/Jahr - verfassungsrechtlich aus [Art. 12 GG](#) und als öffentlich-rechtlicher Leistungsanspruch gemäß [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 SGB V](#). Dieser Anspruch werde nicht mehr erfüllt; für mehrere in Hessen geführte Praxen mit einer mit den Klägern vergleichbaren Aufgabenstellung könne belegt werden, dass die Einnahmen generell unauskömmlich seien. Die Rechtsgrundlage für die Honorarabrechnung in Form von EBM und HVM verstießen gegen das Gebot der Normenklarheit, die Regelungen seien unverständlich und aus mehreren Gründen als Rechtsquelle untauglich. EBM und HVM selbst verstießen gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Sach- und Systemgerechtigkeit. Dem EBM lägen keine betriebswirtschaftlichen Kostenermittlungen zu Grunde, weshalb er rechtsstaatlichen Mindestanforderungen an eine nachvollziehbare Honorargrundlage nicht genüge. Die Unterscheidung in budgetierte und nicht budgetierte Arztgruppen und die Berechnung der einzelnen Budgets sei rechtswidrig. Im Ergebnis bewirkten die Maßnahmen, dass eine angemessene Vergütung nicht erzielt werde. Der HVM schaffe auch eine rechtswidrige unterschiedliche Verteilung zwischen den Arztgruppen und berücksichtige nicht, dass die Kläger - bzw. vergleichbar tätige Ärzte - Leistungen nur auf Überweisung erbrächten und auf die Mengendynamik damit keinen Einfluss hätten. Die auf Grund des HVM gebildeten Honorartöpfe verfälschten das im EBM ausgedrückte Wertverhältnis der Leistungen. Der Punktwertverfall wirke sich hier ganz besonders krass aus. Schließlich seien auch die Abzüge nach Maßgabe der Grundsätze der EHV der Beklagten rechtswidrig, weil die Norm unklar und die Höhe der Beiträge unverhältnismäßig sei. Überhöht seien auch die Verwaltungskosten; für deren Abzug fehle überdies eine Rechtsgrundlage. Auch habe die Beklagte die dafür einbehaltenen Gelder mehrfach rechtswidrig verwendet. Die Kläger haben umfangreiche Beweisanträge gestellt (Bl. 223 bis 226 GA, Bl. 236) und u.a. eine gutachterliche Stellungnahme von Frau G. Kempny vom 2. November 1998 sowie die "Darstellung der von der KBV angewandten Methodik ..." vom 22. Dezember 1994 vorgelegt. Die Beklagte hat sich auf eine Aufstellung (aus dem Parallelverfahren - [L 7 KA 707/00](#) -) vom 13. Dezember 2000 und auf Schreiben der KBV (Dezernat 3, Geschäftsführung des Beigeladenen) an Dr. M., F. (vom 28. September 1999 - Az.: 96 HVM) und an Dr. N., MdL, S. (vom 22. Dezember 2000 - Az.: 99.EBM.2000) bezogen.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 6. Juni 2001 - ohne Beweis zu erheben - abgewiesen und zur Begründung u.a. ausgeführt, Gegenstand der - nur insoweit zulässigen Klage - seien ausschließlich der angefochtene Honorarbescheid (in Gestalt des Widerspruchsbescheides), nicht jedoch Entscheidungen über die klägerischen Anträge auf Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM und/oder auf Härtefallzahlungen nach LZ 803 HVM, weil es sich hierbei um besondere Anspruchsgrundlagen handle, die rechtlich vom satzungsmäßigen Honoraranspruch zu unterscheiden seien. Entscheidungen über entsprechende Anträge seien verfahrensrechtlich getrennt und daher auch nicht rechtshängig geworden. Weiter hat das Sozialgericht ausgeführt, der Honorarbescheid vom 25. März 1998 - unter Berücksichtigung der Anlagen - sei rechtlich nicht zu beanstanden, insbesondere gemäß [§ 35 Abs. 1 Satz 1 und 2 des 10. Buches des Sozialgesetzbuch \(Verwaltungsverfahren - SGB X -\)](#) ausreichend begründet worden. Unter Einbeziehung der Anlagen, die Bestandteil der Verwaltungsakte seien und im Wesentlichen die Begründung beinhalten würden, seien dem Bescheid die entscheidenden Berechnungsfaktoren zu entnehmen. Auch wenn es im Einzelfall schwierig sei, das Rechenwerk nachzuvollziehen, sei jedenfalls der Verfügungssatz des Bescheides klar und - gegebenenfalls durch entsprechende Erläuterung - der Nachvollzug der Honorarverteilung möglich. Dies habe sich auch in der mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts gezeigt.

Anhaltspunkte für die Nichtigkeit des Honorarbescheides seien nicht erkennbar ([§§ 40, 42 SGB X](#)); im Übrigen komme es darauf nicht an, weil mögliche Form- und Begründungsmängel auf die materielle Richtigkeit der Entscheidung keinen Einfluss hätten und im Übrigen auch geheilt worden seien. In der Verfahrensweise der Beklagten liege auch kein Verstoß gegen die Anhörungspflicht ([§ 24 SGB X](#)). Eine Anhörung sei, soweit sie vorliegend über die bei der Beklagten übliche Praxis hinaus für erforderlich gehalten werde, jedenfalls im Widerspruchsverfahren erfolgt ([§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#)). Der Honorarbescheid sei sowohl inhaltlich hinlänglich bestimmt als materiell rechtmäßig. Die Beklagte habe das sich aus EBM und HVM ergebende Regelwerk zur Errechnung des Vergütungsanspruchs der klägerischen Praxis im streitbefangenen Quartal zutreffend angewandt. Der HVM sei, soweit er hier zur Anwendung komme auch unter Einbeziehung der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtmäßig. HVM einer KV seien an den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu messen, wonach bei der

Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen seien. Dieser Vorschrift könne nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. Eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, dass die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM in demselben Verhältnis, sondern - abhängig von der Mengenentwicklung in den jeweiligen Leistungsbereichen - unterschiedlich hoch vergütet würden, sei grundsätzlich nicht ausgeschlossen. Dabei sei die Regelungsbefugnis der KVen im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften begrenzt und an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden, der besage, dass die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten seien. Der normsetzenden Körperschaft verbliebe jedoch ein Spielraum sachlich gerechtfertigter Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermögliche, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden. Insbesondere sei es zulässig, im HVM feste, fachgruppenbezogene Honorarkontingente zu bilden, auch wenn das zur Folge haben könnte, dass bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet würden (mit Nachweisen). Es liege in der Logik des Systems der Vergütung nach der Menge der erbrachten Einzelleistungen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das bisherige Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert werde. Deshalb sei es auch außerhalb der Zeiträume eines unmittelbar durch das Gesetz begrenzten Anstiegs der Gesamtvergütung sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigung bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben und damit prinzipiell zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen hätten.

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sei der HVM der Beklagten formell und materiell rechtmäßig und nicht zu beanstanden. Er beruhe auf der Ermächtigungsgrundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und entspreche den allgemeinen Grundsätzen für Honorarverteilungsbestimmungen. Diese seien insbesondere auch mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar (unter Hinweis auf BVerfG in [NJW 1972, S. 1509](#), 1510). Der HVM halte sich innerhalb der Gestaltungsfreiheit, die insbesondere die Rechtsprechung den KVen einräume. Es liege auch kein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot vor. Rückwirkende Änderungen des HVM unterlägen geringeren Anforderungen an ihre Zulässigkeit als etwa Änderungen des EBM, da der HVM nicht an die Leistungserbringung, sondern allein an die Verteilung der Gesamtvergütung anknüpfe. Von ihm gehe in sehr viel geringerem Maße eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes aus. Die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter, insbesondere die Höhe der Gesamtvergütung sowie Umfang und Art der von allen Ärzten abgerechneten Leistungen, stünden regelmäßig erst längere Zeit nach Quartalsabschluss fest. Die rückwirkende Einführung von Honorarverteilungsregelungen zur sachgerechten Verteilung von Mindereinnahmen sei zulässig, da diese Regelungen nicht in schon abgewinkelte Tatbestände eingriffen. Der Vertragsarzt habe mit der Leistungserbringung noch keinen feststehenden Vergütungsanspruch, sondern nur einen von der Höhe der gezahlten Gesamtvergütung abhängigen Anspruch auf Berücksichtigung dieser Leistungen bei der Verteilung der Gesamtvergütung erworben. Eine kurzfristige Inkraftsetzung eines neuen HVM, insbesondere einer Honorarbegrenzungsregelung, sei jedenfalls dann unbedenklich, wenn sich die Änderung nicht auf das Behandlungsverhalten des Arztes habe auswirken können oder mangels eines empfindlichen Eingriffs in das Recht der freien Berufsausübung die Grenze des Zumutbaren nicht überschritten habe. Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe sei der Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29. November 1997 betreffend die Einfügung eines neuen Abschnitts I zur Anlage 3 der LZ 702 nicht zu beanstanden. Die Regelung sei insbesondere sachgerecht und geboten gewesen, um einen Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen; die Regelung habe auch zu keinen wesentlichen Verschiebungen der Honorarverteilung geführt. Im Übrigen sei die Einführung der sog. "EBM-Wippe" bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM i.d.F. der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden.

Soweit der EBM in den HVM der Beklagten (unter Hinweis auf LZ 202 Abs. 1 HVM) übernommen werde, sei dies nicht zu beanstanden. Der EBM bestimme den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander ([§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Zwar habe der Gesetzgeber eine Bindung an den HVM nicht vorgeschrieben, jedoch könne dem Satzungsgeber der Beklagten nicht verwehrt werden, auf die vom Gesetzgeber so vorgesehene originäre Bewertungskompetenz des Bewertungsausschusses zurückzugreifen. Die Entscheidung des Satzungsgebers bestehe dann darin, dass grundsätzlich die Vergütung nach der leistungsproportionalen Bewertung vorzunehmen sei. Wie diese Leistungsproportionen zu bewerten seien, sei aber nach der gesetzgeberischen Vorgabe Aufgabe des Bewertungsausschusses. Von daher könne der Satzungsgeber sich dessen Beurteilung zu eigen machen.

Auch sei der EBM selbst, wie das BSG auch bezüglich seines Zustandekommens entschieden habe, rechtmäßig. Dieser Rechtsprechung folge das Sozialgericht. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung könne seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterblieben. Den Gerichten sei es deshalb verwehrt, eine im EBM vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen, abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistungen und Angemessenheit der Vergütung nicht entspreche. Das gelte auch dann, wenn sich diese Vorstellungen auf betriebswirtschaftliche Gutachten gründeten, in denen eine günstigere Bewertung gefordert werde. Der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordere die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftliche Gesichtspunkte. Es könne deshalb nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes könne nur in den Fällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen habe leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativen Ermessens rechtlich fassbar werde, hätten auch die Gerichte die Regelungen des EBM als für sie maßgebend hinzunehmen (m.w.N., auch BSG in SozR 3-2500 [§ 85 SGB V](#) Nr. 29).

Im Übrigen sei nicht ersichtlich, welche einzelne Bestimmung des EBM ungenügend sein solle. Abstaffelungsregelungen habe schon der Gesetzgeber ausdrücklich vorgesehen. Die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen könne so festgelegt werden, dass sie mit zunehmender Menge sinke (Abstaffelung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar seien, könnten Obergrenzen vorgesehen und für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 7](#) und 8 SGB V). Deshalb sei die Bewertung der CT-Leistungen nach Nummern 5210 und 5211 EBM nicht zu beanstanden. Von daher scheide auch ein Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit wegen des Verweises auf den EBM aus.

Auch die Aufteilung in verschiedene Honorargruppen sei zulässig. Nach der Rechtsprechung des BSG sei insbesondere nicht zu beanstanden, dass für alle übrigen Leistungen, also für die Leistungen, die nicht in die weiteren besonderen Honorargruppen fielen, nach Honorargruppe 4 weitere Honoraruntergruppen nach den jeweiligen Facharztgebieten gebildet würden (unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) und 15/98 R; [BSGE 77, S. 288](#), 294). Gleichfalls nicht zu beanstanden sei die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Einzelhonorargruppen nach Abschnitt II der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM.

Auch die Budgetierung bzw. Teilquotierung der Honorarforderungen nach der Anlage 3 zu LZ 702 HVM sei rechtmäßig. Die Quotierungsmaßnahme nach Abschnitt I diene einem begrenzten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen innerhalb einer Fachgruppe, gemessen an der Zahl der Behandlungsfälle. Sie verändere nicht wesentlich die Vergütung nach Art und Umfang der Leistungen. Eine Ungleichbehandlung könne in dieser Regelung nicht gesehen werden. Es sei auch sachlich gerechtfertigt, dass Pathologen von dieser Maßnahme ausgenommen seien. Insbesondere liege darin keine Benachteiligung der radiologischen Praxen.

Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM begrenze demgegenüber praxisindividuelle Leistungsausweitungen, indem er für den Teilfallwert einen Vergleich mit früheren Quartalen herbeiführe und bei entsprechenden Steigerungen eine Quotierung der Honorarforderungen vorsehe. Ausgangslage für die Maßnahme nach Abschnitt II sei hier der nach Abschnitt I quotierte Punktwert. Der Fallwert sei "vor Durchführung der Maßnahme nach Abschnitt II" zu korrigieren bzw. gehe "nach vorstehender Maßgabe", also nach der Maßnahme nach Abschnitt I, als "neu bewertete bzw. teilquotierte Honorarforderung" in die weitere Berechnung des Honoraranspruchs der Arztpraxis ein. Nur dann, wenn die Quote nach Abschnitt I 100 v.H. betrage, also eine Fallzahl genau in der Größe der Vergleichsgruppe vorliege, gehe der aktuelle Teilfallwert in der angeforderten Höhe in die Maßnahme nach Abschnitt II ein. Sei die Fallzahl geringer, gehe ein erhöhter, über 100 v.H. liegender Teilfallwert in die Maßnahme nach Abschnitt II ein, sei die Fallzahl höher (gemeint), gehe ein verminderter Fallwert ein. Denkbar sei der Fall, dass eine Praxis deshalb einer Quotierung nach Abschnitt II unterworfen werde, weil sie eine unterdurchschnittliche Fallzahl habe, obwohl ihr Teilfallwert im Vergleich zu den Vorjahresquartalen gleich geblieben und in Extremfällen sogar gefallen sei. Dieses Ergebnis sei zwar widersprüchlich zur Steuerungsfunktion des Abschnitts II. Dennoch liege darin kein Widerspruch zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Soweit nämlich Maßnahmen nach Abschnitt I (begünstigend) und II (belastend) durchgeführt würden, nivellierten sich diese Maßnahmen im Ergebnis. Die begünstigende Quotierung nach Abschnitt I werde dann insoweit durch die deshalb stärker ausfallende Quotierung nach Abschnitt II wieder aufgehoben. Im Ergebnis werde nur die Praxis begünstigt, die mit einer geringeren Fallzahl ihren Umsatz nicht durch Fallwerterhöhungen gesteigert habe. Dies sei sachgerecht. Das Sozialgericht habe im Übrigen ähnliche Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben der Beklagten zu Vorläuferquartalen III/96 bis II/97 für rechtmäßig befunden (hier unter Hinweis auf Urt. vom 02.02.2000 - [S 27 KA 3759/98](#) - und - S 27 KA 2162/99 -). An dieser Rechtsprechung werde festgehalten (mit Nachweis).

EBM und HVM verstießen nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Aus der Komplexität, Kompliziertheit und dem Ineinandergreifen verschiedener Regelungsebenen folge nicht bereits die Rechtsunwirksamkeit der Regelungsmaterie. Dies sei kein besonderes Kennzeichen allein des Rechts der Vertragsärzte. Es bestehe auch kein "Verweisungswirrwarr"; im Vergleich zu anderen Arztgruppen weise die Regelung des Honoraranspruchs bei radiologischen Praxen hier eine einfache Regelungsstruktur auf. Verweisungen auf andere Regelungen seien auch grundsätzlich zulässig.

Die Honorarverteilung der Beklagten erfolge auch nicht unter Verstoß gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit. Kein Vertragsarzt habe Anspruch auf eine "angemessene Vergütung" seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert - weder darauf, dass alle Leistungen mit dem gleichen Punktwert für Grundleistungen oder ebenso wie die Leistungen anderer Ärzte vergütet würden, noch darauf, dass alle auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet würden. Das BSG (Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -) sehe Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung im Regelfall erst dann, wenn der Punktwert der aus einem Honorartopf vergüteten Leistungen auf Dauer um 15 v.H. oder mehr niedriger sei als der Punktwert der sonstigen Leistungen. Das BSG habe bisher praxisindividuelle Punktwerte einer radiologischen Praxis von 7,796 und 7,777 Pfennigen, die damit um 8,1 v.H. bzw. 6,3 v.H. vom allgemeinen Punktwert abwichen und von 6,7 Pfennigen (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) -) nicht beanstandet. Es habe hierzu weiter ausgeführt, zwar könne das dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führe, die - etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen - die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten könnten. Maßgebend hierfür sei aber nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung. Eine solche Konstellation, die insbesondere auf die Situation der Psychotherapeuten zutreffe, liege allerdings bei der Erbringung radiologischer Leistungen nicht vor. Auch zeige die durchschnittliche Honorarentwicklung bis 1997, dass die Facharztgruppe der Radiologen sich durchaus im Bereich der von anderen Arztgruppen mit Gebietsbezeichnung erzielten Überschüsse bewege und damit deutlich über den von allgemein- und praktischen Ärzten erzielten Gewinnen gelegen habe (unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98](#) -).

Im Quartal III/97 sei die Honorargruppe 4.16 "Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner" mit 6,40 (Primärkassen) und 7,50 Pfennigen (Ersatzkassen) und im Quartal IV/97 mit 6,90 bzw. 7,85 Pfennigen vergütet worden. Bei allen Punktwerten der Honorargruppe 4.16 habe es sich um Punktwerte nach den Stützungsmaßnahmen auf Grund der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 HVM der Beklagten gehandelt. Im Ergebnis hätten sie somit (nur) um 10 v.H. unterhalb des Punktwerts gelegen, der sich für alle Honorargruppen der Gruppe 4 ergeben haben würde. Diese Punktwerte seien unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG nicht zu beanstanden.

Abzustellen sei auch auf diese von der Beklagten ausgewiesenen Punktwerte. Der Abzug eines Verwaltungskostenanteils geschehe auf anderer gesetzlicher (unter Hinweis auf [§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#)) und satzungsrechtlicher (unter Hinweis auf § 24 der Hauptsatzung der Beklagten) Grundlage und sei daher aus rechtlicher Sicht von der Frage der Honorarverteilung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu unterscheiden. Es könne daher hier dahingestellt bleiben, ob die Festsetzung der Höhe allein durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung und der Bekanntgabe des Inhalts, - nicht des Beschlusses selbst - als notwendiger, förmlicher Satzung erforderlich sei, wenn das Sozialgericht auch zu dieser Auffassung neige. Streitgegenstand sei nicht die Feststellung des konkreten Verwaltungskostenbeitrags. Jedenfalls bestehe eine hinreichende gesetzliche und satzungsrechtliche Grundlage dafür, dass der zur Honorarverteilung anstehende Betrag durch Beiträge zu den Verwaltungskosten vermindert werde.

Soweit die Punktwerte auf Grund der Quotierungsmaßnahmen nach Anlage 3 zu LZ 702 zwischen den einzelnen Praxen schwankten, sei dies Folge der von der Satzungsautonomie der Beklagten gedeckten Entscheidung und führe nicht zu einer unzulässigen Ungleichbehandlung. Soweit durch die Teilquotierung nicht jede abgerechnete Leistung in vollem Umfang in die Vergütung einfließe, ergebe sich trotz gleichem Verteilungspunktwert ein kalkulatorisch unterschiedlicher Punktwert für jede einzelne Praxis im gleichen Quartal für dieselbe Leistung. Dies sei jedoch keine Besonderheit der radiologischen Praxen, sondern betreffe auch sämtliche Praxen, die der EBM-Budgetierung unterlägen. Hier sei, abhängig vom jeweiligen individuellen Grad der Budgetierung und dem Anteil bestimmter Leistungen, der sich ergebende Punktwert bei einer Gegenüberstellung des ausgezahlten Honorars mit der vor der Budgetierung und sonstigen regulierenden Maßnahmen abgerechneten Punktzahl ein im Einzelfall sehr unterschiedliches Ergebnis möglich.

In Bezug auf das von den Klägern vorgelegte Gutachten von Frau Gisela Kempny hat das Sozialgericht ausgeführt, es fehle der konkrete Nachweis, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne. Entscheidend sei jedoch, dass gerade die steigende Mengenausweitung, die zum Absinken des Punktwerts geführt habe, außer Betracht geblieben sei. Die Bildung der Honoraruntergruppen führe gerade dazu, dass der relative Fachgruppenanteil erhalten bleibe. Soweit Stützungen vorgenommen würden, was auch im streitbefangenen Quartal der Fall gewesen sei, werde der relative Fachgruppenanteil sogar erhöht. Des Weiteren treffe der sinkende Punktwert auch alle übrigen Ärzte. Maßgebender Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit sei aber hier nur das Verhältnis einer Arztgruppe zu den übrigen Arztgruppen.

Die Beklagte sei auch ihrer Beobachtungs- und Reaktionspflicht wenigstens im streitbefangenen Quartal nachgekommen, als sie eine Untergrenze für die Honorargruppe der klägerischen Praxis festgesetzt habe. Mit 10 v.H. unterhalb des allgemeinen Punktwerts der Honorargruppe 4 habe sie diese Stützungsmaßnahme zu einem früheren Zeitpunkt vorgesehen als für die meisten übrigen Honorargruppen. Damit habe sie berücksichtigt, dass die Ärzte dieser Honorargruppe nur auf Überweisung tätig werden könnten.

Auch die von der Beklagten vorgenommenen Abzüge von der Verteilungsmasse seien rechtmäßig. Für Abzüge zur Deckung der Verwaltungskosten bestehe eine ausreichende gesetzliche Grundlage. Die Entscheidung obliege der Abgeordnetenversammlung. Es seien auch wegen der Höhe keine Gesichtspunkte ersichtlich, dass diese von ihrer Entscheidungsbefugnis in rechtswidriger Weise Gebrauch gemacht habe.

Die Abzüge für die EHV, die ihrerseits auf ausreichender gesetzlicher Grundlage stünden (§ 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953, Hess. GVBl. 1953, S. 206), seien nach der hierzu ergangenen Satzung der Beklagten grundsätzlich rechtmäßig, wie von den Sozialgerichten entschieden worden sei (Hinweis auf Hess. LSG, Urt. vom 31.3.1982 - L 7 Ka 703/79 - sowie BSG, Urt. vom 11.12.1985 - [6 RKa 14/84](#) -).

Soweit die rechtswidrige Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Richter bei den Sozialgerichten, die von der Beklagten möglicherweise in den streitbefangenen Quartalen noch geleistet worden seien, gerügt werde, habe es sich um die Verwendung der Mittel für die Verwaltung gehandelt. Eine Kontrolle hierüber obliege in erster Linie der Abgeordnetenversammlung als Haushaltsgesetzgeber der Beklagten. Ein subjektives Recht des einzelnen Arztes auf rechtmäßige und sparsame Verwendung der Haushaltsmittel bestehe nicht, auch nicht indirekt über den Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung. Soweit die Beklagte Rückstellungen wegen zu erwartender Regresse vorgenommen habe, sei dies nicht zu beanstanden. Auch die Bildung von Rückstellungen hierfür oder für mögliche Korrekturen der Honorarverteilung diene der ordnungsgemäßen Haushaltsführung. Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte sich hierbei nicht innerhalb des Zulässigen gehalten haben sollte, seien dem Sozialgericht nicht ersichtlich und würden seitens der Kläger auch nicht substantiiert vorgetragen.

Schließlich sei in der Honorarabrechnung auch kein Verstoß gegen ein Gebot der "angemessenen Vergütung" zu sehen. Aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) folge kein Anspruch auf eine höhere Vergütung. Dieser Regelung komme nach Wortlaut und Systematik nur objektiv-rechtliche Bedeutung in dem Sinne zu, dass den Vertragsparteien der kassenärztlichen Versorgung aufgegeben werde, bei deren Ausgestaltung auch die angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Selbst bei einer rügefähigen Verletzung individueller Rechte liege kein Verstoß gegen dieses Gebot vor. Nach der Rechtsprechung des BSG werde ein solches subjektives Recht zur Geltendmachung von Verletzungstatbeständen nur ausnahmsweise dann eingeräumt, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes in Frage gestellt würde und damit auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. Nur in diesem - seltenen - Fall könnten sich die Ärzte nach der Rechtsprechung ([BSGE 75, S. 187](#), 191) zu ihren Gunsten auf einen Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung berufen.

Dass der den angefochtenen Honorarbescheiden zu Grunde liegende HVM der Beklagten in diesem Sinne gegen das Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen verstoße, sei weder seitens der Kläger substantiiert dargetan worden noch sonst ersichtlich. Dagegen spräche schon die Höhe der von den Klägern in den streitigen Quartalen aus den Behandlungen von Patienten der Primärkassen und der Ersatzkassen erzielten Umsätze. Eine Bedrohung der Existenz des vertragsärztlichen Versorgungssystems als Ganzes (wobei es nicht auf die individuelle Situation eines einzelnen Arztes oder einer Facharztgruppe ankommen könne), sei nicht erkennbar. Rechtspolitische Überlegungen zu einer anderen Weise der Honorarverteilung seien im Rahmen dieses Rechtsstreits nicht berücksichtigungsfähig.

Ein Anspruch des einzelnen Arztes auf ein garantiertes Arzteinkommen bestehe nicht. Soweit Überlegungen zur Höhe des Arzteinkommens in die Berechnungen des EBM einfließen, dienen sie der Nachvollziehbarkeit der Bewertung einzelner Leistungen. Keinesfalls könnten aber rechtliche Mindest- oder Garantieansprüche festgeschrieben werden. Hinzu komme, dass das individuelle Arzteinkommen von zusätzlichen Faktoren wie Patientenzulauf, Praxiskosten, Arbeitseinsatz und vielem mehr abhingen. Insoweit trage der einzelne Vertragsarzt im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit auch ein eigenes wirtschaftliches Risiko.

Nicht zu verkennen sei, dass der praxisindividuelle Punktwert der klägerischen Praxis zum Teil so niedrig liege, dass darin eine Härte gesehen werden könne. Dabei habe man jedoch nicht allein auf die Situation der klägerischen Praxis abstellen dürfen, sondern nur auf die Situation der gesamten Fachgruppe. Ursächlich sei letztlich der in den Gesamtverträgen zu beachtende Grundsatz der Beitragssatzstabilität gewesen. Dies sei aber vom Gesetzgeber ausdrücklich vorgegeben worden.

Gegen das ihren Bevollmächtigten am 13. September 2001 zugestellte Urteil haben die Kläger die am 27. September 2001 beim Sozialgericht Frankfurt am Main eingegangene Berufung eingelegt und diese wird wie folgt begründet: Die Bescheide der Beklagten gewährten ihnen keine angemessene Vergütung, auf die sie einen Rechtsanspruch hätten ([Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 SGB V](#)), weil sie eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich geführte Praxis betreiben würden. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) habe dies seit Jahrzehnten hinsichtlich der Vergütung "öffentlich gebundener" Berufe anerkannt, u.a. für Notare, Rechtsanwälte, Konkursverwalter und weitere genannte Berufe (Überblick bei: Wimmer, in: NZS 1999, S. 480). Der Grundsatz der Beitragsstabilität könne diesen Anspruch nicht völlig verdrängen. Im streitbefangenen Quartal hätten die Kläger diesen "Arztlohn" nicht erhalten, weil ausweislich der Gewinn- und Verlustrechnung im Quartal III/97 (zusammen) nur ein Überschuss von 94.550,79 DM erzielt worden sei, was weder dem zeitlichen Aufwand noch dem Unternehmerrisiko gerecht werde. Die Beklagte selbst habe mit Rundschreiben vom 25. Juni 1998 zum Ausdruck gebracht, dass der ausgezahlte Punktwert trotz Stützung noch so niedrig sei, dass die wirtschaftliche Existenz vieler Praxen bedroht sei. Angemessen sei demgegenüber eine jährliche Vergütung von etwa 180.000,00 DM je Arzt nach Kostenausgleich, entsprechend 45.000,00 DM im Quartal. In Literatur und Rechtsprechung werde ein subjektives Recht aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) auf ein Mindesteinkommen in Höhe des Gehaltes eines Oberarztes anerkannt. Demgegenüber hätten 1995 die vertragsärztlichen Honorare in den alten Bundesländern nicht einmal mehr die Kosten der radiologischen/nuklearmedizinischen Praxen gedeckt, geschweige denn irgend einen "Arztlohn" übrig gelassen, wie auch durch neuere Erkenntnisse der KBV bestätigt werde.

Der Anspruch auf eine angemessene Vergütung könne auch nicht, anders als das BSG meine, unter dem Gesichtspunkt der Beitragsstabilität eingeschränkt werden. Die Funktionsfähigkeit des bestehenden Krankenversicherungssystems sei gegenüber den Vergütungsgrundrechten der Kläger von Verfassungs wegen nicht schutzwürdiger. Dem Gesetzgeber stünden mehrere Regelungsvarianten zur Verfügung, um einerseits das System der Krankenversicherung zu erhalten und andererseits eine angemessene Honorierung der Vertragsärzte zu realisieren. Das Volumen der Versicherungsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sei so beträchtlich (wird belegt), dass hier ausreichend Handlungsspielraum gegeben sei (Sachverständigengutachten des Direktors des Fritz Beske Instituts für Gesundheits-System-Forschung, Kiel, Prof. Dr. Fritz Beske). Entgegen der Auffassung des BSG könne der - auch verfassungsrechtlich geschützte - Anspruch der Vertragsärzte auf eine angemessene Vergütung jedenfalls nicht durch den einfachen Gesetzgeber hintangestellt werden. Die gewährte Vergütung sei nicht angemessen gewesen; wolle das Berufungsgericht den insoweit substantiierten Vortrag der Klägerseite nicht übernehmen, müsse es zu der Behauptung Beweis erheben, die den radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Vertragsärzten in dem streitbefangenen Quartal von der Beklagten gezahlten Vergütungen hätten bei einer sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxis keinen "Arztlohn" übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt (durch Einholung eines Sachverständigengutachtens).

Ergänzend berufen sich die Kläger auf eine Abhandlung der Richterin des BVerfG R. Jaeger (vom 15. Juni 2002) zu der Frage: "Welches System der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch das Grundgesetz geschützt?" Daraus sei die Tendenz zu entnehmen, Leistungserbringern stehe ein verfassungsrechtlich gesicherter Anspruch auf eine angemessene Vergütung zu. Das Grundgesetz schütze kein bestimmtes System der gesetzlichen Krankenversicherung; verfassungsrechtlich garantiert sei lediglich ein "Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen" oder "ein wirtschaftlich gesundes Krankenhauswesen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Krankenversorgung". Der Gesetzgeber sei aufgerufen, dieses hohe Gemeinschaftsgut unter Beachtung vielfältiger Interessen zum Ausgleich zu bringen. Die Ansicht des BSG, Vorrang habe der Gemeinwohlbelang "Schutz des bestehenden Systems der Krankenversicherung" gegenüber dem Grundrecht auf angemessene Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit, sei nicht haltbar. Weiter machen die Kläger geltend: Die Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil diese rechtswidrige Abzüge vorsähen. Es liege ein Verstoß gegen [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) vor. Vertragsärzte hätten ein subjektives Recht dahingehend, dass die Beklagte die Gesamtvergütung ungeschmälert unter ihnen verteile. Unzulässig sei deshalb der Abzug zur Erweiterten Honorarverteilung, der Abzug von Verwaltungskosten und die Abzweigung eines "Härtefalltopfs".

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

Entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts (Senatsurteil vom 18.10.2000 - L 7 KA 277/00 -) handele es sich auch nicht um ein "vom Umfang her kleines und für die Betroffenen und Mitglieder der Beklagten leicht zu überschaubares Satzungswerk", was durch die Aussage des sachverständigen Zeugen im Parallelverfahren (- L 7 KA 721/00 -) bestätigt worden sei; auf das Ergebnis der Vernehmung werde Bezug genommen. Dieser habe zahlreiche Regelungsmängel und unverständliche Regelungen benannt. Die "Grundsätze" zum EHV verstießen letztlich auch gegen das Übermaßverbot, weil ein Vertragsarzt um so mehr in die EHV einzahlen müsse, je höher sein Umsatz und je länger er als Vertragsarzt tätig sei. Die Beitragspflicht ende auch nicht mit Erreichen der - eigenen - Höchstsätze. Versorgungsbeiträge und später zu gewährende Versorgungsbezüge stünden in keinem auch nur annähernd vertretbaren Verhältnis.

Die Honorarbescheide seien auch wegen des Abzugs der Verwaltungskosten rechtswidrig; für diesen fehle es an einer Rechtsgrundlage. § 81 Abs. 1 Nr. 4 und 5 SGB V ermächtige die Vertreterversammlung, die Pflichten der Mitglieder festzulegen und die Aufbringung und Verwaltung der Mittel zu regeln. Die hierzu ergangene Satzungsbestimmung fehle für das streitbefangene Quartal. § 24 Abs. 1 der Satzung der Beklagten reiche als Rechtsgrundlage für Beitragserhebung jedoch nicht aus (m.w.N.), es liege noch nicht einmal ein Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten dazu vor, dass in den streitigen Quartalen ein Abzug an Verwaltungskosten vorgenommen werden könne. Diese Verwaltungskosten seien im Übrigen auch zu hoch; es fehle an der notwendigen Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Verwaltung der Beklagten. Überflüssig sei der Verwaltungsaufwand für den Betrieb zahlreicher Bezirksstellen. Der Abzug von Verwaltungskosten sei auch rechtswidrig, weil er - zwingend vorgeschrieben - der Genehmigung des Ministers der Finanzen bedürfe; es sei auch zweifelhaft, ob die Genehmigung des Sozialministeriums nach § 108 Abs. 1 Satz 1 LHO erteilt worden sei.

Rechtswidrig sei auch die Abzweigung eines Härtefalltopfes, weil in der Praxis der Beklagten diese Form der Finanzierung einen Umfang angenommen habe, der einem HVM fast gleichkomme (Beweis: amtliche Auskunft der Beklagten).

Der Honorar- und Widerspruchsbescheid der Beklagten sei formell fehlerhaft. Weder sei der Honorarbescheid inhaltlich hinreichend bestimmt noch sei er verständlich, weshalb er nichtig sei; zumal sei er unzulänglich begründet. Ein durchschnittlicher Vertragsarzt könne aus der Begründung nicht entnehmen, auf welche konkreten Bestimmungen sich die Entscheidung stütze, welche Abzüge getätigt worden seien und durch welche Rechenoperationen das Ergebnis nachvollziehbar werde.

Der Widerspruchsbescheid sei ferner wegen Verstoßes gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs (§ 24 SGB X) rechtswidrig. Der Vorstand der Beklagten habe die Einwände der Kläger im Widerspruchsverfahren gar nicht zur Kenntnis genommen, weil der Bescheid von der Geschäftsführung eigenmächtig verfasst und unautorisiert von einem Vorstandsmitglied unterzeichnet worden sei.

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

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

Der EBM verstoße deshalb gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt und beruhe auf einer unzulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage, weshalb er rechtswidrig sei. Die 1997 geltenden Ermächtigungen für den EBM seien noch in § 87 Abs. 2 und 2a SGB V festgelegt gewesen. Demgegenüber finde sich im Quartal III/97 keine Ermächtigung für die Budgetierung bestimmter Arztgruppen. Die Normgeber des EBM seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch legitimiert. Maßgeblich beruhe dies darauf, dass die Normgeber des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) nicht verfassungskonform beschaffen seien, sowohl hinsichtlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch hinsichtlich der Spitzenverbände der Krankenkassen. Der Bewertungsausschuss sei deshalb rechtsstaatswidrig, da dieser weder demokratisch legitimiert sei noch in einem rechtmäßigen Verfahren tätig werde.

Die gesamten Vorschriften zur Budgetierung und hier insbesondere die vom EBM verwendeten Formeln seien für Vertragsärzte unverständlich. Die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM, der weder sach-, system- noch verteilungsgerecht sei; dieser leide unter erheblichen Ermittlungsfehlern. Auch die von der Beigeladenen übersandte Argumentation zur angewandten Methodik bei der orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation ärztlicher Leistungen sei nicht überzeugend. Die Ausgangsthese des Gutachters, er berufe sich auf Daten, die von der Honorarabteilung der KBV mit Bezug zu einer repräsentativen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt worden seien und von deren Richtigkeit und Eignung für die durchgeführte Modellrechnung ausgegangen werde, sei nicht nachvollziehbar. Das Gutachten sei zudem weder dem Bewertungsausschuss noch seinem Arbeitsausschuss jemals vorgelegt worden. Weiterhin lasse sich die vorgelegte orientierende betriebswirtschaftliche Kalkulation computertomografischer Leistungen, Stand 1994, weder einem Verfasser noch einem Zeitraum für die Erstellung zuordnen. Es werde bestritten, dass die Punktbewertung in der EBM-Fassung, die ab Quartal III/97 Geltung beansprucht habe, sich in irgendeiner Weise auf das Gutachten von Professor Sieben oder auf die Anlagen 3 und 4 des Schriftsatzes des Bewertungsausschusses vom 7. Mai 2002 gestützt hätte. Es werde auch bestritten, dass "Expertengespräche" - wie behauptet - stattgefunden hätten, die zur Grundlage der Bewertung hätten genommen werden können. Tatsachen habe der beigeladene Bewertungsausschuss nicht vorgetragen; Unterlagen, insbesondere Niederschriften des Bewertungsausschusses und seines Arbeitsausschusses, scheine es nicht zu geben. Der Bewertungsausschuss habe die computertomografischen Leistungen so fortgeschrieben, wie sie insoweit im EBM 1987 vor 1996 bewertet worden seien. Die Regelungen in Q 1 und R 1 EBM seien sachwidrig. Die Kläger bestreiten auch, dass die Scan- bzw. Frequenzzahlen auf gutachterlichen Stellungnahmen von "Experten" beruht haben sollen.

Die im Abschnitt Q 1 EBM als abrechnungsfähig angegebenen Scanzahlen reichten - auch unter Anlegung von durchschnittlichen Maßstäben - nicht aus, den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig sei, um unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen. Hierzu solle Beweis erhoben werden durch Sachverständigengutachten. Auch die Einwände zum Begriff des "Behandlungsfalles" seien durch die Ausführungen der Beigeladenen nicht entkräftet. Rechtswidrig sei auch die Definition des Begriffs Behandlungsfalles. Im Ergebnis ändere dies alles nichts daran, dass von den Klägern immer wieder Patienten unentgeltlich untersucht werden müssten. Auch die Auffassung des Bewertungsausschusses zu den Scans seien nicht nachvollziehbar. Die Kläger tragen weiter vor, der EBM treffe eine rechtswidrige Auswahl der budgetierten und der nichtbudgetierten Arztgruppen.

Auch sei der HVM rechtswidrig, weil er nicht wirksam in Kraft gesetzt worden sei. Es fehle auch an einer gesetzlichen Ermächtigung für die LZ 503 HVM und die Anlage 3 zu LZ 702. Eine Ermächtigungsgrundlage fehle auch für die arzt- bzw. praxisbezogene Budgetierung und Quotierung nach Anlage 3 zu LZ 702. Die fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderungen diene ebenfalls nicht der Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes, sondern der Mangelbewirtschaftung, was das Sozialgericht verkannt habe. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) seien bei der Verteilung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Eine Ermächtigung, einen beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen, wie das Sozialgericht zu Unrecht annehme, enthalte das SGB V nicht. Die Behinderung von Fallzahlsteigerungen im HVM sei zudem mit dem typischen Bild freiberuflicher Betätigung schwerlich vereinbar (Hinweis auf Clemens in MedR 2000, S. 19). Nach Auffassung der Kläger habe die Vertreterversammlung der Beklagten bei der Verabschiedung der in dem streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt; sie habe auch über keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen verfügt (Beweis: zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung).

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

Ein wesentlicher Mangel des HVM bestehe in den extremen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunkte der einzelnen radiologischen Praxen, worin eine nicht nachvollziehbare und infolge dessen rechtswidrige Ungleichbehandlung liege. Die große Abweichung der effektiven Auszahlungswerte zwischen den einzelnen radiologischen Praxen habe gezeigt, dass hier der Gleichheitssatz nicht mehr eingehalten werde. Es bestehe zwischen den HVM-Punktwertabsenkungen und den Punktzahlen des EBM eine Kollision, die zu einer rechtswidrigen Verfälschung der mit dem EBM gewollten Ergebnisse führe. Insoweit beziehen sich die Kläger auf ein Gutachten von Frau Gisela Kempny das diese als Parteivortrag in der mündlichen Verhandlung in dem Verfahren [L 7 KA 721/00](#) vorgetragen und erläutert hat. Insbesondere das Gutachten von Frau Kempny belege, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast derzeit nicht wirtschaftlich geführt werden könne.

Der HVM leide schließlich an dem Mangel, dass nur (ein) Honorartopf auch für Radiologen gebildet werde. Bei inhomogenen Arztgruppen bestehe die Verpflichtung zur Differenzierung (BSG, Urteil vom 29.9.1999 - [B 6 KA 42/98 R](#) - sowie Clemens in MedR 2000, S. 20). Die Arztgruppe, der die Kläger angehörten, sei eine derartige inhomogene Arztgruppe mit der Folge, dass die Zusammenfassung aller Kollegen in der Honorargruppe 4.16 nicht sachgerecht sei. Bei der Honorargruppe 4.16 Anlage 2 zu LZ 702 HVM seien die Betriebskosten je nachdem extrem unterschiedlich, ob es sich um konventionelle Praxen handle oder um nuklear-medizinische Praxen, konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, Praxen mit CT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen mit CT und MRT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen, die ausschließlich CT- und/oder MRT-Leistungen erbrächten sowie Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger), gegebenenfalls in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsdaten (Beweis: Sachverständigengutachten).

Unzulänglich seien die Regelungen des HVM, weil es an den notwendigen Bedarfsermittlungen für die Quartale III/97 bis II/98 fehle. Die Kläger beanstanden, dass der Bemessung des Honorartopfs für Radiologen und Nuklearmediziner keinerlei Bedarfsermittlungen zugrunde lägen. Die von der Beklagten angewandte sog. Regressionsanalyse, also das Bezugnehmen auf frühere Quartale, sei finanzwissenschaftlich unzulässig; mit den von den Klägern vorgebrachten Einwendungen habe sich das Sozialgericht nicht auseinander gesetzt.

Die Budgetierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 sei für Radiologen rechtswidrig. Die unter I bis III der Anlage 3 vorgesehenen Honorareinschränkungen seien sachwidrig. Die fallzahlabhängige Quotierung der Honoraranforderungen nach Abschnitt III verstoße zudem gegen [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Jede der drei Quotierungs- und Begrenzungsregelungen sei - für sich genommen - sachlich nicht nachvollziehbar. Ihr Zusammenwirken sei nicht so harmonisiert, dass daraus Kürzungen folgten, die in sich konsequent seien. Die Referenzquartale III/95 und III/96 in Anlage II. 1 spiegelten nicht die Angemessenheit der Vergütung wieder. Die Bemessung der Fallzahlbereiche im Abschnitt I sei beliebig. Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Normgeber jeweils bis zu 50 v.H. einerseits, zu 50 v.H. bis 150 v.H. andererseits und schließlich, in dem Fallzahlbereich C, zu über 150 v.H. gelangt sei und welche die Kriterien für die Bereichsabgrenzungen seien. Die Erhöhung und Absenkung des Fallwertes im Abschnitt I seien gleichfalls beliebig und rational nicht nachvollziehbar. Die Nicht-Vergütung bestimmter Honoraranteile in der Anlage II. 3 sei rechtswidrig und werde von [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) als Rechtsgrundlage nicht gedeckt. Anlage I 4 behandle Radiologen einerseits und Pathologen und Laborärzte andererseits ungleich, ohne dass es dafür einen Grund gebe. So weit das Sozialgericht in seinem Urteil einen sachlichen Grund annehme, sei dies nicht nachvollziehbar und werde beanstandet. Die Kläger haben vorgelegt: Schreiben des 2. Vorsitzenden der Beklagten (Dr. S.) vom 25. Juni 1998 an alle Vertragsärzte/-innen in Hessen; Schr.von Dr. S. (als 1. Vors. der Beklagten) an Dr. Bx. vom 20. Dezember 2002; K. Hamm, "Neubewertung radiologischer Leistungen", in: "Der Radiologe" 2002, Heft 4, S. M 63 ff.; Anträge zur 2. und 5. Sitzung der Vertreterversammlung der KBV (11. Amtsperiode); Auszüge aus einem Telefax-Schreiben der KBV, Dezernat 3 (Geschäftsführung des Beigeladenen) vom 19. November 2002 sowie Auszüge aus dem Gutachten von Prof. F. Ossenbühl vom Juli 1998. Weiter sind zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht worden: Sachverständigengutachten Prof. Beske, Kostenstrukturanalyse 1998 (ZI Köln Juni 2000), Tätigkeitsbericht der Beklagten 1997 - 2002 sowie Referat von Dr. Oesingmann vom 6. Dezember 1986.

Die Kläger haben im Einzelnen die folgenden Beweisanträge gestellt (Berufungsschrift vom 8. Oktober 2001, Sitzungsniederschrift vom 29.

Januar 2003 - die Beweisanträge aus der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht - Schriftsatz vom 5. Juni 2001, Bl. 223 ff. GA, Sitzungsniederschrift vom 6. Juni 2001, Bl. 236 GA sind in dieser Form nicht ausdrücklich - erneut - gestellt worden, waren aber als Beweisanregungen jedenfalls Gegenstand der mündlichen Verhandlung des Senats vom 29. Januar 2003): Es solle Beweis erhoben werden über die Behauptungen der Kläger, - die Kläger haben in dem Quartal III/97 eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich betriebene vertragsärztliche Praxis geführt, durch Sachverständigengutachten (Bl. 361 GA);

- die den radiologischen/nuklearmedizinischen Vertragsärzten im streitigen Quartal von der Beklagten gezahlten Vergütungen haben weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführter, voll ausgelasteter Vertragsarztpraxis keinen "Arztlohn" übriggelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt, durch Sachverständigengutachten (Bl. 361/362 GA);

- das Regelwerk zur EHV (Satzung) enthält schwerwiegende rentenmathematische Fehler zum Nachteil der Kläger, durch Sachverständigengutachten (des Dipl. Math. K., K-Straße, K-Stadt) (Bl. 368 GA);

- die Beklagte ist im Jahre 1997 aus einer für die (so genannte) "Ärztliche Stelle" eingegangenen selbstschuldnerischen Bürgschaft in Höhe von 2 Mio. DM in Anspruch genommen worden und dieser Betrag ist aus den Haushalten 1997/1998 bezahlt worden, durch Einholung einer Auskunft der Beklagten (Bl. 370 GA);

- der Vorstand der Beklagten hat vor seiner Beschlussfassung über den Widerspruch der Kläger deren Widerspruchsbegründung weder im Original noch inhaltlich - sei es durch eine Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung - zur Kenntnis genommen, durch Parteivernehmung des ersten Vorsitzenden der Beklagten (Bl. 374 GA);

- die Budgetgeber (des EBM 1997) haben nichts bewertet, weil sie über keinerlei Informationen über den Wert der von ihnen eingeschränkten Leistungen verfügten, durch amtliche Auskunft des Beigeladenen (Bl. 385 GA);

- der Beigeladene hat keinerlei rechtlich verwertbare betriebswirtschaftliche oder statistik-wissenschaftliche Feststellungen zu denjenigen radiologisch/nuklearmedizinischen Leistungen getroffen, die er im EBM bepunktet hat, durch - Beiziehung der Kostenstrukturanalyse (zit. bei Hesral, NZS 2000, S. 596 ff., 597, Anm. 14), - Gutachten KMPG aus August 1997 (ebd.); - Gutachten Prof. Männel vom 12. 09.1997 (ebd.) sowie durch Beiziehung aller Aufstellungsakten des Beigeladenen über das Zustandekommen des EBM 1997 sowie aller Vorgängerregelungen (Bl. 393 GA);

- die in Abschnitt Q 1 und R 1 EBM (1997) als abrechnungsfähig angegebenen Scanzahl- und Sequenzzahlen reichen - auch unter Anlegung von Durchschnittlichkeitsmaßstäben - nicht aus, um den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig ist, um unter Berücksichtigung des allgemeinen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen, durch Sachverständigengutachten (Bl. 394 GA);

- das Hessische Sozialministerium hat im konkreten Fall (HVM - 1997) nicht nachgeprüft, ob der hier in Frage stehende HVM ordnungsgemäß zustande gekommen ist (hinsichtlich ordnungsgemäßer Ladung der Vertreterversammlung, Ausfertigung der Beschlüsse, "Benehmen" mit den Verbänden der Krankenkassen), durch amtliche Auskunft des Hessischen Sozialministeriums (Bl. 398 GA);

- die Vertreterversammlung der Beklagten hat bei der Verabschiedung der im streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt; sie hat auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen gehabt, durch Vernehmung des damaligen Vorsitzenden Dr. B., als Zeugen (Bl. 406 GA);

- der HVM bewirkt, dass radiologische Leistungen mit Differenzen von mehr als 30 v.H. ungleich vergütet werden, je nachdem, ob es sich um einen Radiologen oder um einen Teilradiologen handelt, durch amtliche Auskunft der Beklagten (Bl. 408 GA);

- die effektiven Auszahlungspunktwerte in dem hier streitigen Quartal sind ebenso extrem different wie in dem Quartal IV/1998, durch Vorlage der Auswertung der Beklagten (Bl. 411 GA);

- innerhalb der Honorargruppe 4.16 = Anlage 2 zu LZ 702 HVM sind die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem ob es sich handelt um - konventionelle Praxen, - nuklearmedizinische Praxen, - konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, - Praxen mit CT sowie ggf. konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, - Praxen mit CT und MRT sowie konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, - Praxen, die ausschließlich CT und/oder MRT-Leistungen erbringen, - Praxen mit großer Strahlentherapie (Linearbeschleuniger) ggf. in Kombination mit einer oder mehrerer der zuvor genannten Leistungen, durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens (Bl. 415 GA);

- für die Ungleichbehandlung der Pathologen gibt es einen (bzw. keinen) sachlichen Grund, durch Beibringung der (angeblichen) Vorlage vom 05.04.1997 seitens der Beklagten (Bl. 419 GA).

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 6. Juni 2001 sowie den Honorarbescheid der Beklagten vom 25. März 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts hinsichtlich der Honoraranforderung für das Quartal III/97 erneut zu bescheiden, hilfsweise,

festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an die Kläger im Quartal III/97 5 v.H. für Zwecke der erweiterten Honorarverteilung (EHV) einzubehalten, hilfsweise,

Beweis zu erheben entsprechend den Beweisanträgen in der Klageschrift vom 26. Februar 1999 und der Berufungsschrift vom 8. Oktober 2001.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich auf das erstinstanzliche Urteil, das sie für richtig hält. Der angefochtene Bescheid und der Widerspruchsbescheid seien formell und materiell rechtmäßig. Sie seien sachlich und rechnerisch richtig auf der Grundlage wirksamer Regelungen in Form der geltenden Gebühren und Honorarverteilungsbestimmungen erstellt worden. Praxisbesonderheiten, welche die Aussetzung der Individualbudgetierung unter Sicherstellungsaspekten oder sonst aus zwingenden Gründen rechtfertigen könnten, seien nicht ersichtlich. Auch Anhaltspunkte für die Annahme eines begründeten durch den EBM und den HVM bedingten Härtefalls lägen nicht vor, weshalb keine Ausnahmeregelung getroffen werden könnte.

Der Senat hat den Bewertungsausschuss durch Beschluss vom 30. Dezember 2002 zum Verfahren beigelegt.

Der Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Durch Beschluss vom 16. Januar 2003 hat der Senat den Rechtsstreit, die Frage eines Härtefalls nach LZ 803 HVM betreffend, an das hierfür allein zuständige Sozialgericht in Frankfurt am Main verwiesen.

Zum Sach- und Streitstand im Übrigen wird Bezug genommen auf die Gerichtsakte sowie auf die Verwaltungsvorgänge der Beklagten, die dem Gericht vorlagen und Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratung des Senats am 29. Januar 2003 gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung war unter Mitwirkung von zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten zu entscheiden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

I. Die Berufung ist zulässig, denn sie ist form- und fristgerecht eingelegt worden sowie an sich statthaft ([§§ 151, 143 ff., 144 SGG](#)).

II. Die Berufung ist jedoch unbegründet, so weit mit ihr die Aufhebung des angefochtenen Urteils und des Honorarbescheides sowie des Widerspruchsbescheides und die erneute Bescheidung der Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts begehrt wird. Das Begehren auf Auszahlung eines höheren Honorars schließt weder mögliche Ansprüche aus Regelungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nach LZ 607 HVM - welche die Kläger vorliegend auch nicht mehr weiterverfolgen - noch Härtere Regelungen nach LZ 803 HVM ein, wie vom Senat durch Beschluss vom 16. Januar 2003 klargestellt worden ist. Der Honorarbescheid vom 25. März 1998, das Quartal III/97 betreffend - in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 - ist rechtmäßig und beschwert die Kläger nicht. Diese haben keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs.

III. Der angefochtene Honorar-Bescheid und der Widerspruchsbescheid sind formell rechtmäßig.

1.) Der Honorarbescheid vom 25. März 1998 ist - zusammen mit den Anlagen, die Bestandteil des Bescheides sind - inhaltlich hinreichend bestimmt. Das Erfordernis der hinreichenden Bestimmtheit bezieht sich auf den Verwaltungsakt als Regelung und damit auf den Verfügungssatz des Verwaltungsaktes (vgl. Engemann 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 die Kläger verständlich. Dabei ist im Hinblick auf [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) nicht erheblich, inwieweit das Rechenwerk und damit der Begründungsteil des Verwaltungsaktes zu Recht beanstandet wird; jedenfalls wird die Regelungsaussage durch die Begründung und die Anlagen zu den Honorarbescheiden nicht in Frage gestellt.

2.) Der angefochtene Honorarbescheid ist 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. Engemann in von Wulffen, [§ 35 SGB X](#) RdNr. 2, unter Hinweis auf [BSGE 27, S. 34](#)). Honorarbescheide haben deshalb die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte darzulegen, wobei diese auch aus 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 rechtliche Zusammenhänge erläutert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich der Anlagen entnommen werden können und damit die Honorarfestsetzung in Verbindung mit weiteren Unterlagen nachvollziehbar wird und überprüft werden kann. Diesen Anforderungen entspricht der Honorarbescheid.

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

Das sozialgerichtliche Urteil, auf dessen Begründung der erkennende Senat insoweit verweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), hat die Nachvollziehbarkeit der Honorarrechnung eingehend dargelegt und damit belegt, dass alle wesentlichen Aussagen dem Honorarbescheid entnommen werden können. Die wesentlichen Angaben und Rechenoperationen sowie Teilergebnisse sind im Bescheid benannt worden und die Rechenschritte jedenfalls unter Beiziehung der Rechtsgrundlagen und Anlagen nachvollziehbar. 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 ist (vgl. BSG, Ur. vom 3.12.1997 - [6 RKa 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)).

3.) Mit dem Honorarbescheid hat die Beklagte auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) verstoßen. Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern ([§ 24 SGB X](#)). Die Pflicht zur Anhörung besteht insbesondere, wenn in die Rechte eines Beteiligten eingegriffen wird; deshalb erscheint bereits die Anwendung der Regelung im Hinblick darauf, dass die Honorarbescheide Leistungsbescheide sind, fraglich. Für den Bereich des Arbeitslosenversicherungsrechts hat dies das BSG mit Urteil vom 29.11.1990 (- [7 RAr 6/90](#) - [SozR 3-4100 § 139a Nr. 1](#)) über den Regelungsbereich dieses Rechtsgebiets hinaus klar zum Ausdruck gebracht. Die Kläger hatten bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme und damit zur Wahrung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör gehabt, so weit dieses zugleich auch der Regelung des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) entnommen werden kann. Selbst wenn ein Anhörungsfehler vorgelegen hätte, wäre dieser gem. [§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#) als geheilt anzusehen, wobei eine Heilung bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens möglich ist, [§ 41 Abs. 2 SGB X](#).

4.) Der Vortrag der Klägerseite, der Vorstand der Beklagten sei vor seiner Beschlussfassung über den Widerspruch der Kläger und über deren Argumente nicht oder nicht ausreichend unterrichtet worden bzw. dieser hätte die Auffassung der Kläger nicht zur Kenntnis genommen, ist gleichfalls nicht erheblich. Der Vorstand hatte allein eine rechtsgebundene Entscheidung zu überprüfen. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Ermittlungen i.S. des Beweisantrags der Klägerseite. Unstreitig ist, dass die Entscheidung durch den Vorstand erfolgt ist.

IV. Der Honorarbescheid ist materiell-rechtlich und rechnerisch rechtmäßig und beruht auf Rechtsgrundlagen, insbesondere auf dem EBM und einem HVM, die rechtlich nicht zu beanstanden sind.

Honorarbescheide regeln als Verwaltungsakte i.S. von [§ 31 Abs. 1 SGB X](#) die Höhe des an die Kläger auszuweisenden Honorars. Die insoweit getroffenen Aussagen sind bestimmt; lediglich die Nachvollziehbarkeit der Berechnung des Honorarsanspruchs wird von den Klägern beanstandet, worin jedoch kein Formmangel liegt, wie oben ausgeführt worden ist. Die Anwendung des Regelwerks durch die Beklagte ist zutreffend; insoweit werden auch keine Rechen- und Rechtsfehler seitens der Kläger geltend gemacht. In Übereinstimmung mit dem Sozialgericht kommt auch der erkennende Senat zu dem Ergebnis, dass die Beklagte einen für Primär- und Ersatzkassen einheitlichen Quotierungsfaktor in Übereinstimmung mit Anlage 3 zur LZ 702 HVM berechnet hat und eine Trennung nach den einzelnen Kassenbereichen erst mit der Bildung der Honorargruppen nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM zu erfolgen hatte. Soweit seitens der Kläger die Anwendung von Abschnitt III der Anlage 3 zur LZ 702 HVM beanstandet wird, erscheint in weiterer Übereinstimmung mit der Auffassung des Sozialgerichts eine Beschwerde der Klägerseite fraglich, da sich die Quotierungsmaßnahmen auf den Abschnitt I der Anlage 3 zur LZ 702 HVM beschränken.

V. Der HVM ist (wie auch der EBM), soweit dieser auf die 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 der Kläger im Zusammenhang mit dem angefochtenen Honorarbescheid 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 die Kläger konkret nicht betroffen sind. 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 Ineinanderwirken von Maßnahmen auftreten, wie diese von den Klägern auch geltend gemacht werden, war dies im Hinblick auf den Streitgegenstand abzugrenzen. Mittelbar wirkt sich jede Honorarbewilligung und Honorarberechnung bezüglich anderer Ärzte, insbesondere auch solchen aus anderen Arztgruppen, auch auf die Honorarhöhe der Kläger aus. Insoweit kann den Klägern jedoch keine Überprüfungsbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben werden, die letztlich auf eine abstrakte Normenkontrolle hinausläufe. (So sind die Kläger beispielsweise nicht durch die Begrenzung der Scans je Leistung - Nrn. 5210 und 5211 EBM - beschwert, weil die Zahl der abgerechneten Scans knapp unter den insgesamt anererkennungsfähigen Scans lag; der diesbezügliche Beweisantrag geht daher ins Leere.)

2.) Ein Honoraranspruch der Kläger kann nur aus den Honorarverteilungsregelungen der Beklagten hergeleitet werden. Gesetzliche Grundlage ist [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) i.d.F. vom 1. Juli 1997, insoweit gleich lautend i.d.F. bis 31.12.1998, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte verteilt. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.

3.) Der HVM ist formell rechtmäßig zustande gekommen. a) Hinsichtlich der Einwendungen der Kläger, es sei nicht lückenlos belegt, dass zu

den Sitzungen der Vertreterversammlung der Beklagten ordnungsgemäß und unter Beachtung der Geschäftsordnung eingeladen worden sei und dass der beschlossene Satzungstext mit den Ausfertigungen in allem übereinstimme, waren entsprechende Ermittlungen des erkennenden Senats nicht geboten. Entsprechende Nachforschungen sind von Amts wegen, vgl. [§ 103 Satz 1 1. Halbs. SGG](#), nur insoweit geboten, als der Sachverhalt und gegebenenfalls der Vortrag der Beteiligten hierzu Anlass geben. Allein die Äußerung von Zweifeln bei den Klägern reichen hier nicht aus.

b) Von den Klägern kann das "Herstellen des Benehmens" i.S. des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) nicht mit Erfolg in Frage gestellt werden. Wird dieses "Benehmen" nicht hergestellt, fehlt eine zwingende Gültigkeitsvoraussetzung des HVM mit der Folge, dass dieser nichtig ist. Grundsätzlich macht dies erforderlich, dass die Verbände der Krankenkassen vor der Beschlussfassung über den HVM zu diesem Stellung nehmen und eventuell vorgebrachte Bedenken in die Entscheidungsfindung Eingang finden können; zulässig ist jedoch auch ein "nachgeholtes" Herstellen des Benehmens, wie höchstrichterlich entschieden worden ist (vgl. hierzu näher BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Urt. vom 24.8.1994 - [6 RKA 15/93 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 68/94 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Insoweit ergeben sich keine Zweifel, dass das Benehmen hinsichtlich der HVM-Regelungen seit dem 1. Juli 1997 für das streitbefangene Quartal hergestellt worden ist - teils vorab und teils nachträglich (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 22. Mai/15. 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 der HVM-Änderung durch Rundschreiben der Landesstelle der Beklagten als Anlage satzungsgemäß (vgl. BSG, Urt. vom 7.2.1996 - [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, wie die Kläger meinen, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt worden sind. Auch für den HVM als Satzungsrecht gilt grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch gilt dies nur in dem Maße, in dem dies nach der Funktion des HVM tatsächlich geboten ist. Insoweit besteht ein wesentlicher Unterschied zum EBM, da dieser Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt. In dieser Funktion wird der EBM zur Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte und beeinflusst deren Entscheidungen und Leistungen unmittelbar. Demgegenüber ist der HVM auf eine Verteilungssituation ausgerichtet und knüpft an die Verteilung der Gesamtvergütung an. Eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes folgt daraus regelmäßig nur mittelbar, da die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter regelmäßig erst nach Quartalsschluss überhaupt festgestellt werden können (vgl. auch Clemens, Regelungen der Honorarverteilung, MedR 2000, S. 17, 22 mit Nachweisen zur höchstrichterlichen Rechtsprechung). Die Grenze rückwirkender Inkraftsetzung liegt jedoch darin, dass gezielt steuernd wirkende Honorarverteilungsregelungen, die einer Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes dienen sollen, den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt sein müssen, damit diese sich hierauf einstellen können (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze kann hier nicht von einer unzulässigen Rückwirkung des HVM betreffend das streitbefangene Quartal ausgegangen werden. Die mit Wirkung zum 1. Juli 1997 rückwirkend in Kraft gesetzte Regelung des neuen Abschnitts I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM war bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 i.d.F. der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Honorarforderungen, die nicht in die Maßnahme nach LZ 208 HVM einbezogen seien, einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen seien und Einzelheiten hierzu in Kürze bekannt gegeben würden. Die streitbefangene HVM-Regelung hatte zudem nicht die Verhütung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes zum Ziel (und damit den Regelungsbereich der LZ 503 HVM) sondern die in den HVM übernommene sog. "EBM-Wippe" zur besseren Erfassung der Kostensituation kleiner Praxen (vgl. zum Regelungsbereich BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). Im Leitsatz zu der angeführten Entscheidung des BSG wird nicht nur die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 für rechtmäßig erachtet, sondern auch die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Honorarverteilung nach Einführung von Praxisbudgets (hier betreffend Hamburg) ausdrücklich anerkannt. Die Zielsetzung dieser HVM-Regelung, zugleich auch eine Fallzahlausweitung zu verhindern und mit einer Mengengrenzung eine Punktwertstabilisierung zu erzielen, steht dem nicht entgegen. Die Abstaffelungsregelung der "EBM-Wippe" verringert einen "Anreiz" zur Fallzahlsteigerung, zumal es sich um eine Fallwertkorrektur handelt, die eine Steigerung ohnedies nur geringfügig begrenzt, was die steuernde Funktion im Hinblick auf das Leistungsverhalten des Arztes betrifft.

e) Die Regelung des HVM verstößt nicht gegen das Gebot der Normenklarheit, wie dies die Kläger annehmen. Den Klägern ist zuzugeben, dass der Regelungsbereich des HVM komplex, kompliziert und schwierig ist, wie dies auch das Sozialgericht festgestellt hat. Die Regelung kann im Einzelfall auch unklar, vielleicht sogar widersprüchlich sein, weshalb jedoch der HVM insgesamt nicht als nichtig angesehen werden kann. Die Beklagte kann den HVM verwaltungsmäßig umsetzen und die Sozialgerichte können die Regelungen nachvollziehen. Den HVM klarer zu fassen, wird ein stetes Anliegen bleiben; der Vorwurf eines Verweisungswirrwarrs, wie ihn die Kläger erheben, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. (So zeigt z.B. eine der Anlagen, dass die Kläger von der Laborbudgetregelung gar nicht betroffen waren.)

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

g) Ebenso wird von dem erkennenden Senat die Rechtmäßigkeit des HVM im Hinblick auf die demokratische Legitimation der Vertreterversammlung der Beklagten nicht in Frage gestellt. Insoweit ist - entgegen der Auffassung der Kläger - die Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, vgl. [§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#), im Hinblick auf [§ 80 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht zu beanstanden. Dies gilt schon deshalb, weil die Zahl der außerordentlichen Mitglieder in der Gewichtung deutlich gegenüber den

ordentlichen Mitgliedern begrenzt ist. Die gesetzliche Ermächtigung hält sich innerhalb der Grenzen, die der Gesetzgeber - in Kenntnis der Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder - bei der Festlegung der Ermächtigungsnorm hatte.

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

a) Der Senat teilt die Forderung der Kläger nicht, die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung bestehe auf jeden Fall in Höhe einer "angemessenen Vergütung" (hierzu näher Wimmer NZS 1990, S. 480; Isensee in VSSR 1995, S. 321, 339, mit Nachweisen und in kritischer Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des BSG). Dahinstehen kann, ob ein solcher Anspruch zur Fehlerhaftigkeit einer Honorarverteilungsregelung führt oder dieser Anspruch - aus dem Gesetz hergeleitet - dem Satzungsrecht vorgeht. Der erkennende Senat folgt insoweit der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urt. vom 1.2.1995 - B 6 Rka 27/93 - [SozR 3-2500 § 121 Nr. 1](#)). Die Angemessenheit der Vergütung ist zwar ein wichtiger Maßstab und Regelungsfaktor; der einzelne Vertragsarzt kann hieraus jedoch kein subjektives Recht herleiten. Das Bundessozialgericht stellt in seiner ständigen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 6/98](#) a.a.O.; Urt. 10.5.2000 - [B 6 KA 20/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 37](#)) darauf ab, dass die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang sei. Dieses Rangverhältnis hat auch das BVerfG in seiner Entscheidung zum Ausschluss der Zulassung von Ärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres (Entscheidung vom 20.3.2001 - [1 BvR 491/96](#) - [SozR 3-5520 § 25 Nr. 4](#)) im Ergebnis ausdrücklich bestätigt. Legitime Gemeinwohlgründe von überragender Bedeutung können bei der Ausgestaltung des Berufsrechts der ärztlichen Leistungserbringer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch Regelungen rechtfertigen, die letztlich die Berufswahl betreffen und nicht nur die Berufsausübung. Darin kommt die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems für das Gemeinwohl zum Ausdruck. Die Finanzierbarkeit dieses Systems ist ein wichtiger Bestandteil, auch mit der Folge, dass der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten muss.

b) Die Kläger wenden insoweit ein, der Gesetzgeber habe verschiedene alternative Möglichkeiten, auch im Rahmen der Bindung an eine Gesamtvergütung dem von diesen geforderten Anspruch auf ein "angemessenes Arzthonorar" Rechnung zu tragen. Eine Möglichkeit könne sein, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Die Beklagte kann jedoch nicht gehalten sein, allein mit dieser Möglichkeit dem Anliegen der Vertragsärzte zu entsprechen und zugleich die Gesamtverantwortung für das soziale Sicherungssystem mit entsprechenden Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Arbeitsbereich hintanzustellen; hierzu kann auch der Gesetzgeber nicht gezwungen sein. Die Gesamtverantwortung für die sozialen Sicherungssysteme lässt vielmehr erkennen, dass auch der Faktor des Beitragssatzes ein Kriterium des sozialen Sicherungssystems ist. Damit kann im Ergebnis weder aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) noch aus den Vorschriften des SGB V der Anspruch eines einzelnen Arztes auf ein "angemessenes Honorar" oder in abgeschwächter Form auf einen festen Punktwert hergeleitet werden. Zwar folgt daraus nicht, dass der Gesetzgeber - und daraus abgeleitet der Satzungsgeber - eine unbegrenzte Regelungsbefugnis hat; bei Berufsausübungsregelungen aber hat der Gesetzgeber wie auch der Normgeber auf Satzungsebene einen weiten Gestaltungsspielraum. Jede Regelung muss jedoch durch sachgerechte und vernünftige Erwägungen gerechtfertigt sein. In dieser Einschränkung liegt zugleich auch eine Gewichtung; je stärker eine Regelung in Rechtspositionen des Einzelnen eingreift, konkret also Rechtspositionen des Arztes beeinträchtigt, desto stärker und gewichtiger müssen die Interessen des Gemeinwohls sein, um den Eingriff zu rechtfertigen (vgl. Nachweise der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Leibholz/Rinck/Hesselberger, Grundgesetz, [Art. 12 GG](#) RdNr. 296). Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verlangt weiter, dass das eingesetzte Mittel geeignet und erforderlich ist, wobei dem Gesetzgeber wie auch dem Satzungsgeber ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt wird. Erforderlich ist, dass das eingesetzte Mittel - im konkreten Fall mit Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung - geeignet ist, die von Gesetzes wegen geforderte Stabilität des Systems zu sichern. Dies wird sich nicht ohne weiteres - zumindest nicht mit vollem Konsens - feststellen lassen, schon gar nicht bei einer prognostischen Beurteilung, weshalb dem Normgeber ein weiterer Gestaltungs- und Regelungsrahmen zugebilligt wird. Dies muss umso mehr gelten, je komplexer und schwieriger die jeweiligen Vorgänge abzuschätzen sind. Daraus rechtfertigt sich auch ein angemessener Zeitraum für die Beobachtung von Auswirkungen und die Anpassung von Vorschriften, zugleich aber auch eine Verpflichtung des Normgebers, diese Vorgänge zu beobachten und entsprechende Änderungen einzuleiten.

c) Die Angemessenheit bzw. fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung kann in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#) und [SGB 2000, S. 256](#)) nur geltend gemacht werden, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa einer Facharztgruppe, so beeinträchtigt ist, dass auch die berufliche Existenz der in dem Versorgungssystem beteiligten Vertragsärzte gefährdet ist. Die Kläger tragen zwar erhebliche Belastungen durch die Honorarverteilungsregelungen vor; die Sicherstellung der Versorgung auch auf den Gebieten der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenmedizin im ganzen Bundesland Hessen (oder jedenfalls in seinem südlichen Teil) wird jedoch nicht in Zweifel gezogen. Entsprechende weitere Beweise waren nicht zu erheben. Auch durch die von den Klägern in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Unterlagen musste sich der Senat nicht zu weiterer Beweiserhebung gedrängt sehen. Die Stellung des Vertragsarztes als eines Selbständigen kann es immer wieder mit sich bringen, dass Einzelne sich verkalkulieren und die vertragsärztliche Tätigkeit verändern, (mit anderen Fachärzten) erweitern, auf eine andere finanzielle Basis stellen oder ganz aufgeben müssen. Dass Letzteres im streitbefangenen Quartal - flächendeckend - der Fall gewesen sein sollte, ist weder dargetan noch sonst ersichtlich.

Der Senat ist der Auffassung, dass aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Indienstnahme Privater und deren Anspruch auf angemessene Entschädigung (vgl. Beschluss vom 13.1.1999 - [1 BvR 1909/95](#) - [NJW 1999, S. 1621](#)) kein Anspruch der Vertragsärzte auf ein angemessenes Honorar aus der vertragsärztlichen Tätigkeit hergeleitet werden kann. Es geht vorliegend nicht um eine Entschädigung bzw. Vergütung isoliert zu betrachtender Einzelleistungen; Vertragsärzte sind vielmehr - auf freiwilliger Basis - in das Gesamtsystem der vertragsärztlichen Versorgung und dessen Vergütung inkorporiert, weshalb es nicht auf eine Einzelleistungsvergütung, sondern auf die Gesamthonorierung aller Leistungen des Leistungserbringers in einem bestimmten Zeitabschnitt ankommt.

Fraglich erscheint auch, inwieweit das Verlangen nach einem angemessenen Honorar mit den Grundsätzen einer selbständig ausgeübten Tätigkeit im Einklang steht. Das Verlangen stellt vielmehr einen - möglicherweise nicht gewollten - Zusammenhang zum Arbeitsrecht her, gerichtet auf ein "angemessenes Arbeitsentgelt" (das aber gerade auf "Aushandlungsprozessen" zwischen den Tarifvertragsparteien

beruht). Der Beruf des Vertragsarztes wird jedoch als ein dem Grunde nach freier Beruf, verbunden mit unternehmerischen Entscheidungen und einer eigenständig verantworteten Kosten- und Leistungsrechnung geführt, wenngleich auch eingebunden in ein Vertragssystem, das die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in weitem Umfang gestaltet und sicherlich auch einengt. Es bleibt dabei den Klägern allein überlassen, wie sie die Praxis (auch im Hinblick auf laufende Kosten) organisieren, wie sie das Geräte- und Leistungsspektrum ausrichten, welche Kooperationsformen sie wählen, welche zusätzlichen Leistungen sie außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung anbieten können und wollen und ob sie z.B. Gutachtensaufträge (oder Aufträge im Rahmen von Begutachtungen) ausführen. Von solchen Entscheidungen und Bemühungen hängt unter anderem zwangsläufig die Kostenstruktur einer Praxis ab, weil bei steigendem Anteil nichtvertragsärztlicher Leistungen der auf die vertragsärztliche Tätigkeit entfallende Kostenanteil sinkt - was nicht gleichbedeutend mit einer "Subventionierung" der vertragsärztlichen Tätigkeit zu verstehen ist. Der Streit um die "Angemessenheit" der (auch der kassen- bzw. vertrags-) ärztlichen Vergütung reicht im Übrigen weit zurück (vgl. dazu z.B. schon 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.). Vor diesem Hintergrund besteht heute, sowohl in der juristischen wie der (wissenschaftlichen) sozialpolitischen Diskussion ein weitreichender Konsens (trotz vielfältiger Kritik aus je unterschiedlichen Perspektiven), dass es eine legitime (und von Verfassungen wegen 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 (grundlegend vgl. z.B. schon F. Naschold, a.a.O.; G. Gäfgen, Hg.: Neokorporatismus und Gesundheitswesen 1988; J. Wasem, Sozialpolitische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schulin, HS-KV, § 3 Rdnr. 85 f., 166 m.w.N.; I. Ebsen, ebd., § 7 Rdnr. 48 ff.; H. Adam/K.-D. Henke, ebd., § 31 Rdnr. 12 ff. und K. Michelsen, Blockade oder Stabilisierungsfaktor? - Die Selbstverwaltung in der Kritik, in: H.-U. Deppe/W. Burkhardt, Hg., Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg 2002, S. 104 ff.). Auch der Honoraranspruch der Kläger kann sich deshalb nur nach den in diesen neokorporatistischen Strukturen "ausgehandelten" bzw. erlassenen Normen des geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen bemessen. Ein fester Honoraranspruch der Kläger auf ein "angemessenes Honorar" - in Höhe von 180.000 DM jährlich je Arzt - ergibt sich weder aus einer eigenständigen Rechtsgrundlage auf einen solchen Anspruch noch in Form einer Verpflichtung der Beklagten, die Honorarverteilungsregelungen entsprechend zu gestalten bzw. bereits jetzt für die Vergangenheit anzuwenden. Auch eine weitere Sachaufklärung des Senats zur wirtschaftlichen Situation der konkreten (einzelnen) Praxis der Kläger in dem einen streitbefangenen Quartal war deshalb nicht geboten. Aus der vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnung ist noch nicht einmal ersichtlich, in welchem Umfang genau die Kläger außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sonstige Einnahmen aus der ärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis erzielt haben. Die Kenntnis dieser Relation ist aber erheblich für den Kostenanteil für private Behandlungen (etc.) und damit - wie oben ausgeführt - für die Kostenstruktur insgesamt. Einen Beweisbeschluss zur Offenlegung und Analyse sämtlicher Einnahmen aus der Praxis der Kläger - und zu deren Verwendung - hält der Senat nicht für geboten, da aus der Kenntnis der Daten einer einzelnen Praxis nicht auf die Gefährdung der Versorgung in einem ganzen Versorgungsbereich geschlossen werden könnte. Für solche Ausnahmesituationen - sollten sie vorliegen - hat die Beklagte die Möglichkeit, von Regelungen zur Sicherstellung oder aber dem Härteausgleich Gebrauch zu machen. Es ist im Übrigen 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 erwirtschaftet worden sind, und dass davon ca. 76,41 % auf KV-Honorareinnahmen entfielen (bei Überschüssen aus KV-Tätigkeit von durchschnittlich rd. 163 TDM und von ca. 50 TDM aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit). Der Betriebskostenanteil betrug dabei ca. 80 % der Gesamteinnahmen. Auch wenn der Repräsentationsgrad mit 1,42 % (alte Bundesländer) gering ist, geben die Zahlen hinreichend Anlass zu der Annahme, die Versorgung im Bereich der Radiologie könne nicht - generell - gefährdet sein. Jedenfalls haben die Kläger - außer der Kritik an der schmalen Datenbasis, - keine substantiierten Darlegungen vorgetragen, auf Grund derer sich der Senat zu einer eigenen - flächendeckenden - Beweiserhebung hätte veranlasst sehen müssen. Die Kläger hätten es im Hinblick auf die Vielzahl der beim erkennenden Senat anhängigen Streitverfahren allein selbst in der Hand, durch Vorlage geprüfter und repräsentativer Auskünfte von einer Vielzahl von Fachkollegen die vorgetragene Behauptung zu erhärten, dass eine Mehrzahl radiologischer Praxen - jedenfalls aber derart viele - die vertragsärztliche Tätigkeit einstellen müssten und deshalb die Versorgung - auch in der Fläche - mit Leistungen der diagnostischen Radiologie, der MRT etc. gefährdet erscheine. Ermittlungen "ins Blaue" - oder gar ein "Ausforschungsbeweis" im Hinblick auf sämtliche Praxiseinnahmen und deren Verwendung sowie die Kostenkalkulation bei einer Vielzahl von radiologischen Praxen sind, da zur Überzeugung des Senats das Versorgungsniveau - auch in der Fläche - gesichert ist, nicht angezeigt. Die Beobachtung der Entwicklungen obliegt insoweit dem Normgeber - hier in erster Linie dem Beigeladenen. Es ist nicht erkennbar, dass er dieser Aufgabe nicht nachgekommen sei.

Auch die Ausführungen in dem von den Klägern vorgelegten Gutachten von Frau G. Kempny vom 2. November 1998 zwingen zu keiner anderen Betrachtung. Zwar erscheint die Annahme eines steigenden Kostenanteils bei sinkendem Punktwert zunächst plausibel. Nicht diskutiert wird aber die Frage, ob diese Annahme auch dann gilt, wenn der sinkende Punktwert auf einer Leistungsausweitung beruht, die wiederum zu einer Absenkung des Kostenanteils führen muss. Auch wird in dem Gutachten die - wie oben ausgeführt - für die Frage der Kostenstruktur wichtige Frage nach dem Anteil privatärztlicher Tätigkeit weder gestellt noch diskutiert.

VI. Auch der EBM ist, soweit er für die Honorarfestsetzung der Kläger maßgeblich ist - wie der HVM aus den vorstehend dargelegten Gründen - rechtlich nicht zu beanstanden. Die Regelungen des EBM entstammen - wie auch die des HVM - einem System autonomer Rechtsetzung 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 zu einander bestimmt ([§ 87 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V](#)), bietet hierfür eine rechtsstaatlich hinlänglich klare, von Verfassungen wegen nicht zu beanstandende Grundlage. Nach der höchststrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 39/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 135 Nr. 11](#) sowie Urteil vom 20.1.1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 21](#), jeweils m.w.N.), 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 in der Sozialversicherung, Tübingen 2000, S. 64, 151, 385 ff.). Der hinsichtlich ihrer insoweit vorgetragenen Einwendungen von den Klägern beantragten Beweiserhebung war deshalb nicht nachzugehen. Der Regelungsspielraum, den die Normgeber haben, ist von den

Gerichten zu respektieren (BSG, Urt. vom 26.1.2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) - Die Leistungen 2001, Beil. S. 289; Urt. vom 13.11.1996 - [6 RKa 31/95](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 14](#)).

2.) EBM und HVM sind zwangsläufig inhaltlich eng aufeinander bezogen, wobei ihnen eine je unterschiedliche Regelungsfunktion zukommt. Dem EBM kommt neben der Festlegung, Definition und Bewertung ärztlicher Leistungen sowie Verrichtungen auch die Funktion zu, das Leistungsverhalten der Vertragsärzte zu steuern (vgl. BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)). Bei der Neuregelung von komplexen Regelungsbereichen und vornehmlich auch im Bereich der Erprobung und bei einer Anfangssituation hat der Normgeber einen weiteren Regelungsspielraum. Dieser kann dazu führen, dass in stärkerem Umfang zu typisieren ist und ein geringeres Maß an Differenzierungen von den Beteiligten akzeptiert werden muss (vgl. BSG, Urt. vom 6.9.2000 - [B 6 KA 40/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#), m.w.N.). Für eine vorübergehende Zeit müssen deshalb auch Unzulänglichkeiten sowie "krasse Schieflagen" hingenommen werden, vgl. Clemens in MedR 1998, S. 264. Ab 1. Juli 1997 sind im EBM Neuerungen eingeführt worden, die neue Strukturelemente beinhalten und deren Auswirkungen auf die ärztliche Leistungserbringung nicht in vollem Umfang absehbar waren. Gleichzeitig wurden im HVM umfangreiche Änderungen vorgenommen, etwa im Abschnitt II in Anlage 3 zu LZ 702 HVM mit konkreten Auswirkungen auf die Kläger. Diese Regelungen sind für die Kläger verbindlich geworden.

3.) Die Kläger können 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 Bundesverfassungsgerichts zu einer derartigen Pflicht des Normgebers (hier unter Hinweis auf Beschl. vom 17.7.1996 - [2 BvF 2/93](#) - [NJW 1997, S. 383](#) und weiteren Entscheidungen), kann keine entsprechende Verallgemeinerung hergeleitet werden, denn das Bundesverfassungsgericht hat sich jeweils mit konkreten und individuellen Einzelfallmaßnahmen befasst, die in Gesetzesform beschlossen worden waren und keines weiteren Vollzugsaktes mehr bedurft hätten. Befindet sich der Normgeber in der Rolle der vollziehenden Verwaltung muss er, wie sonstige Behörden auch, den erheblichen Sachverhalt vollständig und zutreffend ermitteln und seiner Entscheidung zugrunde legen. Beim EBM (und den HVMen) handelt es sich jedoch um generelle und abstrakter Regelungen, die im Einzelfall erst durch die KVen umgesetzt werden müssen.

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

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

Das BSG (Urteil vom 15.5.2002 [a.a.O.](#)) kommt weiterhin zu der Feststellung, dass die Qualifizierung der Festlegung des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes als Normsetzung Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolltiefe habe. Kommt dem Bewertungsausschuss wie jedem Normsetzer bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu (vgl. schon BSG in [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)), so ist diese von der Rechtsprechung zu respektieren und darf von ihr nur in Ausnahmefällen korrigiert werden. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers sei verstärkt zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar - Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit stünden, hier unter Hinweis auf Bundesverfassungsgericht in [BVerfGE 81, S. 156](#) sowie BSG in [SozR](#)

2200 § 180 Nr. 37 oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte gehe, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen seien (BSG, Urt. vom 15. 5.2002 - [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](#)).

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

d) [§ 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, die zudem für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden können. Damit werden Teilbudgets mit Obergrenzen hinsichtlich der Punktzahlen von der gesetzlichen Ermächtigung umfasst, wie auch das BSG ausdrücklich bestätigt hat (vgl. Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) sowie Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#)). Teilbudgets kommt neben dem Ziel der Mengenbegrenzung die Funktion zu, jedem Arzt in bestimmten, für seine Praxisführung wichtigen Leistungsbereichen eine verlässliche Kalkulationsgrundlage zu geben (vgl. die oben zitierte Rechtsprechung des BSG). Die Stabilisierung der Punktwerte soll zugleich bewirken, dass sich der einzelne Arzt nicht gedrängt sieht, nur aus wirtschaftlichen Gründen das Leistungsvolumen weiter auszudehnen. Solche Regelungen können mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) in Einklang gebracht werden, weil es sich um vernünftige und auch aus dem Sozialstaatsbezug der gesetzlichen Krankenversicherung herleitbare Erwägungen handelt. Dem können die 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.

e) Im Rahmen dieser Regelungsbefugnis des Normgebers hält sich auch die Begrenzung der Scanzahl wie auch der Frequenzzahlbeschränkung. Die KBV hat mit dieser Begrenzung das Ziel verfolgt, worauf auch die Unterlagen des Beigeladenen hinweisen, einer medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung entgegenzuwirken. Den Klägern bleibt die Möglichkeit, entsprechend den medizinischen Vorgaben teilweise die durchschnittliche Scanzahl zu unterschreiten, um in anderen Fällen zu einer höheren Scanzahl zu gelangen, ohne letztlich Honorarverluste zu erleiden. Jedenfalls unter dem Gesichtspunkt, dass es sich hier um eine Anfangsregelung handelt, erscheint diese im Hinblick auf das Regelungsziel der Mengenbegrenzung vertretbar; diese bedarf jedoch der weiteren Beobachtung durch die Beklagte bzw. den Beigeladenen. Im Hinblick auf die sich ab 1.7.1997 ergebende Erprobungsphase erscheint es auch gerechtfertigt, dass der Normgeber keine weitere Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Erscheinungsformen der Praxen, den Einsatz von Geräten wie auch unterschiedlichen Arten der Praxisführung vorgenommen hat. Wie bereits ausgeführt erscheint auch diese Regelung im Hinblick auf die Erprobungsphase akzeptabel.

f) Dabei ist auch nicht zu beanstanden, dass der Begriff des Behandlungsfalles für ein Quartal als entscheidend angesehen wird und nicht der konkrete Leistungsfall, mit der Folge, dass gegebenenfalls mit dem Begriff des Behandlungsfalles mehrere Untersuchungen in einem Quartal ohne weitere Abrechnungsmöglichkeit verbunden sein können. Die Regelung findet ihre Rechtfertigung in [§ 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte - BMV-Ä](#) und zugleich auch eine Korrektur in [§ 76 Abs. 3 Satz 1 SGB 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, die die Kläger im Übrigen nicht quantifiziert haben, zu überprüfen haben. Jedenfalls schien der Normgeber nicht gedrängt, bereits ab 1. Juli 1997 insoweit für Radiologen eine von [§ 21 Abs. 1 BMV-Ä](#) abweichende Regelung vorzusehen.

VII. 1.) Im Zusammenhang mit den Honorarverteilungsregelungen im HVM ist höchststrichterlich anerkannt, dass im Rahmen der Honorarverteilung in der Weise differenziert werden darf, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind; den normsetzenden Körperschaften verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihnen ermöglicht, dem Sicherstellungsauftrag oder ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG, Urt. vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)). [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) berechtigt die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Honorarverteilung nach festen, arztgruppen-bezogenen Kontingenten vorzunehmen wie auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat (vgl. BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [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; hierfür müssen jedoch

sachliche Gründe gegeben sein (vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#) -). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteil vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Zulässiges Ziel der Bildung von festen Honorarkontingenten kann auch sein, die kontingentierten Leistungen vor dem Punktwertverfall zu schützen, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann (vgl. BSG, Urteil vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Zulässig und innerhalb des der Kassenärztlichen Vereinigungen zustehenden Gestaltungsrahmens ist es hierbei auch, wenn die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festgeschrieben werden; durch eine solche Regelung wird vermieden, dass sich Leistungsausweitungen einer bestimmten Fachgruppe zwangsläufig auf andere Fachgruppen auswirken (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) sowie Urteil vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)).

2.) Die Möglichkeit der Mengenbegrenzung durch die Bildung von Honorartöpfen ist auch bei überweisungsgebundenen Leistungen zulässig, wie dies für die Radiologen gilt. Hat die Honorarverteilung auf der Grundlage fester arztgruppenbezogener Kontingente zum Ziel, das Risiko der Leistungsmengenausweitung bei den Ärzten der jeweiligen Fachrichtungen zu belassen, so erscheint es gerechtfertigt, auch die auf Überweisung anderer Vertragsärzte tätig werdenden Ärzte einzubeziehen. Eine vergleichbare Situation ergibt sich etwa auch für Pathologen, Laborärzte oder Nuklearmediziner, die ausschließlich auf Überweisungen tätig werden. Jedenfalls erscheint es nicht gerechtfertigt, diese Gruppe von Ärzten völlig aus der Mengensteuerung des HVM herauszunehmen (vgl. ebenso BSG, Urt. vom 28.1.1998 B [6 KA 96/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und Urt. vom 3.3.1999 - [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 der Kläger 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 der Kläger gefolgt würde, innerhalb der Untergruppe der Radiologen nochmals weitere Unter-Untergruppen zwischen verschiedenen Formen der Praxisführung und Gerätesausstattung vorzunehmen. Dass sich eine solche weitere Differenzierung schon im Hinblick auf die Erprobungsphase ab 1. Juli 1997 nicht empfohlen hätte und sich jedenfalls im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des Normgebers hielt, ist bereits ausgeführt worden. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Beweiserhebung i.S. des entsprechenden Beweisantrags der Kläger. Die Beklagte hat insoweit auch zu Recht vorgetragen, dass sich die Einrichtung von Honorarkontingenten in den Grenzen der Bewertungsvorgaben des EBM hält, der für alle Leistungen ein wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, da es sich insoweit nicht um Bewertungskorrekturen handelt, sondern um Honorarverteilungsregelungen, die aus anderen Gründen erfolgen.

4.) Der Normgeber kann jedoch unabhängig davon gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktzahlergebnisse zwischen Ärzten, die die gleichen Leistungen erbringen, zu überprüfen und eine Anpassung vorzunehmen; diese Verpflichtung entspricht der Beobachtungs- und Anpassungspflicht, der Genüge zu tun ist. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung ist jedoch regelmäßig die Einschätzung durch den Normgeber nur dann zu beanstanden, wenn die Regelung willkürlich und entgegen besserer Erkenntnis erfolgt ist. Dabei ist stets auch zu berücksichtigen, dass sich unterschiedliche Auszahlungspunktwerte auch aus einer unterschiedlichen Kostensituation ergeben können; dies kann im Einzelfall rechtfertigen, dass ein und dieselbe Leistung durch unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich zu honorieren ist. Dies beleuchtet zugleich die Komplexität, die in der Überprüfung von Honorarregelungen angelegt ist. Dies rechtfertigt auch, dass ein Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert nicht begründet ist (vgl. BSG, Urt. vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) m.w.N.). Unterschiedliche Auszahlungspunktwerte ergeben sich auch zwischen den einzelnen radiologischen Praxen innerhalb derselben Untergruppe, worauf die Kläger zu Recht hinweisen. Diese Unterschiede sind jedoch Folge der unterschiedlichen Praxisausrichtung, wodurch das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt wird. Denn für die Bewertung der Verteilungsgerechtigkeit ist jeweils auf die Arztgruppe im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung abzustellen, nicht aber auf das Verhältnis der Ärzte dieser Gruppe untereinander (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Deshalb lassen unterschiedliche Auszahlungspunktwerte, wie sie die Kläger beanstanden, nicht auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM schließen. Sind Schwankungen allerdings in einem erheblichem Maße zu beanstanden, besteht ausdrücklich die Möglichkeit, Schwankungen bzw. Härten, die aus nicht vorhersehbaren Praxisgegebenheiten folgen können, im Rahmen eines gesonderten Verfahrens nach LZ 607 und LZ 803 auszugleichen; dabei schließt der Begriff der "Härte" nicht an die existenzielle Beeinträchtigung der Praxis an, sondern an eine atypische Versorgungssituation (vgl. BSG, Urt. vom 28.3.1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) - USK 99119). Die insoweit differenzierte Regelung im HVM kommt insbesondere dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit entgegen und ist somit geeignet, als Berufsausübungsregelung den Maßstäben des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zu entsprechen.

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

6.) In Übereinstimmung mit der angefochtenen Entscheidung des Sozialgerichts sind die hier im Streit stehenden Maßnahmen der Honorarbegrenzung durch den HVM durch die in den Abschnitten I, II und III der Anlage 3 zu LZ 702 vorgenommenen Regelungen nicht zu beanstanden. Die Übernahme von Honorarbegrenzungsregelungen des EBM, die - wie festgestellt - rechtens sind, in den HVM entsprechen den gesetzlichen Vorgaben; dem entspricht auch die Übernahme der Regelung nach LZ 702 HVM. Fallwertbegrenzungen, wie sie 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 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Vornehmlich die Übernahme der so genannten "EBM-Wippe" in den HVM ist rechtes, da diese eine zulässige Abstaffelungsregelung 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 - wie bereits ausgeführt - rechtes, da andernfalls die Relationen zwischen den verschiedenen Arztgruppen nicht ausreichend kalkulierbar wären. Diese Regelungen sind ebenfalls vom 1. Juli 1997 an als Anfangsregelungen und Erprobungsregelungen für einen längeren Zeitraum vertretbar, wie dies insbesondere auch das BSG (vgl. Urteil vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -) für die Arztgruppe der Hautärzte im Hinblick auf die Bemessung von Praxisbudgets festgestellt hat; erst mit Wirkung vom 1.1.2003 an und mit einer Berücksichtigung ab dem Quartal III/2003 ist dort eine Überprüfung der Kostenansätze mit Auswirkungen auf den EBM in Form einer Ankündigung (vgl. dort den rechtstheoretischen Ansatz, dass dies Aufgabe der obersten Bundesgerichte sei) verlangt worden. Insbesondere die Begrenzung der Vergütungsansprüche durch eine individuelle Bemessungsgrundlage und Bemessungsgrenze, wie diese im Abschnitt II festgelegt ist, ist nicht zu beanstanden. Der eigene Praxisumsatz eines Arztes in der Vergangenheit stellt eine zulässige Anknüpfung dar, die dem Arzt die Möglichkeit der Planung und Kalkulation und zugleich einen Schutz gegen einen Punktwertverfall, der aus einer generellen Mengenausweitung der Fachgruppe folgen könnte, gibt. Demgegenüber musste der Einwand der Kläger, derartige Regelungen verstießen gegen Grundsätze der freien Praxisführung, zurückstehen. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die individuelle Bemessungsgrenze grundsätzlich für zulässig erklärt (vgl. bereits BSG, Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#)). Die Beklagte war folglich berechtigt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben, um zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen anderer Fachgruppen haben können (vgl. hierzu insbesondere BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -). Die Anknüpfung an eine individuelle Bemessungsgrenze eröffnet zugleich jedoch auch der Beklagten die Möglichkeit, Veränderungen i.S. einer zulässigen Mengenausweitung zu Gunsten des Arztes vorzusehen. Hierbei kann insbesondere die medizinische Entwicklung und der Bedarf an entsprechenden Leistungen, vornehmlich auch bei einer Tätigkeit auf Überweisung hin, sachgerecht berücksichtigt werden.

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

Nur mittelbar beschwert sind die Kläger durch die im Abschnitt II Nr. 2 und Abschnitt III Nr. 1 enthaltenen Regelungen, die eine Besserstellung von neuen bzw. nur kürzere Zeit geführten Arztpraxen gegenüber eingeführten Arztpraxen vorsehen. Die Kläger müssen 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 28.4.1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) -).

Den Klägern kann auch nicht gefolgt werden, soweit diese die Herausnahmeregelungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM beanstanden. Die Beklagte hat sachliche Gründe dafür angeführt, Leistungen unterschiedlich zu bewerten, wenn diese durch Radiologen einerseits und Pathologen und Laborärzte bzw. im Verhältnis von niedergelassenen und ermächtigten Radiologen erbracht werden. Die Regelungen halten sich innerhalb der Grenzen des Einschätzungsspielraumes, der insbesondere in einer Erprobungsphase dem Normgeber einzuräumen ist. Derartige Bewertungen, halten sich diese in den Grenzen der Verhältnismäßigkeit und Vertretbarkeit, sind im gerichtlichen Verfahren nicht zu beanstanden; der Normgeber hatte insoweit einen Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum.

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

1.) 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 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)); diese Situation befreit jedoch die Normgeber nicht, die notwendigen Ermittlungen anzustellen beziehungsweise verfügbare Daten einzubeziehen; dies schließt auch die Möglichkeit ein, dass beobachtete Entwicklungen Anlass zu verstärkter Nachprüfung geben können, wie dies etwa das BSG für den Fall der Hautärzte hinsichtlich der Praxisbudgets nach dem EBM-Ä für die Zeit ab 1.1.2003 angemahnt hat.

Nach den nach Aktenlage verfügbaren Erkenntnissen, über die die Beteiligten auch in Verbindung mit dem Verfahren vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main, Urt. vom 20.6.2001 [S 5 KA 01/99](#), durch ausdrückliche Bezugnahme auf die Berufungsschrift der Kläger verfügen können, ergibt sich (noch) keine zwingende Verpflichtung der Normgeber, entsprechenden Veränderungen im EBM oder HVM Rechnung zu tragen. Den Ergebnissen einer vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung durchgeführten Untersuchung, nämlich die Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998 vom Juli 2000, ist zu entnehmen, dass Radiologen und Nuklearmediziner in Deutschland-West in den Jahren 1995 bis 1997 Betriebsausgaben im Schnitt von 80,4 v.H. des Gesamtumsatzes hatten. Das Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit vor Steuern und ohne Ausgaben für Sicherungsmaßnahmen im Alter und gegen Krankheit sowie im Zusammenhang mit der Tilgung von Praxiskrediten betrug für alle Ärzte im Jahre 1998 danach 153.402 DM, für die Gruppe der Fachärzte insgesamt 162.474 DM sowie speziell nur für die Radiologen 163.006 DM. Die empirische Grundlage dieser Daten wird vom Sozialgericht Frankfurt am Main (a.a.O.) aus überzeugenden Gründen für fragwürdig erachtet. Abweichende Ergebnisse sind den von der KBV herausgegebenen Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1999, zu entnehmen. Die entsprechenden Zahlen ergeben für das Jahr 1999 Betriebskosten für Radiologen, gerechnet auf der Basis des Jahres 1997, in Höhe von 79,5 v.H.; hier wird ein Überschuss je Arzt im Jahresdurchschnitt 1995 bis 1997 für Radiologen einschließlich der Nuklearmediziner für Deutschland-West im Durchschnitt von 224.000 DM (bei einem Überschuss für alle Ärzte von 187.600 DM und nur für die Fachärzte von 201.400 DM) errechnet. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat jedenfalls für das Jahr 1996 für den Bereich der Radiologen und Nuklearmediziner noch eine Situation angenommen, bei der mit vollem persönlichen Einsatz und optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung eine existenzfähige Praxis geführt werden konnte (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 7/98 R](#) und vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)).

2.) Dem Sozialgericht folgt der erkennende Senat ebenso, wenn dieses die Umsetzung der EBM-Vorgaben in der ab 1. Juli 1997 geltenden HVM-Regelung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung für rechtens erachtet hat. Der Normgeber des HVM hat insbesondere Interventionsmechanismen vorgesehen, die geeignet sind, Unzulänglichkeiten der Regelung auszugleichen, wie bereits ausgeführt worden ist. Dem steht nicht entgegen, dass der verfügbare Datenbestand (auch) für die Zeit bis zum 1. Juli 1997 wenig aussagekräftig ist; für die Zeit ab 1. Juli 1997 ist eine in wesentlichen Teilen neue HVM-Regelung erfolgt, für die die Grundsätze, die für eine Erprobungszeit anerkannt sind, gelten. Vornehmlich in der beschriebenen Situation ist der Normgeber des HVM - wie auch der Normgeber des EBM - gehalten, seiner Beobachtungs- und Prüfungspflicht zu entsprechen, aus der die Verpflichtung folgt, notwendige Korrekturen vorzunehmen. Diese Beobachtungspflicht hat die Rechtsprechung mehrfach festgestellt; Korrekturen sind etwa bei unzuträglichen Verwerfungen und unzumutbaren Auswirkungen für die betroffenen Ärzte geboten (vgl. BSG, Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); 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. In dieser Entscheidung ist eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses angenommen worden, angesichts der eingetretenen Entwicklung (nach einem Zeitraum von etwa fünf Jahren) in eine Überprüfung der Kostensätze einzutreten; zunehmend hätten sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die realen Praxisverhältnisse, gemessen an den dargelegten Anforderungen, nicht mehr ausreichend berücksichtigt würden und im Verhältnis zu anderen Arztgruppen wesentliche Verschiebungen eingetreten sein könnten. Auch hier geht die Rechtsprechung noch von einer Übergangszeit bis zur zwingenden Erhebung entsprechender Daten und einem weiteren Zeitraum der Umsetzung (hier bis zum Quartal III/2003) aus, die jedenfalls keinen Anlass geben, für den hier streitbefangenen Zeitraum - Quartal III/97 - zwingend von einer fehlerhaften Datenbasis der Honorarverteilungsregelungen auszugehen.

3.) Etwas anderes folgt auch nicht aus dem Gutachten und dem weiteren von Frau G. Kempny ergänzten Parteivortrag, auf den sich die Kläger berufen. Soweit diesen Ausführungen Hinweise zur Kostenstruktur der Radiologen entnommen werden können, könnten diese u.U. geeignet sein, den Beigeladenen zu veranlassen, eine den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung genügende Kostenberechnung unter Einbeziehung der privatärztlichen Tätigkeit wie auch der privaten Lebensführung (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die Behauptung der Kläger einzubeziehen, EBM und HVM führten im Zusammenwirken dazu, dass keine leistungsproportionale Vergütung geleistet werde. Ein derzeit durchsetzbarer Anspruch folgt hieraus in Übereinstimmung mit der angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der erkennende Senat anschließt, nicht.

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

2.) Als bestehende und bereits eingerichtete Regelung wird die EHV durch [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bestätigt, wonach eine landesrechtliche Regelung rechtens ist, 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)

eingerrichtet worden, worin eine ausreichende Rechtsgrundlage zu sehen ist (vgl. BSG, Urt. vom 20.7.1966 - 6 RKa 1/66 - SozR Nr. 1 zu Art. 4 § 1 - [NJW 1967, S. 315](#)). Diese Rechtsgrundlage wird auch im Schrifttum bestätigt - vgl. Hess in Kassler Kommentar, [§ 85 SGB V](#), RdNr. 72.

Die Abführung eines Gesamtbetrags an die EHV stellt damit eine besondere Form der Honorarverteilung dar, weshalb die Anforderungen, die an die Honorarverteilung schlechthin gestellt werden, auch für die Abführung der Aufwendungen hierfür gelten. Deshalb ist das Sozialgericht Frankfurt am Main (Entscheidung vom 20.6.2001 - [S 5 KA 1/99](#) -) in dem von dem Kläger für die Begründung der Berufung ausdrücklich in Bezug genommenen Verfahren zu Recht der Auffassung, dass für den Bereich der EHV keine strengeren Anforderungen verlangt werden dürfen. Dies rechtfertigt, § 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 als ausreichende Rechtsgrundlage anzusehen. Nicht zu beanstanden ist auch, dass die Umsetzung dieser Regelung der Selbstverwaltung überlassen wurde; die Umsetzung hat der erkennende Senat im Zusammenhang mit der Anwendung der Grundsätze der EHV auch für rechtens erkannt (vgl. Hess. LSG, Urteil vom 18.10.2000 - [L 7 KA 277/00](#)). Die Einwendungen der Kläger bezüglich der Normenklarheit wie auch des Parlaments- und Gesetzesvorbehalts sind deshalb auch mit den Gründen zurückzuweisen, wie diese bereits zum HVM - und vergleichbar zu EBM - angeführt worden sind. Dabei konnten den erkennenden Senat insbesondere die behaupteten Unklarheiten, die der für die Kläger im Verfahren [L 7 KA 721/00](#) gehörte Herr K. angeführt hatte, nicht überzeugen. Auch für den EHV kann die Beklagte den hier eingeräumten Gestaltungsspielraum in Anspruch nehmen. Deshalb war die Beklagte auch nicht gezwungen, teilweise oder vollständig Möglichkeiten zur Befreiung von der EHV vorzusehen oder eine Sonderregelung für bestimmte Arztgruppen, etwa radiologische Praxen, zu treffen. Der Gestaltungsspielraum umfasst nicht nur die Frage der Abführung von Geldbeträgen, sondern auch den Leistungsbereich, da die Einrichtung des EHV nicht den engen Grenzen eines Versorgungswerkes unterliegt; deshalb war es der Beklagten gestattet, in dem vorgesehenen Umfang eine Umverteilungskomponente vorzunehmen. Dem EHV ist auch nicht mit versicherungsmathematischen Überlegungen mit Erfolg zu begegnen, da das Regelwerk nicht den zwingenden Grundsätzen von Leistung und Gegenleistung unterworfen ist; es konnte deshalb dahinstehen, inwieweit die Beanstandungen der Kläger insoweit durchgreifen - Beweis war nicht zu erheben -.

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; die - erst im Berufungsverfahren - hilfsweise erhobene Klage war deshalb abzuweisen.

X. Schließlich sind auch die Einwendungen der Kläger gegen den Abzug von Verwaltungskosten und deren Verwendung nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zu rechtfertigen. 1.) Die Beklagte ist berechtigt, entsprechende Abzüge vorzunehmen, [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#). In ihrer Satzung durfte die Beklagte in Anwendung des § 24 und damit im Rahmen der Bestimmung über die Aufbringung der Mittel tätig werden. Nicht zu beanstanden ist auch die Einrichtung von Bezirksstellen, zumal [§ 81 Abs. 2 SGB V](#) hierzu eine dies bestätigende Regelung enthält. Soweit ersichtlich sind im Zusammenhang mit den Verwaltungskosten von Kassenärztlichen Vereinigungen bisher keine besonderen Probleme erwachsen, wie eine Sich-tung 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 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 z.B. an die KBV abzuführenden Beträge.

2.) a) Den Klägern 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; deshalb war im Rahmen der Honorarprüfung auch nicht die Frage der Zahlung von Aufwandsentschädigungen an Vertragsärzte als ehrenamtliche Richter im sozialgerichtlichen Verfahren zu prüfen, welche die Kläger beanstanden. Dies gilt auch für weitere Fragen im Zusammenhang mit dem Verwaltungsgebaren der Beklagten, das von den Klägern gerügt wird.

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

XI. Nach den vorstehenden Darlegungen war keiner der von den Klägern gestellten Beweisanträge nach der vom erkennenden Senat vertretenen Rechtsauffassung erheblich, weshalb es auch keiner entsprechenden Ermittlungen durch das Gericht bedurfte. Die Berufung war ohne weitere Sachermittlung zurückzuweisen.

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

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

Aus
Login
HES
Saved

2009-05-28