

L 10 KA 5/02

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

10
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 2 (25) KA 478/98
Datum
21.11.2001
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 10 KA 5/02
Datum

21.07.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
6 KA 79/04 R
Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 21.11.2001 wird zurückgewiesen. Die Kläger tragen die erstattungsfähigen außergerichtlichen Kosten der Beklagten auch für das Berufungsverfahren. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit des Honorarabrechnungsbescheides für das Quartal III/1997.

Die Kläger sind als Ärzte für Radiologie in T niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen; sie betreiben eine Gemeinschaftspraxis mit Computer- und Kernspintomographie.

Der ihnen für das Quartal III/1997 erteilte Abrechnungsbescheid vom 22.01.1998 weist einen Gesamthonorar-Saldo in Höhe von (i.H.v.) 640.012,24 DM aus. Ihnen gegen den Bescheid vom 22.01.1998 erhobenen Widerspruch begründeten die Kläger damit, ihnen seien für das gesamte Jahr 1996 Stützungsbeträge unter Zugrundelegung eines Interventionspunktes von 8,5 Pf gewährt worden. Aufgrund dieser Maßnahme und der in den Quartalen I und II/97 z.T. festen Punktwerte für spezielle radiologische bzw. nuklearmedizinische Leistungen sei zunächst eine betriebswirtschaftlich vernünftige Praxisführung möglich gewesen. Im Vergleich zum Vorjahr sei der Punktwert nunmehr auf 6,2 Pf. (Primärkassen (PK)) und 7,2 Pf. (Ersatzkassen (EK)) abgesunken. Das Honorar gewähre weder einen "Arztlohn" noch decke es die Betriebskosten. Entgegen der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) hätten die Vertragsärzte ein subjektives öffentliches Recht auf angemessene Vergütung. Jedenfalls habe auch das BSG dann einen Rechtsanspruch des Vertragsarztes auf angemessene Vergütung anerkannt, wenn durch eine zu niedrige Vergütung das kassenärztliche Versorgungssystem als ganzes und als Folge auch die berufliche Existenz der an ihm teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. So verhalte es sich vorliegend. Nicht nur für sie sondern für nahezu alle röntgenologischen Praxen in Nordrhein-Westfalen, die mit Großgeräten arbeiteten, sei mit einem Punktwert von 6,2 bzw. 7,2 Pf. nicht mehr auszukommen. Es werde deshalb eine angemessene Vergütung, ggf. durch stützende oder andere das Honorar ergänzende Maßnahmen beantragt.

Mit Schreiben vom 18.05.1998 wies die Beklagte die Kläger darauf hin, über das Quartal II/97 hinaus seien keine Stützungsmaßnahmen vorgesehen. Auch hiergegen haben die Kläger Widerspruch eingelegt und sich zur Begründung auf ihr Vorbringen im dem den Honorarbescheid betreffenden Verwaltungsverfahren gestützt.

Nachdem die Kläger am 07.09.1998 Untätigkeitsklage erhoben hatten (Sozialgericht - SG - Düsseldorf - S 25 KA 365/98 -), teilte die Beklagte mit Schreiben vom 12.10.1998 mit, der Widerspruch sei unzulässig. Das Schreiben vom 18.05.1998 sei kein Verwaltungsakt, denn es habe keinen individuellen Regelungscharakter und somit keine unmittelbare Rechtsaußenwirkung. Mit Widerspruchsbescheid vom 03.11.1998 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Honorarbescheid III/97 zurück; dieser stehe im Einklang mit den für die Abrechnung geltenden Regeln, wie sie sich insbesondere aus dem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der Beklagten ergäben.

Daraufhin haben die Kläger die Untätigkeitsklage in eine Anfechtungs- und Verpflichtungsklage umgewandelt. Unter Beifügung einer Gewinn- und Verlustrechnung für das Quartal III/97, des Rechtsgutachtens ihres Prozessbevollmächtigten Prof. Dr. Wimmer vom 14.12.1998, das sie zum Gegenstand ihres Vortrages gemacht haben, der Schreiben des Dr. D (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)) vom 28.09.1999 an den Radiologen Dr. N und vom 22.12.2000 an den Arzt Dr. O zum EBM, sowie eines Schreibens der AOK Rheinland vom 14.02.2001 in dem Streitverfahren S 33 (17) KA 29/96 an das SG Düsseldorf zur Benennungsherstellung hinsichtlich der Honorarverteilung auf der Grundlage fachgruppenbezogener Honorartöpfe gem. § 6 Abs. 4 a des ab 01.07.1997 geltenden HVM haben die Kläger im wesentlichen geltend gemacht: Der angefochtene Honorarbescheid sei rechtswidrig, sie hätten einen Anspruch auf eine angemessene

Vergütung. Dieser leite sich aus Artikel (Art.) 12 Abs. 1, Art. 14 Abs. 1 Grundgesetz (GG) und aus den [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1](#) und 4 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) - Gesetzliche Krankenversicherung - sowie aus Richterrecht her. Entgegen der Auffassung des BSG sei das bestehende Sozialleistungssystem kein Gemeinwohlbelang, der den Gesetzgeber legitimiere, den vertragsärztlichen Anspruch auf angemessene Vergütung einzuschränken. Durch zu niedrige Vergütung der ambulanten radiologischen vertragsärztlichen Leistungen sei das kassenärztliche Versorgungssystem in diesem fachärztlichen Sektor und infolgedessen die berufliche Existenz der an ihm teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet. Aus [Art. 14 Abs. 1 GG](#) ergebe sich für die Beklagte eine wirtschaftliche Garantenpflicht, mit den von ihr gutgeheißenen und mitgenehmigten Großgeräten ärztliche Sachleistungen zu Honoraren erbringen zu können, die den wirtschaftlichen Bestand der Praxis nicht zerstörten. Dass der Honorarbescheid ihnen für ihre vertragsärztliche Tätigkeit eine Nullvergütung gewähre und ihnen zumute, auch noch 36.223,49 DM der entstandenen Kosten selbst zu tragen, verstoße gegen die guten Sitten und führe deshalb gem. [§ 40 Abs. 2 Nr. 5](#) Sozialgesetzbuch Zehntes Buch (SGB X) zur Nichtigkeit des Bescheides. Ausgehend von einer von der KBV für angemessen gehaltenen Jahresvergütung von 180.000,00 DM - nach Kostenausgleich - vor Steuern hätten sie im streitigen Quartal nach Kostenausgleich einen "Arztlohn" von 135.000,00 DM (180.000,00 DM: 4 = 45.000,00 DM x 3 = 135.000,00 DM) erhalten müssen. Unter Hinzurechnung eines sich aus der Kostengegenüberstellung für das Quartal III/97 errechneten Kostendefizits von 36.223,49 DM ergebe sich ein Anspruch auf Nachzahlung in Höhe von 171.223,49 DM.

Für den Abzug von Verwaltungskosten fehle die Rechtsgrundlage. Daher werde [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) verletzt, nach dem die Gesamtvergütung ungeschmälert an die Vertragsärzte verteilt werden müsse. [§ 81 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) reiche als Rechtsgrundlage für den Eingriff nicht aus, ebenso nicht [§ 6 Abs. 9 j](#) der Satzung der Beklagten, da dieser nicht den jährlichen Vomhundertsatz enthalte. Für dessen Festsetzung bedürfe es einer förmlichen Satzung. Ein bloßer Beschluss der Vertreterversammlung genüge diesen Anforderungen nicht. Auch die Aufnahme des erforderlichen Gesamtbetrages in die Haushaltssatzung reiche nicht aus, da ein Beschluss der Vertreterversammlung als Teil des Haushaltsplanes keinerlei Ansprüche oder Verbindlichkeiten begründe.

Der Honorarbescheid beruhe auch auf fehlerhaften untergesetzlichen Rechtsquellen. Zunächst seien die Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) sowie die Krankenkassen und deren Verbände keine untergesetzlichen, verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen genügenden Rechtsnormgeber. Die ihre Normgebungsbefugnis regelnden Vorschriften des Sozialgesetzbuch Viertes Buch (SGB IV) - Gemeinsame Vorschriften - und SGB V stünden mit dem GG nicht in Einklang. Die Vertreterversammlung sei als Rechtsnormgeber nicht hinreichend demokratisch legitimiert. Neben den gewählten Vertretern der Vertragsärzte gehörten der Vertreterversammlung außerordentliche Mitglieder an, die Nichtvertragsärzte seien, dennoch aber mehrheitsentscheidend sein könnten. Vertreterversammlungen, denen Nichtvertragsärzte angehörten, könnten aber niemals Honorarnormgeber sein. In der Vertreterversammlung bestehe auch kein hinreichender Minderheitenschutz. Die wirtschaftlichen und rechtlichen Interessen der kleineren Facharztgruppen (Radiologen, Pathologen) seien bei Beschluss des in Frage stehenden HVM nicht vertreten gewesen. Das Fehlen jeglichen Minderheitenschutzes in [§ 80 SGB V](#) führe dazu, dass die Vertreterversammlung der Beklagten als untergesetzlicher grundrechtseinschränkender Rechtsnormgeber ungeeignet sei. Auch die Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenkassen und die Mitgliederversammlungen der Ersatzkassen seien als Rechtsnormgeber von Verfassungswegen ungeeignet. Ihre Tätigkeit beruhe weit überwiegend auf sogenannten "Friedenswahlen", die als fiktive Wahlen keine demokratische Legitimation vermitteln könnten. Ersatzkassenverbände, die keine Körperschaften öffentlichen Rechts seien, schieden als Rechtsnormgeber aus. Insbesondere seien sie nicht beliehene Unternehmer, die auch nur darauf beschränkt seien, an der öffentlichen Verwaltung mitzuwirken. Es fehle zudem an einer ausreichenden Rechtsgrundlage für eine Beleihung von Ersatzkassen. Die Verwaltungsräte der gesetzlichen Krankenversicherungen seien keine Vertreter der Versicherten. Sie bestünden nur zur Hälfte aus (angeblichen) Vertretern der Versicherten, im Übrigen aus Arbeitgebervertretern. Die (angeblichen) Versichertenvertreter könnten deshalb aus eigener Kraft niemals eine Mehrheit in den Verwaltungsräten bilden. Der Gedanke, die gesetzlichen Krankenversicherungen "vertreten" die Versicherten, sei im Übrigen eine Fiktion.

Der im streitigen Quartal geltende HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Es werde bestritten, dass zu den Sitzungen, in denen er beschlossen worden sein soll, ordnungsgemäß geladen worden sei und dass es Ausfertigungen dieses HVM gebe, die mit den angeblich gefassten Beschlüssen übereinstimmen. Bestritten werde auch, dass eine ordnungsgemäße Benennungsherstellung mit den Verbänden der Krankenkassen gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) erfolgt sei und dass die angeblich beschlossenen HVM-Bestandteile gem. [§ 14](#) der Satzung veröffentlicht worden seien.

Er verstoße gegen das Gebot der Normklarheit. Sein Regelungsinhalt sei für den Normadressaten weder versteh- noch nachvollziehbar.

Der HVM enthalte keine Härtefallregelung und sei deshalb rechtswidrig. Hierauf könne der angefochtene Bescheid beruhen. Sie - die Kläger - hätten nämlich einen Härtefallantrag gestellt, der abgelehnt worden sei. Eine Härtefallregelung sei in den Fällen unverzichtbar, in denen das Honorar nicht einmal die Praxiskosten decke.

Die Regelung in [§ 7 Abs. 1](#) HVM zur Fallzahlbegrenzung sei rechtswidrig. Zwar seien die Kläger nach [§ 7 Abs. 1 d](#) HVM 3 von dieser Regelung ausgeschlossen, jedoch schlage die Rechtswidrigkeit des [§ 7 Abs. 1](#) auf ihre Honorierung durch. Die Honorartöpfe reichten, wenn die Fallzahlzuwachsbeschränkungen entfielen, nicht aus, um die Ansprüche der Vertragsärzte zu befriedigen. Infolgedessen sei das Gesamt-Regelungssystem nicht mehr stimmig.

Ebenso seien die in [§ 7 Abs. 2](#) vorgesehenen Punktzahlgrenzwerte rechtswidrig. Diese dienten nicht der Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit. Hinter ihnen verberge sich nichts anderes als die Bewirtschaftung der zu knapp bemessenen Gesamtvergütung. Das sei durch [§ 85 Abs. 4 S. 4 SGB V](#) nicht gedeckt. Die in [§ 87 Abs. 2 a](#) Satz 8 SGB V geregelten Vergütungsausschlüsse seien dem Bewertungsausschuss und nicht der Vertreterversammlung vorbehalten.

Die Vertreterversammlung der Beklagten habe bei der Verabschiedung des hier Geltung beanspruchenden HVM so massiv gegen die ihr obliegende Ermittlungs- und Prognosepflicht verstoßen, dass der HVM rechtsstaatlichen Mindestanforderungen nicht mehr genüge. Es gehöre zu den vorbereitenden Aufgaben eines jeden Normgebers, den der beabsichtigten Regelung zugrundezulegenden Sachverhalt zutreffend und vollständig zu ermitteln. Die Vertreterversammlung habe keinerlei Erkenntnisse gehabt über die Kosten vertragsärztlicher radiologischer/nuklearmedizinischer Praxen in ihrem Bezirk, und zwar jeweils getrennt nach konventioneller Radiologie und Großgeräten, diese wiederum differenziert nach CT und/oder MRT. Entsprechendes gelte für den "Arztlohn", den sie den einzelnen Arztgruppen hätte zukommen lassen wollen, und für die Auswirkungen der von ihr beschlossenen Honorarregelungen für die Betroffenen in Ansehung ihrer

Kosten und des zu gewährenden "Arztlohnes". Weder für das Gebiet der Bundesrepublik noch für den Bereich der Beklagten gebe es statistikwissenschaftlich verwertbare Ermittlungen zu den Kosten sparsam und wirtschaftlich geführter, voll ausgelasteter radiologisch/nuklearmedizinischer Praxen. Die zur Beschlussfassung notwendigen Ermittlungen wären der Vertreterversammlung auch möglich gewesen.

Die Regelungen des HVM führten zu einer ungleichen Vergütung gleicher Leistungen in den verschiedenen Arztgruppen und verstoße gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Radiologische Leistungen würden mit Differenzen von 20 % vergütet, je nachdem, ob es sich um einen Radiologen oder Teilradiologen (z. B. Orthopäden) handle.

Die Bildung eines "Honorartopfes" für die von der Budgetierung ausgenommenen Radiologen sei rechtswidrig. Es sei nicht verständlich, warum nur die Fachgruppe der Radiologen gleichsam die Zeche bezahlen sollten, wenn zuweisende Ärzte mehr und mehr die technischen Errungenschaften - z. B. CT, Kernspintomographie - nutzten, um bessere Diagnosen für ihre Patienten zu erzielen. Hinzu komme, dass die Radiologen nur auf Überweisung tätig würden und somit keinen Einfluss auf Mengenausweitungen nehmen könnten. Sie wegen dieses Zuweisungsverhaltens in einen "Honorartopf" zu sperren, dessen Höhe für sie unbeeinflussbar sei, sei gleichheitswidrig. Sachwidrig sei die Bildung nur eines "Honorartopfes" für die inhomogene Arztgruppe der Radiologen (konventionelle Praxen, nuklearmedizinische Praxen, Praxen mit großer Strahlentherapie usw.), weil die Betriebskosten innerhalb der Gruppe extrem unterschiedlich seien. Das Anknüpfen an das Aufsetzquartal IV/95 sei rechtswidrig, da sich die Bemessung des "Honorartopfes" für Radiologen und Nuklearmediziner auf keinerlei Bedarfsermittlung stütze. Es spreche keine Vermutung dafür, dass die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Facharztgruppen damals verteilungsgerecht gewesen sei.

Die im HVM bestimmte Topfbildung verstoße gegen den Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM) A I Teil B, denn sie sei nichts anderes als die Budgetierung der Honorarforderungen der Radiologen. Nach der genannten Vorschrift des EBM sollten jedoch nur die unter 1.5 genannten Arztgruppen budgetiert werden.

Der Honorarbescheid sei gleichheitswidrig, weil durch die Regelung des § 7 Abs. 5 HVM ermächtigte Institute und belegärztliche Behandlung ohne sachlichen Grund gegenüber niedergelassenen Radiologen bevorzugt würden.

Ebenso sei der EBM rechtswidrig. Er verstoße gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Denn er sei nicht nur eine reine Berufsausübungsregelung und bedürfe deshalb der Form eines Gesetzes oder einer Rechtsverordnung. Der als Ermächtigungsgrundlage verstandene [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) sei für die grundrechtseinschränkenden Regelungen des EBM unzulänglich, weil er Wesentliches ungeregelt ließe. So sei es dem Bewertungsausschuss außerhalb einer gesetzlichen Regelung möglich, nach unbekannten und nicht nachprüfbar Kriterien zu bestimmen, welche Leistungen Versicherte erhielten und wie diese den Vertragsärzten vergütet würden. Die ab dem Quartal III/1997 erfolgende Budgetierung bzw. Nicht-Budgetierung bestimmter Arztgruppen finde in [§ 87 Abs. 2](#) und 2 a SGB V keine Grundlage. Budgets dienten nicht der Bewertung eines Leistungskomplexes und auch nicht der Steuerung des ärztlichen Leistungsverhaltens. Ihr Zweck beschränke sich darauf, eine unzulängliche Gesamtvergütung zu bewirtschaften. Die Rechtswidrigkeit der Budgetierung habe auch Auswirkungen auf die nicht-budgetierten Radiologen. Ohne den die Budgetierung bestimmenden Teil sei der Rest-EBM nämlich nicht vollzugsfähig.

Die Normgeber des EBM seien zudem nicht rechtsstaatlich-demokratisch legitimiert, denn bereits die Partner des Bundesmantelvertrages - Ärzte - die KBV und die Spitzenverbände der Krankenkassen - genügen nicht rechtsstaatlichen Anforderungen. Auch der Bewertungsausschuss sei rechtsstaatswidrig und undemokratisch gebildet und zusammengesetzt. Er gehe auf nicht hinreichend rechtsstaatlich-demokratische Vertreterversammlungen und Verwaltungsräte zurück. Unter seinen Mitgliedern könnten Ersatzkassen"vertreter" und Arbeitgeber"vertreter" sein. Diese seien aber keine demokratischen Vertreter. Könne der Bewertungsausschuss keine einstimmigen Beschlüsse erzielen, so werde er um fünf weitere unparteiische Mitglieder erweitert, die weder gewählte Versicherte noch überhaupt Mitglieder einer KV oder einer gesetzlichen Krankenkasse oder Ersatzkasse sein müssten.

Rechtswidrig sei auch das Verfahren, nach dem der Bewertungsausschuss tätig werde. Dessen Geschäftsordnung regele nicht, wie die Entscheidungen im Einzelnen zu Stande kämen. Undurchschaubar sei auch, wer im Vorfeld mitwirke, ob und welche Gutachten den Entscheidungen zu Grunde gelegt, ob überhaupt betriebswirtschaftliche Untersuchungen angestellt würden und welche Vorgaben die Gutachter erhielten. Vor allem sei unklar, welches die "zahlreichen nicht nur betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkte" seien, die nach dem BSG den Entscheidungen des Bewertungsausschusses zu Grunde lägen. Sein "Arbeitsausschuss", in dem die meisten Entscheidungen fielen, sei gesetzlich nicht vorgeschrieben. Die Tätigkeit eines derartigen Geheimgremiums sei jedenfalls dann nicht rechtsstaatskonform, wenn tief in Grundrechte der Versicherten und Vertragsärzte eingegriffen werde. Hinsichtlich der Radiologen habe der Bewertungsausschuss keinerlei rechtlich verwertbare betriebs- oder statistikwirtschaftliche Feststellungen zu denjenigen radiologisch/nuklear-medizinischen Leistungen getroffen, die der EBM bepunktet habe.

Die Ungleichbehandlung budgetierter und nichtbudgetierter Arztgruppen verstoße gegen [Art. 3 Abs. 1 GG](#). Es sei rechtswidrig, die Leistungen von Radiologen im Gegensatz zu den Leistungen der übrigen Vertragsärzte zu bewerten, ohne den Kostensatz ermittelt zu haben. Ebenso sei die Abrechnung nur eines Behandlungsfalles je Quartal i. S. von § 21 BMV - Ä, so Q 1 und R 1 EBM, sach- und somit rechtswidrig. Sie habe zur Folge, dass die betroffenen Radiologen einen Patienten vielfach im Quartal behandeln müssen, und zwar das erstemal gegen Vergütung, alle folgenden Male unentgeltlich. Suchte der Patient jeweils unterschiedliche Radiologen im Quartal auf, müsste die Beklagte diese Leistungen vergüten. Es sei auch rechtswidrig, dass nicht vollständig erbrachte Leistungen - Patienten halten Termine nicht ein oder verweigerten die Fortführung von Untersuchungen und das Gerät stehe dann still - nicht erstattet würden.

Der EBM verstoße ebenso wie der im streitigen Quartal geltende HVM gegen das Gebot der Normklarheit. Sein Regelungsinhalt, insbesondere die Budgetierungsregelungen einschließlich der Anlagen 2 - 4 zu den Allg. Bestimmungen unter A I, Teil B, sei für den Normadressaten weder versteh- noch nachvollziehbar. Die Nichtigkeit der Budgetierungsregelungen führe dazu, dass auch die übrigen Teile des EBM, die mit den nichtigen Teilen untrennbar verzahnt seien, nicht von Bestand seien.

Der Widerspruchsbescheid verstoße gegen den Grundsatz des rechtlichen Gehörs ([§ 24 SGB X](#)). Die Beklagte habe sich mit dem klägerischen Vortrag im Widerspruchsverfahren nicht auseinandergesetzt; sie habe einen computerisierten Widerspruchsbescheid mit

demselben Text erlassen, wie er hundertfach auch in anderen Fällen verwandt worden sei. Dies indiziere, dass die Widerspruchsbegründung nicht einmal zur Kenntnis genommen worden sei.

Die Kläger haben beantragt,

den Honorarbescheid der Beklagten vom 22. Januar 1998 für das III. Quartal in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03. November 1998 sowie den Stützungsmaßnahmen ablehnenden Bescheid vom 18. Mai 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Oktober 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen der Kläger im Quartal III/1997 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzustellen.

Ferner haben die Kläger beantragt, Beweis über die Behauptung zu erheben,

1. dass die den radiologischen/nuklearmedizinischen Vertragsärzten im Bereich der KV Nordrhein in dem streitigen Quartal von der Beklagten gezahlten Vergütungen weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen "Arztlohn" übriggelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt haben, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens,
2. die Vertreterversammlung der Beklagten habe bei der Verabschiedung der in dem streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt. Sie habe auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen besessen, durch zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung,
3. innerhalb der Honorargruppe 4.16 = Anlage 2 zu LZ 702 HVM seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um konventionelle Praxen, nuklearmedizinische Praxen, konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, Praxen mit CT sowie ggf. konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen mit CT und MRT sowie ggf. konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen, die ausschließlich CT- und/oder MR-Leistungen erbringen, Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger), ggf. in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungen handelt, durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat unter Überreichung der Übersichten über die Punktwerte für die Quartale I/96 - III/99 vorgetragen, die prinzipiellen rechtlichen Bedenken der Kläger gegen die Regelungen des EBM und des HVM fänden in der gegenwärtigen Rechtsprechung des BSG keinerlei Bestätigung. Das BSG habe insbesondere die Bildung von Honorartöpfen für verschiedene Gruppen als zulässig angesehen. Die Bildung von Fachgruppentöpfen löse lediglich eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der Beklagten dahingehend aus, dass sie diese Teilungsregelung regelmäßig zu überprüfen habe. Das BSG habe einen Anlass zur Korrektur selbst bei solchen Ärzten, die nur auf Überweisung tätig werden und denen eine Mitverantwortung für die Mengenausweitung und damit für einen Punktwertabfall nicht zugerechnet werden könne, erst gesehen, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen dauerhaft um 15 % oder mehr niedriger sei als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. Ferner sei ihr selbst bei einem dauerhaften Punktwertfall eine gewisse Beobachtungspflicht zuzubilligen.

Im Quartal III/97 habe der Punktwert "rot" für die Fachgruppe der Radiologen bei 7,2316 Pf./EK sowie bei 6,2272 Pf./PK gelegen. Der fiktive Durchschnittspunktwert aller Arztgruppen habe 6,73717 Pf./EK sowie 5,9828 Pf./PK (Quote 93 bzw. 96%) betragen. Eine Verpflichtung zur Stützung des Punktwertes ergebe sich auch nicht unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 20.01.1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - und vom 25.08.1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) -). Die von den Klägern erbrachten Leistungen seien anders als die der Leistungen der großen Psychotherapie weder genehmigungsbedürftig noch strikt zeitgebunden.

In der mündlichen Verhandlung vor dem SG haben die Beteiligten übereinstimmend die Auffassung vertreten, dass das Schreiben der Hauptstelle der Beklagten vom 18.05.1998 als Bescheid über die Ablehnung von Stützungsmaßnahmen und das Schreiben vom 12.10.1998 als Widerspruchsbescheid anzusehen ist.

Mit Urteil vom 21.11.2001 hat das SG die Klage abgewiesen und in den Entscheidungsgründen im Wesentlichen ausgeführt, die angefochtenen Bescheide seien formell und materiell rechtmäßig. Die den angefochtenen Bescheiden zugrunde liegenden Regelungen des HVM und EBM stünden mit höherrangigem Recht in Einklang. Hinsichtlich der Regelungen des HVM über eine Honorarverteilung auf der Grundlage arztbezogener Honorartöpfe sei - abgesehen davon, dass mit den nachträglichen Änderungen der entsprechenden Regelungen in Bezug auf die Topfbildung für Radiologen und Nuklearmediziner keine nachteiligen Änderungen stattgefunden hätten - eine ordnungsgemäße und den rechtlichen Anforderungen entsprechende Benehmensherstellung erfolgt. Der Honorarbescheid sei verständlich und ausreichend begründet. Der Widerspruchsbescheid beruhe nicht auf einer Verletzung des rechtlichen Gehörs. Die Honorarverteilung auf der Grundlage fachgruppenspezifischer Honorartöpfe sei nicht zu beanstanden. Nach der Rechtsprechung des BSG sei es sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der KVen 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 Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen hätten. Außer gesonderten Honorartöpfen nach Arztgruppen oder Versorgungsgebieten könne darüber hinaus auch die Bildung von Honorartöpfen nach Leistungsbereichen oder Mischsysteme mit Honorartöpfen sowohl für bestimmte Leistungsbereiche als auch nach Arztgruppen zulässig sein. In dieses System der Honorarverteilung dürften auch Arztgruppen einbezogen werden, die ihre Leistungen nur auf Überweisung erbringen. Mit der Bildung von Honorartöpfen sei eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht der KVen verbunden. Das BSG habe Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung aber nur dann gesehen, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen um 15 % oder mehr niedriger sei als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen. Eine Korrekturverpflichtung der Beklagten könne vorliegend auch dann nicht angenommen werden, wenn unterstellt werde, dass eine Mengenauswertung den Radiologen nicht zuzurechnen sei. Denn ein erheblicher Punktwertverfall sei nicht zu verzeichnen. Da für die Radiologen die Bestimmungen über die Praxis- und Zusatzbudgets nicht

gelten würden, sei als maßgebliche Vergleichsgröße der Punktwert im roten Bereich zugrunde zu legen. Es ergäben sich Unterschreitungen von lediglich 0,04 % im Primär- und 0,64 % im Ersatzkassenbereich. Auch die gegen den EBM erhobenen Einwände der Kläger würden nicht geteilt. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG sei es Gerichten nur ausnahmsweise und in engen Grenzen gestattet, in das Bewertungsgefüge der vertragsärztlichen Gebührenordnungen einzugreifen. Etwas anderes könne nur in den seltenen Ausnahmefällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe. Dies sei jedoch nicht ersichtlich. Betriebswirtschaftliche Aspekte und/oder fachmedizinische Argumente allein führten nicht zur Rechtswidrigkeit einer EBM-Regelung. Der Bewertungsausschuss müsse als Normgeber seinen Entscheidungsfindungsprozess auch nicht in allen Einzelheiten offen legen, solange überhaupt tragfähige sachliche Gründe für seine Regelung erkennbar seien. Ein Anspruch auf Festsetzung eines höheren Honorars könne auch nicht auf den Grundsatz der Angemessenheit der Vergütung gestützt werden. [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) bestimme lediglich die Angemessenheit der Vergütung vertragsärztlicher Leistung insgesamt, nicht aber die Angemessenheit des vertragsärztlichen Einkommens im Einzelfall. Anhaltspunkte dafür, dass als Folge einer unzureichenden Vergütung die vertragsärztliche Versorgung im radiologischen und/oder nuklearmedizinischen Bereich insgesamt gefährdet wäre, seien nicht ersichtlich. Den sonstigen Einwänden der Kläger sei angesichts der gefestigten Rechtsprechung des BSG und des Landessozialgerichts (LSG) Nordrhein-Westfalen nur akademische Bedeutung zuzumessen. Der Honorarbescheid sei auch nicht deshalb rechtswidrig, weil der für die Kläger vorgesehene Honoraranteil durch rechtswidrige Stützungsmaßnahmen für andere Fachgruppen bzw. einen Interventionspunktwert geschmälert wäre. Denn im streitigen Quartal habe es keine derartigen Maßnahmen gegeben.

Gegen das am 27.12.2001 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung der Kläger vom 25.01.2002, mit der sie unter Beifügung eines weiteren Schreibens der KBV vom 22.05.2001 an das SG Düsseldorf ([S 17 KA 239/99](#)) zur Bewertung histologischer und zytologischer Leistungen des EBM 1996, eines Aufsatzes ihres Prozessbevollmächtigten Prof. Wimmer in der NZS (Heft 6/2001, S. 287 ff., Die sozialgerichtliche Kontrollrichte des einheitlichen Bewertungsmaßstabes) sowie der Revisionsbegründungsschrift in dem im Senat anhängig gewesenen Rechtsstreit [L 10 KA 47/02](#) (Dres. Bollmann u.a. / KV No), der Sitzungsniederschriften der Vertreterversammlung der KBV vom 26.05.1997 und 18./19.1998 sowie der Beschlussprotokolle der Beklagten vom 30.11.1996, 19.03.1997, 21.05.1997, 29.11.1997 und vom 14.03.1998 sowie einer Kommentierung zu Graphiken der KBV zum "Versorgungsgeschehen 1991 bis 1999" in der Radiologie von Klaus Hamm (in Der Radiologe, Heft 4/2002) ihr erstinstanzliches Vorbringen im wesentlichen wiederholt und vertieft haben. Dabei haben sie die in der oben aufgeführten Revisionschrift gemachten Einwendungen gegen die vom Senat vertretenen, auch für das anhängige Verfahren rechtserheblichen Rechtsstandpunkte zum Gegenstand ihres Vortrages gemacht. Zur erstinstanzlichen Entscheidung haben die Kläger ausgeführt, das SG habe ihre Einwendungen nicht vollständig abgehandelt, sondern sich teils darauf beschränkt, die entgegenstehende Rechtsprechung des BSG bloß zu zitieren, und teils erklärt, ihren Einwendungen sei "nur akademische Bedeutung beizumessen". Damit habe es gegen [§ 131 SGG](#) verstoßen und ihnen somit den durch [Art. 19 Abs. 4 GG](#) gewährleisteten effektiven Rechtsschutz verweigert.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 21.11.2001 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Honorarbescheides vom 22.01.1998 für das 3. Quartal 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.11.1998 sowie des den Stützungsmaßnahmen ablehnenden Bescheides vom 18.05.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.10.1998 zu verurteilen, die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen der Kläger im Quartal III/1997 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen, hilfsweise entsprechend den Beweisanträgen aus dem Schriftsatz vom 17.06.2004 zu den dort genannten Punkten Beweis zu erheben.

Mit dem hilfsweise gestellten Beweisantrag beantragen die Kläger, Beweis über die Behauptung zu erheben,

1. der Bewertungsausschuss habe hinsichtlich des streitigen Quartals die Ansicht vertreten, angemessen sei ein Quartals"arztlohn" je Arzt von 45.000,00 DM nach Kostenausgleich, durch Einholung einer amtlichen Auskunft des Bewertungsausschusses,
2. die den radiologischen Vertragsärzten in dem streitigem Quartal von der Beklagten gezahlten Vergütungen hätten weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen Arztlohn übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxen gedeckt, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens,
3. die Kläger hätten in dem streitigen Quartal eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich betriebene vertragsärztliche Praxis geführt, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens,
4. bei den Sozialwahlen 1993 habe es 27 Wahlen mit Wahlhandlung und 1284 sogenannte Friedenswahlen gegeben, durch Einholung einer amtlichen Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit;
5. den Punktzahlen für radiologische Leistungen des in dem streitigen Quartal Geltung beanspruchenden EBM hätten weder für konventionelle radiologische Leistungen noch für CT- noch für MR-Leistungen irgendwelche Kosten oder sonstige Ermittlungen des Bewertungsausschusses zugrunde gelegen, durch
 - Vorlage der Akten der KBV als Geschäftsstelle des Bewertungsausschusses
 - Einholung einer amtlichen Auskunft des Bewertungsausschusses,
6. es sei nicht auszuschließen, dass die Mehrheit bei der Verabschiedung des in dem streitigen Quartal Geltung beanspruchenden HVM nur durch Mitwirkung eines oder mehrerer außerordentlicher Mitglieder der Vertreterversammlung der Beklagten zustande gekommen ist, durch Beiziehung der Sitzungsniederschriften über die Beratung und Verabschiedung des in Frage stehenden HVM,
7. die Vertreterversammlung der Beklagten habe bei der Verabschiedung des vorliegend Geltung beanspruchenden HVM keinerlei Informationen über dessen Auswirkungen auf die Fachgruppe der Radiologen gehabt; sie habe über keinerlei Ermittlungen hinsichtlich der (typisierten) Kosten vertragsärztlicher Praxen von Radiologen im Bereich der KV Nordrhein verfügt; sie habe auch unter dem Gesichtspunkt der erforderlichen Verteilungsgerechtigkeit keinerlei Prognosen über die Auswirkungen des HVM auf die einzelnen Vertragsarztgruppen, insbesondere auch auf diejenige der Radiologen, angestellt,

durch Einholung einer amtlichen Auskunft des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung

8. innerhalb der Honorargruppe 4.16 = Anlage 2 zu LZ 702 HVM seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich je nachdem, ob es sich um

- konventionelle Praxen
- nuklearmedizinische Praxen
- konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin
- Praxen mit CT sowie ggf. konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin
- Praxen mit CT und MRT sowie ggf. konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin
- Praxen, die ausschließlich CT - und/oder MR-Leistungen erbringen
- Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger), ggf. in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsarten handelt,

durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 21.11.2001 zurückzuweisen und die Revision nicht zuzulassen.

Auf Anfrage des Senats hat die Beklagte mitgeteilt, dass in der Vertreterversammlung der Beklagten im Jahr 1996 mindestens drei Mitglieder und in der Vertreterversammlung im Jahr 1997 mindestens sechs Mitglieder Radiologen gewesen seien.

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie den Verwaltungsvorgang der Beklagten Bezug genommen. Diese waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Entscheidungen der Beklagten sind nicht rechtswidrig und beschweren die Kläger nicht im Sinne des [§ 54 Abs. 2 SGG](#). Die Kläger haben keinen Anspruch auf eine höhere Vergütung der von ihnen im Quartal III/97 erbrachten vertragsärztlichen Leistungen.

I. Die Kläger rügen wesentliche Mängel des erstinstanzlichen Verfahrens.

1. Der Berufungsschrift vom 04.02.2002 ist zunächst zu entnehmen, dass die Kläger dem SG entgegenhalten, sich unter Verstoß gegen [§ 131 SGG](#) über ihre Einwendungen gegen die Rechtsprechung des BSG hinweggesetzt zu haben, indem es diese nur zitiert und ausgeführt habe, sie hätten nur akademische Bedeutung. Hierdurch habe das SG ihnen - den Klägern - den durch [Art. 19 Abs. 4 GG](#) zu gewährenden effektiven Rechtsschutz verweigert.

Der Senat teilt diese Auffassung nicht.

Nach [§ 62 SGG](#) ist den Beteiligten vor jeder Entscheidung rechtliches Gehör zu gewähren. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass jeder Beteiligte zum jeweiligen Verfahren herangezogen wird und Gelegenheit hat, sich vor der Entscheidung zum Prozessstoff zu äußern (Meyer-Ladewig, 7. Auflage, § 62 Rn. 2; Düring in: Jansen, Berliner Kommentare, SGG 1. Auflage, 2003, § 62 Rn. 2 ff.). Hiergegen wird verstoßen, wenn im Einzelfall besondere Umstände deutlich machen, dass tatsächliches Vorbringen entweder überhaupt nicht zur Kenntnis genommen oder bei der Entscheidung ersichtlich nicht erwogen worden ist (VerfGH Berlin, Beschluss vom 30.04.2004 - [VerfGH 2/04](#) -). Das ist beispielsweise dann der Fall, wenn das Gericht auf den wesentlichen Kern des Vortrags einer Partei zu einer zentralen Frage des Verfahrens nicht in den Entscheidungsgründen eingeht (Pieroth in: Jarass/Pieroth, GG, 6. Auflage, Art. 103 Rn. 23). Das SG hat das rechtserhebliche Vorbringen der Kläger umfassend gewürdigt. Es hat die Einwendungen der Kläger ausweislich des Tatbestandes des angefochtenen Urteils in 34 Punkte aufgegliedert und schon damit dokumentiert, ihr Vorbringen zur Kenntnis genommen und bei der Entscheidung in seine Erwägungen einbezogen zu haben. Die Entscheidungsgründe belegen dies. Das SG hat sich mit den einzelnen Einwendungen auseinandergesetzt. Es war - entgegen der Auffassung der Kläger - allerdings nicht verpflichtet, zu jedem der 34 Punkte konkrete Ausführungen zu machen. So ist es nicht gehindert, auf die den Beteiligten bekannte höchstrichterliche Rechtsprechung zu diversen von den Klägern als entscheidungserheblich angesehenen Komplexen in pauschaler Form zu verweisen. Hiermit bringt das SG hinlänglich zum Ausdruck, dass es dieser Rechtsprechung folgt. Demgemäß laufen die Vorstellungen der Kläger darauf hinaus, das SG sei verpflichtet, sich mit der von ihnen angegriffenen Rechtsprechung des BSG dezidiert auseinanderzusetzen. Das ist schon deswegen zu verneinen, weil es dem SG nicht obliegt, einen rechtswissenschaftlichen Streitstand in den Urteilsgründen umfassend darzustellen (VerfGH Berlin, Beschluss vom 30.04.2004 - [VerfGH 2/04](#) -).

2. Weitere Einwände gegen das erstinstanzliche Verfahren haben sie in der Berufungsschrift nicht geltend gemacht. Allerdings haben sie ihre Revisionsbegründung in der Sache [L 10 KA 47/02](#) (Az. des BSG: [B 6 KA 73/03 R](#)) vorgelegt und deren Inhalt zum Gegenstand ihres Vorbringens gemacht (Schriftsatz vom 17.06.2004). Dies bedeutet, dass sie das erstinstanzliche Urteil nunmehr auch mit den dort aufgeführten verfahrensrechtlichen Erwägungen angreifen.

Hierzu ist festzuhalten:

a) Soweit die Kläger auch die Einwände zur Tatbestandsdarstellung in der oben aufgeführten Revisionschrift zum Gegenstand ihres Vortrages in dem vorliegenden Verfahren machen, ist das angefochtene Urteil nicht fehlerhaft. Nach [§ 136 Abs. 1 Ziff. 5 SGG](#) muss das Urteil "die gedrängte Darstellung des Tatbestandes" enthalten. Der Tatbestand beurkundet das schriftliche und mündliche Vorbringen der Beteiligten (Zöller/Vollkommer, ZPO, 19. Auflage, § 313a Rdn. 11). Er beweist, dass wiedergegebene Tatsachen vorgetragen und nicht wiedergegebene nicht vorgetragen worden sind (BGH, [NJW 1983, 885](#); Meyer-Ladewig, a.a.O. § 136 Rdn. 6). Nach [§ 136 Abs. 2 Satz 1 SGG](#)

kann die Darstellung des Tatbestandes durch eine Bezugnahme auf den Inhalt der vorbereitenden Schriftsätze und auf die zur Sitzungsniederschrift erfolgten Feststellungen ersetzt werden, soweit sich aus ihnen der Sach- und Streitstand richtig und vollständig ergibt. Als Mindestanforderung verlangt [§ 136 Abs. 2 Satz 2 SGG](#), dass die erhobenen Ansprüche genügend zu kennzeichnen und die dazu vorgebrachten Angriffs- und Verteidigungsmittel ihrem Wesen nach hervorzuheben sind. Bezugnahmen dürfen keine Unklarheiten zur Folge haben; der Tatbestand muss noch in sich verständlich sein (MeyerLadewig, § 136 Rdn. 6c). Angriffs- und Verteidigungsmittel im Sinne des [§ 136 Abs. 2 Satz 2 SGG](#) sind die des [§ 282 Abs. 2](#) Zivilprozessordnung (ZPO). Dabei handelt es sich um die zur Begründung des Sachantrags oder zur Verteidigung gegen diesen vorgebrachten tatsächlichen und rechtlichen Behauptungen, Einwendungen, Bestreiten, Einreden und Beweisanträge, nicht aber um allgemeine Rechtsausführungen (vgl. Senatsurteile vom 22.01.2003 - L 10 SB 11/02 - und vom 20.02.2002 - L 10 SB 54/01 -; Zöller/Greger, ZPO. 22. Aufl., § 282 Rdn. 2 ff; Humpert in: Jansen, Berliner Kommentare, SGG, § 136 Rdn. 7 f). Diesen Anforderungen entspricht der Tatbestand des angefochtenen Urteils, denn der wesentliche Inhalt der Einwendungen der Kläger gegen die formelle und materielle Rechtmäßigkeit des angefochtenen Honorarbescheides der Beklagten sind ihrem wesentlichen Inhalt nach unter den Ziffern 1 bis 34 im Tatbestand aufgeführt. Auch sind die Beweisanträge vollständig wiedergegeben.

b) Ebenso wenig sind die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteil zu beanstanden. Nach [§ 136 Abs. 1 Ziff. 6 SGG](#) muss das Urteil "die Entscheidungsgründe" enthalten. In Ermangelung weiterer Regelungen ist über [§ 202 SGG](#) die Vorschrift des [§ 313 Abs. 3 ZPO](#) heranzuziehen. Danach sollen die Beteiligten Kenntnis erhalten, von welchen Feststellungen, Erkenntnissen und rechtlichen Überlegungen das Gericht ausgegangen ist (Meyer-Ladewig, a.a.O. § 136 Rdn. 7c, Humpert in: Jansen, SGG, § 136 Rdn. 12, 13). Eine kurze Begründung für jeden einzelnen für den Urteilsausspruch rechtlich erheblichen Streitpunkt in tatsächlicher und rechtlicher Hinsicht ist geboten und ausreichend (Senatsurteil vom 20.02.2002 - [L 10 SB 141/01](#) - m.w.N.). Hierzu sind die entscheidungserheblichen Erwägungen des Gerichts in den Entscheidungsgründen kurz zu formulieren ([BSGE 76, 233](#); Meyer-Ladewig, a.a.O. § 136 Rdn. 7; Baumbach/Hartmann, ZPO, 60. Auflage, § 313 Rdn. 14). Verfahrensfehlerhaft ist es, wenn in keiner Weise erkennbar ist, welche Gründe für die richterliche Überzeugung maßgebend waren ([BGHZ 39, 333](#) ff.), oder wenn den Entscheidungsgründen nicht zu entnehmen ist, aufgrund welcher Tatsachen und Erwägungen das Gericht zu seinen Tatsachenfeststellungen und rechtlichen Folgerungen gekommen ist (BGH vom 07.03.2001 - [X ZR 176/99](#); [BFHE 86, 219](#); Senatsurteil vom 05.09.2001 - [L 10 SB 70/01](#) -; VerfGH Berlin, Beschluss vom 30.04.2004 - [VerfGH 2/04](#), Humpert a.a.O.). Das Gericht muss sich dabei nicht mit jedem Beteiligtenvorbringen auseinandersetzen, insbesondere wenn es offensichtlich unerheblich ist oder wenn sich aus dem Urteil zweifelsfrei ergibt, dass das Gericht das Vorbringen auch ohne ausdrückliche Erwähnung für unerheblich hält. Mindestinhalt ist aber eine ausreichende Angabe der angewandten Rechtsnormen, der für erfüllt oder nicht erfüllt gehaltenen Tatbestandsmerkmale und der dafür ausschlaggebenden tatsächlichen oder rechtlichen Gründe (BSG, [SozR 1500 § 136 Nr. 10](#); Senatsurteile vom 05.09.2001 - [L 10 SB 70/01](#) - und vom 23.01.2002 - [L 10 SB 150/01](#) -; MeyerLadewig, a.a.O. § 136 Rdn. 7a; Baumbach/Hartmann, a.a.O. § 313 Rdn. 14 ff; Humpert, a.a.O. § 136 Rdn. 13). Die Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils, in denen die wesentlichen tatsächlichen bzw. rechtlichen Gründe für die getroffene Entscheidung im Einzelnen dargelegt sind, genügen den genannten Anforderungen. Soweit die Kläger meinen, das SG hätte sich noch ausführlicher mit ihren Einwendungen bzw. Rechtsauffassungen auseinandersetzen müssen, verkennen sie, dass diese ganz überwiegend bereits Gegenstand höchstrichterlicher Entscheidungen waren. Es ist nicht Aufgabe eines sich nach eigener Meinungsbildung dieser Rechtsprechung anschließenden Gerichts, den Beteiligten, denen diese Entscheidungen - wie hier - bekannt sind, deren Inhalt nochmals ausführlich zur Kenntnis zu geben. Zu Recht hat sich das SG deswegen darauf beschränkt, auf diese Rechtsprechung hinzuweisen und sie lediglich in gedrängter Form wiederzugeben, bzw. ausgeführt, dass die Kammer "den Einwänden der Kläger gegen die Honorarfestsetzung auf der Grundlage der Bestimmungen des EBM und HVM, insbesondere hinsichtlich der Legitimation der Normgeber ... angesichts der gefestigten Rechtsprechung des BSG und des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen ... nur akademische Bedeutung beizumessen ..." vermocht hätte.

c) Vergleichbares gilt, soweit die Kläger meinen, dass SG habe ihre Beweisanträge nicht beachtet bzw. sei diesen nicht nachgekommen. Die Kläger verkennen, dass Beweis nur über entscheidungserhebliche Tatsachen zu erheben ist. Die Tatsachen, über die Beweis erhoben werden soll, müssen zudem bestimmt bezeichnet werden, sie müssen den von der antragstellenden Partei erhobenen Anspruch oder ihre Einwendungen auch rechtfertigen, und die Parteivernehmung darf nicht lediglich einer Ausforschung dienen (vgl. nur [BGHZ 33,63](#) und [BGHZ 56,256](#)). Maßgebend für die Frage, welche Tatsachen entscheidungserheblich sind, ist weder die Ansicht eines Beteiligten noch die des Berufungsgerichts. Insoweit kommt es allein auf die Rechtsauffassung des SG an (vgl. Meyer-Ladewig, § 159 Rdn. 3a; vgl. auch BSG, Beschluss vom 28.01.2004 - [B 6 KA 97/03 B](#) -). Zu den aus Sicht des SG entscheidungserheblichen Tatsachen haben die Kläger aber keinen Beweisantrag gestellt. Die tatsächlich gestellten Beweisanträge waren damit nach Auffassung des SG rechtlich unbeachtlich. Zwar hat sich das SG ausdrücklich nicht mit den Beweisanträgen befasst. Die Entscheidungsgründe belegen jedoch, dass das SG den Beweisanträgen der Kläger deswegen nicht gefolgt ist, weil es das jeweilige Beweisthema nicht als entscheidungserheblich angesehen hat.

d) Auch hat das SG nicht gegen [Art. 101 Abs. 1 Satz 2 GG](#) verstoßen, der bestimmt, dass niemand seinem gesetzlichen Richter entzogen werden darf. Ein Verstoß gegen diese Garantie des gesetzlichen Richters ist u.a. anzunehmen, wenn ein Gericht willkürliche Maßnahmen oder Entscheidungen trifft. Darunter fällt auch, dass ein Gericht die Verpflichtung zur Vorlage an ein anderes Gericht willkürlich außer Acht lässt (Bundesverfassungsgericht (BVerfG), Beschluss vom 26.02.1994 - 1 BvR 537/93 -, [BVerfGE 3, 359](#) ff; Beschluss vom 29.06.1976 - 2 BvR 148/75 -, [BVerfGE 42, 237](#) ff; Beschluss vom 03.11.1992 - [1 BvR 137/92](#) -, [BVerfGE 87, 282](#) ff; Beschluss vom 10.07.1990 - [1 BvR 984/87, 1 BvR 985/87](#) -). Das SG war auch nicht verpflichtet, den Rechtsstreit dem Bundesverfassungsgericht vorzulegen. Dies setzt voraus, dass das SG ein Gesetz, auf dessen Gültigkeit es bei der Entscheidung ankommt, für verfassungswidrig hält. Das war jedoch nicht der Fall. Ungeachtet des Vorbringens der Kläger hat das SG die Überzeugung gewonnen, dass die für die Entscheidung relevanten gesetzlichen und untergesetzlichen Normen verfassungsgemäß sind. 3. Zusammenfassend hat das SG den Streitstoff unter der gebotenen Abwägung zwischen Qualität und Quantität auf das Wesentliche konzentriert (vgl. [§ 136 SGG](#)) und dabei dennoch das Vorbringen der Kläger umfassend erfasst und gewürdigt. Angesichts dessen besteht keinerlei Anhaltspunkt dafür, dass das SG den Klägern den durch [Art. 19 Abs. 4 GG](#) gewährleisteten Rechtsschutz verweigert hat. Selbst wenn die von den Klägern gerügten Verfahrensfehler vorlägen, käme keine Zurückverweisung in Betracht. Nach [§ 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG](#) steht die Entscheidung, ob die Sache bei wesentlichen Mängeln des sozialgerichtlichen Verfahrens an das SG zurückverwiesen wird, im Ermessen des Senats. Dieses Ermessen ist auch bei Verfahrensfehlern von erheblichem Gewicht nicht eingeschränkt (BSG [SozR 3-1300 § 16 Nr. 1 S. 2](#) ff.). Bei der Ausübung des Ermessens kommt prozessökonomischen Gesichtspunkten eine erhebliche Bedeutung zu. Im Zweifel ist die Entscheidung, den Rechtsstreit selbst zu entscheiden, im Interesse einer zügigen Erledigung des Verfahrens vorzugswürdig. Da das Berufungsverfahren in vollem Umfang als zweite Tatsacheninstanz ausgestaltet ist und Präklusionsvorschriften nicht eingreifen, kann es allenfalls in Ausnahmefällen sachgerecht sein, den Rechtsstreit wegen einer Verletzung des rechtlichen Gehörs im ersten Rechtszug an das SG zurückzuverweisen (vgl. BSG, Urteil vom 11.12.2002 - B 6 KA 1/92 R -). Angesichts der Dauer des Berufungsverfahrens und des Umstandes, dass der Rechtsstreit entscheidungsreif

ist, würde der Senat von einer Zurückverweisung Abstand nehmen.

II. Der Abrechnungsbescheid vom 22.01.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 03.11.1998 und der Bescheid vom 18.05.1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.10.1998 sind rechtmäßig.

1. Die Kläger haben keinen Anspruch auf Neubescheidung unter dem Gesichtspunkt, dass die Beklagte gegen das Verwaltungsverfahren regelnde Vorschriften verstoßen haben könnte.

a) Die Beklagte hat nicht gegen [§ 24 SGB X](#) verstoßen. Die hiernach vorgeschriebene Anhörungspflicht greift nur, wenn ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift ([§ 24 Abs. 1 SGB X](#)). Das ist dann der Fall, wenn unanfechtbar zuerkannte Rechte auf Grund späterer Veränderungen wieder entzogen werden (so bereits BSG, Urteil vom 01.03.1979 - 6 RKA 17/77 -; vgl. auch BSG, Urteil vom 28.04.1999 - [B 9 SB 5/98 R](#) - und vom 19.09.2000 - [B 9 SB 1/00 R](#) -, Schroeder- Prinzen, SGB X, 3. Auflage, 1996, § 24 Rn. 3 m.w.N.). Verwaltungsakte, die über Bestehen oder Umfang eines vom Antragsteller lediglich behaupteten Rechts entscheiden, insbesondere einen von ihm erhobenen Zahlungsanspruch nach Grund und Höhe feststellen, sind in der Regel nicht anhörungspflichtig. Das betrifft namentlich ablehnende Bescheide einschließlich solcher Bescheide, mit denen die KV die Höhe der Vergütung festsetzt (BSG a.a.O.; vgl. auch Schröder-Printzen a.a.O.). Soweit die Auffassung vertreten wird, eine Anhörungspflicht bestehe auch dann, wenn eine beantragte Leistung abgelehnt wird (hierzu die Nachweise bei Schröder-Printzen a.a.O.), folgt der Senat dem nicht. Einer solchen Interpretation steht schon der eindeutige und insoweit nicht auslegungsfähige Wortlaut des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) entgegen. Im übrigen hat der Gesetzgeber derartige Kostellationen in Sondermaterien geregelt und damit zum Ausdruck gebracht, dass eine solch exzessive Auslegung des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) nicht seinen Willen entspricht. Zu verweisen ist hierzu auf die über die Vorgaben des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) deutlich hinausgehende Anhörungspflicht nach [§ 7 a Abs. 4 SGB IV](#). Als Ausfluß des Grundsatzes der "kooperativen Zusammenarbeit" ist hiernach die Bundesversicherungsanstalt für Angestellte (BfA) bereits im Anfrageverfahren ([§ 7 a Abs. 1 SGB IV](#)) zur Anhörung verpflichtet. Auf [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) ist diese Regelung schon wegen ihres Ausnahmecharakters nicht zu übertragen. Hieraus folgt, dass die Beklagte nicht verpflichtet war, die Kläger vor Erlass der Honorarbescheide anzuhören. Folgerichtig bedurfte es auch vor Erlass der die Stützungsmaßnahme für das Quartal III/97 ablehnenden Entscheidung keiner Anhörung.

b) Die angefochtenen Bescheide, insbesondere der Honorarbescheid, sind auch hinreichend bestimmt ([§ 33 Abs. 1 SGB X](#)). Der Honorarbescheid ist objektiv verständlich, denn es werden Gesamthonorar-Saldo, Abzüge (z.B. Verwaltungskosten) und die bereits geleisteten Abschlagszahlungen festgestellt. Der Wille des Beklagten ist aus diesen "Verfügungssätzen" erkennbar. Die Anlagen des Bescheides (Frequenztablette pp.) dienen dazu, die Honorarhöhe zu begründen. Sie enthalten außerdem die für die Honorarberechnung erforderlichen Faktoren und legen den Berechnungsweg dar (z.B. die geltend gemachten und anerkannten EBM-Positionen, Punktwerte pp.). Der Senat hat nicht den geringsten Zweifel daran, dass Verfügungssatz und Begründung für den verständigen Erklärungsempfänger, also einen Arzt, der vierteljährlich derartige Bescheide enthält und über die Honorarverteilungsmaßstäbe der Beklagten im Rheinischen Ärzteblatt in Kenntnis gesetzt wird, nachvollziehbar ist.

c) Die Bescheide sind hinreichend begründet ([§ 35 Abs. 1 SGB X](#)). Die Begründung soll den Betroffenen in die Lage versetzen, seinen Rechten nachzugehen, d.h. die Entscheidung nachzuvollziehen und ggf. sachgemäß anzugreifen (Schroeder-Printzen, a.a.O. § 35 Anm. 5). Dazu reicht es aus, dass sich die Begründung auf die wesentlichen, die Entscheidung tragenden Gründe konzentriert. Diesen Anforderungen genügt sowohl der angefochtene Honorarbescheid, denn er enthält die für die Berechnung des Honorars maßgeblichen Faktoren, als auch der die Gewährung von Stützungsmaßnahmen für das Quartal III/97 ablehnende Bescheid, der die Gründe für die Ablehnung im Einzelnen darlegt.

Dahingestellt bleiben kann, ob auch der Widerspruchsbescheid vom 03.11.1998 und das als Widerspruchsbescheid angesehene Schreiben der Beklagten vom 12.08.1998 zureichend begründet sind. Denn selbst eine fehlende Begründung würde nicht zur Nichtigkeit sondern nur zur Rechtswidrigkeit dieses Bescheides führen (z.B. BSGE 27, 38; 48,116). Die Widerspruchsbescheide könnten dennoch nicht aufgehoben werden, denn die Aufhebung eines Verwaltungsaktes, der nicht nach [§ 40 SGB X](#) nichtig ist, kann nicht allein deshalb beansprucht werden, weil er unter Verletzung von Vorschriften über das Verfahren, die Form oder die örtliche Zuständigkeit zustande gekommen ist, wenn - wie hier - offensichtlich ist, dass dies die Entscheidung in der Sache nicht beeinflusst hat ([§ 42 SGB X](#)).

Soweit die Kläger vortragen, der Vorstand habe ihre Widerspruchsbegründung nicht zur Kenntnis genommen, hat bereits das SG zutreffend ausgeführt, dass die Kläger dazu keinerlei konkrete Anhaltspunkte benannt haben. Dies wäre aber angesichts der Beweiskraft des Widerspruchsbescheides vom 03.11.1998, von dessen Richtigkeit der Senat überzeugt ist, unerlässlich. Als Urkunde im Sinne des [§§ 415 ff ZPO](#) belegt der Widerspruchsbescheid, dass der Vorstand der Beklagten über den Widerspruch der Kläger befunden und diesen damit zur Kenntnis genommen hat.

d) Die Auffassung der Kläger, die angefochtenen Bescheide seien wegen Verstoßes gegen die guten Sitten ([§ 40 Abs. 2 Nr. 5 SGB X](#)) deswegen nichtig, weil nicht einmal die Praxiskosten ausgeglichen worden seien und ihnen keine monatliche Vergütung verbleibe, trägt nicht. Selbst wenn dies so wäre und gegen die herrschende Rechts- und Sozialmoral verstieße (vgl. BVerwG [NJW 1990, 2572](#)), folgte daraus kein Anspruch auf eine bestimmte (höhere) Vergütung.

2. Auch in der Sache sind der Honorarbescheid der Beklagten und die ihm zugrunde liegenden Regelungen sowie der die Gewährung von Stützungsmaßnahmen für das Quartal III/97 ablehnende Bescheid rechtmäßig.

a) Soweit die Kläger geltend machen, ihre Leistungen müßten höher vergütet werden, hat das SG zu Recht festgestellt, dass ein solcher Anspruch weder auf das Gebot der Angemessenheit der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) noch auf den sich aus [Art. 12](#) und [3 GG](#) ergebenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit gestützt werden kann.

Nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) verteilt die KV unter Anwendung des im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstabes die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte.

Dementsprechend hat die Beklagte das Honorar der Kläger für das Quartal III/1997 in Anwendung ihres ab 01.07.1997 geltenden HVM

(Fassungen vom 19.03.1997 - Rhein. Ärzteblatt 5/97 -; vom 21.05.1997 - Rhein. Ärzteblatt 7/97 -; vom 29.11.1997 - Rhein. Ärzteblatt 1/98 - und vom 14.03.1998 - Rhein. Ärzteblatt 4/98 -) berechnet.

Dieser sah in § 6 für die Verteilung der Gesamtvergütung vor, dass aus dem sich aus den Gesamtvergütungen der Kassen (einschließlich Bundesknappschaft und Zahlungen anderen KVen - Fremdkassenfälle -) zur Honorarverteilung zur Verfügung stehenden Betrag eines Vierteljahres die im Einzelnen aufgeführten Leistungen (§ 6 Abs. 3 HVM) vorweg zu berücksichtigen sind. Für den nach Abzug der Vorwegzahlungen verbleibenden Gesamtvergütungsbetrag regelte § 6 Abs. 4 a) HVM, dass dieser nach einem Schlüssel für Polikliniken, Institute, Krankenhäuser und die einzelnen Arztgruppen zur Verfügung gestellt und zur Honorierung der nach Prüfung anerkannten nach den Bestimmungen des HVM berichtigten Honoraranforderung auf im einzelnen aufgeführte Bereiche ("Honorartöpfe") verteilt wird. Weiter sah § 6 Abs. 4 a) HVM vor, dass die Höhe der fachgruppenspezifischen Budgets ("Honorartöpfe") ab I/1998 quartalsweise durch den Vorstand der KV nach Anhörung des HVM-Ausschusses geprüft und für das Folgequartal entsprechend der Veränderung der Arztzahl je Arztgruppe zum Basiszeitraum I und II/1996 in der Weise verändert wird, dass das durchschnittliche Honorar je Arzt und Arztgruppe aus den Quartalen I und II/1996 getrennt nach PK und EK für das abzurechnende Quartal angepasst wird. Das einer Arztgruppe im Abrechnungsquartal zustehende Honorarkontingent wurde danach auf der Grundlage des prozentualen Anteils der Arztgruppe am Honorarvolumen des Vergleichsquartals ermittelt. Für Radiologen und Nuklearmediziner waren dabei Anteile von 6,1300% und 0,4407% festgelegt. Eine Änderung dieser Prozentsätze ist durch die mit den Beschlüssen vom 21.05.1997 und 20.11.1997 erfolgten Änderungen des § 6 Abs. 4 nicht erfolgt. Der Punktwert im Quartal ergab sich aus der Division des jeweiligen Honorarvolumens durch die jeweils in der Fachgruppe insgesamt angeforderten Punktzahlen. Für Radiologen ergab sich auf dieser Basis im Quartal III/1997 ein Punktwert von 7,2316 Pf./EK und von 6,2272 Pf./PK und für Nuklearmediziner 7,5133 Pf./EK und 6,7734 Pf./PK.

Sowohl diese Verfahrensweise als auch die zugrunde liegenden Regelungen sind rechtmäßig.

aa) Es bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass Wahl und Zusammensetzung der den HVM beschließenden Vertreterversammlung nicht den gesetzlichen Anforderungen entsprechen (§ 80 Abs. 1 SGB V). Sowohl diese Frage als auch die Frage nach der Rechtmäßigkeit der personellen Zusammensetzung der Mitglieder des Bewertungsausschusses und des Verfahrens zur Bestellung dieser Mitglieder waren bereits mehrfach Gegenstand gerichtlicher Überprüfung (vgl. z.B. BSG, Urteile vom 29.09.1993 - 6 RKa 65/91 -; vom 26.01.1994 - 6 RKa 66/91 -; vom 28.01.1998 - B 6 KA 98/96 - = BSGE 82, 268 ff.; vom 18.03.1998 - B 6 KA 37/96 R - B 6 KA 78/96 R -). Vertreterversammlung und Bewertungsausschuss sind hiernach ausreichend legitimiert. Es bestehen insbesondere keine Bedenken gegen eine Einbeziehung von Nichtvertragsärzten, also im Arztregister eingetragene, nicht zugelassene Ärzte und Psychotherapeuten (§ 3 Abs. 2 und § 6 Abs. 1 Satz 2 Buchst. b) der Satzung der Beklagten) als außerordentliche Mitglieder in die Vertreterversammlung. Mit der Registereintragung wird der Arzt außerordentliches Mitglied der KV (§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V). Er ist zu deren Vertreterversammlung - gesetzlich begrenzt - aktiv und passiv wahlberechtigt (§ 80 Abs. 1 SGB V) und berechtigt, sich um eine Zulassung (§ 95 Abs. 2 Satz 1 SGB V) und um eine Praxisnachfolge (§ 103 Abs. 5 SGB V) zu bewerben. Vor allem aber ist die mit der Registereintragung erworbene Rechtsposition insoweit besonders geschützt, als sie nur noch unter den besonderen Voraussetzungen des § 7 Ärzte-ZV beseitigt werden kann. Diese den Nichtvertragsärzten eingeräumte Rechtsstellung rechtfertigt es, sie begrenzt (§ 6 Abs. 1 Satz 2 Buchst. b) der Satzung der Beklagten) an der Vertreterversammlung zu beteiligen. Nicht deren Beteiligung, sondern deren Ausschluss würde Bedenken begegnen. Diesen Minderheitenschutz gewährleistet § 80 Abs. 1 SGB V, indem vorgegeben wird, dass die ordentlichen und außerordentlichen Mitglieder (§ 77 Abs. 3 SGB V) ihre Vertreter in der Vertreterversammlung getrennt wählen. Die Auffassung der Kläger, die personelle Zusammensetzung der Vertreterversammlung müsse der unterschiedlichen Interessenlage der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen Rechnung tragen, z.B. die betroffenen Arztgruppen widerspiegeln, trifft nicht zu. Das Gesetz enthält keine Festlegung auf ein bestimmtes Wahlsystem (Persönlichkeitswahl oder Verhältniswahl). Es gilt nach den Wahlrechtsgrundsätzen des Art. 38 Abs. 1 Satz 1 GG i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG der Grundsatz der Wahlrechtsgleichheit. Die Ausgestaltung im einzelnen bleibt der Vertreterversammlung vorbehalten (BSG, Urteil vom 28.01.1998 - B 6 KA 98/06 R -). Das praktizierte Persönlichkeitswahlrecht soll sicherstellen, dass Ärzte gewählt werden, die nach ihrer Wahl nicht mehr die eigene Berufsgruppe, sondern den Beruf des Vertragsarztes insgesamt vertreten. Demgegenüber würde das Verhältniswahlrecht auf eine noch stärkere Fraktionenbildung innerhalb der Vertreterversammlung hinauslaufen. Die damit verbundenen Nachteile (Fraktionen arbeiten noch stärker als bisher gegeneinander) haben den Gesetzgeber bewogen, trotz verschiedener politischer Anläufe das Wahlsystem nicht gesetzlich zu regeln (vgl. BSG a.a.O.). Fühlen sich somit die Mitglieder der Vertreterversammlung vorrangig den Interessen ihrer Arztgruppe verpflichtet, werden sie den an sie zu stellenden Anforderungen nicht gerecht. Dies belegt persönliche Defizite, rechtfertigt indessen nicht die Annahme, die Wahlregelungen zur Vertreterversammlung könnten gegen höherrangiges Recht verstoßen. Dem Beweisantrag 6) brauchte der Senat deshalb nicht nachzugehen.

bb) Die Rüge der Kläger, bei der Festsetzung des HVM sei das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen nicht ordnungsgemäß hergestellt worden, geht fehl. Die Herstellung des Benehmens i.S. des § 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V erfordert, dass die KV die betroffenen Krankenkassenverbände über die anstehenden Änderungen des HVM informiert, diesen die Möglichkeit der Stellungnahme gibt und die KV die von den Krankenkassenverbänden erhobenen Einwände oder Bedenken vor der Beschlussfassung über den HVM zur Kenntnis nimmt und ggf. berücksichtigt (BSG, Urteile vom 07.02.1996 - 6 RKA 83/95 - und vom 24.08.1994 - 6 RKA 15/93 -). Dieses Benehmen war ausweislich des im Rheinischen Ärzteblatt 4/98, S. 52 f, amtlich bekannt gemachten HVM zum Zeitpunkt der Bekanntmachung lediglich hinsichtlich einzelner, gesondert gekennzeichnete Textpassagen nicht hergestellt worden. Diese stehen mit den vorliegenden Rechtsfragen weder in Zusammenhang noch berühren sie die übrigen - hier relevanten - bereits ab 01.07.1997 geltenden HVM-Regelungen, die durch den ab 01.04.1998 geltenden HVM lediglich fortgeschrieben wurden. Hinsichtlich der Honorarverteilung auf der Grundlage fachgruppenbezogener Honorartöpfe, hat die AOK Rheinland in ihrer Auskunft vom 14.02.2001 ausdrücklich erklärt, dass bis auf einen Punkt, nämlich die Zuordnung der Psycho- und Verhaltenstherapeuten zum Honorartopf der Nervenärzte, das Benehmen ordnungsgemäß hergestellt worden sei. Dafür, dass "die Geltung beanspruchenden HVM-Bestandteile so, wie sie angeblich beschlossen und ausgefertigt worden sind" nicht gemäß § 13 der Satzung veröffentlicht worden sind, liegen keine Anhaltspunkte vor. Die hier relevanten Beschlussfassungen des HVM sind gem. § 13 der Satzung der Beklagten im "Rhein. Ärzteblatt" verkündet worden.

cc) Die Regelung des HVM, und dies gilt auch für den EBM, verstoßen nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Dieses Prinzip verlangt vom Normgeber, Rechtsvorschriften so genau zu fassen, wie dies nach der Eigenart der zu ordnenden Lebenssachverhalte mit Rücksicht auf den Normzweck möglich ist (vgl. BVerfGE 87, 234, 263; 93, 213, 238). Daran fehlt es, wenn Normen unklar und widersprüchlich bleiben, so dass die Normbetroffenen die Rechtslage nicht erkennen und ihr Verhalten nicht danach einrichten können (Schnapp in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 1. Auflage, 2003, § 4 Rdn. 41 m.w.N.). Den Klägern ist einzuräumen, dass der Inhalt des HVM komplex

und dessen Regelungsgehalt nicht immer eindeutig ist. Das macht die fraglichen Regelungen jedoch nicht rechtswidrig. Denn die Auslegungsbedürftigkeit einer Norm macht diese nicht unbestimmt (BVerfG, Beschluss vom 09.08.1995 - 1 BVR 2263/94 -). So liegt es hier. Jedenfalls mittels der herkömmlichen Auslegungsgrundsätze und unter Berücksichtigung der zum HVM entwickelten Rechtsprechung ist dieser von der Beklagten umsetzbar und den Gerichten überprüfbar. Zudem hat die Beklagte die Kläger als Normunterworfenen mittels den HVM interpretierende Rundschreiben und sonstige Informationen in die Lage versetzt, dessen Inhalt zu erkennen und nachzuvollziehen. Dem Bestimmungsgebot ist damit hinreichend Rechnung getragen.

dd) Die Regelung des § 6 Abs. 8 Satz 1 HVM über den Abzug von Verwaltungskostenbeiträge, die sich mit § 6 Abs. 9 Buchst. j) und § 9 Abs. 2 der Satzung der Beklagten deckt, ist nicht zu beanstanden. Sie verstößt nicht gegen Gesetzesrecht. Die KV ist eine Körperschaft des öffentlichen Rechts mit Satzungsautonomie; ihr ist die Sicherstellung der kassenärztlichen Versorgung übertragen und damit auch die Befugnis, die zur Erfüllung dieser Aufgabe erforderlichen Maßnahmen, insbesondere auch normative Regelungen, zu treffen. Hinsichtlich der Mittelaufbringung ist ihr sogar ausdrücklich vorgeschrieben, hierzu Regelungen in ihre Satzung aufzunehmen (§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V). Dem ist Genüge getan, wenn die Satzung die grundlegenden Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel enthält und die betragsmäßige Festsetzung der Umlagen - schon im Hinblick auf die Flexibilität bei der Umsetzung und Handhabung - einer anderen normativen Regelung der Vertreterversammlung überlässt (BSG, Urteil vom 19.08.1984 - 6 RKA 9/83 -, MedR 1985, 283 ff.; Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, § 3 SGB V, Anm. 16). Der Einwand der Kläger, es fehle an einer Bekanntmachung der Beklagten entsprechend § 13 der Satzung, greift - unabhängig davon, ob der Beitragssatz nun veröffentlicht bzw. bekannt gemacht worden ist - nicht, da sich § 13 der Satzung auf Änderungen des Satzungsrechts bezieht, nicht aber auf die Festlegung des Umlagesatzes, die durch "einfachen" Beschluss der Vertreterversammlung erfolgen kann.

ee) Ein Anhalt dafür, dass die Vertreterversammlung vor Verabschiedung des hier maßgeblichen HVM den die Radiologen betreffenden Sachverhalt hinsichtlich der Kosten der vertragsärztlichen Praxen und der Auswirkungen des HVM auf die einzelnen Arztgruppen, insbesondere auf die der Radiologen, nicht ermittelt hat (Beweisantrag zu 7.), ist nicht ersichtlich. Der Beweisantrag zu 7. ist damit auf einen unzulässigen Ausforschungsbeweis, nämlich der Ausforschung von Tatsachen und / oder der Erschließung von Erkenntnisquellen gerichtet, die es ggf. erst ermöglichen, bestimmte Tatsachen zu behaupten und sodann unter Beweis zu stellen (Behauptungen "aufs Geratewohl" oder "ins Blaue hinein", s. dazu BGH NJW 1995, 2111; BGHZ 33, 63; BGHZ 74, 383). Unabhängig davon ist der Senat davon überzeugt, dass der Sachverhalt geklärt war; denn ausweislich der Auskunft der Beklagten gehörten der Vertreterversammlung im Jahre 1996 mindestens drei und im Jahre 1997 mindestens sechs Radiologen als Mitglieder an. Soweit mit dem Beweisantrag zu 7. der Nachweis erbracht werden soll, dass die Vertreterversammlung keinerlei Prognosen zu den Auswirkungen des HVM auf die einzelnen Arztgruppen angestellt hat, ist der Antrag auch deswegen irrelevant, weil insoweit der Beklagten eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht dahin auferlegt ist, dass sie Verteilungsregelungen regelmäßig zu überprüfen hat.

ff) Die Einwände zur Fallzahlzuwachsbeschränkung in § 7 Abs. 1 HVM tragen ebenfalls nicht. Abgesehen davon, dass die Kläger von dieser Regelung ausgenommen waren, hat das BSG die Vorschrift des § 7 Abs. 1 HVM sowohl in formeller als auch in materieller Hinsicht als rechtmäßig angesehen (BSG, Urteil vom 13.03.2002 - B 6 KA 1/01 R -).

gg) Auch die Bildung von Honorartöpfen verstößt nicht gegen höherrangiges Recht. Nach ständiger Rechtsprechung des BSG müssen die Honorarverteilungsregelungen einer KV mit den gesetzlichen Vorgaben des § 85 SGB V i.V.m. dem aus Art. 12 und 3 Abs. 1 GG folgenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit im Einklang stehen. § 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V bestimmt, dass bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen sind. Dieser Vorschrift kann nicht entnommen werden, dass alle Leistungen stets nach Art und Umfang gleichmäßig, d.h. nach einem einheitlichen Punktwert, honoriert werden müssten. Das Gesetz schließt danach eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge nicht grundsätzlich aus, dass die kassen- und vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM im selben Verhältnis, sondern, abhängig von der Mengenentwicklung im jeweiligen Leistungsbereich, unterschiedlich hoch vergütet werden. Zwar darf die KV wegen der berufsregelnden Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften die Verteilung nicht nach freiem Ermessen gestalten und ist an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Indes bleibt ihr als normsetzende Körperschaft ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen, der es ihr ermöglicht, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen gesetzlichen und vertraglichen Verpflichtungen gerecht zu werden (BSG, Urteil vom 29.09.1993 - 6 RKA 65/91 - = BSGE 73, 131; Urteil vom 28.01.1998 - B 6 KA 96/96 R - = SozR 3-2500 § 85 Nr.24; Urteil vom 09.09.1998 - B 6 KA 55/97 R - = BSGE 83, 1 ff.; Urteile vom 03.03.1999 - B 6 KA 56/97 R - = USK 99 102 = SozSich 1999, 226 und - B 6 KA 8/98 R - = SozR § 85 Nr.30 sowie Beschluss vom 28.01.2004 - B 6 KA 112/03 B -).

Daran gemessen sind die umstrittenen Regelungen des HVM der Beklagten rechtmäßig.

Sie setzen zunächst bei einzelnen Leistungsbereichen an, indem sie das hierfür zur Verfügung stehende Honorarvolumen begrenzen. Die maßgebliche Differenzierung, die im Ergebnis unterschiedliche Verteilungspunktwerte bei den einzelnen Arztgruppen nach sich zieht, erfolgt nicht nach Leistungsbereichen, sondern nach Arztgruppen. Dieser im Verhältnis zur Differenzierung nach Leistungsbereichen unterschiedliche Ansatz bewirkt in der rechtlichen Bewertung aber kein anderes Ergebnis und hält sich innerhalb des gesetzlich vorgegebenen Rahmens. Ziel der Beklagten war es, die Gesamtvergütung gleichmäßig für alle Arztgruppen zu begrenzen. Das Wachstum der Gesamtvergütung wird an die Entwicklung der Grundlohnsomme gebunden. Dies kann unter bestimmten Voraussetzungen - wie z.B. der allgemeinen Zunahme der abgerechneten Leistungen - eine Minderung des Punktwertes und als dessen Folge eine Verringerung des für die einzelne Leistung zur Verfügung stehenden Honorars nach sich ziehen. Das wiederum fördert Bestrebungen der Vertragsärzte, durch Leistungsausweitung die Punktzahlanforderungen zu erhöhen und die mit dem Absinken des Punktwertes einhergehenden Honorarminderungen aufzufangen. Mit der Bildung fachgruppen(-arztgruppen)bezogener Teilbudgets begegnet die Beklagte in zulässiger Weise der Gefahr, dass sich durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das Honorargefüge ungerechtfertigt zugunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert. Es ist sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der KV 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 Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen haben. Insoweit ist es gerechtfertigt, auch solche Arztgruppen in dieses Honorarverteilungssystem einzubeziehen, die ihre Leistungen nur auf Überweisung von anderen Vertragsärzten erbringen können. Zu diesen Ärzten gehören neben Pathologen und Laborärzten auch Nuklearmediziner und Radiologen. Die unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilung relevanten Unterschiede zwischen diesen Arztgruppen und anderen Vertragsärzten sind nicht von solchem Gewicht, dass

sie eine völlige Freistellung der ausschließlich auf Überweisung tätigen Ärzte von mengensteuernden Regelungen im HVM gebieten (so schon für die Fachgruppe der Laborärzte: BSG, Urteil vom 28.01.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - a.a.O., und für die der Radiologen: BSG, Urteil vom 03.03.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) - a.a.O.). Die Forderung nach einem festen bzw. einem am durchschnittlichen Punktwert der übrigen Fachgruppen orientierten Punktwert für alle Leistungen, die ein Vertragsarzt auf Überweisung von anderen Ärzten erbringt, ist weder rechtlich geboten noch praktisch umsetzbar. Kein Vertragsarzt hat Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert, also weder darauf, dass diese mit dem gleichen Punktwert wie Grundleistungen oder ebenso wie die Leistungen anderer Ärzte vergütet werden (BSG, Urteil vom 29.09.1993 - [6 RKA 65/91](#) - = [BSGE 73, 131](#); Urteil vom 07.02.1996 - [6 RKA 68/94](#) - = [BSGE 77, 288](#)), noch darauf, dass alle auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet werden müssten (BSG, Urteile vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#) und vom 03.03.1999 - [B 6 KA 56/97](#) - a.a.O.). Bei einer vom Mengenwachstum ganz oder teilweise unabhängigen Garantie eines festen Punktwertes für Auftragsleistungen bzw. zumindest für die in § 21 Abs. 7 Nr. 1 BMV-Ä a.F. beschriebenen Zielaufträge besteht andernfalls angesichts des Anreizes, in Absprache mit anderen Ärzten bestimmte kostenintensive Leistungen möglichst nur auf Überweisung zu erbringen, bei einer begrenzten Gesamtvergütung die konkrete Gefahr der massiven Entwertung des Punktwertes für alle nicht auf Überweisung erbrachten Leistungen. Dies könnte dann dazu führen, insbesondere die hausärztliche Grundversorgung der Versicherten zu gefährden (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 35/97 R](#) - a.a.O.).

Die Bildung von Honorartöpfen verstößt nicht gegen die Regelung des EBM A I Teil B 1. Richtig ist zwar, dass die Radiologen von der Budgetierung ausgenommen sind. Denn die Budgetregelungen gelten nur für die in EBM A I Teil B 1. 5 aufgeführten Arztgruppen, zu denen nicht die Radiologen zählen. Die Budgetierungsregelungen beinhalten arztgruppen- oder arztindividuelle Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind ([§ 87 Abs. 2 a SGB V](#)). Die Bildung von Honorartöpfen stellt keine Budgetierung des einzelnen Arztes dar; sie regelt die Verteilung des zur Verfügung stehenden Gesamthonorars in getrennte Finanzvolumen für einzelne Arztgruppen, die sich aus der jeweiligen Zulassung des Arztes für die verschiedenen Fachgebiete der Weiterbildungsergänzung ergeben aber auch für bestimmte Leistungsgruppen fachgebietsübergreifend erfolgen können (z.B. ambulantes Operieren, Labor). Erst nach Feststellung des Volumens jedes Honorartopfes erfolgt die Ausschüttung an den einzelnen Arzt unter Berücksichtigung der Budgetierungsregelungen.

Die Bildung von Honorartöpfen ist auch nicht deswegen rechtswidrig, weil gleiche radiologische Leistungen in verschiedenen Arztgruppen unterschiedlich vergütet werden. Dies ist von den Klägern hinzunehmen. Bei der Regelung von komplexen Regelungsbereichen, insbesondere auch in der Erprobungsphase, hat der Normgeber einen weiten Regelungs- und Gestaltungsspielraum. Deshalb sind Typisierungen und ein geringeres Maß an Differenzierungen zu akzeptieren (BSG, Urteil vom 06.09.2000 - [B 6 KA 40/99 R](#) -). Dabei ist zu berücksichtigen, dass Honorartöpfe erstmals im Quartal I/1997 gebildet worden sind und insoweit eine nicht willkürliche Fehlbildung der Honorartöpfe grundsätzlich hinzunehmen ist, soweit die normsetzende Körperschaft ihrer Beobachtungs- und Anpassungspflicht nachkommt. Die Beklagte hat im Rahmen dieser Verpflichtung die Verteilungsregelungen zu ändern bzw. weiterzuentwickeln, wenn sich herausstellt, dass die vorgenommene Honorartopfbildung dazu führt, dass der Punktwert in einzelnen Leistungen dauerhaft deutlich stärker abfällt als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen und als Grund keine von den jeweiligen Leistungsbringern selbst verursachte Mengenausweitungen erkennbar sind (BSG, Urteil vom 07.02.1996 - [6 RKA 68/94](#) -). Davon ausgehend ist der zu 8. gestellte Beweisanspruch der Kläger rechtlich irrelevant.

hh) Die von den Klägern beanstandete Regelung des § 7 Abs. 5 HVM sieht der Senat nicht als rechtswidrig an. Hiernach gelten die Vergütungsregelungen des § 7 Abs. 1 und 2 HVM nicht für ermächtigte Institute und belegärztliche Behandlung. Der Senat geht wie das BSG davon aus, dass auch für die belegärztliche Tätigkeit eines Vertragsarztes die sich für ihn aus dem Vertragsarztrecht ergebenden Rechte und Pflichten gleichermaßen gelten (hierzu BSG, Urteile vom 12.12.2001 - [B 6 KA 5/01 R](#) - und 14.03.2001 - [B 6 KA 34/00 R](#) -). Das durch belegärztliche Tätigkeit erzielte Honorar ist daher nach den Grundsätzen des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu verteilen. Unbeschadet des Umstandes, dass für die Honorierung der belegärztlichen Tätigkeit besondere technische Abrechnungsvorschriften gelten, wird sie im Grundsatz ebenfalls unter Anwendung der Regelungen des EBM ermittelt und kann im Rahmen der Gesamtvergütungsverteilung, aus der auch sie bezahlt wird ([§ 121 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#)), mangels vorhandener Sonderregelungen keinen besonderen Schutz in Anspruch nehmen (BSG a.a.O.). Hieraus ist herzuleiten, dass grundsätzlich auch belegärztliche Tätigkeiten in das Verteilungsgefüge des HVM einbezogen werden müssen. Das ist geschehen (§ 8 HVM). Für die Kläger sprechen allerdings mehrere Entscheidungen des LSG Schleswig-Holstein vom 05.05.2003 ([L 6 KA 92/01](#), [L 6 KA 4/02](#), [L 6 KA 25/02](#)). Das LSG Schleswig-Holstein hat hierin die Auffassung vertreten, dass ein HVM insoweit rechtswidrig ist, als er die Vergütung für Institute und ermächtigte Ärzte abweichend von den für zugelassene Vertragsärzte maßgebenden Bestimmungen regelt. Der Senat folgt dem nicht. Nach [§ 121 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) hat die Vergütung für belegärztliche Leistungen den Besonderheiten dieser Tätigkeit zu entsprechen (vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 30.06.2004 - [L 3 KA 54/04](#) -). Schon dies rechtfertigt es (und gebietet es ggf.), belegärztliche Leistungen nach eigenständigen HVM-Mechanismen zu vergüten. Auch soweit es Leistungen ermächtigter Institute anlangt, ergibt sich im Ergebnis nichts anderes. Institutsermächtigungen werden bedarfsabhängig in der Regel nur für sehr spezialisierte Leistungen erteilt. Ihr Inhalt wird situationsbezogen definiert und setzt voraus, dass weder niedergelassene Vertragsärzte noch ermächtigte Ärzte diese spezifische Leistung erbringen. Institutsermächtigungen lassen sich daher nur schwerlich in das durch § 7 Abs. 1 und Abs. 2 HVM geschaffene System arztzahlbezogener Limitierungen einbeziehen. Hieraus folgt, dass keine sachwidrige Ungleichbehandlung zu Lasten der Kläger vorliegt.

ii) Soweit die Kläger geltend machen, gerade die Honorierung der radiologischen Leistungen mit dem sich auf der Grundlage des HVM ergebenden Punktwert sei verfehlt, denn ihnen stehe ein Rechtsanspruch auf einen höheren Punktwert zu, weil ansonsten die von ihnen erbrachten Leistungen nicht mehr angemessen vergütet würden, greift dies nicht.

(1) Rechtsgrundlage hierfür kann allenfalls das aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) abzuleitende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit sein (z.B. BSG, Urteil vom 29.09.1993 - [6 RKA 65/91](#) - a.a.O.; Urteil vom 28.01.1998 - [6 KA 96/96 R](#) - a.a.O.). Dagegen kann ein solcher Anspruch nicht auf das objektiv-rechtliche Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)) gestützt werden, das im Allgemeinen keine subjektiven Rechte des Vertragsarztes begründet (BSG, Urteil vom 07.02.1996 - [6 RKA 68/94](#) - = [BSGE 77, 279](#); BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 12](#); BSG [SozR 3-5533 Nr. 763 Nr. 1](#)). Mit Beschluss vom 28.01.2004 - [B 6 KA 112/03 B](#) - hat das BSG neuerlich darauf hingewiesen, dass Regelungen im Rahmen eines HVM vorrangig am Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ([Art. 12](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#)) zu messen sind. Es hat unter Bezugnahme auf seine ständige Rechtsprechung weiter ausgeführt, dass das Gesamtvergütungssystem sowie der Grundsatz der Beitragsstabilität und die finanzielle Stabilität der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung der ärztlichen Berufsausübung und damit auch der Honorierung

ärztlicher Leistungen Schranken setzt. Die hiergegen gerichtete Verfassungsbeschwerde wurde nicht zur Entscheidung angenommen (BVerfG, Beschluss vom 08.06.2004 - [1 BvR 507/04](#) -). Auch der erkennende Senat hält hieran fest. Soweit die Kläger dem entgegenhalten, der Vertragsarzt könne für die von ihm im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbrachten Leistungen Vergütung in einer bestimmten Höhe beanspruchen und dies aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) herleiten, ist dem nicht zu folgen. Dem steht schon das vom Gesetz vorgegebene und zur Überzeugung des Senats verfassungsmäßige Vergütungssystem entgegen. Die Krankenkassen honorieren danach nicht gesondert jede einzelne ärztliche Leistung, sondern entrichten mit befreiender Wirkung für die gesamte vertragsärztliche Versorgung eine zwischen ihren Landesverbänden und der KV vertraglich vereinbarte Vergütung. Die Partner des Gesamtvertrages, KV einerseits und Landesverbände bzw. Verbände der Krankenkassen andererseits, vereinbaren die Höhe der Gesamtvergütung sowie deren Veränderung unter Berücksichtigung von Praxiskosten, Arbeitszeit sowie Art und Umfang der vertragsärztlichen Leistungen im Gesamtvertrag ([§ 85 Abs. 1](#) und 3 SGB V). Dabei haben sie den Grundsatz der Beitragsstabilität in Bezug auf das Ausgabenvolumen für die Gesamtheit der zu vergütenden vertragsärztlichen Leistungen zu beachten ([§ 85 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)). Die Höhe der Gesamtvergütung ist das auf der Grundlage der gesetzlichen Vorschriften erzielte Ergebnis der Verhandlungen der Partner der vertragsärztlichen Versorgung. Zu den für die Gesamtvertragsparteien bindenden Vorgaben zählt u. a. auch die gesetzlich normierte Verpflichtung zur Wahrung der Beitragssatzstabilität ([§ 85 Abs. 3 Satz 2](#), [§ 71 Abs. 1](#), [§ 141 Abs. 2 SGB V](#)), die wiederum der Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung dient. Steigende Beitragssätze gefährden deren Finanzierbarkeit und das System der Gesundheitsvorsorge insgesamt. Die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang (BVerfGE 68, 193; 70, 1; 82, 209; s. auch BSG, Urteil vom 10.05.2000 - [B 6 KA 20/99 R](#) -, [BSGE 86, 126](#) ff.). Ihm gegenüber muss der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten (vgl. BSG, Beschluss vom 28.01.2004 - [B 6 KA 112/03 B](#) -). Soweit die Kläger hierzu die Auffassung vertreten, dem Gesetzgeber stünden zahlreiche sie und die übrigen Vertragsärzte weniger belastende Regelungsvarianten zur Verfügung, ist dies zwar faktisch zutreffend. Denn der Gesetzgeber könnte durchaus - wie von den Klägern vorgeschlagen - die Beitragssätze für die Mitglieder der Krankenkassen anheben, das Leistungsniveau absenken, höhere Selbstbeteiligungen einführen oder KVen zusammenzulegen, um Vertragsärzten ein Mindesthonorar von 45.000 DM/Quartal zu gewähren. Der diesen Überlegungen zugrundeliegende rechtliche Ansatz der Kläger ist indessen verfehlt. Die Kläger sehen - einseitig - nur den sie betreffenden Eingriff und ihre Individualinteressen. Sie übersehen, dass das mildere Mittel nicht der von ihnen favorisierte Eingriff bei den Versicherten ist. Das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung existiert nicht, um Vertragsärzten ein bestimmtes Einkommen zu sichern, es ist vornehmlich als Ausfluss des Sozialstaatsgebotes ([Art. 20 Abs. 1 GG](#)) geschaffen worden. Dem Gesetzgeber ist ein weiterer Entscheidungsspielraum eingeräumt, wenn es um die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung geht. Hierzu muss er Gemeinwohlbelange unterschiedlichster Art und vielfältige Interessen ausgleichen. Dabei ist es vielfach nicht erkennbar, dass die Gesamtheit der vom Gesetzgeber verfolgten Ziele mit einem die Interessen einzelner Betroffener weniger beeinträchtigenden Mittel erreicht werden könnte. Im Rahmen der Prüfung, ob der Eingriff verhältnismäßig ist, kommt es darauf an, ob Eingriffszweck und -intensität in einem angemessenen Verhältnis stehen. Die Bewertung dieses Verhältnisses richtet sich in Bereichen, in denen ein sehr allgemein gehaltenes Ziel durch eine Vielzahl von Maßnahmen verfolgt wird, die Rechtspositionen verschiedener Grundrechtsträger berühren, nach dem Maß der jeweiligen individuellen Betroffenheit. Verfolgt der Gesetzgeber ein komplexes Ziel - wie die Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung - mit vielfältigen Mitteln, ist eine Maßnahme nicht ungeeignet, weil der Betroffene anderenorts größeres Einsparpotential sieht. Auch ist eine bestimmte Maßnahme nicht deshalb als erforderlich anzusehen, weil es andere Mittel innerhalb des Systems gibt, die andere Personen weniger belasten würden. Eine einzelne Maßnahme ist zur Erreichung des gesetzgeberischen Zwecks auch nicht deshalb unverhältnismäßig, weil nicht alle Betroffenen durch die gesetzlichen Vorkehrungen gleichmäßig belastet werden (so BVerfGE 103, 172, 183 ff; zum weiten Gestaltungsspielraum des Gesetzgebers bei vielschichtigen Interessenlagen vgl. auch Senatsurteil vom 31.01.2001 - [L 10 VS 28/00](#) - in [NWVBf. 2001, 401](#) ff.). Ausgehend hiervon lässt sich aus grundgesetzlichen Regelungen keinerlei Anspruch des Vertragsarztes auf eine bestimmte Vergütung herleiten. Etwa anderes kann nur dann in Betracht kommen, wenn der Punktwert für ärztliche Leistungen extrem verfällt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#), 33, 35 und 41). Davon kann vorliegend - wie noch auszu- führen sein wird - keine Rede sein. Im Übrigen stehen weder der Umfang der in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung erbringbaren Leistungen, die Höhe der von den Versicherten in einzelnen Leistungsbereichen aufzubringenden Zuzahlungen oder die gesetzlich geregelte Ermittlung der beitragspflichtigen Einnahmen der Versicherten ([§§ 226 ff SGB V](#)) zur Disposition der Vertragspartner bei der Vereinbarung der Gesamtvergütungshöhe. Auch allgemeine Vermutungen darüber, ob der stationäre Sektor über- und der ambulante Sektor der medizinischen Versorgung unterfinanziert sind (vgl. Wimmer, MedR 1998, 533, 536), bleiben im Zusammenhang mit der Vereinbarung der Gesamtvergütung ohne rechtliche Relevanz, so dass die KV darauf beschränkt ist, lediglich die rechtmäßig vereinbarte Gesamtvergütung zu verteilen. Steht sonach der für die Honorierung aller vertragsärztlichen Leistungen maximal zur Verfügung stehende Geldbetrag unabhängig von der Zahl der ärztlichen Leistungserbringer und der erbrachten ärztlichen Leistungen als Ergebnis der Vereinbarungen der Gesamtvertragspartner fest, kann sich für den einzelnen Arzt von vornherein kein Anspruch auf ein Honorar in bestimmter Höhe, sondern nur ein Anspruch auf einen seiner Leistung entsprechenden Anteil an dieser Gesamtsumme ergeben.

(2) Die hiergegen gerichteten verfassungsrechtlichen Einwände der Kläger überzeugen den Senat nicht. Zwar ist die freiberufliche Tätigkeit des Vertragsarztes dem uneingeschränkten Schutz des [Art. 12 GG](#) unterstellt (BVerfGE 11, 30 ff; vgl. aber [BSGE 73, 223](#), 226 und BVerfG NZS 1998, 223, 226). Ungeachtet dessen ist die Tätigkeit des Vertragsarztes kein eigenständiger freier Beruf nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#). Sie stellt nur eine besondere Ausübungsform des allgemeinen Berufs des frei praktizierenden Arztes dar (so zutreffend Krauskopf in: Laufs/Uhlenbruck, Handbuch des Arztrechts, 3. Auflage, 2002, S. 228; vgl. BVerfGE 11, 30 ff.). Demgemäß bewirkt der Verzicht auf die Zulassung keinen Berufswechsel, wenn der Arzt seine Tätigkeit nunmehr auf privatärztliche Behandlungen beschränkt. [Art. 12 Abs. 1 GG](#) enthält ein Freiheitsrecht, das dem Einzelnen die freie Entfaltung seiner Persönlichkeit zur materiellen Sicherung seiner individuellen Lebensgestaltung ermöglicht (BVerfGE 81, 242, 254). Der Staat ist seiner Verpflichtung nachgekommen, die Freiheit der Berufsausübung sicherzustellen, denn es bestehen Regelungen, die die Vergütung des Vertragsarztes und des privatärztlich tätigen Arztes zum Gegenstand haben (vgl. BVerfGE 40, 121 ff; 82, 60). Lediglich in bestimmten Bereichen kann sich der abwehrrechtliche Charakter des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zu einem Teilhabanspruch verdichten (BVerfGE 33, 303, 331). Zutreffend verweisen die Kläger darauf, dass die Grundrechte überwiegend Abwehrrechte sind. Leistungsansprüche als subjektive Rechte werden im Grundgesetz nur an wenigen Stellen gewährt. Finanzielle Leistungsansprüche sieht das Grundgesetz gar nicht vor. Zur Überzeugung des Senats folgt aus dem solchermaßen umrissenen Charakter des [Art. 12 Abs. 1 GG](#), dass unmittelbar auf dieses Grundrecht gestützte Leistungsansprüche allenfalls dann in Betracht kommen, wenn es notleidend wird. Das ist vorliegend nicht der Fall.

Die dem Vertragsarzt angesichts der nicht unendlichen finanziellen Leistungsfähigkeit der Krankenkassen und der Versicherten auferlegten vielfältigen Beschränkungen unterscheiden sich nur der Form nach von den Beschränkungen, die sich bei der Behandlung von

Privatpatienten aus deren finanzieller Leistungskraft ergeben. Infolgedessen liegt es nahe, die von den Klägern aufgeworfene Frage danach, ob sich für den Vertragsarzt aus [Art. 12 GG](#) ein Vergütungsanspruch in bestimmter Höhe ergeben kann, dahin zu beantworten, dass dies allenfalls dann denkbar ist, wenn das Vergütungsniveau unter Einbeziehung der privatärztlich erzielten Vergütungen dermaßen sinkt, dass die freiberufliche Tätigkeit als Arzt nicht mehr zumutbar ausgeübt werden kann. Die von den Klägern herangezogene Entscheidung des BVerfG (E 47, 285, 326) zur Vergütung von Notaren führt deswegen nicht weiter. Vielmehr: Dass die im sozialgerichtlichen Verfahren dem Anwalt nach § 116 BRAGO a.F. zustehende Gebühr seit Jahren unangemessen niedrig ist und nicht ansatzweise geeignet ist, den anwaltlichen Beistand angemessen zu honorieren, ist seit jeher beklagt worden (vgl. Plagemann NJW 1990, 2717). Ungeachtet dessen hat das BVerfG diese Gebührenhöhe niemals beanstandet. Der Senat geht daher davon aus, dass eine (gemeinwohlverträgliche) Gebührenregelung nur dann über [Art. 12 GG](#) korrigiert werden kann, wenn das Vergütungsniveau unzumutbar wird und den Einzelnen übermäßig belastet (vgl. BVerfG, Beschlüsse vom 06.07.2000 - [1 BvR 1125/99](#) - und vom 12.07.2000 - [1 BvR 2260/97](#) -). Eine derartige Situation ist nicht nachgewiesen und kann sich im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung auch nur schwerlich ergeben. Da der Beklagten eine Beobachtungs- und Anpassungspflicht auferlegt ist, muss sie ggf. geeignete Maßnahmen ergreifen, um ein unzumutbar niedriges Vergütungsniveau zu verhindern. Erst wenn festgestellt werden kann, dass a) die Beklagte gegen diese Pflicht verstoßen hat b) infolgedessen die Vergütung auf ein unzumutbares Niveau abgesunken ist und c) auch die privatärztliche Vergütung nicht ausreicht, um die freiberufliche Tätigkeit als Arzt zumutbar auszuüben, kann erwogen werden, aus [Art. 12 GG](#) (ausnahmsweise) einen unmittelbaren Anspruch herzuleiten.

Ob und welches Einnahmenvolumen die Kläger aus privatärztlicher Tätigkeit erzielen, kann offenbleiben. Denn ein auf [Art. 12 GG](#) gestützter Honoraranspruch scheitert schon daran, dass die Vergütung aus vertragsärztlicher Tätigkeit im Quartal III/1997 nicht auf ein unzumutbares Niveau abgesunken ist, im übrigen aber die Beklagte ohnehin noch nicht verpflichtet war zu reagieren, da die Honorartöpfe im Quartal I/1997 erstmals gebildet worden sind.

(3) Das also als Prüfungsmaßstab allein verbleibende Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist verletzt, wenn vom Prinzip der gleichmäßigen Vergütung abgewichen wird, obwohl zwischen den betroffenen Ärzten bzw. Arztgruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass eine ungleiche Behandlung gerechtfertigt ist. Das Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs. 1 GG](#) enthält jedoch nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot, wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln (ständige Rechtsprechung, z.B. [BVerfGE 98, 365](#)). Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Gesetzgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, dass sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf (BVerfGE a.a.O.; vgl. auch BSG, Urteil vom 21.10.1998, - [B 6 KA 71/97 R](#) - = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). Dieses dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot kann 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 führt, die - etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen - die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten kann (vgl. hierzu im einzelnen für bestimmte psychotherapeutische Leistungen BSG, Urteil vom 20.01.1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - = [SozR](#) und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führt, die - etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen - die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten kann (vgl. hierzu im einzelnen für bestimmte psychotherapeutische Leistungen BSG, Urteil vom 20.01.1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#) = [BSGE 83, 205](#)). Maßgebend für die Beurteilung, ob gegen das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verstoßen wurde, ist nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der KV, deren Honorarverteilung angegriffen wird.

Davon ausgehend ist nicht zu erkennen und von den Klägern auch nicht schlüssig vorgetragen, dass das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit verletzt sein könnte. Die Beklagte hat insbesondere nicht dadurch gegen den Grundsatz der Verteilungsgerechtigkeit verstoßen, dass sie den der Gruppe der Radiologen zustehenden Honoraranteil, der sich in Anknüpfung an das Honorarvolumen der Ausgangs quartale des Jahres 1996 ergab, nicht erhöht hat.

Ein massives Absinken des Punktwertes ist nicht festzustellen. 1996 lagen die Durchschnittspunktwerte aller Arztgruppen im Bereich PK bei durchschnittlich bei 6,5516 Pf. und im Bereich EK bei 7,7414 Pf. ... Die Punktwerte der aus dem Honorartopf für Radiologen vergüteten Leistungen lagen (ausweislich der von der Beklagten übersandten Punktwertetabellen) im Quartal III/1997 mit 6,2272 Pf./PK und 7,2316 Pf./EK höher als der Durchschnittspunkt看rt "rot" für nicht budgetierte Fachgruppen, der 5,9828 Pf./PK und 6,7317 Pf./EK betrug. Eine Korrekturverpflichtung der Beklagten besteht deshalb nicht (BSG, Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - und 61/97 R - und vom 03.03.1999 - [B 6 KA 56/97](#)). Von den vorstehenden Erwägungen ausgehend sind die Beweisanträge zu 1. bis 3. rechtlich irrelevant.

(4) Die Kläger können den geltendgemachten Anspruch auch nicht auf [Art. 14 Abs. 1 GG](#) stützen. Die Eigentums-garantie des [Art. 14 GG](#) soll dem Grundrechtsträger einen Freiraum im vermögensrechtlichen Bereich erhalten und dem Einzelnen damit die Entfaltung und eigenverantwortliche Lebensgestaltung ermöglichen (BVerfG, Beschluss vom 22.05.1979 - [1 BvL 9/75](#) -). Zwar gehören die Großgeräte zum Unternehmen der Kläger und werden damit von der Eigentums-garantie des [Art. 14 GG](#) umfasst. Diese schützt jedoch nicht vor erhöhten Belastungen als Auswirkung von Honorarvergütungsregelungen. Dass die Kläger nach der Standortgenehmigung durch den Großgeräteausschuss, dem auch die Beklagte angehörte ([§ 122 Abs. 3 SGB V](#) a.F.), auch in Zukunft eine rentable Praxis betreiben konnten und können, fällt nicht in den Schutzbereich des [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Eine Garantenpflicht der Beklagten dahingehend, durch ein entsprechendes Honorar einen leistungsfähigen und wirtschaftlichen Einsatz zu gewährleisten, besteht deshalb nicht (vgl. BVerfG, Urteil vom 20.04.2004 - [1 BvR 1748/99](#), [1 BvR 905/00](#) -).

jj) Soweit die Kläger mit ihrem Begehren auch auf eine ihnen günstigere Bewertung der von ihnen erbrachten Leistungen im EBM abzielen, steht dem die in ständiger Rechtsprechung (z.B. BSG, Urteil vom 24.08.1994 - [6 RKA 8/93](#) - = [SozR 3-1500 § 96 SGG Nr. 3](#); Urteil vom 07.02.1996 - [6 RKA 6/95](#) -; Urteil vom 20.01.1999 - [B 6 KA 46/97](#) - = [BSGE 83, 205](#); LSG NRW, Urteil vom 31.08.1994 - L 11 KA 88/93 -; Urteil vom 14.01.1998 - L 11 KA 147/97 -) betonte eingeschränkte Überprüfbarkeit der vom Bewertungsausschuss getroffenen Entscheidungen entgegen.

Dem liegt zugrunde: Die KBV vereinbart mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse als Bestandteil der Bundesmantelverträge einen einheitlichen Bewertungsmaßstab für die ärztlichen und einen Bewertungsmaßstab für die zahnärztlichen Leistungen ([§ 87 Abs. 1](#), Satz 1 SGB V). Der Beschluss des Bewertungsausschusses ist rechtlich als vertragliche Vereinbarung der

Vertragspartner der Bundesmantelverträge zu werten und als Rechtsnorm einzuordnen (BSG, Urteil vom 01.07.1992 - [14a/6 R Ka 1/90](#) = [BSGE 71, 42](#); Urteil vom 29.09.1993 - [6 R Ka 65/91](#) - = [BSGE 73, 131](#) ff; Urteil vom 20.01.1999 - B 6 Ka 16/98 R - = [MedR 1999, 432-434](#); Urteil vom 25.08.1999 - [B 6 KA 38/98 R](#) - = [BSGE 84, 247](#); Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 21/00 R](#) -). Der EBM bestimmt den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Die Bedeutung des EBM beschränkt sich nicht auf die Funktion eines bloßen Leistungs- und Bewertungsverzeichnisses. Er enthält Regelungen, die über eine zur Leistungsbewertung notwendige Regelung hinaus die Leistungsstrukturen betreffen (BSG, Urteil vom 20.03.96 - [6 R Ka 51/95](#) - = [BSGE 78, 98](#); Urteil vom 17.09.1997 - [6 R Ka 36/97](#) - = [BSGE 81, 86](#) ff.). Dazu gehören auch die Regelungen über die Budgetierung. Die Rechtmäßigkeit arztgruppenbezogener fallzahlabhängiger Praxisbudgets und leistungsbezogener fallzahlabhängiger Zusatzbudgets war mehrfach Gegenstand von Entscheidungen des BSG. Sie sind sowohl von der Rechtsgrundlage als auch der Höhe nach als rechtmäßig beurteilt worden (BSG, Urteil vom 08.03.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) -, [BSGE 86, 16](#) ff.; Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -; Urteil vom 06.09.2000 - [B 6 KA 40/99 R](#) -, [BSGE 87, 112](#) ff.). Das BSG hat auch die im EBM - Anl. 3 zu A I. Teil B - enthaltenen Kostensätze, die einen Faktor bei der Berechnung der Fallpunktzahlen für die Budgetierung (Praxis-, Zusatzbudget) darstellen, für - noch - rechtmäßig gehalten (BSG, Urteil v. 15.05.2002 - B 6 KA 133/01 R - = [SGB 2002, 440](#)). Die Festlegung der Kostensätze hat das BSG ebenfalls als Normsetzung qualifiziert und auch insoweit dem Normsetzer Gestaltungsfreiheit eingeräumt, die grundsätzlich auch von der Rechtsprechung zu respektieren ist und von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden darf. Eine Begrenzung des Gestaltungsspielraums und eine strengere gerichtliche Kontrolle hat es jedoch hinsichtlich der Kostenansätze gesehen, weil damit auf tatsächliche Verhältnisse Bezug genommen wird. Diese strengere Kontrolle erstreckt sich in verfahrensrechtlicher Hinsicht darauf, 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. Die im EBM festgelegten Kostensätze sind indes für den vorliegenden Fall insoweit ohne Bedeutung, als die Leistungen der Radiologen nicht budgetiert sind (EBM A I. Teil B Anl. 3). Der Vortrag der Kläger, der Bewertungsausschuss habe bezüglich der Kosten keinerlei Ermittlungen angestellt, kann sich deshalb nur darauf beziehen, dass für die von den Radiologen zu erbringenden Leistungen (EBM Q - T) höhere Punktzahlen festzusetzen seien. Denn mit den Punkten sollen nicht nur die ärztlichen Leistungen sondern auch die Kosten abgegolten werden (EBM A I Teil A). Die Bewertungsausschüsse haben die Aufgabe, die punktzahlenmäßige Bewertung festzulegen und deren Überprüfung in bestimmten Zeitabständen daraufhin vorzunehmen, ob die Leistungsbeschreibungen und ihre Bewertungen noch dem Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik sowie dem Erfordernis der Rationalisierung im Rahmen wirtschaftlicher Leistungserbringung entsprechen ([§ 87 Abs. 2 SGB V](#)). Durch die personelle Zusammensetzung des Bewertungsausschusses und den vertraglichen Charakter der Bewertungsmaßstäbe wird gewährleistet, dass die unterschiedlichen Interessen der Ärzte und der gesetzlichen Krankenkassen ausgeglichen werden und auf diese Weise eine sachgerechte Abgrenzung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Dies erfordert die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Den Gerichten ist es deshalb verwehrt, eine im EBM-Ä vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen, abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistung und der Angemessenheit der Vergütung nicht entspricht. Es kann 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. Ein Eingreifen der Gerichte ist nur dann zulässig, wenn sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitengruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen (BSG, Urteil vom 20.01.1999 - [B 6 KA 46/97](#) - a.a.O.; Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - a.a.O.).

Ein solcher Fall liegt nicht vor. Ein unsachgemäßes Vorgehen bei der Beurteilung des radiologischen Leistungsspektrums ist nicht erkennbar. Zwar hat den Beschlüssen des Bewertungsausschusses eine auf die Gesamtpraxis bezogene Kostenstrukturanalyse für die Arztgruppe der Radiologen offensichtlich nicht zugrundegelegt. Dafür indes, dass sich der Bewertungsausschuss von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen, ergibt sich kein Anhalt. Dieser ergibt sich auch nicht aus den von den Klägern übersandten Protokollen der Vertreterversammlung der KBV (vom 26.05.1997 und vom 18./19.05.1998), denen zu entnehmen ist, dass die Vertreterversammlung den Vorstand deswegen gerügt hat, weil er ihren Beschluss, auch die konventionell-radiologischen Leistungen im EBM betriebswirtschaftlich zu berechnen und somit eine Ungleichbehandlung mit den anderen Leistungen zu beseitigen, nicht umgesetzt habe. Denn - wie oben dargelegt - erfordert der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und denen der Krankenkassen die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Im übrigen bezieht sich der Senat insoweit auf die den Beteiligten bekannte Entscheidungen des Hessischen Landessozialgerichts (LSG) vom 26.02.2003 ([L 7 KA 1373/01](#), [L 7 KA 1441/00](#) und [L 7 KA 1187/01](#)), vom 29.01.2003 ([L 7 KA 1105/01](#)) und vom 16.10.2002 ([L 7 KA 721/02](#)). Zumindest in einem der Verfahren ([L 7 KA 721/02](#)) waren die jetzigen Prozessbevollmächtigten der Kläger auch Verfahrensbevollmächtigte. Das Hessische LSG ([L 7 KA 1105/01](#)) hat zur Punktbewertung des radiologischen Leistungsspektrums die Kostenstrukturanalyse des Zentralinstituts (ZI) der KBV und der KVen angeführt, wonach in den Jahren 1996 bis 1998 von Radiologen (in den alten Bundesländern) jährlich Gesamteinnahmen von mehr als 1 Mio. DM erwirtschaftet worden sind und 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 hat dabei ca. 80% der Gesamteinnahmen betragen. 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. Das Hess. LSG hat dazu ausgeführt, jedenfalls hätten 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 beim erkennenden Senat (Hess. LSG) anhängigen Streitverfahren selbst in der Hand, durch Vorlage geprüfter und repräsentativer Auskünfte von einer Vielzahl von Fachkollegen die vorgetragene Behauptung zu erhärten, dass eine Mehrzahl der radiologischen Praxen - jedenfalls aber derart viele - die vertragsärztliche einstellen müssten und deshalb die Versorgung - auch in der Fläche - mit Leistungen der diagnostischen Radiologie, der MRT etc. gefährdet erscheine.

Diese Ausführungen geltend auch für den vorliegenden Fall. Der Beweisantrag zu 5. ist deshalb ebenfalls rechtlich irrelevant.

Auch ist der Bewertungsausschuss wie jeder andere Normsetzer nicht zur Begründung der Norm verpflichtet. Eine derartige Verpflichtung besteht ausnahmsweise nur dann, wenn sachliche Gründe für eine Regelung nicht ohne weiteres erkennbar sind und diese daher als willkürlich erscheinen könnte (BSG, Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -). Das ist hier - wie oben dargelegt - nicht der Fall.

kk) Es ist auch nicht zu beanstanden, dass der EBM den Begriff des Behandlungsfalles für ein Quartal als entscheidend ansieht und nicht den

konkreten Leistungsfall. Ein Behandlungsfall kann ggf. auch mit mehreren Untersuchungen und somit mit einem höheren ärztlichen und apparativen Aufwand in einem Quartal verbunden sein, ohne dass weitere Abrechnungen möglich sind. Diese Regelung folgt aus § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä). Dass der ärztliche Aufwand von Behandlungsfall zu Behandlungsfall unterschiedlich sein kann, ist nicht außergewöhnlich sondern typisch. Der Normgeber des EBM konnte deshalb ebenfalls den allgemeinen Begriff des Behandlungsfalles heranziehen; ihm obliegt jedoch hinsichtlich der Auswirkungen eine Beobachtungs- und Überprüfungspflicht. Umstände, die den Normgeber hätten drängen müssen, bereits ab 1. Juli 1997 für Radiologen eine von § 21 Abs. 1 BMV-Ä abweichende Regelung zu treffen, sind nicht ersichtlich.

Nicht zu beanstanden ist auch die Regelung in A I Teil A 1. EBM, wonach eine Leistung nur berechnungsfähig ist, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht. Dafür, dass für die Arztgruppe der Radiologen von diesem Grundsatz abgewichen werden müsste, ergibt sich kein sachlicher Grund. b) Sofern die Kläger vortragen, die angefochtenen Bescheide seien deswegen rechtswidrig, weil der EBM-Normgeber nicht hinreichend demokratisch legitimiert sei, folgt der Senat dem nicht. Das BSG hat seine in ständiger Rechtsprechung vertretene Auffassung, dass keinerlei Bedenken gegen die Normsetzungsbefugnis des Bewertungsausschusses bestehen ([BSGE 89, 259](#), 264; [E 83, 205](#), 208; vgl. auch BSG, Urteil vom 15.05.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -), neuerlich bestätigt (BSG, Urteil vom 28.01.2004 - [B 6 KA 52/03 R](#) -). Dabei ist beachtenswert, dass die von den Kägerbevollmächtigten verfasste aktenkundige Revisionsbegründung zum Streitverfahren [B 6 KA 73/03 R](#) (Pathologen), in der sie ebenfalls vortragen, der EBM-Normgeber sei nicht demokratisch legitimiert, dem BSG bereits vorgelegen hat (Schriftsatz vom 21.10.2003), als es mit Urteil vom 28.01.2004 seine Rechtsprechung zur Normsetzungsbefugnis des Bewertungsausschusses nochmals bekräftigte. Auch der erkennende Senat sieht weiterhin keinen durchgreifenden Ansatzpunkt dafür, hiervon abzuweichen. Nach [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vereinbaren die Kassenärztliche Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse den einheitlichen Bewertungsmaßstab als Bestandteil der Bundesmantelverträge. Diese Vereinbarung ist ihrer Rechtsnatur nach ein öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinn des [§§ 53 ff. SGB X](#). Ungeachtet dessen, dass die rechtliche Einordnung des Bewertungsausschusses fraglich ist (hierzu Hencke in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 87 Rn. 4), bleibt entscheidend, dass die Beschlüsse des Bewertungsausschusses als Vereinbarung der Vertragspartner gewertet werden und damit den Regeln der [§§ 53 ff. SGB X](#) folgen (zutreffend Hencke a.a.O.). Diese Konstruktion ist - entgegen der Auffassung der Kläger - nicht zu beanstanden. Die Vertragspartner ([§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) bedienen sich des Bewertungsausschusses, um den EBM zu vereinbaren. Der "einfache" Bewertungsausschuss handelt nicht autonom. Die Mitglieder des "einfachen" Bewertungsausschusses werden von den Vertragspartnern bestellt ([§ 87 Abs. 3 SGB V](#)). Sie sind weisungsabhängig und können jederzeit abberufen werden. Die Delegatäre müssen den Beschlüssen im Rahmen der Entscheidungsfindung zuvor zustimmen (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 34/01 R](#) -). Der Beschluss des "einfachen" Bewertungsausschusses ersetzt faktisch den Vertragsabschluss; für den erweiterten Bewertungsausschuss gilt im Ergebnis nichts anderes ([§ 87 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#)). M.a.W.: Kraft gesetzlicher Anordnung übertragen die Vertragspartner die Vertragsabschlusskompetenz auf ein von ihnen zu besetzendes Gremium. Dessen Verhandlungen münden in einen Beschluss ein, der den an sich gebotenen öffentlich-rechtlichen Vertrag ersetzt. Bei dieser Konstellation ist es nicht nur sachgerecht, sondern rechtlich geradezu geboten und folgerichtig, dass der Gesetzgeber den Beschluss des Bewertungsausschusses den Vertragspartnern über [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zurechnet ("vereinbaren durch den Bewertungsausschuss") und dies als Grundlage für eine kooperative Rechtsetzung nimmt. Hieraus wiederum folgt, dass der Bewertungsausschuss - entgegen der Auffassung der Kläger - kein eigenständiges und demokratisch nicht legitimates Normsetzungsgremium ist.

Soweit die Kläger weiter meinen, auch die Normgeber des BMV-Ä seien nicht verfassungskonform beschaffen, mithin sei der EBM rechtswidrig zustande gekommen, was auf die angefochtenen Honorarbescheide durchschlage, teilt der Senat diese Auffassung nicht. Hinsichtlich des Einwandes, der fehlende Minderheitenschutz mache die Beschlüsse der Vertreterversammlung der KBV rechtsstaatlich "insuffizient", verweist der Senat auf seine Ausführungen zu Ziffer 2 a) aa), die hier entsprechend gelten. Auch die Auffassung, die Delegatäre der Spitzenverbände der Krankenkassen seien nicht rechtsstaatlich legitimiert, trägt nicht. Die Kläger leiten ihre Auffassung insoweit daraus ab, dass die Landesverbände der gesetzlichen Krankenkassen aus den Orts-, Betriebs- und Innungskrankenkassen gebildet werden, die - einschließlich der Ersatzkassen - nicht demokratischen Mindestanforderungen genügen würden, da ihre Tätigkeit auf rechtswidrigen "Friedenswahlen" beruhe. Dem ist entgegenzuhalten, dass Friedenswahlen ihre gesetzliche Grundlage in [§ 46 Abs. 3 SGB IV](#) finden. Sofern sie verfahrensrechtlich ordnungsgemäß durchgeführt werden, schaffen sie die demokratische Legitimation für die hierdurch gewählten Organe und deren Ableitungen. Auch verfassungsrechtlich sind derartige Wahlen bedenkenfrei. Die Behauptung der Kläger, mehrheitliches Desinteresse vermittele keine ausreichende demokratische Legitimation, trifft nicht zu. Diese Legitimation wird nicht durch eine Wahlbeteiligung von 100 v.H. geschaffen, sondern dadurch, dass den Wahlberechtigten die Möglichkeit eingeräumt wird, in einer den Anforderungen des [Art. 28 Abs. 1 Satz 2 GG](#) genügenden Wahl ihren Willen zu bekunden (vgl. [§ 45 Abs. 2 SGB IV](#)). Im übrigen rechtfertigen sich Friedenswahlen dadurch, dass jede im sozialpolitischen Bereich wirkende Organisation ohne übermäßige Schwierigkeiten Vorschlagslisten einreichen und somit eine Wahlhandlung bewirken kann (zutreffend Maier in: Kasseler Kommentar, [§ 45 SGB IV](#) Rn. 5). Im übrigen hat auch das BSG derartige Wahlen ausdrücklich als verfassungsgemäß anerkannt ([BSGE 36, 242](#)). Auch insoweit sich das BSG mit Verfahrensfehlern im Zusammenhang mit Friedenswahlen auseinandergesetzt hat, sind die Wahlen dem Grunde nach nicht als rechtswidrig beanstandet worden (vgl. BSG, Urteil vom 16.12.2003 - [B 1 KR 36/02 R](#) -).

Der Einwand der Kläger, Ersatzkassenverbände könnten als juristische Personen des Privatrechts keine Rechtsnormen setzen, führt gleichermaßen nicht weiter. Soweit es um den EBM geht, setzen die Ersatzkassenverbände kein Recht. Zwar entsenden auch die Ersatzkassenverbände Vertreter in den Bewertungsausschuss ([§ 87 Abs. 3 SGB V](#)). Dies ändert indessen nichts daran, dass es sich hierbei um ein öffentlich-rechtliches Normsetzungsgremium handelt. Ob und inwieweit ein Delegierter einer Ersatzkasse mehrheitsbildend wirkt, ist unerheblich, denn die Norm setzt der Ausschuss und nicht der Delegierte.

Schließlich trägt auch der Einwand nicht, die Verwaltungsräte würden die Versicherten nicht vertreten, weil sie zur Hälfte aus Arbeitgebervertretern bestehen; diese seien überdies nicht legitimiert, Grundrechte der Versicherten oder gar der Vertragsärzte zu definieren. Die Zusammensetzung der Selbstverwaltungsorgane wird durch [§ 44 SGB IV](#) bestimmt. Danach setzen sich diese grundsätzlich je zur Hälfte aus Vertretern der Versicherten und der Arbeitgeber zusammen ([§ 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV](#)). Diese Regelung beruht auf [§ 29 Abs. 2 SGB IV](#), durch die der Grundsatz der Parität festgeschrieben wird. Die Selbstverwaltung wird durch die "Betroffenen" ausgeübt. Diesem Prinzip kommt als einem tragenden Organisationsprinzip der Sozialversicherung keine besondere Bedeutung zu ([BSGE 58, 247](#)). Demgemäß hat der Senat keinerlei Zweifel daran, dass zumindest in diesem speziellen System die nach [§ 44 Abs. 1 Nr. 1 SGB IV](#) paritätisch gebildeten Selbstverwaltungsorgane demokratisch legitimiert sind.

Zusammenfassend ergibt sich damit: Der EBM-Geber ist rechtsstaatlich hinreichend legitimiert. Auch der BMV-Ä ist wirksam; dessen Normgeber genügen verfassungsrechtlichen Anforderungen. c) Die Ablehnung von Stützungsmaßnahmen für das streitige Quartal ist ebenfalls nicht rechtswidrig. Eine Konstellation, die der Situation der Psychotherapeuten bei der Erbringung strikt zeitgebundener Leistungen vergleichbar wäre, hat das BSG bei der Erbringung radiologischer Leistungen verneint (Urteil vom 03.03.1999 - [B 6 KA 8/98](#) -). Wie aus den Ausführungen zu Punkt 2. a) ii) folgt, ist hinsichtlich der Arztgruppe der Radiologen ein dauerhafter erheblicher Punktwertabfall, der Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung bzw. zu Stützungsmaßnahmen gäbe, nicht eingetreten.

Die Frage, ob die Beklagte für die Praxis der Kläger eine Ausnahme bzw. eine Härte anerkennen musste, ist ebenfalls zu verneinen. Denn die Kläger haben nicht eine sich aus der Besonderheit ihrer Praxis ergebende Härte, sondern Auswirkungen der Honorarverteilungsregelungen des maßgeblichen HVM auf die gesamte Arztgruppe der Radiologen dargetan.

III. Eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht nach [Art. 100 GG](#) kommt nicht in Betracht. Der Senat hat - wie ausführlich dargelegt - die Überzeugung gewonnen, dass weder [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 2 Satz 4, Abs. 3 Satz 1 und Absatz 4 SGB V](#) noch sonstige für die Entscheidung relevanten Rechtsnormen gegen [Art. 12 Abs. 1 GG](#), [Art. 3 GG](#) und/oder [Art. 14 GG](#) verstoßen.

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#) in der bis zum 31.12.2001 geltenden Fassung. Zwar ist der Widerspruch nicht innerhalb von drei Monaten ([§ 88 Abs. 2 SGG](#)), sondern erst nach etwa neun Monaten beschieden worden. Unter Abwägung der Bedeutung der Untätigkeitsklage, mit der die Kläger obsiegt hätten, und der Anfechtungs- und Verpflichtungsklage, mit der sie unterlegen sind, hat der Senat dem Obsiegen keine für die Kostenentscheidung wesentliche Bedeutung beigemessen.

V. Die Revision ist wegen grundsätzlicher Bedeutung zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-10-21