

L 7 KA 1104/01

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 5 KA 57/99
Datum
20.06.2001
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 1104/01
Datum
17.09.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 12/04 R
Datum
09.12.2004
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main am 20. Juni 2001 wird zurückgewiesen.

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

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des vertragsärztlichen Honorars für die Quartale III/97 und IV/97. Die Kläger sind als Fachärzte für Radiologie zur vertragsärztlichen Behandlung mit Praxissitz in H. zugelassen. In den beiden streitbefangenen Quartalen übten sie ihre vertragsärztliche Tätigkeit (insgesamt fünf Ärzte) gemeinschaftlich mit zwei weiteren Radiologen aus; diese sind zwischenzeitlich aus der Gemeinschaftspraxis ausgeschieden und haben ihre Honoraransprüche an die Kläger abgetreten. In Hessen waren im Quartal III/97 insgesamt 87 radiologische Praxen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt.

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

II. 1.) In ihren "Grundsätzen der Honorarverteilung" (Honorarverteilungsmaßstab - HVM -) führte die Beklagte ab dem Quartal III/92 zunächst für den Primärkassenbereich eine arztbezogene Honorarbegrenzung ein, die auf den Teilfallwert der Fachgruppe abstellte, der Grundlage für die einer Mengengrenzung unterliegenden Leistungen bzw. Leistungsbereiche war. In der Folgezeit wurde diese Honorarbegrenzung unter Bildung von einzelnen Honorargruppen ab dem Quartal I/93 sowie unter Einbeziehung des Ersatzkassenbereichs ab dem Quartal I/95 mehrfach modifiziert. Es wurden für beide Kassenbereiche jeweils Honorargruppen eingeführt, wobei die nicht spezifisch aufgeführten Leistungen der Honorargruppe 4 wiederum einer Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu Leitzahl (LZ) 702 HVM unterworfen wurden. Die Abstaffelungsregelung nach Anlage 3 veränderte die Beklagte in der Folgezeit mehrfach. Ab dem Quartal III/96 wurden bezüglich der Honorarbegrenzung wesentliche Umstellungen in Bezug auf eine individuelle Bemessungsgrenze vorgenommen, verbunden mit einem auf den Teilfallwert der Fachgruppe zurückgreifenden Spielraum hinsichtlich zu berücksichtigender Veränderungen (etwa auch Wachstumsraten).

2.) Ab dem Quartal III/97 - und damit dem ersten der vorliegend streitbefangenen Quartale - nahm die Beklagte wiederum umfangreiche Änderungen des HVM in Bezug auf die Honorarbegrenzung vor. Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 14. Juni 1997 wurde die Verteilung der Vergütungen in § 7 HVM geregelt. Dieser Beschluss wurde unter Hinweis auf § 28 der (Haupt-)Satzung der Beklagten (welcher in der vorliegend maßgeblichen Fassung vorsieht, dass Bekanntmachungen der Beklagten und ihrer Gliederungen

entweder durch Veröffentlichung im "Hessischen Ärzteblatt" oder durch Rundschreiben zu erfolgen haben) als Anlage zu einem an alle in Hessen niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte gerichteten Rundschreiben vom 24. Juni 1997 versandt. Für Einzelheiten und die späteren Änderungen im HVM wird auf die Anlagen im Ordner ("Gemeinsamer Senatsordner") Bezug genommen.

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

III. In den Quartalen III/97 und IV/97 und in den Vorquartalen (sowie im Vergleich zu den in Hessen an der Versorgung teilnehmenden radiologischen Praxen) wies die Praxis der Kläger (für kurativ-ambulant = AMB) die in der nachfolgend dargestellten tabellarischen Übersicht - auszugsweise - ausgewiesenen Daten auf.

Tabellarische Übersicht: Praxisdaten der Kläger und Daten der Fachgruppe Quartal Fallzahl Kl.-Praxis - Fallzahl Fach-Gruppe
(hier: je Praxis, nicht je Arzt) Fallwert Kl. (Durchschnittshonorar je Patient)

in DM Fallwert Fachgruppe

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

in DM Punkt- wert (PrK/ ErSk) - ge- stützt - HGr. 4.16 in Pfg. Nettohonorar (nach Ab-zug für Sicherstellung ärztl. Versorgung u. Verw.-Kost.)

insg. in DM

I/95

II/95

III/95 199,19

IV/95

I/96

II/96

III/96 5.470 239,34

IV/96 5.824 230,98

I/97 6.216 232,56

II/97 6.167 232,23

III/97 5.752 2.524 240,70 216,81 +12% 1.384.501,07 6,4/7,5 941.030,06 Nz+226,16 941.256,22

IV/97 5.798 2.692 237,69 215,20 +11% 1.378.135,64 6,9/ 7,85 985.692,21

I/98 2.959 215,49 6,41/7,54

II/98 2.729 218,23 6,59/7,62

1.) Die unter dem Datum des 26. Januar 1998 aufgestellte Anzahl- und Summenstatistik für das Quartal III/97 wies (ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pfg.) eine Honoraranforderung der Kläger für die kurativ-ambulante Behandlung (AMB) aus in Höhe von 1.384.501,07 DM (Primär- und Ersatzkassen). Die Beklagte führte Teilquotierungen nach Abschnitt I und Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM durch. Die dem Honorarbescheid als Anlage beigefügte, unter dem Datum vom 24. März 1998 erstellte Maßnahmenübersicht ... Honorarverteilung ergab eine Summe der "Belastung" aus den durchgeführten Maßnahmen von insgesamt (+) 1.661,40 DM (Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM: (plus) 12.929,35 DM (AMB) für den Primärkassen- (PK) und 18.396,94 DM (AMB) für den Ersatzkassenbereich (EK); Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/2 HVM: PK (minus) 12.243,64 DM und EK (minus) 17.421,25 DM (AMB)).

a) Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 teilte die Beklagte sodann (unter Berücksichtigung rechnerischer bzw. sachlicher Richtigstellungen, die vorliegend nicht streitig sind) den Klägern für das Quartal III/97 ein Nettohonorar in Höhe von insgesamt 941.030,06 DM wie folgt mit: Primärkassen (PrK): 351.347,88 DM Ersatzkassen (ErSk): 584.874,02 DM Sonstige Kostenträger: 30.354,55 DM Gesamthonorar: 966.576,45 DM Sicherstellung ärztl. Versorgung von gesamt: (- 0.30 %)/. 2.900,00 DM Zwischensumme 963.676,45 DM Abzüge von Zw.summe für Verwaltungskosten: Bezirksstelle (- 1.5275 %)/. 14.720,67 DM Landesstelle (- 0,55 %)/. 5.300,20 DM Rechenzentr. (- 0,16 %)/. 1.541,41 DM KBV (- 0,1125 %)/. 1.084,11 DM Nettohonorar 941.030,06 DM

Nach einer Mitteilung der Quotenfestsetzung vom 27. März 1998 betrug der Punktwert für das Quartal III/97 (nach Stützung) bei Radiologen etc. (Honorargruppe 4.16) im Primärkassenbereich 6,4 Pfennig, im Ersatzkassenbereich 7,5 Pfennig. Der Auszahlungsprozentsatz für EHV-berechtigte Ärztinnen/Ärzte betrug 95,0 %. In einer weiteren Anlage zum Bescheid (Datum: 24. April 1998 - Bl. 251 Gerichtsakte) erfolgte der "Nachweis zur fallzahlabhängigen Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I der Grundsätze der Honorarverteilung(= HVM) - nur für die nicht in die EBM-Budgetierung einbezogenen Arztgruppen -". Bei einer Zahl der abgerechneten (ambulanten) Behandlungsfälle von 5.752 ergab sich danach für die Praxis der Kläger für das Quartal III/97 eine budgetrelevante Fallzahl von 5.676. Dieser wurde die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal III/97 (bei 5 Ärzten: $5 \times 1.395 = 6.975$) gegenübergestellt. Das ergab für 3.488 (= $\frac{1}{2}$ von 6.975) Fälle eine Anhebung der Fallpunktzahl um 10 % und bei 2.188 Fällen eine Absenkung um 10 %. Im Rahmen der "fallzahlabhängigen" Bewertung bestimmte sich ein "Bewertungsfaktor" von 102,29 %. Bei Anwendung der "fallzahlabhängigen" Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I (HVM) ergab sich - ausgehend von einem angeforderten (ambulanten) Honorarvolumen gemäß Honorargruppe 4 (unter Berücksichtigung von Ausnahmen wie Leistungen für Prävention etc.) in Höhe von rund 1.367.961,07 DM, einer budgetrelevanten Fallzahl von 5.676 Fällen, einem Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 241,01 DM und einem Bewertungsfaktor von 102,29 % - ein Fallwert von 246,52 DM. In die Berechnung der Gesamthonoraranforderung gingen alle der "fallzahlabhängigen" Bewertung unterliegenden Leistungen der Honorargruppe mit einer Bewertung von 102,29 % (bezogen auf die Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pf.) ein. Die Maßnahme nach Abschnitt I ergab danach, jeweils - wie auch für das folgende Quartal - ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pf. im Primärkassenbereich eine Erhöhung um 12.929,35 DM und im Ersatzkassenbereich eine Erhöhung um 18.396,94 DM; insgesamt lief die Maßnahme danach auf eine Erhöhung um - fiktiv - 31.326,29 DM hinaus.

Daneben kam die Budgetierungs/Teilquotierungsvorschrift in Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM zur Anwendung. Die Teilfallwerte der Praxis der Kläger wurden dabei für das Quartal III/95 mit 199,19 DM und für das Quartal III/96 mit 239,34 DM angenommen; hieraus wurde

ein arithmetisches Mittel von 219,29 DM errechnet. Das arithmetische Mittel aus den Teilfallwerten der Vergleichsgruppe lag bei 188,32 DM, der diesbezügliche Anteil von 10% mithin bei 18,83 DM, woraus sich ein budgetrelevanter Teilfallwert von 238,10 DM ergab, dem der aktuell angeforderte Teilfallwert von 243,27 DM gegenübergestellt wurde. Der anerkennungsfähige Teilfallwert entsprach danach 97,87 % des angeforderten Teilfallwertes. Hieraus resultierte bei dieser Maßnahme im Primärkassenbereich eine Minderung um 12.243,64 DM und im Ersatzkassenbereich eine Minderung um 17.421,25 DM; zusammen ergab dies, auf der Basis von - fiktiv - 10 Pf., eine Minderung um 29.664,89 DM. Beide Maßnahmen nach Abschnitt I und Abschnitt II zusammen ergaben - wie erwähnt - eine Erhöhung um 1.661,40 DM.

Eine weitere Anlage (vom 16. April 1998) zum Honorarbescheid enthielt den "Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen (Begrenzungs-)Regelungen im EBM und in den Grundsätzen der Honorarverteilung". Bei der "Laborbudgetregelung (Abschnitt O I EBM)" entsprach das anerkennungsfähige Laborvolumen 100 % des angeforderten Volumens, wies also für die Kläger keine Begrenzung aus.

In einem "Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen (Begrenzungs-)Regelungen im EBM ..." (Anlage vom 9. April 1998) ergab sich für die Bewertung der CT Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM) eine durchschnittliche Bewertung je Scan mit 88,8256 %. Bei den MRT-Leistungen betrug die durchschnittliche Bewertung je Sequenz (bezogen auf 1.150 Punkte) 98,2296 % bzw. 1.129,6 Punkte, weshalb die Bewertung von 1.129,6 Punkten in die Berechnung der Gesamthonoraranforderung für jede Sequenz nach Nrn. 5520 bzw. 5521 EBM einging.

Aus den Akten der Beklagten ist nicht ersichtlich, wann der Honorarbescheid (nebst den Anlagen) den Klägern zugeleitet worden ist.

b) Die Kläger erhoben gegen den Honorarbescheid vom 25. März 1998 am 12. Mai 1998 (Eingang per Fax) Widerspruch und begehrten eine angemessene Vergütung bei gleichzeitiger Gewährung von Härtefallzahlungen nach LZ 703 (richtig wohl: LZ 803) HVM oder aber eine Sonderzahlung nach LZ 607 HVM. Unter Hinweis auf eine vorgelegte Gewinn- und Verlustrechnung, die für das Quartal III/97 mit einem Verlust von 210.648,72 DM abschloss, trugen sie vor, ihnen sei für ihre ärztlichen Leistungen kein ausreichendes Honorar verblieben, das gemäß einer Berechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) - nach Abzug der Betriebsausgaben - jährlich - je Arzt 180.000,- DM betragen müsse, weshalb eine entsprechende Nachzahlung für das Quartal III/97 erforderlich sei.

c) Mit Bescheid vom 22. Juni 1998 korrigierte die Beklagte, bezogen auf die Maßnahme in Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM, den Teilfallwert der Praxis der Kläger für das Quartal II/96 wegen eines Rechenfehlers von 239,34 DM auf 239,49 DM; daraus ergab sich ein neues arithmetisches Mittel von 219,34 DM (statt 219,27 DM) und ein neuer budgetrelevanter Teilfallwert von 238,17 DM (statt 238,10 DM). Der Teilquotierungsbetrag verringerte sich im Ergebnis um 329,69 DM von 29.664,89 DM auf 29.335,20 DM. Effektiv ergab sich daraus für die Kläger einen Nachzahlung von 226.16 DM. Ihr Netthonorar belief sich danach für III/97 auf 941.256,22 DM. Am 30. Juni 1998 erhoben die Kläger auch gegen diesen Korrekturbescheid Widerspruch. Nach ihren Angaben beliefen sich ihre Betriebsausgaben, bezogen auf die vertragsärztliche Tätigkeit, im Quartal III/97 auf 1.147.756,72 DM. Hieraus errechneten sie - ausgehend von einem Netthonorar von 937.708,00 DM - einen Verlust von 210.648,72 DM dessen Ausgleich sie zuzüglich zu einem angemessenen Arztlohn in Höhe Höhe von 225.000,- DM einforderten, weil letzterer je Arzt pro Quartal 45.000,- DM betragen müsse.

2.) Die unter dem Datum des 24. April 1998 aufgestellte Anzahl- und Summenstatistik für das Quartal IV/97 wies (ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pfg.) eine Honoraranforderung der Kläger für die kurativ-ambulante Behandlung in Höhe von 1.378.135,64 DM (Primär- und Ersatzkassen) aus. Die Beklagte führte Teilquotierungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM durch. Die dem Honorarbescheid als Anlage beigelegte, unter dem Datum vom 26. Juni 1998 erstellte Maßnahmenübersicht ... Honorarverteilung ergab eine Summe der "Belastung" aus den durchgeführten Maßnahmen von insgesamt (plus) 7.069,65 DM (Fallzahlabhängige Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM (plus) 24.057,69 DM (AMB) für den Primärkassen (PK) und plus 31.238,49 DM (AMB) für den Ersatzkassenbereich (EK); Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM: PK (minus) 27.133,48 DM; EK (minus) 35.232,35 DM).

a) Mit Honorarbescheid vom 24. Juni 1998 teilte die Beklagte sodann den Klägern für das Quartal IV/97 ein Netthonorar in Höhe von insgesamt 985.692,21 DM wie folgt mit:

Primärkassen (PrK): 394.242,87 DM Ersatzkassen (ErsK): 583.322,74 DM Sonstige Kostenträger: 34.885,20 DM Gesamthonorar: 1.012.450,81 DM Sicherstellung ärztl. Versorgung von gesamt: (- 0,30 %)/. 3.037,42 DM Zwischensumme 1.009.413,39 DM

Abzüge von Zw.summe für Verwaltungskosten: Bezirksstelle (- 1,5275 %)/. 15.419,21 DM Landesstelle (- 0,55 %)/. 5.551,43 DM Rechenzentr. (- 0,16 %)/. 1.615,03 DM KBV (- 0,1125 %)/. 1.135,51 DM Netthonorar 985.692,21 DM

Zur Anwendung kam auch hier die Fallkorrekturvorschrift in Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Der budgetrelevanten Fallzahl der Arztpraxis der Kläger im Quartal IV/97 (5.752 Fälle) wurde die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal IV/95 (8.085 Fälle) gegenübergestellt. 4.043 Fälle wurden so um 10 % angehoben, 1.709 Fälle um 10 % abgesenkt, woraus sich ein "Bewertungsfaktor" von 104,05% ergab. Der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 237,37 DM wurde dementsprechend auf 247,00 DM korrigiert. Daraus ergab sich im Primärkassenbereich eine Erhöhung von 24.057,69 DM und im Ersatzkassenbereich eine Erhöhung von 31.238,49 DM, insgesamt also eine Erhöhung um - fiktiv - 55.296,18 DM.

Daneben kam hier die Budgetierungs-/Teilquotierungsvorschrift in Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 HVM zur Anwendung. Aus dem Teilfallwerten der Praxis im Quartal IV/95 (202,95 DM) und IV/96 (227,96 DM) ergab sich ein arithmetisches Mittel vom 215,46 DM. Das arithmetische Mittel aus den Teilfallwerten der Vergleichsgruppe belief sich auf 187,52 DM; 10 % hiervon waren 18,75 DM, woraus sich ein budgetrelevanter Teilfallwert von 234,21 DM errechnete, dem der aktuell angeforderte Teilfallwert von 244,98 DM gegenübergestellt wurde. Der anerkennungsfähige Teilfallwert entsprach danach 95,60 % des angeforderten Teilfallwertes. Hieraus resultierte bei dieser Maßnahme im Primärkassenbereich eine Minderung um 27.133,48 DM und im Ersatzkassenbereich eine Minderung um 35.232,35 DM; zusammen ergab dies, auf der Basis von 10 Pf. fiktiv, eine Minderung um 62.365,83 DM. Aus beiden Maßnahmen zusammen errechnete sich eine Minderung um 7.069,65 DM. Unter Berücksichtigung der Laborbudgetregelung wurde das angeforderte Volumen zu 100 % berücksichtigt (Anlage vom 9. April 1998) wohingegen die Budgetvorgaben bei CT-Leistungen eine durchschnittliche Bewertung je Scan (bezogen auf 80 Punkte) von 87,1105 % bzw. von 69,7 Punkten ergab und bei MRT-Leistungen die durchschnittliche Bewertung je Sequenz (bezogen auf 1.150 Punkte) zu 98,5238 % bzw. mit 1.133,0 Punkten anerkannt wurde. Aus den Akten der Beklagten ist nicht erkennbar, wann der Honorarbescheid - nebst

Anlagen - abgesandt wurde.

b) Am 16. Juli 1998 erhoben die Kläger auch gegen diesen Honorarbescheid Widerspruch, in dem sie wiederum eine angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit beehrten, einschließlich Härtefallzahlungen nach LZ 803 HVM und/oder Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM. Sie gingen von Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit für das Quartal IV/97 von - rund - 982.688,- DM aus, von - darauf bezogen - Betriebsausgaben i.H.v. 1.147.756,74 DM und errechneten hieraus einen Verlust von 165.068,74 DM.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 1998, zugestellt am 18. Dezember 1998 wurden die am 12. Mai 1998 und am 16. Juli 1998 erhobenen Widersprüche als unbegründet zurückgewiesen. Am 7. Januar 1999 haben die Kläger beim Sozialgericht Frankfurt am Main hiergegen Klage erhoben.

c) Mit ebenfalls von den Klägern angefochtenem Widerspruchsbescheid vom 27. November 2000 wurde der Widerspruch bezüglich der Individualbudgetierungsmaßnahme für das Quartal III/97 als unbegründet zurückgewiesen, wobei die Beklagte auch eine Aussetzung der Individualbudgetierung ablehnte.

IV. 1.) Zur Begründung ihrer Klage haben die Kläger u.a. vorgetragen, dass ihre Praxis voll ausgelastet gewesen sei und von ihnen sparsam und wirtschaftlich unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden sei, weshalb ihnen ein Rechtsanspruch auf angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit in Höhe eines "Arztlohnes" von 45.000,00 DM je Arzt pro Quartal zustehe (als Praxisüberschuss nach Abzug der Betriebskosten). Es bestehe, auch wenn formal nur Antrag auf Erlass eines Bescheidungsurteils gestellt werde, in der Sache für beide Quartale ein Anspruch auf entsprechende Nachzahlungen. Das Klagebegehren umfasse in der Sache deshalb auch Festsetzungen nach LZ 607 HVM und LZ 803 HVM, wobei - soweit diesbezügliche Anträge von dem Beklagten bislang noch nicht beschieden worden seien - die Klage auch als Untätigkeitsklage verstanden werden müsse.

2.) Weiter haben die Kläger u.a. vorgetragen: Die Honorarbescheide seien nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig, weil sie zu unbestimmt und unverständlich seien und eine zulängliche Begründung fehle. Der Zusammenhang zwischen den Anlagen und dem festgesetzten Nettohonorar werde nicht ersichtlich, wie überhaupt die Berechnung des Nettohonorars unverständlich sei. Da die Praxis in beiden streitbefangenen Quartalen voll ausgelastet gewesen sowie sparsam, wirtschaftlich und unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden sei, bestehe ein - auch verfassungsrechtlich begründbarer - öffentlich-rechtlicher Leistungsanspruch auf einen "Arztlohn" in Höhe von 180.000,- DM jährlich je Arzt; dies folge auch aus [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit [Art 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG). Im übrigen beruhten die Honorarbescheide auf rechtswidrigen Grundlagen, weil weder der EBM noch der maßgebliche HVM mit höherrangigem Recht vereinbar seien. Auch seien von dem den Klägern zustehenden Honorar in unzulässiger Weise Abzüge für die EHV und für Verwaltungskosten vorgenommen worden. Für weitere Einzelheiten der Klagebegründung wird insoweit Bezug genommen auf Bl. 40 bis 151 und Bl. 153 bis 190 der Gerichtsakte.

V. Durch Urteil vom 20. Juni 2001 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung u.a. ausgeführt, Gegenstand des Klageverfahrens seien die Honorarbescheide vom 25. März 1998 und 24. Juni 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 sowie auch der Änderungs-Bescheid vom 22. Juni 1998 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. November 2000 der - zusammen mit dem Bescheid vom 22. Juni 1998 - nach [§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des Klageverfahrens geworden sei. Insoweit sei die Klage zulässig. Nicht zulässig sei die Klage hinsichtlich des Begehrens, ein bestimmtes Honorar unter Anwendung der Regelungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nach LZ 609 HVM und der Härtefallregelung nach LZ 803 HVM. Nach beiden Regelungen müsse ein von den Bestimmungen der Honorarverteilung abweichendes Honorar geregelt werden. Dies setze zunächst voraus, dass das reguläre Honorar feststehe. Bezüglich der Leistungen nach LZ 607 und LZ 803 HVM müsse sodann eine gesonderte eigenständige Entscheidung der Beklagten in einem getrennten Verwaltungsverfahren ergehen. Da ein solches nicht durchgeführt und eine Entscheidung nicht ergangen sei, sei die Klage insoweit unzulässig. Auch eine Untätigkeitsklage sei insoweit (noch) nicht gegeben (im Einzelnen wird auf Bl. 294 bis 296 der Gerichtsakte Bezug genommen).

Soweit mit der Klage Aufhebung oder Änderung der Honorarbescheide i.V.m. der Verpflichtung der Beklagten zur Neubescheidung begehrt werde, sei die Klage zwar zulässig aber unbegründet. Die angefochtenen Honorarbescheide seien weder nichtig ([§ 40 SGB X](#)) noch - nach Korrektur - rechtswidrig und auch jeweils ausreichend begründet worden ([§ 35 Abs. 1 Satz 1](#) und 2 SGB X). Insbesondere seien den Bescheiden - unter Einbeziehung der Anlagen, die Bestandteile der Verwaltungsakte seien und im Wesentlichen die Begründung beinhalteten - die entscheidenden Berechnungsfaktoren zu entnehmen. Fall- und leistungsbezogene Begrenzungsregelungen nach dem EBM und dem HVM seien ebenfalls gesondert berechnet und als Anlage beigelegt worden. Entscheidend sei insofern, dass sich die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte zumindest aus den Anlagen der Honorarbescheide ergebe. Damit seien die Nachprüf- und -vollziehbarkeit der Bescheide gegeben und diese ausreichend begründet. Dies habe auch die Erörterung der Bescheide in der mündlichen Verhandlung gezeigt. Auch anderweitige Formfehler seien nicht feststellbar. Mit ihrer Verfahrensweise verstoße die Beklagte nicht gegen die Pflicht zur Anhörung nach [§ 24 SGB X](#) - soweit vorliegend überhaupt erforderlich, sei sie jedenfalls im Widerspruchsverfahren erfolgt.

Die Honorarbescheide seien auch materiell-rechtlich rechtmäßig insbesondere inhaltlich hinreichend bestimmt. Die Beklagte habe das sich aus EBM und HVM ergebende Regelwerk zur Errechnung des Vergütungsanspruchs der klägerischen Praxis in den streitbefangenen Quartalen zutreffend angewandt. Der HVM sei unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtmäßig, soweit er vorliegend zur Anwendung komme. Der Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), wonach bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen seien, könne nicht die Forderung entnommen werden, dass alle Leistungen nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden müssten. Eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, dass die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM in demselben Verhältnis, sondern - abhängig von der Mengenentwicklung in den jeweiligen Leistungsbereichen - unterschiedlich hoch vergütet würden, sei grundsätzlich nicht ausgeschlossen. Dabei sei die Regelungsbefugnis der Kassen-ärztlichen Vereinigungen (KVen) zwar im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften begrenzt und an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden, der besage, dass die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten seien. Der normsetzenden Körperschaft verbliebe jedoch ein Spielraum sachlich gerechtfertigter Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermögliche, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden. Insbesondere sei es zulässig,

im HVM feste fachgruppenbezogene Honorarkontingente zu bilden, auch wenn das zur Folge haben könnte, dass bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet würden. Es liege in der Logik des Systems der Vergütung nach der Menge der erbrachten Einzelleistungen, dass sich durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das bisherige Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändern könne. Deshalb sei es auch außerhalb der Zeiträume eines unmittelbar durch das Gesetz begrenzten Anstiegs der Gesamtvergütung 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 Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen hätten. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sei der HVM der Beklagten formell und materiell rechtmäßig. Der HVM beruhe auf der Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und entspreche den Grundsätzen für Honorarverteilungsbestimmungen, die auch mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar seien (unter Hinweis auf BVerfG in [NJW 1972, S. 1509](#) f.). Der HVM halte sich innerhalb der Gestaltungsfreiheit, welche die Rechtsprechung den KVen einräume. Es liege auch kein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot vor. Rückwirkende Änderungen des HVM unterlägen geringeren Anforderungen an ihre Zulässigkeit als etwa Änderungen des EBM, da der HVM nicht an die Leistungserbringung, sondern allein an die Verteilung der Gesamtvergütung anknüpfe. Von ihm gehe in sehr viel geringerem Maße eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes aus. Die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter, insbesondere die Höhe der Gesamtvergütung und Umfang und Art der von allen Ärzten abgerechneten Leistungen stünden regelmäßig erst längere Zeit nach Quartalsabschluss fest. Die rückwirkende Einführung von Honorarverteilungsregelungen zur sachgerechten Verteilung von Mindereinnahmen sei zulässig, da diese Regelungen nicht schon in abgewinkelte Tatbestände eingriffen. Der Vertragsarzt habe mit der Leistungserbringung noch keinen feststehenden Vergütungsanspruch, sondern nur einen von der Höhe der gezahlten Gesamtvergütung abhängigen Anspruch auf Berücksichtigung dieser Leistungen bei der Verteilung der Gesamtvergütung erworben. Das kurzfristige Inkraftsetzen eines neuen HVM - auch einer Honorarbegrenzungsregelung - sei jedenfalls dann unbedenklich, wenn sich die Änderung nicht auf das Behandlungsverhalten des Arztes habe auswirken können oder mangels eines empfindlichen Eingriffs in das Recht der freien Berufsausübung die Grenze des Zumutbaren nicht überschritten habe. Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe sei auch der Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29. November 1997 betreffend die Einfügung eines neuen Abschnitts I zur Anlage 3 der LZ 702 nicht zu beanstanden. Die Regelung sei sachgerecht und geboten gewesen, um einen Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen; sie habe auch zu keinen wesentlichen Verschiebungen der Honorarverteilung geführt. Auch die Einführung einer so genannten "EBM-Wippe" sei insofern nicht zu beanstanden, da dies bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 HVM in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 von der Beklagten angekündigt worden sei.

Soweit der EBM in den HVM der Beklagten (unter Hinweis auf LZ 202 Abs. 1 HVM) übernommen werde, sei dies nicht zu beanstanden. Der EBM bestimme den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander ([§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Der Gesetzgeber habe zwar eine Bindung an den HVM nicht vorgeschrieben, es jedoch könne dem Satzungsgeber der Beklagten nicht verwehrt werden, auf die vom Gesetzgeber vorgesehene originäre Bewertungskompetenz des Bewertungsausschusses zurückzugreifen. Die Entscheidung des Satzungsgebers bestehe dann darin, dass grundsätzlich die Vergütung nach der leistungsproportionalen Bewertung vorzunehmen sei. Wie diese Leistungsproportionen zu bewerten seien, sei aber nach der gesetzgeberischen Vorgabe Aufgabe des Bewertungsausschusses. Von daher könne der Satzungsgeber sich dessen Beurteilung zu eigen machen. Auch der EBM selbst sei nicht zu beanstanden. Das BSG, dem das Sozialgericht folge, habe den EBM und insbesondere sein Zustandekommen für rechtmäßig befunden. Es habe bereits mehrfach dargelegt, dass das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung seinen Zweck nur erfüllen könne, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterblieben. Den Gerichten sei es deshalb verwehrt, eine im EBM vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen - abweichenden - Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistungen und Angemessenheit der Vergütung nicht entspreche und zwar selbst dann, wenn sich abweichende Vorstellungen auf betriebswirtschaftliche Gutachten gründen sollten, in denen eine günstigere Bewertung gefordert werde. Der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordere die Berücksichtigung zahlreicher - und nicht nur betriebswirtschaftlicher - Gesichtspunkte. Es könne deshalb nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes könne nur gelten, wenn sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen habe leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativen Ermessens rechtlich fassbar werde, hätten auch die Gerichte die Regelungen des EBM als für sie maßgebend hinzunehmen (mit Hinweisen u.a. auf BSG in SozR 3-2500 [§ 85 SGB V](#) Nr. 29). Im Übrigen sei auch nicht ersichtlich, welche einzelne Bestimmung des EBM ungenügend sein solle. Der Gesetzgeber habe (etwa für Großgeräteleistungen) ausdrücklich die Möglichkeit vorgesehen, die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen so festzulegen, dass sie mit zunehmender Menge sinke (Abstaffelung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum von einer Arztpraxis abrechenbar seien, könnten Obergrenzen vorgesehen werden; diese könnten für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 7](#) und [8 SGB V](#)). Insbesondere sei deshalb die Bewertung der CT-Leistungen nach Nummern 5210 und 5211 EBM nicht zu beanstanden. Von daher scheide auch ein Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit wegen des Verweises auf den EBM aus.

Die Aufteilung in verschiedene Honorargruppen sei nicht zu beanstanden. Insbesondere sei nicht zu beanstanden, dass für alle übrigen Leistungen, also für die Leistungen, die nicht in die weiteren besonderen Honorargruppen fielen, nach Honorargruppe 4 weitere Honoraruntergruppen nach den jeweiligen Facharztgebieten gebildet würden (unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) und - 15/98 R -; [BSGE 77, S. 288](#) ff., 294). Gleichfalls nicht zu beanstanden sei die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Einzelhonorargruppen nach Abschnitt II der Anlage 1 bzw. 2 zu LZ 702 HVM. Auch die Budgetierung bzw. Teilquotierung der Honorarforderungen nach der Anlage 3 zu LZ 702 HVM sei rechtmäßig. Die Quotierungsmaßnahme nach Abschnitt I diene einem begrenzten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen innerhalb einer Fachgruppe, gemessen an der Zahl der Behandlungsfälle. Sie verändere nicht wesentlich die Vergütung nach Art und Umfang der Leistungen. Eine Ungleichbehandlung könne in dieser Regelung nicht gesehen werden. Es sei auch sachlich gerechtfertigt, dass Pathologen von dieser Maßnahme ausgenommen seien. Insbesondere liege darin keine Benachteiligung der radiologischen Praxen.

Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 begrenze demgegenüber praxisindividuelle Leistungsausweitungen, indem er für den Teilfallwert einen Vergleich mit früheren Quartalen herbeiführe und bei entsprechenden Steigerungen eine Quotierung der Honorarforderungen vorsehe.

Ausgangslage für die Maßnahme nach Abschnitt II sei hier der nach Abschnitt I quotierte Punktwert. Der Fallwert sei "vor Durchführung der Maßnahme nach Abschnitt II" zu korrigieren bzw. gehe "nach vorstehender Maßgabe", also nach der Maßnahme nach Abschnitt I, als "neu bewertete bzw. teilquotierte Honorarforderung" in die weitere Berechnung des Honoraranspruchs der Arztpraxis ein. Nur dann, wenn die Quote nach Abschnitt I 100 v.H. betrage, also eine Fallzahl genau in der Größe der Vergleichsgruppe vorliege, gehe der aktuelle Teilfallwert in der angeforderten Höhe in die Maßnahme nach Abschnitt II ein. Sei die Fallzahl geringer, gehe ein erhöhter, über 100 v.H. liegender Teilfallwert in die Maßnahme nach Abschnitt II ein, sei die Fallzahl höher, gehe ein verminderter Fallwert ein. Denkbar sei der Fall, dass eine Praxis deshalb einer Quotierung nach Abschnitt II unterworfen werde, weil sie eine unterdurchschnittliche Fallzahl habe, obwohl ihr Teilfallwert im Vergleich zu den Vorjahresquartalen gleich geblieben und in Extremfällen sogar gefallen sei. Dieses Ergebnis sei zwar widersprüchlich zur Steuerungsfunktion des Abschnitts II. Darin liege jedoch kein Widerspruch zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Soweit nämlich Maßnahmen nach Abschnitt I (begünstigend) und II (belastend) durchgeführt würden, nivellierten sich diese Maßnahmen im Ergebnis. Die begünstigende Quotierung nach Abschnitt I werde dann insoweit durch die deshalb stärker ausfallende Quotierung nach Abschnitt II wieder aufgehoben. Im Ergebnis werde nur die Praxis begünstigt, die mit einer geringeren Fallzahl ihren Umsatz nicht durch Fallwerterhöhungen gesteigert habe. Dies sei (noch) sachgerecht. Im Übrigen habe das Sozialgericht ähnliche Regelungen im HVM der Beklagten für die vorherigen Quartale III/96 bis II/97 für rechtmäßig befunden worden (Urt. des SG vom 2. Februar 2000 - [S 27 KA 3759/98](#) - und - S 27 KA 2162/99 -); hieran werde festgehalten.

EBM und HVM verstießen nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Aus der Komplexität, Kompliziertheit und dem Ineinandergreifen verschiedener Regelungsebenen folge nicht bereits die Rechtsunwirksamkeit der Regelungsmaterie. Dies sei kein besonderes Kennzeichen allein des Rechts der Vertragsärzte. Soweit die Kläger Bestimmungen des EBM beanstandeten, hätten sie nicht dargelegt, inwieweit diese Beanstandungen für den Honoraranspruch ihrer Praxis von Bedeutung gewesen seien. Ein solcher Zusammenhang sei auch nicht ersichtlich. Es bestehe auch kein "Verweisungswirrwarr". Im Vergleich zu anderen Arztgruppen sei die Regelungsstruktur für den Honoraranspruch der radiologischen Praxen eher einfach. Entsprechende Verweisungen, wie sie hier vorgenommen worden seien, seien grundsätzlich zulässig.

Auch gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit werde nicht verstoßen. Soweit die Kläger vortrügen, es werde keine "angemessene Vergütung" erzielt, müssten sie sich entgegenhalten lassen, dass kein Vertragsarzt Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert habe, auch nicht darauf, dass alle auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet würden (unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -). Das BSG sehe Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung im Regelfall erst dann, wenn der Punktwert der aus einem Honorartopf vergüteten Leistungen auf Dauer um 15 v.H. (oder mehr) niedriger sei als der Punktwert der sonstigen Leistungen. Das BSG habe bereits praxisindividuelle Punktwerte einer radiologischen Praxis von 7,796 und 7,777 Pfg., die damit um 8,1 v.H. bzw. 6,3 v.H. vom allgemeinen Punktwert abwichen und von 6,7 Pfg. nicht beanstandet (Hinweis auf BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) -). Es habe hierzu weiter ausgeführt, zwar könne das dem Gleichheitssatz innewohnende Differenzierungsgebot verletzt sein, wenn die Honorierung aller ärztlichen Leistungen nach einem einheitlichen Punktwert infolge eines starken Anstiegs der Menge der abgerechneten Punkte zu einem massiven Absinken des Punktwertes und als dessen Konsequenz zu einer schwerwiegenden Benachteiligung einer Arztgruppe führe, die - etwa wegen der strikten Zeitgebundenheit der von ihr erbrachten Leistungen - die Leistungsmenge im Unterschied zu anderen Arztgruppen nicht ausweiten könnten. Maßgebend hierfür sei aber nicht die Situation des einzelnen Arztes, sondern die der jeweiligen Arztgruppe im Bereich der jeweiligen KV. Eine solche Konstellation, die insbesondere auf die Situation der Psychotherapeuten zutreffe, liege allerdings bei der Erbringung radiologischer Leistungen nicht vor. Auch zeige die durchschnittliche Honorarentwicklung bis 1997, dass die Facharztgruppe der Radiologen sich durchaus im Bereich der von anderen Arztgruppen mit Gebietsbezeichnung erzielten Überschüsse bewege und damit deutlich über den von allgemein- und praktischen Ärzten erzielten Gewinnen gelegen habe (unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98](#) -).

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

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

Soweit in einem von den Klägern vorgelegten Gutachten von Frau G. Kempny auf den höheren Kostenanteil der Fachgruppe der Radiologen im Vergleich zu den übrigen Ärzten hingewiesen und damit die These aufgestellt werde, dass diese Fachgruppe ein Punktwerteverfall überproportional treffe, fehle der konkrete Nachweis, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne. Entscheidender sei aber, dass gerade hierbei die steigende Mengenausweitung, die zum Absinken des Punktwerts geführt habe, außer Betracht bleibe. Die Bildung der Honoraruntergruppen führe gerade dazu, dass der relative Fachgruppenanteil erhalten bleibe. Soweit Stützungen vorgenommen würden, was in allen streitbefangenen Quartalen der Fall gewesen sei, werde der relative Fachgruppenanteil sogar erhöht. Des Weiteren treffe der sinkende Punktwert auch alle übrigen Ärzte. Maßgebender Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit sei aber hier nur das Verhältnis einer Arztgruppe zu den übrigen Arztgruppen.

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

Es erfolgten auch keine rechtswidrigen Abzüge von der Verteilungsmasse durch die Beklagte. Der Abzug eines Verwaltungskostenanteils geschehe auf anderer gesetzlicher (unter Hinweis auf [§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#)) und satzungsrechtlicher (unter Hinweis auf § 24 der Hauptsatzung der Beklagten) Grundlage und sei daher aus rechtlicher Sicht von der Frage der Honorarverteilung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu unterscheiden. Es könne daher hier dahingestellt bleiben, ob die Festsetzung der Höhe allein durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung und Bekanntgabe des Inhalts, nicht des Beschlusses selbst als notwendiger, förmlicher Satzung erforderlich sei. Streitgegenstand sei nicht die Feststellung des konkreten Verwaltungskostenbeitrags. Jedenfalls bestehe eine hinreichende gesetzliche und satzungsrechtliche Grundlage dafür, dass der zur Honorarverteilung anstehende Betrag durch Beiträge zu den Verwaltungskosten vermindert werde. Für die Abzüge zur Deckung der Verwaltungskosten bestehe demnach eine ausreichende gesetzliche Grundlage. Die Entscheidung obliege der Abgeordnetenversammlung. Es seien auch wegen der Höhe keine Gesichtspunkte ersichtlich, dass diese von ihrer Entscheidungsbefugnis in rechtswidriger Weise Gebrauch gemacht habe. Auch die Abzüge für die EHV, die auf ausreichender gesetzlicher Grundlage stünden (hier unter Hinweis auf § 8 Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953, Hess. GVBl. 1953, S. 206), seien nach der hierzu ergangenen Satzung der Beklagten grundsätzlich rechtmäßig, wie in der Vergangenheit bereits mehrfach von Sozialgerichten entschieden worden sei (unter Hinweis auf Hess. LSG, Urt. vom 31. März 1982 - L 7 Ka 703/79 - sowie BSG, Urt. vom 11. Dezember 1985 - [6 RKa 14/84](#) -). Bei den möglicherweise rechtswidrigen Aufwendungen für die Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Richter bei den Sozialgerichten - soweit sie von der Beklagten in den streitbefangenen Quartalen noch geleistet worden sein sollten - habe es sich um die Verwendung der Mittel für die Verwaltung gehandelt. Eine Kontrolle hierüber obliege in erster Linie der Abgeordnetenversammlung als Haushaltsgesetzgeber der Beklagten. Ein subjektives Recht des einzelnen Arztes auf rechtmäßige und bzw. oder sparsame Verwendung der Haushaltsmittel bestehe nicht, auch nicht indirekt über den Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung. Gleiches gelte für evtl. Gewährung von Darlehen. Auch soweit die Beklagte Rückstellungen wegen erwarteter Regresse vorgenommenen habe, sei dies nicht zu beanstanden. Die Bildung von Rückstellungen hierfür oder mögliche Korrekturen der Honorarverteilung diene auch der ordnungsgemäßen Haushaltsführung. Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte sich hierbei nicht innerhalb des Zulässigen gehalten haben sollte, seien dem Sozialgericht nicht ersichtlich und würden seitens der Kläger auch nicht substantiiert vorgetragen.

In der Honorarabrechnung selbst sei auch kein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung zu sehen. Das aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) herleitbare Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen könne einen Anspruch auf höhere Vergütung nicht begründen. Dem Gebot komme nach Wortlaut und Systematik der Regelungen objektiv-rechtliche Bedeutung in dem Sinne zu, den Vertragsparteien der kassenärztlichen Versorgung aufzugeben, bei der Ausgestaltung der Maßstäbe auch die angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Selbst wenn eine Verletzung individueller Rechte angenommen werden sollte, die gerügt werden könnte, liege ein Verstoß gegen dieses Gebot hier nicht vor. Das BSG habe ein solches subjektives Recht zur Geltendmachung von Verletzungstatbeständen nur dann eingeräumt, wenn die Vorschriften ausnahmsweise beim Hinzutreten besonderer, das Gebot der angemessenen Vergütung qualifizierender und individualisierender Umstände auch dem Schutz individueller Rechte zu dienen bestimmt sein könnten. Dies komme nur in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. Nur in diesem eingeschränkten Umfang könnten sich Ärzte nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu ihren Gunsten auf einen Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung berufen (unter Hinweis auf [BSGE 75, S. 187](#), 191). Anhaltspunkte dafür, dass der den angefochtenen Honorarbescheiden zu Grunde liegende HVM der Beklagten in diesem Sinne gegen das Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen verstoße, seien seitens der Kläger weder substantiiert dargetan worden noch ersichtlich. Hiergegen sprächen bereits die von diesem in den streitigen Quartalen aus den Behandlungen von Patienten der Primärkassen und der Ersatzkassen erzielten Umsätze. Mögliche Reserven der Krankenkassen, eine mögliche Erhöhung des Gesamtbudgets, eine Erhöhung der Zuzahlungsbeiträge der Versicherten oder andere Möglichkeiten der Erhöhung des Verteilungsbetrages seien in die Überlegungen des Sozialgerichts nicht einzubeziehen gewesen. Hierbei habe es sich um rechtspolitische Überlegungen gehandelt. Auf ihre Verwirklichung bestehe jedenfalls kein subjektiver Anspruch des einzelnen Arztes. Auch eine Bedrohung des ärztlichen Versorgungssystems sei nicht erkennbar, wobei nach der Rechtsprechung des BSG auf das "vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes" abzustellen sei, und nicht (bloß) auf die individuelle Situation eines einzelnen Arztes oder einer Facharztgruppe. Von daher seien für die rechtliche Bewertung nicht (allein) die Zahlen eines Klägers aus einer Facharztgruppe erheblich. Im Übrigen sei der Honoraransatz der Einzelpraxen nicht einheitlich und es sei dem Sozialgericht auch nicht ersichtlich, dass die radiologische Versorgungssituation am Zusammenbrechen sei. Hieraus folge auch, dass ein Anspruch des einzelnen Arztes auf ein garantiertes Arzteinkommen nicht bestehe. Soweit solche Überlegungen in die Berechnungen des EBM einfließen, dienen sie der Rationalität und Nachvollziehbarkeit der Bewertung einzelner Leistungen. Durch sie könnten aber keine rechtlichen Mindest- oder Garantieansprüche festgeschrieben werden. Hinzu komme, dass das individuelle Arzteinkommen von zusätzlichen Faktoren wie Patientenzulauf, Praxiskosten, Arbeitseinsatz und vieles mehr abhingen. Insoweit trage der einzelne Vertragsarzt im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit auch ein eigenes wirtschaftliches Risiko (für die weiteren Einzelheiten der - ausführlichen - Urteilsbegründung wird auf Bl. 293 bis 339 der Gerichtsakte Bezug genommen).

VI. Gegen das dem Klägerbevollmächtigten am 17. September 2001 zugestellte Urteil hat dieser am 28. September 2001 beim Sozialgericht Frankfurt am Main Berufung eingelegt und diese wie folgt begründet:

- 1.) Entgegen der Auffassung des Sozialgerichts seien auch Entscheidungen der Beklagten, die auf LZ 607 HVM (Sonderzahlung) oder aber auch auf LZ 803 HVM (besondere Härte) gestützt werden könnten, Gegenstand des Klage- und damit auch des Berufungsverfahrens geworden, weil insoweit um die angemessene Vergütung für ein bestimmtes Quartal bzw. für je unterschiedliche Quartale gestritten werde.
- 2.) Durch die Bescheide der Beklagten würde den Klägern keine angemessene Vergütung zugebilligt werden, auf die sie jedoch einen Rechtsanspruch hätten. Vertragsärzte hätten aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [§§ 72 Abs. 2](#), [85 Abs. 2 Satz 1](#) und [Abs. 4 SGB V](#) einen Rechtsanspruch auf eine angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, wenn sie eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich geführte Praxis betrieben. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) habe dies seit Jahrzehnten hinsichtlich der Vergütung "öffentlich gebundener" Berufe anerkannt, u.a. für Notare, Rechtsanwälte, Konkursverwalter und weitere genannte Berufe (unter Bezugnahme auf Wimmer, in: NZS 1999, S. 480 ff.). Der Auffassung, dass dieser Grundsatz gegenüber der Zielsetzung des Grundsatzes der Beitragsstabilität zurückzutreten habe, vermöge die Klägerseite nicht zu folgen. Die Beklagte habe selbst in einem Rundschreiben vom 25. Juni 1998 zum Ausdruck gebracht, dass der ausgezahlte Punktwert trotz Stützung noch so niedrig sei, dass die wirtschaftliche Existenz vieler Praxen bedroht sei. Angemessen sei demgegenüber eine jährliche Vergütung von 180.000 DM je Arzt nach Kostenausgleich (45.000 DM im Quartal). Ausweislich der Gewinn- und Verlustrechnung sei im Quartal III/97 einen Verlust in Höhe von 210.648,72 DM und im Quartal IV/97

ein solcher in Höhe von 165.068,77 DM entstanden und kein Arztlohn verblieben. Das Sozialgericht Magdeburg (Urteil vom 19. September 2001 - [S 7 KA 444/00](#) -) habe hingegen ein subjektives Recht aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) auf ein Mindesteinkommen in Höhe des Gehaltes eines Oberarztes anerkannt; diese Ansicht werde auch von Axer (in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, S. 184) sowie von Daubenbüchel (in: SGB 2001, S. 689 ff.) vertreten. Ab 1995 hätten die vertragsärztlichen Honorare in den alten Bundesländern nicht einmal mehr die Kosten der radiologischen/nuklearmedizinischen Praxen gedeckt, geschweige denn irgend einen "Arztlohn" übrig gelassen, wie durch neuere Erkenntnisse der KBV bestätigt werde (unter Hinweis auf Hamm, "Der Radiologe", 2002, Heft 4, S. 63 ff.).

Ein Anspruch auf eine angemessene Vergütung könne auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität eingeschränkt werden. Abweichend von der höchstrichterlichen Rechtsprechung sei die Funktionsfähigkeit des bestehenden Krankenversicherungssystems gegenüber den Vergütungsgrundrechten der Kläger von Verfassungs wegen nicht schutzwürdig. Dem Gesetzgeber stünden mehrere Regelungsvarianten zur Verfügung, um einerseits das System der Krankenversicherung zu erhalten und andererseits eine angemessene Honorierung der Vertragsärzte zu realisieren. Das Volumen der Versicherungsleistungen in der gesetzlichen Krankenversicherung sei so beträchtlich, dass hier ausreichend Handlungsspielraum gegeben sei. Der Auffassung des BSG, ein Anspruch der Vertragsärzte auf eine angemessene Vergütung müsse hintangestellt werden, könne jedenfalls nicht durch den einfachen Gesetzgeber Vorrang eingeräumt werden. Es stehe auch fest, dass die gewährte Vergütung nicht angemessen gewesen sei; der erkennende Senat müsse insoweit entweder den substantiierten Vortrag der Klägerseite übernehmen oder anderweitig Beweis erheben.

Der den Leistungserbringern verfassungsrechtlich gesicherte Anspruch auf eine angemessene Vergütung könne nicht unter dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität eingeschränkt werden. Das Grundgesetz schütze kein bestimmtes System der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), wie dies für den Bereich der Rentenversicherung ([BVerfGE 100, S. 1](#), 39) und der Pflegeversicherung ([BVerfGE 33, S. 70](#)) ausdrücklich festgestellt worden sei. Verfassungsrechtlich garantiert sei ein "Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen" oder "ein wirtschaftlich gesundes Krankenhauswesen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Krankenversorgung". Allein in diesem Sinne sei die Rechtsprechung des BVerfG zur Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als einem hohen Gemeinschaftsgut zu verstehen. Der Gesetzgeber sei aufgerufen, es unter Beachtung vielfältiger Interessen zum Ausgleich zu bringen. Bei der Lösung dieser Aufgabe habe der Gesetzgeber - unter Wahrung der Grundrechte der Beteiligten - ein hohes Maß an Freiheit; das BVerfG dürfe nicht anstelle des Gesetzgebers tätig werden. Im Lichte dieser Auffassung des BVerfG könne der Ansicht des BSG nicht gefolgt werden, der Gemeinwohlbelang, der gegen das Grundrecht auf angemessene Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit abzuwägen sei, sei vorrangig der Schutz des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversorgung.

Gegebenenfalls müsse Beweis erhoben werden zu der Behauptung, die den radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Vertragsärzten in den streitbefangenen Quartalen 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 (Berufungsbegründung vom 12. Okt. 2001 und Schriftsatz vom 7. (nicht: 4.) Juli 2003 sowie Sitzungsniederschrift vom 23. Juli 2003).

Die Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil sie rechtswidrige Abzüge enthielten. Es liege ein Verstoß gegen [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) vor. Vertragsärzte hätten ein subjektives Recht dahingehend, dass die Beklagte die Gesamtvergütung ungeschmälert unter ihnen verteile. Unzulässig sei deshalb der Abzug zur EHV, der Abzug von Verwaltungskosten und die Abzweigung eines "Härtefalltopfs".

Der Abzug von Beiträgen zur EHV sei rechtswidrig, weil die Kläger einen Rechtsanspruch darauf hätten, die Gesamtvergütung gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) nach Maßgabe des jeweils geltenden HVM ungeschmälert verteilt zu erhalten. Es fehle an einer ausreichenden Rechtsgrundlage. Insbesondere seien die "Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen" in den Fassungen vom 1.1.1993 und vom 1.9.1997 keine derartige Rechtsgrundlage. Die erhobenen Beiträge verstießen zudem massiv gegen das Äquivalenzprinzip, weil sie versicherungsmathematisch rational nicht nachvollziehbar seien. Die Honorarbescheide ließen an keiner Stelle erkennen, dass und in welcher Höhe Abzüge zur EHV getätigt würden; vielmehr werde die Endsumme einfach entsprechend vermindert. Lediglich in den als Mitteilung übersandten Punktwerttabellen stehe, dass das Honorar zu 95 v.H. an EHV-berechtigte Ärztinnen und Ärzte ausgezahlt werde. Die Honorarbescheide entbehren insoweit jeglicher Begründung ([§ 35 Abs. 1 SGB X](#)). Die "Grundsätze" der EHV seien nichtig, jedenfalls rechtswidrig. Die "Grundsätze" entbehren der Satzungsform; derartige Eingriffe seien unterhalb der Satzungsebene unzulässig; § 25 der Satzung der Beklagten reiche als Rechtsgrundlage nicht aus. Im Ergebnis bedeuteten die "Grundsätze" einen Eingriff in die Grundrechtsposition der Kläger nach [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Der Umstand, dass die Beklagte eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sei ([§ 77 Abs. 5 SGB V](#)) reiche als Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der "Grundsätze" der EHV nicht aus; die Entscheidung des BVerfG vom 28. Juni 2000 (-[1 BvR 1136/96](#) - [NZA 2000, S. 996](#)) bestätige die Auffassung der Kläger, weil die dort abgehandelte Zusatzversorgung der VBL auf einer umfassenden und korrekten Rechtsgrundlage beruhe. Als Rechtsgrundlage reiche auch § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 - GVBl. S. 206 - nicht aus; der Landesgesetzgeber gestatte eine Satzungsregelung, an der es jedoch fehle. Der Landesgesetzgeber hätte jedenfalls die wesentlichen Grundentscheidungen, insbesondere zu den Leistungen des Versorgungswerks, zu den Grundvoraussetzungen der Mitgliedschaft und zu den Grundlagen der Befreiungsmöglichkeiten von der Mitgliedschaft selbst festlegen müssen (vgl. Hess. VGH, Urteile vom 16. März 1993 - [11 UE 895/91](#) und vom 14. Mai 1996 - [11 UE 1057/92](#) - [AnwBl. 1997, S. 117](#)). Letztlich erfolge ein Eingriff in wesentliche Rechtspositionen der Kläger auf Grund von zwei Worten des hessischen Gesetzgebers, nämlich auf Grund des Begriffs der "wirtschaftlichen Sicherung"; dies könne nicht rechtens sein. Zwar habe das Sozialgericht Frankfurt am Main wie auch der erkennende Senat die Grundsätze der EHV nicht in Frage gestellt und insoweit keine Bedenken formuliert; den Gerichten seien entsprechende Bedenken jedoch in den zu entscheidenden Fällen auch nicht vorgetragen worden.

Die EHV-Regelung könne insbesondere nicht auf [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) gestützt werden, denn es handle sich nicht um eine "Honorarverteilung" unter Vertragsärzten. Das Rechtsstaatsprinzip ([Art. 28 Abs. 1 GG](#)) gebiete zudem, dass Rechtsvorschriften hinreichend klar gefasst sein müssten, um die Eingriffssituation erkennbar zu machen; die Regelung verstoße deshalb auch gegen das Verständlichkeitsgebot. Die Beklagte habe selbst eingeräumt, dass die Regelungen der EHV schwer verständlich seien (unter Hinweis auf die Vertreterversammlung vom 22. Dezember 1999). Dem erkennenden Senat könne nicht gefolgt werden, wenn dieser mit Urteil vom 18. Oktober 2000 - [L 7 KA 277/00](#) - zu der Feststellung gelangt sei, es handle sich um ein "vom Umfang her kleines und für die Betroffenen und Mitglieder der Beklagten leicht zu überschauendes Satzungswerk". Dies könne auch durch die Bekundungen des sachverständigen Zeugen H. K. (Beweiserhebung im Parallelverfahren - [L 7 KA 721/00](#) -) bestätigt werden. Dieser habe zahlreiche Regelungsmängel und

unverständliche Regelungen benannt. Schließlich verstießen die "Grundsätze" auch gegen das Übermaßverbot; auch nach Erreichen des Höchstsatzes seien weiter volle Beiträge zu entrichten, was bedeute, dass der Vertragsarzt umso mehr in die EHV einzahle, je höher sein Umsatz und je länger er als Vertragsarzt tätig sei. Ferner stünden Versorgungsbeiträge und später zu gewährende Versorgungsbezüge nicht in einem auch nur annähernd vertretbaren Verhältnis. Auch die Veröffentlichung der Regelungen zur EHV sei rechtswidrig wie in jedem Falle auch die entsprechende Satzungsregelung in § 28 der Hauptsatzung. Eine "alternative" Veröffentlichungsregelung, die mehrere Veröffentlichungswege möglich mache, sei unzulässig.

Rechtswidrig sei auch der Abzug von Verwaltungskosten; für diese fehle es an einer Rechtsgrundlage. Zwar ermächtige [§ 81 Abs. 1 Nr. 4](#) und 5 SGB V die Vertreterversammlung, die Pflichten der Mitglieder festzulegen und die Aufbringung und Verwaltung der Mittel zu regeln. Auf der Grundlage dieser Ermächtigung bedürfe es jedoch zulänglicher Satzungsbestimmungen, die dies in rechtsstaatlicher Weise festlegten; hieran fehle es für die streitbefangenen Quartale. Zwar bestimme § 24 Abs. 1 der Satzung der Beklagten, dass diese zur Durchführung ihrer Aufgaben Beiträge nach einem Vomhundertsatz der abgerechneten Vergütungen erheben könne. Dies reiche als Rechtsgrundlage für die Beitragserhebung jedoch nicht aus. Es liege nicht einmal ein Beschluss der Vertreterversammlung der Beklagten dazu vor, dass deren Mitglieder in den streitigen Quartalen Verwaltungskosten in der in den angefochtenen Honorarbescheiden ausgewiesenen Höhe zu zahlen hätten. Die von der Beklagten erhobenen Verwaltungskosten seien zudem im Vergleich zu anderen Kassenärztlichen Vereinigungen in einem Spitzenbereich. Es fehle an der notwendigen Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Verwaltung der Beklagten. Ein überflüssiger Verwaltungsaufwand ergebe sich insbesondere auch durch den Betrieb zahlreicher Bezirksstellen. Zudem seien Mittel der Verwaltung in rechtswidriger Weise u.a. für Aufwandsentschädigungen und Darlehen verwandt worden.

Rechtswidrig sei auch die Abzweigung für Rückstellungen und für eine selbstschuldnerische Bürgschaft. Die Honorar- und die Widerspruchsbescheide der Beklagten seien formell fehlerhaft und deshalb nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig. Die Bescheide seien inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. Für die Verständlichkeit sei nicht allein auf die erste Seite der Honorarbescheide abzuheben, wo unmissverständlich die Höhe des auszahlenden Honorars genannt werde. Notwendig sei vielmehr, dass die Entscheidung mit den Anlagen alle notwendigen Angaben zur Höhe des Honorars enthalte. Hieran fehle es. Wenn es mehrerer Rechenoperationen bedürfe, um das Ergebnis nachzuvollziehen, liege darin ein erheblicher Mangel. Dieser Mangel mache die angefochtenen Bescheide nichtig.

Zudem seien die Bescheide auch unzulänglich begründet ([§ 35 SGB X](#)). Die Begründung der Beklagten lasse die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe, die geeignet seien, die Entscheidung zu tragen, nicht in verständlicher Weise erkennen. Ein durchschnittlicher Vertragsarzt könne aus der Begründung nicht entnehmen, auf welche konkreten Bestimmungen die Entscheidung sich stütze, welche Abzüge getätigt seien und welche Rechenoperationen das Ergebnis nachvollziehbar machten.

Die Widerspruchsbescheide seien ferner wegen Verstoßes gegen das Gebot des rechtlichen Gehörs ([§ 24 SGB X](#)) rechtswidrig. Es sei davon auszugehen, dass der Vorstand der Beklagten die Widerspruchsbegründungen vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche nicht zur Kenntnis genommen habe, sondern dass diese von der Geschäftsführung eigenmächtig verfasst und unautorisiert von einem Vorstandsmitglied unterzeichnet worden seien. Den verfügbaren Akten sei eine korrekte Verfahrensweise jedenfalls nicht zu entnehmen. Hierzu solle Beweis erhoben werden durch Parteivernehmung des 1. Vorsitzenden der Beklagten.

Die Honorarbescheide der Beklagten beruhten auf fehlerhaften Rechtsquellen. Der den Honorarbescheiden zu Grunde liegende HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Ein wirksames Zustandekommen einer Honorarsatzung sei durch das Sozialgericht nicht festgestellt worden. Die rückwirkende Inkraftsetzung von Teilen des HVM - insbesondere in Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I, durch einen Nachtrags-HVM - sei rechtswidrig gewesen. Mit dieser Vorschrift habe von der Möglichkeit des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) Gebrauch gemacht werden sollen, um eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit von Vertragsärzten zu verhüten. Vertragsärzte könnten eine übermäßige Ausdehnung jedoch nur dann vermeiden, wenn sie von den jeweils genannten Fallzahlgrenzen vorher Kenntnis erhielten; andernfalls führe die Regelung allein zu einer nachträglichen Honorarbegrenzungsmaßnahme; hierzu ermächtige [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) jedoch nicht.

Gegen die Eignung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Krankenkassen zur untergesetzlichen Normgebung bestünden erhebliche verfassungsrechtliche Einwände.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprächen insoweit nicht den gebotenen verfassungsrechtlichen Anforderungen. Den Vertreterversammlungen fehle die notwendige demokratische Legitimation. Zu beanstanden sei auch, dass es an dem notwendigen Minderheitenschutz fehle. Auch die Beteiligung außerordentlicher Mitglieder sei unzulässig, weil nicht ausgeschlossen werden könne, dass deren Abstimmungsverhalten die Entscheidungen über einen HVM maßgeblich beeinflussen könnten.

Insgesamt habe die Delegation von Normsetzung in der Sozialversicherung ein "bedenkliches Ausmaß" erreicht und begegne erheblichen verfassungsrechtlichen Einwänden. Dies habe zur Folge, dass es für den EBM keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage gebe, gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoßen werde und der Normgeber des EBM rechtsstaatlich-demokratisch nicht legitimiert sei sowie gegen das Gebot der Normenklarheit verstoßen werde.

Einwände hinsichtlich der Legitimation bestünden auch gegen die Krankenkassen. Die Selbstverwaltung der Krankenkassen folge weitgehend aus "Friedenswahlen", mit der Folge, dass die Zusammensetzung weitgehend vorab festgelegt sei. Die Ersatzkassen könnten ohnedies kein Recht wirksam setzen. Die Verwaltungsräte könnten die Versicherten nicht vertreten; sie bestünden zur Hälfte aus Arbeitgebervertretern und zudem sei der Vertretungsgedanke reine Fiktion. Zu der Behauptung, bei den Sozialwahlen 1993 habe es 27 Wahlen mit Wahlhandlung und 1.284 so genannte Friedenswahlen gegeben, solle Beweis erhoben werden durch amtliche Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit.

Der EBM verstoße gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt und beruhe auf einer unzulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage, weshalb er insgesamt rechtswidrig sei. Während die 1997 geltenden Ermächtigungen für den EBM noch in [§ 87 Abs. 2](#) und 2a SGB V festgelegt gewesen seien, finde sich demgegenüber ab dem Quartal III/97 keine Ermächtigung für die Budgetierung bestimmter Arztgruppen, weshalb die Budgetierungsregelungen und mit ihnen der EBM insgesamt rechtswidrig seien, was das BSG verkenne. Die Normgeber des EBM seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch legitimiert. Maßgeblich beruhe dies darauf, dass die Normgeber des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) nicht verfassungskonform beschaffen seien, sowohl hinsichtlich der Kassenärztlichen

Bundesvereinigung (KBV) als auch hinsichtlich der Spitzenverbände der Krankenkassen. Der Bewertungsausschuss sei deshalb rechtsstaatswidrig, da er weder demokratisch legitimiert sei noch in einem rechtmäßigen Verfahren tätig werde.

Der EBM verstoße insbesondere gegen das Gebot der Normenklarheit (was im Übrigen auch für den HVM gelte). Grundrechtsrelevante Vorschriften müssten in ihren Voraussetzungen und ihrem Inhalt so klar formuliert sein, dass die Rechtslage für die Betroffenen ohne die Zuhilfenahme spezieller Erkenntnisse erkennbar sei und dass sie ihr Verhalten danach einrichten könnten. Insbesondere dürfte der wahre Regelungsgehalt nicht verschleiert werden. Je intensiver ein Grundrechtseingriff sei, desto höher seien die Anforderungen an das rechtsstaatliche Verständlichkeitsgebot. Das Gebot der Normenklarheit werde insbesondere durch den EBM dadurch verletzt, dass die gesamten Vorschriften zur Budgetierung und hier insbesondere die vom EBM verwendeten Formeln für verständige und aufgeschlossene Vertragsärzte unverständlich seien. Dies führe zur Nichtigkeit des EBM mit der Folge, dass dieser auch nicht als Rechtsgrundlage für die Budgetierung dienen könne. Das wiederum habe Auswirkungen auf die Kläger, wenn diese nicht zu den budgetierten Arztgruppen gehörten, was das Sozialgericht verkannt habe.

Die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM, der nicht sach-, system- und verteilungsgerecht sei; dieser leide unter erheblichen Ermittlungsfehlern des Bewertungsausschusses, was durch die Ausführungen der KBV bzw. des Beigeladenen nicht entkräftet werde. Um das "wertmäßige, in Punkten ausgedrückte Verhältnis der abrechnungsfähigen Leistungen zueinander" festzulegen (so [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)), müsse der Bewertungsausschuss den "Wert" aller im EBM aufgeführten vertragsärztlichen Leistungen rational ermitteln. Dieser "Wert" bestehe aus den für die jeweilige Leistung aufgewandten Kosten sowie aus einem anteiligen "Arztlohn". Wenn der Bewertungsausschuss diese Kosten nicht oder nicht für alle Arztgruppen oder nicht für alle Leistungen kenne, könne er die Proportionalität nicht herstellen, die das Gesetz zwingend verlange. Für diese Ermittlungen müssten notwendigerweise betriebswirtschaftliche Feststellungen getroffen und Erwägungen angestellt werden. Es möge sein, dass i.S. der Rechtsprechung des BSG (unter Hinweis auf [BSGE 83, S. 205](#), 208) auch weitere Gesichtspunkte hinzutreten müssten; unverzichtbar seien die Kostenermittlungen für alle Leistungspositionen. Für die hier streitbefangenen Quartale habe der Bewertungsausschuss keinerlei fachwissenschaftlich valide Kostenermittlungen zugrundegelegt. Dies ergebe sich aus der Entwicklung des EBM 1987 wie auch des EBM 1996. Dies werde bestätigt, wenn der Bewertungsausschuss seine Aufstellungsakten für den hier Geltung beanspruchenden EBM vorlege; alle Umstände sprächen dafür, dass der Bewertungsausschuss seiner Amtsermittlungspflicht nach [§ 20 SGB X](#) nicht entsprochen habe. Hätte der Bewertungsausschuss die Darstellung der von der KBV angewandten Methodik zur orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation ärztlicher Leistungen bei der Bewertung der radiologisch-nuklearmedizinischen Leistungen im EBM tatsächlich zugrundegelegt, gingen die Beanstandungen der Kläger zu diesem Punkt ins Leere; dies sei jedoch nicht der Fall gewesen: Der Beigeladene habe nicht vorgetragen, dass der Bewertungsausschuss für diese Leistungen irgendwelche betriebswirtschaftlichen Kalkulationen vorgenommen habe; dies bestätige im Ergebnis die Beanstandung der Klägerseite. Es werde ausdrücklich bestritten, dass ein Gutachten vorgelegen habe, das auf statistisch-wissenschaftlich repräsentativen und damit verwertbaren Erhebungen der Kosten- und Zeitansätze beruht habe. Es sei nicht zu erkennen, dass und wie die Kosten- und Zeitansätze erhoben worden seien. Es sei nicht erkennbar und nachvollziehbar, dass ein Gutachten vorgelegen habe, das sich auf Daten habe stützen können, die von der Honorarabteilung der KBV mit Bezug zu einer repräsentativen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt worden seien und von deren Richtigkeit und Eignung für die durchgeführte Modellrechnung ausgegangen worden sei. Ein Gutachten sei zudem weder dem Bewertungsausschuss noch seinem Arbeitsausschuss jemals vorgelegt worden. Weiterhin lasse sich die (anderweitig) vorgelegte orientierende betriebswirtschaftliche Kalkulation computertomografischer Leistungen, Stand 1994, weder einem Verfasser noch einem Zeitraum für die Erstellung zuordnen. Es werde bestritten, dass die Punktbewertung in der EBM-Fassung, die ab Quartal III/97 Geltung beansprucht habe, sich in irgendeiner Weise auf ein Gutachten von Professor Sieben gestützt hätte. Es werde auch bestritten, dass "Expertengespräche" - wie behauptet - stattgefunden hätten, die zur Grundlage der Bewertung hätten genommen werden können. Tatsachen habe der beigeladene Bewertungsausschuss nicht vorgetragen; Unterlagen, insbesondere Niederschriften des Bewertungsausschusses und seines Arbeitsausschusses scheine es nicht zu geben. Richtig sei allein, dass der Bewertungsausschuss die computertomografischen Leistungen so fortgeschrieben habe, wie sie im EBM 1987 vor 1996 bewertet worden seien. Da dem EBM 1987 jedoch keinerlei betriebswirtschaftliche Ermittlungen vorangegangen seien, müssten die Bewertungen für radiologische Leistungen im EBM als "frei erfunden" und deshalb als rechtswidrig bewertet werden. Die Regelungen in Q 1 und R 1 EBM seien sachwidrig; bestritten werde, dass die Scan- bzw. Frequenzzahlen auf gutachterlichen Stellungnahmen von "Experten" beruht haben sollen. Die im Abschnitt Q 1 des EBM als abrechnungsfähig angegebenen Scanzahlen reichten - auch unter Anlegung von durchschnittlichen Maßstäben - nicht aus, den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig sei, um unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen, (Beweis: Sachverständigengutachten). Rechtswidrig sei auch die Definition des Begriffes "Behandlungsfall". Dies habe zur Folge gehabt, dass die Kläger in den in Frage stehenden Quartalen immer wieder Patienten mehrfach und bei wiederholter Untersuchung unentgeltlich hätten untersuchen müssen. Auch die Auffassung des Bewertungsausschusses zu den Scans sei fehlerhaft. Abzuheben sei nicht auf die Gesamtsumme der Scans bzw. Sequenzen, sondern nach § 21 Abs. 1 BMV-Ä darauf, ob derselbe Arzt in demselben Kalendervierteljahr bei demselben Patienten eine CT- bzw. MRT-Behandlung durchgeführt habe; diese Regelung sei nicht sachgerecht und infolgedessen rechtswidrig. Schließlich treffe der EBM eine rechtswidrige Auswahl hinsichtlich der budgetierten und der nichtbudgetierten Arztgruppen.

Auch der HVM sei rechtswidrig, weil er infolge formeller Fehler nicht wirksam in Kraft gesetzt worden sei; zudem liege eine rechtswidrige rückwirkende Teil-Inkraftsetzung vor. Formell fehlerhaft sei bereits die Veröffentlichung des HVM, da die hier maßgebliche Regelung des § 28 der (Haupt-) Satzung der Beklagten im Hinblick auf die alternativen Möglichkeiten der Veröffentlichung rechtswidrig sei. Mit dem HVM werde zudem gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoßen. Es fehle auch an einer gesetzlichen Ermächtigung für die LZ 503 und die Anlage 3 zu LZ 702. Die Begrenzung der Honoraranforderung bei angeblich übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit (LZ 503) sei durch die Ermächtigung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht gedeckt. Zwar gestatte [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) prinzipiell eine derartige Regelung. Unter der Überschrift der LZ 503 verberge sich jedoch in Wirklichkeit nichts anderes als die Bewirtschaftung der zu knappen Gesamtvergütung. Die Vorschrift ziele nicht darauf ab, die Vertragsärzte von einer "übermäßigen" Ausdehnung ihrer Tätigkeit abzuhalten, vielmehr lege diese Grenzwerte fest, weil keine ausreichenden Mittel vorhanden seien, um eine an sich und bis dahin auch nicht übermäßige Tätigkeit zu honorieren; eine solche Regelung sei jedoch gesetzlich nicht abgedeckt.

Eine Ermächtigungsgrundlage fehle auch für die arzt- bzw. praxisbezogene Budgetierung und Quotierung nach Anlage 3 zu LZ 702. Die fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderungen diene ebenfalls nicht der Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes, sondern der Mangelbewirtschaftung, was das Sozialgericht verkannt habe. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) seien bei der

Verteilung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Eine Ermächtigung, einen beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen, enthalte das SGB V - anders als das Sozialgericht meine - nicht. Die Behinderung von Fallzahlsteigerungen im HVM sei zudem mit dem typischen Bild freiberuflicher Betätigung schwerlich vereinbar (unter Hinweis auf Clemens, in: MedR 2000, S. 19). Auch habe die Vertreterversammlung der Beklagten bei der Verabschiedung der in dem streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt; sie habe auch über keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen verfügt (Beweis: zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung).

Der HVM verstoße gegen den Grundsatz der Normenklarheit, weil er selbst mit Nachträgen für die Normadressaten objektiv unverständlich sei. Die zahlreichen Verweisungen auf andere Rechtsnormen, die Diktion des HVM und vornehmlich das in ihm enthaltene extrem verschachtelte Honorarsystem für Radiologen seien für diese schlechthin unverständlich. Dass Komplexität und Kompliziertheit des HVM sowie das Ineinandergreifen verschiedener Regelungsebenen kein besonderes Kennzeichen allein des Vertragsarztrechts sei - so das Sozialgericht - rechtfertigte diese Kompliziertheit und Unverständlichkeit nicht. Falsch sei die Auffassung des Sozialgerichts, die Regelungsstrukturen des Honoraranspruchs für radiologische Praxen seien noch "eher einfach". Die betroffenen Ärzte müssten erkennen können, welche Teile des HVM konkret sie beträfen, da sie sonst die konkrete Anwendung nicht nachvollziehen könnten. Der HVM enthalte hingegen ein vierfach ineinander verschachteltes Kürzungssystem: dieses beginne mit den allgemeinen Kürzungen nach LZ 503; schon diese könne ein Vertragsarzt letztlich nicht verstehen. Auf der Grundlage dieser Kürzungen finde möglicherweise eine fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderungen nach der Anlage I zu LZ 702 HVM statt. Sodann fände nach II. eine Budgetierung der Honoraranforderungen bei denjenigen Ärzten statt, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208 einbezogen seien. Anschließend erfolge nach III. eine fallzahlabhängige Quotierung der Honoraranforderungen. Jede einzelne dieser Maßnahmen sei in ihrem Vollzug nach dem Text des HVM für Vertragsärzte nicht verständlich. Gänzlich unverständlich sei, wie diese Maßnahmen zusammenwirkten und worauf diese abzielten.

Der HVM habe eine extrem ungleiche Vergütung gleichartiger radiologischer Leistungen in den verschiedenen Arztgruppen zur Folge, je nach dem, ob es sich um einen Radiologen oder um einen Teil-Radiologen handle. Dies verstoße gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung, sei durch keinerlei "Systemimmanenz" erklärbar und könne deshalb auch nicht im Lichte des Gleichheitssatzes - [Art. 3 Abs. 1 GG](#) - gerechtfertigt werden. Weiter leide der HVM an dem Mangel, dass rechtswidrig "Honorartöpfe" für Fachgruppen gebildet würden, was insbesondere bei dem "Honorartopf" der Fachgruppe, welcher die Kläger zugehörten, zu einer unzulässigen "Sippenhaft" für andere Kollegen führe.

Ein weiterer wesentlicher Mangel des HVM bestehe in extremen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte der einzelnen radiologischen Praxen, worin eine nicht nachvollziehbare und infolgedessen rechtswidrige Ungleichbehandlung zu sehen sei. Diese sei durch die Satzungsautonomie der Beklagten nicht gedeckt, weil eine Ungleichbehandlung nur wegen der Ungleichheit der Betroffenen angezeigt sei; für extreme Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte zwischen den einzelnen radiologischen Praxen gebe es jedoch keinen sachlichen Grund, worin ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz liege. Auch bestehe zwischen der HVM-Punktwertabsenkung und den Punktzahlen des EBM eine Kollision, der zu einer rechtswidrigen Verfälschung der mit dem EBM gewollten Ergebnisse führe. Aus der gutachterlichen Stellungnahme von Frau G. Kempny ergebe sich, dass die tatsächlichen Punktwertabsenkungen in den streitbefangenen Quartalen zu so massiven Ungleichheiten zwischen kostenträchtigen und mit geringen Kosten belasteten Arztgruppen führe, dass dies die Punktbewertungen des EBM geradezu auf den Kopf stelle; darin sei ein massiver Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz zu sehen. Auch zeige das Gutachten, dass eine ausgelastete (radiologische) Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne; durch den vorliegend maßgeblichen HVM werde das Bewertungsgefüge des EBM auf unzulässige Weise unterlaufen und konterkariert. Zwar seien geringfügige Modifikationen im Hinblick auf die Bewertungen des EBM möglich - etwa die Zusammenfassung einzelner Gebührenpositionen zu Leistungsgruppen - prinzipiell müsse es aber bei der gesetzlichen Konzeption bleiben, dass ärztliche Leistungen entsprechend ihrer Art und ihrem Umfang gleichmäßig zu vergütet seien. Wie auch das Gutachten von Frau Kempny belege, habe eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden können. Der durchschnittliche Kostensatz für Radiologen bzw. Nuklearmediziner habe im Jahr 1994 6,78 Pfennige pro Punkt betragen. Selbst unter der Annahme, dass die Kosten seit 1994 nicht gestiegen seien, ergebe sich für die Primärkassen-Tätigkeit kein Ertrag und für die Ersatzkassen-Tätigkeit nur ein geringer Ertrag, der nicht geeignet sei, entsprechend dem Durchschnitt zu einer wirtschaftlichen Verfahrensweise zu gelangen. Im Übrigen werde dies auch durch eine parlamentarische Anfrage vor dem Hessischen Landtag (unter Bezugnahme auf LT-Drucksache 15/2716) belegt. Die steigende Mengenausweitung sei die wesentliche Ursache für das Absinken des Punktwertes. Die Mengenausweitung beruhe wesentlich auf der gestiegenen Fallzahl und diese sei bei einer nur auf Überweisung tätig werdenden Fachgruppe nicht beeinflussbar. Insoweit greife die Entscheidung des BSG (Urteile vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) -; [BSGE 80, S. 1](#)), wonach der Grund für die Mengenausweitung durchaus relevant sei. Führt die Aufträge der überweisenden Ärzte bei weitgehend nur auf Überweisung tätigen Arztgruppen zu einer Mengenausweitung, für die eine Mitverantwortung der Erbringer nicht bestehe, und komme es deshalb zu einem stärkeren Punktwertverfall, als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen, treffe die Beklagte die Pflicht, die Honorarverteilung insoweit nachzubessern. In dieser Situation sei für die Kläger und ihre Fachgruppe eine massive Ungleichbehandlung gegenüber Vertragsärzten gegeben, die einer weniger kostenträchtigen Facharztgruppe angehörten. Die so genannte 15 v.H.-Rechtsprechung des BSG ([BSGE 83, S. 1](#) ff., 5) bedürfe der Differenzierung. Abzuheben sei nicht auf den Punktwertabstand zwischen den Arztgruppen, sondern zusätzlich seien die sehr unterschiedlichen Kostenstrukturen in den einzelnen Arztgruppen zu betrachten. Diese Betrachtung ergebe, dass der HVM, auf dem die angefochtenen Honorarbescheide beruhten, nicht sachgerecht und damit gleichheitswidrig sei. Der HVM bilde unzutreffend und in nicht zulässiger Weise nur einen Honorartopf für Radiologen. Bei inhomogenen Arztgruppen bestehe jedoch eine Verpflichtung zur Differenzierung (Hinweis auf BSG, Urteil vom 29. September 1999 - [B 6 KA 42/98 R](#) - sowie Clemens, in: MedR 2000, S. 20). Die Arztgruppe, welcher die Kläger angehörten, sei derart inhomogen, dass die Zusammenfassung aller Kollegen in der Honorargruppe 4.16 nicht sachgerecht sei. Bei den in der Honorargruppe 4.16 in Anlage 2 zu LZ 702 HVM zusammengefaßten Praxen seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um konventionelle Praxen handle oder um nuklearmedizinische Praxen, konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, Praxen mit CT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen mit CT und MRT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen, die ausschließlich CT- und/oder MRT-Leistungen erbrächten sowie Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger), gegebenenfalls in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsdaten (Beweis: betriebswirtschaftliches Sachverständigen-Gutachten).

Unzulänglich seien die Regelungen des HVM auch deshalb, weil es an den notwendigen Bedarfsermittlungen für Radiologen für das Quartal

III/97 fehle. Die von der Beklagten angewandte sog. Regressionsanalyse, also das Bezugnehmen auf frühere Quartale, sei finanzwissenschaftlich unzulässig; mit den von den Klägern vorgebrachten Einwendungen habe sich das Sozialgericht nicht auseinander gesetzt.

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

VII. Die Kläger haben im Klageverfahren und in der Berufungsbegründung (Schriftsatz vom 12. Oktober 2001) und ergänzt bzw. korrigiert durch den Schriftsatz vom 7. Juli 2003 sowie die Niederschrift über den Termin zur Erörterung des Sach- und Streitstandes am 23. Juli 2003 die nachfolgend aufgeführten Beweisanträge gestellt:

Es solle Beweis erhoben werden über die Behauptungen der Kläger.

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

- die den radiologisch/nuklearmedizinisch (tätigen) Vertragsärzten im streitigen Quartal von der Beklagten gezahlten Vergütungen haben weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführter, voll ausgelasteter Vertragsarztpraxis keinen "Arztlohn" übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens;

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

- der Vorstand der Beklagten hat vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche der Kläger deren Widerspruchsbegründung weder im Original noch inhaltlich - sei es durch eine Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung - zur Kenntnis genommen, durch Parteivernehmung des 1.Vorsitzenden der Beklagten

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

- Die Beklagte hat vor und nach Inkrafttreten des ab III/97 geltenden EBM und des in den

fraglichen Quartalen Geltung beanspruchenden HVM ihren Mitgliedern keinerlei Fortbil- dungsveranstaltungen zum Verständnis des Regelwerks angeboten, das den fraglichen Ho- norarbescheiden zugrunde lag, durch Parteivernehmung des damaligen 1. Vorsitzenden der Beklagten, Dr. B.;

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

- die in Abschnitt Q 1 und R 1 EBM (1997) als abrechnungsfähig angegebenen Scan- und Sequenzzahlen reichen - auch unter Anlegung von Durchschnittlichkeitsmaßstäben - nicht aus, um den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig ist, um unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens;

- die Vertreterversammlung der Beklagten hat bei der Verabschiedung der im streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt; sie hat auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen gehabt, durch zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung, von der Beklagten zu benennen;

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

- es hat im Abrechnungszeitraum keinerlei "Sicherstellungsprobleme" gegeben, die eine unterschiedliche Behandlung von Pathologen und

Laborärzten einerseits, Radiologen andererseits erforderlich gemacht haben könnte; durch Parteivernehmung des früheren 1. Vorsitzenden der Beklagten, Dr. B ...

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

Die Kläger beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Juni 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen die Bescheide vom 25. März 1998 und 22. Juni 1998 - in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 16. Dezember 1998 und 27. November 2000 (sämtlich für III/97) - sowie den Bescheid vom 26. Mai 1998 - in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 (sämtlich für IV/97) - zu ändern, sowie die vertragsärztlichen Leistungen der Kläger für die Quartale III/97 und IV/97 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu festzusetzen, hilfsweise, festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an die Kläger in den Quartalen III/97 und IV/97 5 v.H. für Zwecke der erweiterten Honorarverteilung (EHV) einzubehalten, weiter hilfsweise, Beweis zu erheben entsprechend den Beweisanträgen im Schriftsatz der Kläger vom 7. Juli 2003 unter Berücksichtigung der vorstehenden Änderung, ferner, Beweis über die Behauptung der Kläger zu erheben, für die Beklagte sei spätestens ab 1992, jedenfalls aber ab 1. Januar 1993 nach den damaligen Erkenntnissen der Versicherungs- und Rentenmathematik erkennbar gewesen, dass die EHV in der bestehenden Form objektiv ungeeignet war, um die in ihr vorgesehenen Ansprüche der Berechtigten zu befriedigen, durch Einholung eines Sachverständigengutachtens, sowie weiter hilfsweise, die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Honorarbescheide - nach Korrektur - für rechtmäßig und beruft sich im Übrigen auf die Entscheidungsgründe des erstinstanzlichen Urteils, das sie für zutreffend hält. Ergänzend hat sie ausgeführt, dass Beschlüsse in der Abgeordnetenversammlung zur Honorarverteilung in aller Regel nicht in namentlicher Abstimmung erfolgen, weshalb ihr im Einzelfall das Abstimmungsverhalten der Abgeordneten nicht bekannt sei. Aufzeichnungen darüber, mit welchen Mehrheiten die jeweiligen Entscheidungen zur Honorarverteilung zustande gekommen seien, würden von daher auch nicht existieren.

Der Senat hat durch Beschluss vom 7. April 2003 den Bewertungsausschuss bei der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beigeladen. Der Beigeladene hat in diesem Verfahren keinen Antrag gestellt und auch inhaltlich nichts vorgetragen.

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

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

Entscheidungsgründe:

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

I. Die Berufung ist zulässig, denn sie ist form- und fristgerecht eingelegt worden sowie an sich statthaft ([§§ 151 Abs. 2, 143 ff., 144 SGG](#)), weil Berufungsausschlussgründe nicht vorliegen. Soweit von Klägerseite noch Härtefallentscheidungen nach LZ 803 bzw. LZ 607 HVM begehrt worden sind oder werden, sind diese nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens, weil in soweit von der Beklagten ein gesondertes Verfahren geführt werden muss und geführt wird, wovon auch das Sozialgericht zutreffend ausgegangen ist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Die Auffassung des Sozialgerichts, welche der Senat teilt, entspricht der ständigen Rechtssprechung des Senats und wird nunmehr auch von den Beteiligten zugrunde gelegt. Insoweit war schon die Klage unzulässig und ist die Berufung unbegründet.

II. Die Berufung ist jedoch auch im Übrigen unbegründet, so weit mit ihr die Aufhebung des angefochtenen Urteils und der Honorarbescheide sowie der/des Widerspruchsbescheide/s und die Verurteilung der Beklagten zur erneuten Bescheidung der Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts begehrt wird. Der Honorarbescheid vom 25. März 1998 (betreffend das Quartal III/97) - in der Gestalt des Änderungs-Bescheides vom 22. Juni 1998 - und der Honorarbescheid vom 24. Juni 1998 (betreffend das Quartal IV/97) - sämtlich in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 sowie der als Widerspruchsbescheid bezeichnete Bescheid vom 27. November 2000 sind rechtmäßig und beschweren die Kläger nicht (mehr). Diese haben keinen Anspruch (mehr) auf Neubescheidung ihrer Honoraransprüche für die Quartale III/97 und IV/97. Zutreffend ist das Sozialgericht davon ausgegangen, dass - betreffend das Quartal III/97 - neben dem Bescheid vom 25. März 1998 nicht nur der Änderungs-Bescheid vom 22. Juni 1998 - beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dez. 1998 - sondern auch der "Widerspruchsbescheid" vom 27. Nov. 2000 gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des sozialgerichtlichen Verfahrens geworden sind. Der Bescheid vom 22. Juni 1998 bereits hatte dem Widerspruch der Kläger - teilweise - abgeholfen. Die Frage des Absehens von Maßnahmen der Individualbudgetierung betraf - jedenfalls für das vorliegende Streitverfahren - das Quartal III/97 und damit die Höhe des ("regulären") Honorars für dies beiden Quartale, weshalb diese Frage bereits im Rahmen des Widerspruchsverfahrens, das durch den Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 1998 abgeschlossen worden war, hätte mit entschieden werden können. Dass die Beklagte insoweit noch ein eigenständiges Widerspruchsverfahren mit Widerspruchsbescheid vom 27. Nov. 2000 zur Frage der Anwendbarkeit (bzw. Nicht-Anwendbarkeit) der Individualbudgetierungsregelungen des HVM durchgeführt hat, ändert nichts

daran, dass insoweit die Frage des "regulären" Honorars betroffen war und über die Rechtmäßigkeit dieses Bescheides vorliegend mit zu entscheiden war.

III. Die angefochtenen Honorar-Bescheide und der/die Widerspruchsbescheid/e sind formell rechtmäßig. 1. Die Honorarbescheide vom 25. März 1998 - in Verbindung mit dem Änderungsbescheid vom 22. Juni 1998 - und vom 24. Juni 1998 sind inhaltlich hinreichend bestimmt. Das Erfordernis der hinreichenden Bestimmtheit bezieht sich auf den Verwaltungsakt als Regelung und damit auf den Verfügungssatz des Verwaltungsaktes (vgl. Engemann, in: von Wulffen, SGB X, Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, 4. Aufl., 2001, § 33 RdNr. 3 unter Bezugnahme auf BSG in SozR 1500 § 55 Nr. 35). Die streitbefangenen Honorarbescheide sind in der Festlegung der Honorarhöhe vollständig, klar und unzweideutig und zudem auch für den Kläger verständlich. Dabei ist es im Hinblick auf [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) nicht erheblich, inwieweit das Rechenwerk und damit der Begründungsteil des Verwaltungsaktes zu Recht beanstandet wird; jedenfalls wird die Regelungsaussage durch die Begründung und die Anlagen zu den Honorarbescheiden nicht in Frage gestellt.

2.) Die angefochtenen Honorarbescheide sind auch i.S. der Vorgaben des [§ 35 SGB X](#) ausreichend begründet. Ein schriftlicher Verwaltungsakt ist schriftlich zu begründen; in der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Lediglich in den Ausnahmefällen des [§ 35 Abs. 2 SGB X](#) bedarf es keiner Begründung. Durch die Begründung soll der Adressat des Verwaltungsaktes, insbesondere hinsichtlich der ihn belastenden Teile, in die Lage versetzt werden, seine Rechte sachgemäß wahrnehmen zu können. Das Begründungserfordernis soll zur besseren Transparenz des Verwaltungshandelns beitragen, überflüssigen Rechtsbehelfen vorbeugen, aber auch der Nachprüfung der Verwaltungsentscheidung durch Aufsichtsbehörden und Gerichte dienen (vgl. Engemann, in: von Wulffen, a. ...a.O., [§ 35 SGB X](#) RdNr. 2, unter Hinweis auf [BSGE 27, S. 34](#)). Honorarbescheide haben deshalb die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte darzulegen, wobei diese auch aus den Anlagen, wenn diese Bestandteile der Bescheide sind, folgen können. Die Anforderungen sind insoweit jedoch auf die wesentlichen Angaben begrenzt; nicht erforderlich ist es, dass im Einzelnen alle erheblichen Umstände, Zahlen und Beträge sowie rechtlichen Zusammenhänge erläutert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3. Dezember 1997 – [6 RKA 21/97](#) – [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich der Anlagen entnommen und damit die Honorarfestsetzung in Verbindung mit weiteren Unterlagen nachvollziehbar überprüft werden können. Diesen Anforderungen entsprechen die Honorarbescheide. Dem steht nicht entgegen, dass das Rechenwerk als solches für die Kläger möglicherweise nicht in vollem Umfang und ohne fremde Hilfe nachvollziehbar und überprüfbar ist. Darin ist noch kein Verstoß gegen das Begründungserfordernis nach [§ 35 SGB X](#) zu sehen. Die Honorarfestlegung unter Anwendung von EBM und HVM und verbunden mit verschiedenen Rechenschritten stellt eine zwangsläufig schwer verständliche Regelungsmaterie dar. Die Beklagte kann allerdings auch seitens der Vertragsärzte erwarten, dass diese sich spezifische Kenntnisse im Vertragsarztrecht verschaffen. Dies muss nicht zwingend durch Schulungsveranstaltungen oder Fortbildungsgelegenheiten seitens der Beklagten erfolgen. Die Beklagte ist jedoch verpflichtet, auf Verlangen die nötigen Informationen zu geben; diese hat die Beklagte vorliegend jedoch nicht verweigert.

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

Das sozialgerichtliche Urteil, auf dessen Begründung der erkennende Senat insoweit verweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), hat die Nachvollziehbarkeit der Honorarrechnung eingehend dargelegt und damit belegt, dass alle wesentlichen Aussagen den Honorarbescheiden entnommen werden können. Die wesentlichen Angaben und Rechenoperationen sowie Teilergebnisse sind im Bescheid benannt worden und die Rechenschritte können jedenfalls unter Beiziehung der Anlagen und der Rechtsgrundlagen nachvollzogen werden. Das BSG hat klargestellt, dass nicht alle für die Festlegung von Honorarentscheidungen maßgeblichen Umstände, Zahlen und Beträge im Bescheid bzw. in den Anlagen aufzuführen sind und darin kein Begründungsdefizit zu sehen sei (vgl. BSG, Urt. vom 3.12.1997 – [6 RKA 21/97](#) – [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)).

3.) Mit den Honorarbescheiden hat die Beklagte auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) verstoßen. Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern ([§ 24 SGB X](#)). Die Pflicht zur Anhörung besteht insbesondere, wenn in die Rechte eines Beteiligten eingegriffen wird; deshalb erscheint bereits die Anwendung der Regelung im Hinblick darauf, dass die Honorarbescheide Leistungsbescheide sind, fraglich. Für den Bereich des Arbeitslosenversicherungsrechts hat dies das BSG mit Urteil vom 29. November 1990 (- [7 RAR 6/90](#) – [SozR 3-4100 § 139a Nr. 1](#)) über den Regelungsbereich dieses Rechtsgebiets hinaus klar zum Ausdruck gebracht. Den Klägern war bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben worden, womit rechtliches Gehör (auch i.S. d. [§ 24 Abs. 1 SGB X](#)) gewährt wurde. Anhörungsfehler wären gemäß [§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#) als geheilt anzusehen, bzw. bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens heilbar ([§ 41 Abs. 2 SGB X](#)).

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

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

Die Honorarbescheide regeln als Verwaltungsakte i.S. von [§ 31 Abs. 1 SGB X](#) die Höhe des an die Kläger auszuweisenden Honorars. Die insoweit getroffenen Aussagen sind bestimmt; lediglich die Nachvollziehbarkeit der Berechnung des Honoraranspruchs der Kläger wird von diesen beanstandet, worin jedoch - wie oben ausgeführt worden ist - kein Formmangel liegt. Die Anwendung des Regelwerks durch die Beklagte ist - nach Korrektur - zutreffend; insoweit werden auch keine Rechen- und Rechtsfehler seitens der Kläger (mehr) geltend gemacht. Dass die Beklagte einen für Primär- und Ersatzkassen einheitlichen Quotierungsfaktor in Übereinstimmung mit Anlage 3 zur LZ 702 HVM berechnet hat und eine Trennung nach den einzelnen Kassenbereichen erst mit der Bildung der Honorargruppen nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM erfolgte, wird auch vom Senat nicht beanstandet ...

V. Der HVM ist (wie im Übrigen auch der EBM), soweit dieser auf die Kläger anzuwenden ist, rechtmäßig.

1.) Dabei ist die Prüfung des erkennenden Senats i.S. des hier zu gewährenden Individualrechtsschutzes auf die Fragen, vornehmlich im Zusammenhang mit dem HVM (im Übrigen auch bezüglich des EBM) begrenzt, soweit diese das Honorar der Kläger im Zusammenhang mit den angefochtenen Honorarbescheiden betreffen. Demgegenüber unterliegt hier der HVM (wie auch der EBM) keiner generellen Überprüfung i.S. einer abstrakten Normenkontrolle bzw. einer - schon verfahrenstechnisch unzulässigen - Popularklage. Die Überprüfung des erkennenden Senats hatte deshalb keine Regelungen einzubeziehen, von denen die Kläger konkret nicht betroffen sind. Die Prüfung erstreckt sich deshalb auf die Anwendung der Anlage 3 zu LZ 702 HVM und hier auf alle Regelungsbereiche, auf denen das Begrenzungskonzept der Beklagten beruht, einschließlich der sich mittelbar auswirkenden "Herausnahmeregelungen". Inwieweit jedoch generell Regelungen zu beanstanden sind, wenn im Einzelfall zugleich Maßnahmen nach mehreren Abschnitten zur Anwendung kommen, Ungereimtheiten und Widersprüche beim Ineinanderwirken von Maßnahmen auftreten, wie dies von den Klägern auch geltend gemacht wird, war dies im Hinblick auf den Streitgegenstand abzugrenzen. Mittelbar wirkt sich jede Honorarbewilligung und Honorarberechnung bezüglich anderer Ärzte, insbesondere auch solchen aus anderen Arztgruppen, auch auf die Honorarhöhe der Kläger aus. Insoweit kann den Klägern jedoch keine Überprüfungsbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben werden, die letztlich auf eine abstrakte Normenkontrolle hinausläufe. (So ist der Kläger z.B. von der Laborbudgetregelung durch den EBM nicht betroffen, wohl aber durch die Mengenbegrenzung durch den EBM bei der Abrechnung von Scans bei CT-Leistungen).

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

3.) Der HVM ist formell rechtmäßig zustande gekommen.

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

b) Von den Klägern kann das "Herstellen des Benehmens" i.S. des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) nicht mit Erfolg in Frage gestellt werden. Wird dieses "Benehmen" nicht hergestellt, fehlt eine zwingende Gültigkeitsvoraussetzung des HVM mit der Folge, dass dieser nichtig ist. Grundsätzlich macht dies erforderlich, dass die Verbände der Krankenkassen vor der Beschlussfassung über den HVM zu diesem Stellung nehmen und eventuell vorgebrachte Bedenken in die Entscheidungsfindung Eingang finden können; zulässig ist jedoch auch ein "nachgeholtes" Herstellen des Benehmens, wie höchstrichterlich entschieden worden ist (vgl. hierzu näher BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Urt. vom 24. August 1994 - [6 RKA 15/93](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Urt. vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Insoweit ergeben sich in Übereinstimmung mit dem Vortrag der Beklagten keine Zweifel, dass das Benehmen hinsichtlich der HVM-Regelungen seit dem 1. Juli 1997 hinsichtlich der streitbefangenen Quartale hergestellt worden ist - teils vorab und teils nachträglich (vgl. hierzu das Urt. des erkennenden Senats vom 16. Oktober 2002 - [7 KA 721/00](#) -).

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

d) Der hier angewandte HVM ist auch nicht deshalb unwirksam, wie die Kläger meinen, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt worden sind. Auch für den HVM als Satzungsrecht gilt grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch gilt dies nur in dem Maße, in dem dies nach der Funktion des HVM tatsächlich geboten ist. Insoweit besteht ein wesentlicher Unterschied zum EBM, da dieser Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt. In dieser Funktion wird der EBM zur Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte und beeinflusst deren Entscheidungen und Leistungen unmittelbar. Demgegenüber ist der HVM auf eine Verteilungssituation ausgerichtet und knüpft an die Verteilung der Gesamtvergütung an. Eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes folgt daraus regelmäßig nur mittelbar, da die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter regelmäßig erst nach Quartalsschluss überhaupt festgestellt werden können (vgl. auch Clemens, Regelungen der Honorarverteilung, in: MedR 2000, S. 17, 22 mit Nachweisen zur höchstrichterlichen Rechtsprechung). Die Grenze rückwirkender Inkraftsetzung liegt jedoch darin, dass gezielt steuernd wirkende Honorarverteilungsregelungen, die einer Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes dienen sollen, den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt sein müssen, damit diese sich hierauf einstellen können (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze kann hier nicht von einer unzulässigen Rückwirkung des HVM betreffend die streitbefangenen Quartale ausgegangen werden. Die mit Wirkung zum 1. Juli 1997 rückwirkend in Kraft gesetzte Regelung des neuen Abschnitts I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM war bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 i. d. F. der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden. Es wurde

darauf hingewiesen, dass die Honorarforderungen, die nicht in die Maßnahme nach LZ 208 HVM einbezogen seien, einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen seien und Einzelheiten hierzu in Kürze bekannt gegeben würden. Die streitbefangene HVM-Regelung hatte zudem nicht die Verhütung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes zum Ziel (und damit den Regelungsbereich der LZ 503 HVM) sondern die in den HVM übernommene sog. "EBM-Wippe" zur besseren Erfassung der Kostensituation kleiner Praxen (vgl. zum Regelungsbereich BSG, Urt. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)); im Leitsatz zu der angeführten Entscheidung des BSG wird nicht nur die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 für rechtmäßig erachtet, sondern auch die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung(en) im Rahmen der Honorarverteilung nach Einführung von Praxisbudgets (hier betreffend Hamburg) ausdrücklich anerkannt. Die Zielsetzung dieser HVM-Regelung, zugleich auch eine Fallzahlausweitung zu verhindern und mit einer Mengenbegrenzung eine Punktwertstabilisierung zu erzielen, steht dem nicht entgegen. Die Abstaffelungsregelung der "EBM-Wippe" verringert einen "Anreiz" zur Fallzahlsteigerung, zumal es sich um eine Fallwertkorrektur handelt, die eine Steigerung ohnedies nur geringfügig, was die steuernde Funktion im Hinblick auf das Leistungsverhalten des Arztes betrifft, begrenzt.

4.) Die Regelung des HVM verstößt nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Den Klägern ist zuzugeben, dass der Regelungsbereich des HVM komplex, kompliziert und schwierig ist, wie dies auch das Sozialgericht festgestellt hat. Die Regelung kann im Einzelfall auch unklar, vielleicht sogar widersprüchlich sein, weshalb jedoch der HVM insgesamt nicht als nichtig angesehen werden kann. Die Beklagte kann den HVM verwaltungsmäßig umsetzen und die Sozialgerichte können die Regelungen nachvollziehen. Den HVM klarer zu fassen, wird ein stetes Anliegen bleiben; der Vorwurf eines Verweisungswirrwarrs, wie ihn die Kläger erheben, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. Aus den Anlagen, die Bestandteil der Honorarbescheide sind, kann die jeweilige Bezugnahme nachvollzogen werden. Dies hat sich, wie das Sozialgericht ausgeführt hat, dort auch bei der Erörterung der Bescheidlage in der mündlichen Verhandlung gezeigt.

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

a) Die Rechtsetzungskompetenz ist dem Satzungsgeber in nicht zu beanstandender Weise übertragen worden. Der HVM trifft - hier ebenso wie der EBM - Berufsausübungsregelungen i.S. des [Art. 12 Abs. 1 GG](#), die sich erheblich auf die Berufsausübung der Vertragsärzte auswirken und in der Konsequenz von existenzieller Bedeutung werden können. Insoweit stellt [§ 85 SGB V](#) für den HVM (und entsprechend [§ 87 SGB V](#) für den EBM) eine ausreichende und hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage dar; wie die höchstrichterliche Rechtsprechung mehrfach bestätigt hat (vgl. mit zahlreichen Nachweisen Engemann, in: NZS 2000, S. 1 ff., 76 ff.). Dabei hatte der erkennende Senat nicht zu befinden, inwieweit diese Legitimation ausreicht, durch derartiges Satzungsrecht mittelbar oder möglicherweise unmittelbar in die Rechte Dritter einzugreifen; dies war hier nicht zu entscheiden, bedürfte jedoch (abweichend von Engemann a.a.O. sowie Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49, 97) einer gesonderten Prüfung (zum Ganzen: P. Axer, Normsetzung der Exekutive in der Sozialversicherung, Tübingen 2000, passim, vgl. u.a. S. 148 ff., 379 ff., 388 ff., 391; zusammenfassend: 429 ff.).)

b) Ebenso wird von dem erkennenden Senat die Rechtmäßigkeit des HVM im Hinblick auf die demokratische Legitimation der Vertreterversammlung der Beklagten nicht in Frage gestellt. Insoweit ist - entgegen der Auffassung des Klägers - die Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen (vgl. [§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#)) im Hinblick auf [§ 80 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht zu beanstanden. Dies gilt schon deshalb, weil die Zahl der außerordentlichen Mitglieder in der Gewichtung deutlich gegenüber den ordentlichen Mitgliedern begrenzt ist. Die gesetzliche Ermächtigung hält sich innerhalb der Grenzen, die der Gesetzgeber - in Kenntnis der Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder - bei der Festlegung der Ermächtigungsnorm hatte. Entgegen der Auffassung der Kläger ergibt sich auch aus der von der Beklagten vorgelegten Wahlordnung (nebst Anlage) und den dort mitgeteilten Zahlenverhältnisse nicht, dass die Zahl der außerordentlichen Mitglieder den gesetzlichen Vorgaben in [§ 80 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) widerspräche. Auch die Gefahr, dass die außerordentlichen Mitglieder die Beschlüsse der Vertreterversammlung "majorisieren" könnten und deshalb die Entscheidung des Selbstverwaltungsorgans (hier die Abgeordnetenversammlung) durch Partikularinteressen verzerrt werden könnte, vermag der Senat nicht zu erkennen. Durch Satzungsrecht (vgl. zur Beschlussfähigkeit [§ 8](#) der Geschäftsordnung der Abgeordnetenversammlung) ist gewährleistet, dass die außerordentlichen Mitglieder keine eigene Mehrheit bilden können und deshalb keine - auch nur höchst hypothetisch anzunehmenden, abweichenden - Partikularinteressen durchsetzen könnten. Entgegen der Auffassung der Kläger ergibt sich deshalb zur Überzeugung des Senats auch aus der neueren Entscheidung des BVerfG (vom 5. Dez. 2002 - [2 BvL 5/98](#) - und - 6/98 - [NVwZ 2003, S. 974](#) ff.; vgl. auch BGBl. I. (2003) S. 853) nichts, was gegen die Zulässigkeit der Beteiligung außerordentlicher Mitglieder in der vertragsärztlichen Selbstverwaltung - hier der Abgeordnetenversammlung der Beklagten - spräche.

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

7.) Der Senat teilt auch nicht die Auffassung der Kläger, es bestehe in jedem Fall ein Anspruch auf ein vertragsärztliches Honorar in Höhe einer "angemessenen Vergütung" (hierzu näher Wimmer, in: NZS 1990, S. 480; Isensee in: VSSR 1995, S. 321, 339, mit Nachweisen und in kritischer Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des BSG).

a) Dahinstehen kann, ob ein solcher Anspruch zur Fehlerhaftigkeit einer Honorarverteilungsregelung führt oder dieser Anspruch - aus dem Gesetz hergeleitet - dem Satzungsrecht vorgeht. Der Senat folgt der ständigen Rechtsprechung des BSG (vgl. Urt. vom 1. Februar 1995 - [B 6 RKA 27/93](#) - [SozR 3-2500 § 121 Nr. 1](#)), wonach die Angemessenheit der Vergütung zwar ein wichtiger Maßstab und Regelungsfaktor ist, der einzelne Vertragsarzt hieraus jedoch kein subjektives Recht herleiten kann. Das BSG (vgl. Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 6/98](#) - a.a.O. und vom 10. Mai 2000 - [B 6 KA 20/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 37](#)) stellt in ständiger Rechtsprechung darauf ab, dass die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang sei. Dieses Rangverhältnis hat auch das BVerfG in seiner Entscheidung zum Ausschluss der Zulassung von Ärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres (Entscheidung vom 20.3.2001 - [1 BvR 491/96](#) - [SozR 3-5520 § 25 Nr. 4](#)) im Ergebnis ausdrücklich bestätigt. Legitime Gemeinwohlgründe von überragender Bedeutung können bei der Ausgestaltung des Berufsrechts der ärztlichen Leistungserbringer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch Regelungen rechtfertigen, die letztlich die Berufswahl betreffen und nicht nur die Berufsausübung. Darin kommt die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems für das Gemeinwohl zum Ausdruck. Die Finanzierbarkeit dieses Systems ist ein wichtiger Bestandteil, auch mit der Folge, dass der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung

als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten muss.

b) Der Einwand der Kläger, der Gesetzgeber habe verschiedene alternative Möglichkeiten, auch im Rahmen der Bindung an eine Gesamtvergütung dem geforderten Anspruch auf ein "angemessenes Arzthonorar" Rechnung zu tragen und könne beispielsweise die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung erhöhen, liegt - jedenfalls als rechtliches Argument - neben der Sache. Der parlamentarische Gesetzgeber kann nicht gehalten sein, allein dem Anliegen der Vertragsärzte zu entsprechen und zugleich die Gesamtverantwortung für das soziale Sicherungssystem - worin auch der Faktor des Beitragssatzes ein Kriterium der Gesamtverantwortung ist - mit entsprechenden Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Arbeitsbereich hintanzustellen. Weder aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) noch aus den Vorschriften des SGB V kann daher der Anspruch eines einzelnen Arztes auf ein "angemessenes Honorar" oder - in abgeschwächter Form - auf einen festen Punktwert hergeleitet werden.

c) Zwar folgt daraus nicht, dass der Gesetzgeber - und daraus abgeleitet der Satzungsgeber - eine unbegrenzte Regelungsbefugnis hat. Bei Berufsausübungsregelungen hat der Gesetzgeber - wie auch der Normgeber auf Satzungsebene - einen weiten Gestaltungsspielraum. Jede Regelung muss jedoch durch sachgerechte und vernünftige Erwägungen gerechtfertigt sein. In dieser Einschränkung liegt zugleich auch eine Gewichtung; je stärker eine Regelung in Rechtspositionen des Einzelnen eingreift - konkret also Rechtspositionen des Arztes beeinträchtigt - desto stärker und gewichtiger müssen die Interessen des Gemeinwohls sein, um den Eingriff zu rechtfertigen (vgl. Nachweise der Rechtsprechung des BVerfG in Leiholz/Rinck/ Hesselberger, Grundgesetz, [Art. 12 GG](#) RdNr. 296). Die Rechtsprechung des BVerfG verlangt weiter, dass das eingesetzte Mittel geeignet und erforderlich ist, wobei dem Gesetzgeber - wie auch dem Satzungsgeber - wiederum ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt wird. Erforderlich ist, dass das eingesetzte Mittel im konkreten Fall - mit Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung - geeignet ist, die von Gesetzes wegen geforderte Stabilität des Systems zu sichern. Dies wird sich nicht ohne weiteres - zumindest nicht mit vollem Konsens - feststellen lassen, schon gar nicht bei einer prognostischen Beurteilung, weshalb dem Normgeber dieser weite Gestaltungs- und Regelungsrahmen zugebilligt wird. Dies muss umso mehr gelten, je komplexer und schwieriger die jeweiligen Vorgänge abzuschätzen sind. Daraus rechtfertigt sich auch ein angemessener Zeitraum für die Beobachtung von Auswirkungen und die Anpassung von Vorschriften, zugleich aber auch eine Verpflichtung des Normgebers, diese Vorgänge zu beobachten und entsprechende Änderungen einzuleiten.

d) Die fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung kann - in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#) und [SGB 2000, S. 256](#)) - nur geltend gemacht werden, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa bzgl. einer Facharztgruppe oder Region , so beeinträchtigt ist, dass auch die berufliche Existenz der in dem Versorgungssystem beteiligten Vertragsärzte gefährdet ist. Die Kläger tragen zwar erhebliche Belastungen durch die Honorarverteilungsregelungen vor; die Sicherstellung der Versorgung auch auf den Gebieten der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenmedizin in Hessen wird jedoch nicht in Frage gestellt. Die Stellung des Vertragsarztes als eines Selbständigen kann es immer wieder mit sich bringen, das Einzelne sich verkalkulieren und die vertragsärztliche Tätigkeit ändern, auf eine andere finanzielle Basis stellen oder aber ganz aufgeben müssen bzw. sich zur Kooperation mit anderen (Fach-)Ärzten gezwungen sehen. Dass in den streitbefangenen Quartalen - flächendeckend für Hessen oder hier für Bad Homburg v.d.H. und Umgebung - eine solche Gefährdung vorgelegen haben sollte, ist weder substantiiert dargetan noch sonst ersichtlich. Auch die von den Klägern vorgelegten Unterlagen sind nicht derart, dass sich der Senat insoweit zu einer Beweiserhebung über die Sicherstellung der Versorgung gedrängt sehen müsste. Nichts Gegenteiliges ergibt sich - wenn auch nicht direkt auf Hessen übertragbar, weil ein anderer KV-Bezirk betroffen ist - aus einem dem Senat in Parallelverfahren bekanntgewordenen Gutachten der Rinke Treuhand GmbH.

Entgegen der Auffassung des Klägers (vgl. auch Sozialgericht Frankfurt a.M., Urt. vom 20.6.2001 - [S 5 KA 01/99](#)) lässt sich aus der Rechtsprechung des BVerfG zur Indienstnahme Privater und deren Anspruch auf angemessene Entschädigung (vgl. Beschl. vom 13. Januar 1999 - [1 BvR 1909/95](#) - [NJW 1999, S. 1621](#)) kein Anspruch der Vertragsärzte auf ein angemessenes Honorar aus der vertragsärztlichen Tätigkeit herleiten. Es geht vorliegend nicht um eine Entschädigung bzw. Vergütung isoliert zu betrachtender Einzelleistungen; Vertragsärzte sind - auf freiwilliger Basis - in das Gesamtsystem der vertragsärztlichen Versorgung und dessen Vergütung inkorporiert, sodass es nicht auf eine Einzelleistungsvergütung, sondern auf die Gesamthonorierung aller Leistungen des Leistungserbringers in einem bestimmten Zeitschnitt ankomme. Muß das Gesamtvolumen der an alle Leistungserbringer zu verteilenden Vergütung aus gewichtigen Gründen des Gemeinwohls begrenzt werden, so fehlt es an einer entsprechenden Begrenzung gerade bei denjenigen freien Berufen - wie etwa Rechtsanwälte oder Notare - auf die sich die Kläger beziehen. Mangels Vergleichbarkeit können daher die Rechtsgrundsätze des BVerfG auf die Kläger auch nicht übertragen werden, weshalb ein Rechtsanspruch auf angemessene vertragsärztliche Vergütung so nicht zu begründen ist. Wie deshalb im Bezug auf die Honorierung der Kläger ein Verstoß gegen die guten Sitten angenommen werden soll, ist für den Senat nicht nachvollziehbar. Vorstellungen einer Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung, wie sie das allgemeine Vertragsrecht prägen und auch für das Arbeits(vertrags-)recht Geltung haben, können vor dem dargelegten Hintergrund verfassungskonformer Begrenzung der Gesamtvergütung nicht zur Anwendung kommen.

e) Fraglich erscheint auch, inwieweit das Verlangen nach einem angemessenen Honorar mit den Grundsätzen einer selbständig ausgeübten Tätigkeit im Einklang steht. Das Verlangen stellt vielmehr einen - möglicherweise so nicht gewollten - Zusammenhang zum Arbeitsrecht her, gerichtet auf ein "angemessenes Arbeitsentgelt" (das aber gerade auf "Aushandlungsprozessen" zwischen den Tarifvertragsparteien beruht, denen durch [Art. 9 Abs. 3 GG](#) verfassungsrechtlicher Status und Schutz zu Teil wird). Der Beruf des Vertragsarztes soll jedoch als ein dem Grunde nach freier Beruf, verbunden mit unternehmerischen Entscheidungen und einer eigenständig verantwortete Kosten- und Leistungsrechnung geführt werden, wenngleich auch eingebunden in ein Vertragssystem, das die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in weitem Umfang gestaltet und sicherlich auch einengt. Es bleibt dabei den Klägern allein überlassen, wie sie die Praxis (auch im Hinblick auf laufende Kosten) organisieren sowie das Geräte- und Leistungsspektrum ausrichten; welche Kooperationsformen gewählt, welche zusätzlichen Leistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung angeboten und ob z.B. Gutachtensaufträge (oder Aufträge im Rahmen von Begutachtungen) ausgeführt werden. Von solchen Entscheidungen und Bemühungen hängt unter anderem zwangsläufig die Kostenstruktur einer Praxis ab, weil bei steigendem Anteil nicht-vertragsärztlicher Leistungen der auf die vertragsärztliche Tätigkeit entfallende Kostenanteil sinkt - was nicht gleichbedeutend mit einer "Subventionierung" der vertragsärztlichen Tätigkeit zu verstehen ist. Der Streit um die "Angemessenheit" der (auch der kassen- bzw. vertrags-) ärztlichen Vergütung reicht im übrigen weit zurück (vgl. ausführlicher hierzu Senatsurteile vom 29. Januar 2003 - [L 7 KA 921/01](#) (- u.a. -) Revision anhängig - und [L 7 KA 1156/01](#) - rechtskräftig, S. 49 der schriftlichen 'Entscheidungsgründe' - unter Hinweis auf F. Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform - Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg i.B. 1967, passim, z.B. S. 87, 98 f., 131 ff., 154 ff.). Der weitreichende Konsens (trotz bestehender Kritik aus -

unterschiedlichen Perspektiven - an Demokratiedefiziten, denen der parlamentarischen Gesetzgeber in jüngster Zeit vermehrt versucht Rechnung zu tragen) in der juristischen sowohl wie der (wissenschaftlichen) sozialpolitischen Diskussion, wonach es eine legitime und - worauf der Senat Wert legt, wenngleich es von Klägerseite so offenbar bislang nicht wahrgenommen worden ist -) nach der Verfassung des GG auch legale Aufgabe des parlamentarischen Gesetzgebers ist, im Rahmen der "gewachsenen" neokorporatistischen Strukturen des "Gesundheitssystems" Aushandlungsmechanismen einzurichten, in denen einerseits die komplexen und spezifischen Fachwissen verlangenden Fragen der medizinischen Versorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft geklärt, andererseits aber auch die Interessen der Leistungserbringer zu einem Ausgleich mit den Belangen der Versicherten - den Beitragszahlern - und ihren Kassen gebracht werden können (vgl. im Einzelnen die Nachweise in den Urteilen des Senats vom 29. Jan. 2003 a.a.O.; u.a. - speziell für den vorliegenden Kontext - H. Wiesenhal, Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, 1981; G. Gäfgen, Hg.: Neokorporatismus und Gesundheitswesen, 1988 sowie die Beiträge von Adam/K.-D. Henke, I. Ebsen und J. Wasem in: Schulin, Hg. Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. I. Krankenversicherung, 1994 sowie K. Michelsen, Blockade oder Stabilisierungsfaktor? - Die Selbstverwaltung in der Kritik, in: H.-U. Deppe/W. Burkhardt, Hg., Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg 2002, S. 104 ff.). Der Senat vermag auch nicht zu erkennen, inwiefern die Mindestanforderungen an die demokratische Legitimation funktionaler Selbstverwaltung, wie sie zuletzt vom BVerfG nochmals festgeschrieben worden sind (5. Dez. 2002 - [2 BvL 5/98](#) - und - 6/98 - [NVwZ 2003, S. 974](#) ff.), jedenfalls für diesen Bereich der vertragsärztlichen Selbstverwaltung, der vorliegend im Streit steht, nicht eingehalten worden sein sollten.

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

f) Auch eine weitere Sachaufklärung des Senats zur wirtschaftlichen Situation der konkreten (einzelnen) Praxis der Kläger in den beiden streitbefangenen Quartalen war deshalb nicht geboten. Aus den von Klägerseite vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen ist noch nicht einmal ersichtlich, in welchen Umfang genau die Kläger außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sonstige Einnahmen aus der ärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis erzielt haben. Die Kenntnis dieser Relation ist aber erheblich für den Kostenanteil für private Behandlungen (etc.) und damit - wie ausgeführt - für die Kostenstruktur insgesamt, wofür sich Hinweise auch dem Gutachten der Rinke Treuhand entnehmen lassen. Weitere Auskünfte hierzu haben die Kläger, auch nach Anforderung, dem Senat nicht vorgelegt, weshalb der Senat bislang lediglich für zwei Quartale Kenntnis von Verlusten der Kläger hat. Eine weitere Beweiserhebung zur Offenlegung und Analyse sämtlicher Einnahmen - und zu deren Verwendung - aus der Praxis der Kläger über eine längeren Zeitspanne hält der Senat nicht für geboten, da aus der Kenntnis der Daten einer einzelnen Praxis - und für eine begrenzte Zahl von Quartalen - nicht auf die dauerhafte Gefährdung der Versorgung in einem ganzen Versorgungsbereich geschlossen werden könnte.

Sollten Ausnahmesituationen tatsächlich vorliegen und - außerhalb der üblichen Margen - Härtefälle oder Sicherstellungsprobleme auftreten, verbliebe der Beklagten die Möglichkeit - gegebenenfalls in einem gesonderten Verwaltungsverfahren - von Regelungen zum Härteausgleich und insbesondere zur Sicherstellung der Versorgung mit radiologischen etc. Leistungen Gebrauch zu machen.

Im übrigen ist gerichtsbekannt - und auch den Beteiligten aus zahlreichen Parallelverfahren zugänglich - dass nach der Kostenstrukturanalyse des ZI (der KBV und der KVen) in den Jahren 1996 bis 1998 von Radiologen (in den alten Bundesländern) jährlich Gesamteinnahmen von mehr als 1 Mio. DM/je Arzt erwirtschaftet worden sind, von denen ca. 76,41 % auf KV-Honorareinnahmen entfielen (bei Überschüssen aus KV-Tätigkeit von durchschnittlich rd. 163 TDM und von ca. 50 TDM aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit). Der Betriebskostenanteil betrug dabei ca. 80 % der Gesamteinnahmen. Auch wenn der Repräsentationsgrad mit 1,42 % (alte Bundesländer) gering ist, geben die Zahlen Anlaß zu der Annahme, die Versorgung im Bereich der Radiologie könne nicht - generell - gefährdet sein. Das vom Senat beigezogene Gutachten der Rinke Treuhand GmbH - wenn auch einen anderen KV-Bezirk betreffend - verweist jedenfalls auf die Bedeutung der äußerst kontroversen Einschätzungen auf der Kostenseite und ergibt im Übrigen keine Anhaltspunkte dafür, dass in der Bundesrepublik (West) - jedenfalls für die Zeit der hier streitbefangenen Quartale - verbreitet (und auf Bundesebene) von einer Gefährdung der Versorgung im Bereich der Radiologie, Nuklearmedizin gesprochen werden könnte. Der Senat verkennt die Kritik an der schmalen Datenbasis bundesweiter Erhebungen nicht; deren Verbesserung kann Aufgabe der KBV und des Beigeladenen werden, etwa bei der Erarbeitung der Grundlagen für eine Neuregelung des EBM. Es sind aber, neben dem - zwangsläufigen - Hinweis auf die schmale Datenbasis aller vorliegender Informationen, auch von Klägerseite keine substantiierten Darlegungen derart vorgetragen worden, wonach sich der Senat - flächendeckend und jedenfalls für die "alten" Bundesländer und/oder für Hessen hätte veranlaßt sehen müssen, Beweis über eine Gefährdung der Versorgung im Bereich der Radiologie zu erheben. Der Senat läßt dahingestellt, ob dies anders wäre, wenn die Kläger - oder jedenfalls ihre Prozessbevollmächtigten - im Hinblick auf die Vielzahl der beim erkennenden Senat anhängigen Streitverfahren - durch Vorlage valider, geprüfter und repräsentativer Auskünfte von einer Vielzahl von Fachkollegen der immer wieder vorgetragene Behauptung Plausibilität verschaffen könnten, dass die Mehrzahl radiologischer Praxen die vertragsärztliche Tätigkeit einstellen und deshalb die Versorgung mit Leistungen der diagnostischen Radiologie, der CT, der MRT etc. auch in der Fläche gefährdet erscheinen müsse. Ermittlungen "ins Blaue" oder gar ein "Ausforschungsbeweis" durch Befragung einer Vielzahl - auch nicht in einem Klageverfahren befindlicher - Praxen bzgl. auf sämtlicher Praxiseinnahmen und deren Verwendung sowie deren Kostenkalkulation sind nach rechtlchem Ausgangspunkt des Senats und angesichts des zur Überzeugung des Senats (auch in der Fläche) gesicherten Versorgungsniveaus nicht angezeigt. Die Beobachtung sich verändernder Entwicklungen obliegt insoweit dem Normgeber - hier in erster Linie dem Beigeladenen. Es ist nicht erkennbar, dass er dieser Aufgabe nicht nachgekommen sei. Auch das Gutachten der Rinke Treuhand GmbH liefert für ein solches Versäumnis - im Bezug auf andere Versorgungsgebiete - keine Anhaltspunkte.

Auch die Ausführungen in dem von den Klägern vorgelegten Gutachten von Frau G. Kempny vom 2. November 1998 zwingen zu keiner anderen Betrachtung. Die Annahme eines steigenden Kostenanteils bei sinkendem Punktwert wäre nur dann plausibel, wenn auch die Frage diskutiert würde, inwieweit diese Annahme dann noch Geltung beanspruchen könnte, wenn der sinkende Punktwert auf einer Leistungsausweitung beruht, die wiederum zu einer deutlichen Absenkung des Kostenanteils führen müßte. Auch wird in dem Gutachten die Frage nach dem Anteil privatärztlicher Tätigkeit, welcher für die Klärung der Kostenstruktur erhebliche Bedeutung zukommen kann - wie

oben ausgeführt und auch dem Gutachten der Rinke Treuhand GmbH zu entnehmen ist - weder gestellt noch diskutiert. Dies zu klären, kann - wie ausgeführt - zuallererst eine Aufgabe des Beigeladenen sein. Jedenfalls nach der derzeitigen Rechtslage und seinem derzeitigen Erkenntnisstand muss sich der Senat nicht zu einer Beweiserhebung im Sinn des Beweisanspruchs der Kläger gedrängt sehen, wobei dahingestellt bleiben kann, ob - und unter welchen konkreten Rahmenbedingungen - sich dies ändern könnte und/oder müsste.

VI. Die Honorarfestsetzung der Kläger folgt auch aus einem EBM, der, soweit für die Honorarfestsetzung der Kläger maßgeblich - wie auch der HVM u.a. aus den oben dargelegten Gründen - rechtlich nicht zu beanstanden ist. Die Regelungen des EBM entstammen - wie auch die des HVM - einem System autonomer Rechtssetzung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

1.) [§ 87 SGB V](#) (in der hier maßgeblichen Fassung des Gesetzes vom 23. Juni 1997, [BGBl. I. S. 1520](#); in Kraft ab 1. Juli 1997)), wonach die KBVen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschüsse ... einen einheitlichen Bewertungsmaßstab ... vereinbaren (müssen), der den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bestimmt ([§ 87 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V](#)), bietet hierfür eine rechtsstaatlich hinlänglich klare, von Verfassungen wegen nicht zu beanstandende Grundlage. Nach der höchstgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 39/98 R - SozR 3-2500 § 135 Nr. 11](#) sowie Urteil vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 9/98 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 21](#), jeweils m. w. N.), welcher der erkennende Senat folgt, kommt es in Bezug auf den EBM nicht auf die Legitimation der Mitglieder des Bewertungsausschusses an, sondern allein darauf, ob die Partner der Bundesmantelverträge eine ausreichende demokratische Legitimation haben. Entscheidend ist, dass der EBM in der vereinbarten Form als untergesetzliche Rechtsnorm zum Gegenstand einer Normsetzung gemacht wird. Dies begrenzt zugleich auch die Möglichkeit und Notwendigkeit der Überprüfung des Zustandekommens des EBM und seines Inhalts (vgl. P. Axer, Normsetzung der Exekutive ..., a.a.O., S. 64, 151, 385 ff.). Der hinsichtlich ihrer insoweit vorgetragenen Einwendungen von den Klägern beantragten Beweiserhebung war deshalb nicht nachzugehen. Der Regelungsspielraum, den die Normgeber haben, ist von den Gerichten zu respektieren (BSG, Urt. vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) - Die Leistungen 2001, Beil. S. 289 und vom 13. November 1996 - [6 Rka 31/95 - SozR 3-2500 § 87 Nr. 14](#)).

2.) EBM und HVM sind zwangsläufig inhaltlich eng aufeinander bezogen, wobei ihnen eine je unterschiedliche Regelungsfunktion zukommt. Dem EBM kommt neben der Festlegung, Definition und Bewertung ärztlicher Leistungen sowie Verrichtungen auch die Funktion zu, das Leistungsverhalten der Vertragsärzte zu steuern (vgl. BSG, Urt. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 16/99 R - SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)). Bei der Neuregelung von komplexen Regelungsbereichen und vornehmlich auch im Bereich der Erprobung und bei einer Anfangssituation hat der Normgeber einen weiteren Regelungsspielraum. Dieser kann dazu führen, dass in stärkerem Umfang zu typisieren ist und ein geringeres Maß an Differenzierungen von den Beteiligten akzeptiert werden muss (vgl. BSG, Urt. vom 6. September 2000 - [B 6 KA 40/99 R - SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#), m. w. N.). Für eine vorübergehende Zeit müssen deshalb auch Unzulänglichkeiten sowie "krasse Schieflagen" hingenommen werden (vgl. Clemens, in: MedR 1998, S. 264). Ab 1. Juli 1997 sind im EBM zudem Neuerungen eingeführt worden, die neue Strukturelemente beinhalten und deren Auswirkungen auf die ärztliche Leistungserbringung nicht in vollem Umfang absehbar waren. Gleichzeitig wurden - auch bezogen auf den EBM - im HVM umfangreiche Änderungen mit konkreten Auswirkungen auf die Kläger vorgenommen, etwa im Abschnitt II in Anlage 3 zu LZ 702 HVM. Diese Regelungen sind für die Kläger verbindlich geworden.

3.) Die Kläger können deshalb auch nicht mit dem Einwand überzeugen, die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM (und ebenso auf einem HVM) die nicht sach-, system- und verteilungsgerecht seien. Aus dem Rechtsstaatsprinzip folgt keine allgemeine Verpflichtung für die Schaffung von Normen in dem Sinne, dass der erhebliche Sachverhalt, auf den die Normen Anwendung finden sollten, vollständig und zutreffend ermittelt sein müsse und den Entscheidungen des Normgebers bei der Schaffung der Normen zwingend und unverzüglich zu Grunde zu legen sei. Aus der Rechtsprechung des BVerfG zu einer derartigen Pflicht des Normgebers (Beschl. vom 17. Juli 1996 - [2 BvF 2/93 - NJW 1997, S. 383](#) und weiteren Entscheidungen), kann keine entsprechende Verallgemeinerung hergeleitet werden, denn das BVerfG hat sich jeweils mit konkreten und individuellen Einzelfallmaßnahmen befasst, die in Gesetzesform beschlossen worden waren, aber keines weiteren Vollzugsaktes mehr bedurft hätten. In den angeführten Fällen befand sich der Normgeber in der Rolle der vollziehenden Verwaltung und musste, wie sonstige Behörden auch, den erheblichen Sachverhalt vollständig und zutreffend ermitteln und seiner Entscheidung zugrunde legen. Beim EBM (und den HVMen) handelt es sich jedoch um generelle und abstrakte Regelungen, die im Einzelfall erst durch die KVen umgesetzt werden müssen.

4.) Dies beinhaltet (und begrenzt zugleich) die Möglichkeiten vorausschauender Ermittlungen und beschränkt wiederum die Möglichkeit einer gerichtlichen Kontrolle. Der Normgeber des EBM (wie auch des HVM) hat deshalb einen weiten, durch die prognostische Situation gegebenen Einschätzungsspielraum und entsprechende Gestaltungsmöglichkeiten, um den zu erwartenden künftigen Auswirkungen zu begegnen, für die es - insbesondere im Zusammenspiel verschiedener Regelungsbereiche - keine bzw. noch keine empirischen Daten gibt. Dies stellt einen Normgeber von der Datenerhebung nicht frei, vielmehr hat er alle Möglichkeiten der Datenerhebung zu nutzen. Der Beigeladene hat insoweit entsprechende Überlegungen im Zusammenhang mit dem EBM angestellt und einbezogen und wird dies auch künftig müssen. Auch die Beklagte hat insoweit überzeugend dargelegt, dass die Erfahrungen der Verwaltung in die Vorbereitung der Entscheidungsfindungen einbezogen worden sind.

a) Die Kostensätze, die dem EBM zugrunde gelegt worden sind, beruhten auf einer Reihe von Gutachten und begleitenden gutachterlichen Stellungnahmen, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden sind, im Übrigen auch für den Bereich der Radiologie, wie sich aus den - auch in den vor dem Senat geführten Parallelverfahren - vorgelegten Unterlagen des Beigeladenen und weiteren den Beteiligten bekannten Unterlagen und Gutachten ergibt. Es trifft nicht zu, wie die Kläger meinen, der Normgeber habe selbst Zweifel an der Datengrundlage gehabt, weshalb Praxisbudgets für Radiologen in den EBM nicht aufgenommen worden seien; maßgeblich war allein, dass keine Praxisbudgets für Arztgruppen gelten sollten, die nur auf Überweisung von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden können oder für die wegen des hohen Grades an Spezialisierung kein ausreichendes statistisches Material zur Ermittlung der Praxiskosten zur Verfügung stand. Dabei ist bei den Radiologen aus den zuerst genannten Gründen - im Hinblick auf die Tätigkeit auf Überweisung hin - von der Einrichtung von Praxisbudgets abgesehen worden (vgl. hierzu auch BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -).

b) Auch der Einwand der Kläger, den EBM-Regelungen hätten keine ausreichenden betriebswirtschaftlichen Daten zugrunde gelegen, vielmehr seien frühere Regelungen nach summarischer Prüfung fortgeschrieben worden, überzeugt nicht. Bei der Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze für die Berechnung der Praxisbudgets (hier für die Facharztgruppe der Hautärzte) handelt es

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

Nach der Rspr. des BSG (Urteil vom 15. Mai 2002 [a.a.O.](#)) hat die Qualifizierung der Festlegung des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes als Normsetzung zwangsläufig auch Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolldichte. Kommt dem Bewertungsausschuss - wie jedem Normsetzer bei der ihm überantworteten Rechtssetzung - Gestaltungsfreiheit zu (vgl. schon BSG in [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)), so ist diese von der Rechtsprechung zu respektieren und darf von ihr nur in Ausnahmefällen korrigiert werden. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers sei verstärkt zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar - Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit stünden (unter Hinweis auf Bundesverfassungsgericht in: [BVerfGE 81, S. 156](#) sowie BSG in: [SozR 2200 § 180 Nr. 37](#)) oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte geht, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen seien (BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - a.a.O. unter Hinweis auf [BVerfGE 68, S. 193](#) und BSG in [SozR 3-2500 § 135 Nr. 16](#)).

Der Normgeber ist bei der Festlegung der Kostensätze im Zusammenhang mit der Normsetzung in seiner Gestaltungsmöglichkeit allerdings nicht völlig frei. Eine Begrenzung des Gestaltungsspielraums ergibt sich insbesondere daraus, dass bei verschiedenen Arztgruppen bundesdurchschnittliche Kostenansätze aus vorangegangener Zeit verfügbar sind, an die anzuknüpfen ist. Auf tatsächliche Verhältnisse wird etwa dort, wo auf Kostensätze des Jahres 1994 zurückgegriffen wird, Bezug genommen. In verfahrensrechtlicher Hinsicht folgt hieraus eine Prüfung dahingehend, ob der Bewertungsausschuss (der hier Beigeladene) bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren ist und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist, d.h. ob er sich in sachgerechter Weise an Berechnungen des Kostensatzes aus dem Jahre 1994 orientiert hat und ob sich seine Festsetzung innerhalb des Spektrums der verschiedenen Erhebungsergebnisse hält (BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 [a.a.O.](#)). Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums dürfen auch weitere Gesichtspunkte wie z.B. die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen oder Ähnliches berücksichtigt werden. Auf der Grundlage dieser Annahmen hat das BSG in früheren Entscheidungen das Vorliegen einer offensichtlichen Fehlbewertung etwa in dem Fall verneint, dass neuere statistische Erhebungen von dem normativ festgesetzten Kostensatz um 0,4 v.H. bzw. 3,2 v.H. abgewichen seien (vgl. BSG in: [SozR 3-2500 § 80 Nr. 41](#)).

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

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

6.) Im Rahmen dieser Regelungsbefugnis des Normgebers hält sich auch die Begrenzung der Scanzahl bei der CT wie auch der Frequenzzahlbeschränkung bei der MRT. Die KBV hat mit dieser Begrenzung das Ziel verfolgt, worauf auch die Unterlagen des Beigeladenen hinweisen, einer medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung entgegenzuwirken. Jedenfalls unter dem Gesichtspunkt, dass es sich hier um eine Anfangsregelung handelt, erscheint diese im Hinblick auf das Regelungsziel der Mengengrenzung vertretbar; diese bedarf jedoch der weiteren Beobachtung durch die Beklagte bzw. den Beigeladenen. Im Hinblick auf die sich ab 1.7. 1997 ergebende Erprobungsphase erscheint es auch gerechtfertigt, dass der Normgeber keine weitere Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Erscheinungsformen der Praxen, den Einsatz von Geräten wie auch unterschiedlichen Arten der Praxisführung vorgenommen hat. Wie bereits ausgeführt erscheint auch diese Regelung im Hinblick auf die Erprobungsphase akzeptabel. Die Kläger sind konkret durch diese

Regelung auch nur in einem noch begrenztem und aus vorstehenden Erwägungen hinnehmbaren Umfang beschwert; eine weitergehende Prüfung im Sinne einer abstrakten Normenkontrolle ist dem Senat verwehrt.

7.) Nicht zu beanstanden ist auch, dass der Begriff des Behandlungsfalles auf ein Quartal bezogen wird und nicht auf den konkreten Leistungsfall, mit der Folge, dass gegebenenfalls mit dem Begriff des Behandlungsfalles mehrere Untersuchungen in einem Quartal ohne weitere Abrechnungsmöglichkeit verbunden sein können. Die Regelung findet ihre Rechtfertigung in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte - BMV-Ä und zugleich auch eine Korrektur in [§ 76 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Dass der ärztliche Aufwand von Behandlungsfall zu Behandlungsfall schwankt und durch besonders aufwändige Behandlungsfälle bei Ärzten eine höhere Belastung eintreten kann, ist keinesfalls ungewöhnlich, sondern durchaus typisch. Der Normgeber konnte deshalb auch hier den allgemeinen Begriff des Behandlungsfalles heranziehen, wird jedoch die Auswirkungen zu überprüfen haben. Die Kläger haben allerdings bislang überhaupt nicht quantifizieren können, in welchem Ausmaß sie von der Regelung konkret betroffen waren. Der Normgeber jedenfalls war nicht gedrängt, bereits ab 1. Juli 1997 insoweit für Radiologen eine von § 21 Abs. 1 BMV-Ä abweichende Regelung vorzusehen.

VII. 1.) Bezüglich der Honorarverteilungsregelungen im HVM ist höchstrichterlich anerkannt, bei der Honorarverteilung dürfe in der Weise differenziert werden, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind; den normsetzenden Körperschaften verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihnen ermöglicht, dem Sicherstellungsauftrag oder ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG, Urt. vom 31. Januar 2001 - [B 6 KA 13/00 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)). [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) berechtigt die KVen, die Honorarverteilung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten vorzunehmen und auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat (vgl. BSG, Urt. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)); [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) lässt eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung ausdrücklich zu. Werden Steuerungszwecke angestrebt, so ist die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Leistungsbereiche zulässig, soweit hierfür sachliche Gründe gegeben sind (vgl. BSG, Urt. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 46/98 R -](#)). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Zulässiges Ziel der Bildung von festen Honorarkontingenten kann auch sein, die kontingentierten Leistungen vor dem Punktwertverfall zu schützen, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann (vgl. BSG, Urteil vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Zulässig und innerhalb des der KVen zustehenden Gestaltungsrahmens ist es hierbei auch, wenn die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festgeschrieben werden; durch eine solche Regelung wird vermieden, dass sich Leistungsausweitungen einer bestimmten Fachgruppe zwangsläufig auf andere Fachgruppen auswirken (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R -](#) sowie vom 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)).

2.) Die Möglichkeit der Mengenbegrenzung durch die Bildung von Honorartöpfen ist auch bei überweisungsgebundenen Leistungen zulässig, wie dies vorliegend auch für Radiologen gilt. Hat die Honorarverteilung auf der Grundlage fester arztgruppenbezogener Kontingente zum Ziel, das Risiko der Leistungsmengenausweitung bei den Ärzten der jeweiligen Fachrichtungen zu belassen, so erscheint es gerechtfertigt, auch die auf Überweisung von anderen Vertragsärzten tätig werdenden Ärzte einzubeziehen. Eine vergleichbare Situation ergibt sich etwa auch für Pathologen, Laborärzte oder eben auch Nuklearmediziner, die ausschließlich auf Überweisungen tätig werden. Jedenfalls wird es nicht für gerechtfertigt gehalten, diese Gruppe von Ärzten völlig aus der Mengensteuerung des HVM herauszunehmen (vgl. ebenso BSG, Urt. vom 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R -](#)).

3.) Folge der Bildung von Honorartöpfen im HVM ist es, dass dies zu einer ungleichen Vergütung gleicher oder zumindest vergleichbarer Leistungen bei unterschiedlichen Arztgruppen führt, worin die Beanstandung der Kläger ihren Grund findet, dass die gleichen Leistungen bei Vollradiologen und Teilradiologen deutlich unterschiedlich honoriert würden. Diese Situation hätte sich im Übrigen auch zwischen Radiologen ergeben, wenn den Vorstellungen der Kläger gefolgt würde, innerhalb der Untergruppe der Radiologen nochmals weitere Unter-Untergruppen zwischen verschiedenen Formen der Praxisführung und Gerätesausstattung vorzunehmen. Eine solche weitere Differenzierung hätte sich schon im Hinblick auf die Erprobungsphase ab 1. Juli 1997 nicht empfohlen und ihr Unterlassen lag jedenfalls im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des Normgebers, wie bereits ausgeführt worden ist. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Beweiserhebung i.S. des entsprechenden Beweisantrags der Kläger. Die Beklagte hat insoweit auch zu Recht vorgetragen, dass sich die Einrichtung von Honorarkontingenten in den Grenzen der Bewertungsvorgaben des EBM bewegt, der für alle Leistungen ein wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, da es sich insoweit nicht um Bewertungskorrekturen sondern um Honorarverteilungsregelungen handelt, die aus anderen Gründen erfolgt sind.

4.) Der Normgeber kann jedoch gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktzahlergebnisse zwischen Ärzten, welche die gleichen Leistungen erbringen, zu überprüfen und eine Anpassung vorzunehmen; diese Verpflichtung entspricht seiner generellen Beobachtungs- und Anpassungspflicht. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung kann jedoch die Einschätzung durch den Normgeber regelmäßig nur dann beanstandet werden, wenn die Regelung willkürlich und entgegen besserer Erkenntnis erfolgt ist. Dabei ist stets auch zu berücksichtigen, dass sich unterschiedliche Auszahlungspunktwerte auch aus einer unterschiedlichen Kostensituation ergeben können; dies kann es im Einzelfall rechtfertigen, dass ein und dieselbe Leistung durch unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich zu honorieren ist. Es verdeutlicht die Komplexität, die in jeder Überprüfung von Honorarregelungen angelegt ist, rechtfertigt aber auch, dass sich ein Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert nicht begründen lässt (vgl. BSG, Urt. vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R - m.w.N.](#)). Unterschiedliche Auszahlungspunktwerte können sich auch zwischen den einzelnen radiologischen Praxen innerhalb derselben Untergruppe ergeben, worauf die Kläger zu Recht hinweisen. Diese Unterschiede sind jedoch Folge der unterschiedlichen Praxisausrichtung, wodurch das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt wird. Denn für die Bewertung der Verteilungsgerechtigkeit ist jeweils auf die Arztgruppe im Bereich einer KV abzustellen, nicht aber auf das Verhältnis der Ärzte dieser Gruppe untereinander (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Deshalb darf von unterschiedlichen Auszahlungspunktwerten, wie sie die Kläger

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

5.) Es besteht, - wie gezeigt, in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung - auch kein zwingender Grund, Ärzte, die ausschließlich auf Überweisung anderer Ärzte tätig werden, von Maßnahmen der Mengenausweitung ausnehmen (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) -), u.a. auch deshalb, weil auch bei Überweisungsgebundenheit der Leistungen eine Mengenausweitung möglich erscheint mit der Folge, dass bestimmte kostenintensive Leistungen dann gehäuft nur auf Überweisung erbracht werden. Die Beklagte ist im Übrigen hier ihrer verstärkten Korrekturverpflichtung in Fällen der auf Überweisung tätigen Ärzte nachgekommen. Während nach der Rechtsprechung des BSG Anlass zur Überprüfung und Korrektur der Honorarverteilung besteht, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen auf Dauer um 15 v.H. und mehr niedriger ist, als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen ärztlichen Leistungen (vgl. BSG, Urt. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 46/98 R](#) - und v. 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -), erhält die Honoraruntergruppe, welcher die Kläger angehören, bereits bei einer Abweichung vom mittleren Punktwert (für die gesamte Honorargruppe 4) um 10 v.H. nach unten zur Sicherstellung eines maximalen Punktwertabstandes von 10 v.H. Auffüllungsbeträge; entsprechende Stützungsmaßnahmen sind für die beiden streitbefangenen Quartale von der Beklagten auch tatsächlich durchgeführt worden.

6.) In Übereinstimmung mit der angefochtenen Entscheidung des Sozialgerichts sind die hier im Streit stehenden Maßnahmen der Honorarbegrenzung durch die in den Abschnitten I, II und III der Anlage 3 zu LZ 702 HVM vorgenommenen Regelungen nicht zu beanstanden. Die Übernahme von Honorarbegrenzungsregelungen des EBM, die - wie festgestellt - rechters sind, in den HVM, entsprechen den gesetzlichen Vorgaben; dem entspricht auch die Übernahme der Regelung nach LZ 702 HVM. Fallwertbegrenzungen, wie dies in den Abschnitten I und II des hier maßgeblichen HVM enthalten sind, sind zulässige Instrumente im Hinblick auf die Mengenbegrenzung und Stabilisierung der Punktwerte. Dies gilt auch für die Bildung unterschiedlicher Punktwertquoten, die mit einer unterschiedlichen Honorierung innerhalb der Fallwerte verbunden sind, indem ein begrenzter Basiswert nach einem höheren Punktwert, darüber hinausgehende Leistungen jedoch nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Vornehmlich die Übernahme der so genannten "EBM-Wippe" in den HVM ist rechters, da diese eine zulässige Abstufungsregelung auch für - auf Überweisung hin tätige - Arztpraxen regelt, die nicht in die Praxisbudget-Regelung des EBM einbezogen sind. Die Regelung hält sich insbesondere im Rahmen des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, indem Anhebungen und Absenkungen um jeweils 10 v.H. sowie bei darüber hinaus gehenden Überschreitungen Absenkungen von 20 v.H. vorgesehen sind. Verhältnismäßig ist die Regelung insbesondere auch deshalb, weil eine Absenkung unter den Durchschnitt der Arztgruppe ausgeschlossen ist.

7.) Die Kläger können auch nicht mit Erfolg beanstanden, dass der Bezug auf die Durchschnittszahlen der Fachgruppe durch Anknüpfung an ein Basisjahr erfolgt; diese Maßnahme ist - wie bereits ausgeführt - rechters, da andernfalls die Relationen zwischen den verschiedenen Arztgruppen nicht ausreichend kalkulierbar wären. Diese Regelungen sind ebenfalls vom 1. Juli 1997 an als Anfangsregelungen und Erprobungsregelungen für einen längeren Zeitraum vertretbar, wie dies insbesondere auch das BSG (vgl. Urteil vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -) für die Arztgruppe der Hautärzte im Hinblick auf die Bemessung von Praxisbudgets festgestellt hat; erst mit Wirkung vom 1.1.2003 an und mit einer Berücksichtigung ab dem Quartal III/2003 ist dort eine Überprüfung der Kostenansätze mit Auswirkungen auf den EBM in Form einer Ankündigung (was als Aufgabe der obersten Bundesgerichte angesehen wird) verlangt worden. Insbesondere die Begrenzung der Vergütungsansprüche durch eine individuelle Bemessungsgrundlage und Bemessungsgrenze, wie in Abschnitt II geschehen, ist nicht zu beanstanden. Der eigene Praxisumsatz eines Arztes in der Vergangenheit stellt eine zulässige Anknüpfung dar, die dem Arzt die Möglichkeit der Planung und Kalkulation und zugleich einen Schutz gegen einen Punktwertverfall gibt, der aus einer generellen Mengenausweitung der Fachgruppe folgen könnte. Demgegenüber musste der Einwand der Kläger, derartige Regelungen verstießen gegen Grundsätze der freien Praxisführung, zurückstehen. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die individuelle Bemessungsgrenze grundsätzlich für zulässig erklärt (vgl. bereits BSG, Urt. vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#)). Die Beklagte war folglich berechtigt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben, um zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen anderer Fachgruppen haben können (vgl. hierzu insbesondere BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -). Die Anknüpfung an eine individuelle Bemessungsgrenze eröffnet zugleich jedoch auch der Beklagten, Veränderungen i.S. einer zulässigen Mengenausweitung zu Gunsten des Arztes vorzusehen. Hierbei kann insbesondere die medizinische Entwicklung und der Bedarf an entsprechenden Leistungen, vornehmlich auch bei einer Tätigkeit auf Überweisung hin, sachgerecht berücksichtigt werden.

8.) Entsprechende Regelungen durfte die Beklagte auch bezüglich der Fallzahlgrenze vornehmen, die individuell für den einzelnen Arzt festgelegt wird und an die individuellen Abrechnungswerte vergangener Quartale i.S. einer individuellen Bemessungsgrenze anknüpfen. Diese Verfahrensweise findet ihre Grenze allerdings darin, dass Praxen mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl nicht daran gehindert werden dürfen, wenigstens einen durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erzielen; regelmäßig kann nur bei einer durchschnittlichen Auslastung ein durchschnittlicher individueller Kostensatz erreicht werden, was durch die Rechtsprechung mehrfach bestätigt worden ist (vgl. BSG, Urt. vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) und vom 28. April 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) -). Eine entsprechende Regelung ist in den HVM der Beklagten zwar erst mit Wirkung vom 1.7.1999 aufgenommen worden; hierdurch und insbesondere durch die verzögerte Aufnahme sind die Kläger jedoch nicht beschwert. Nur mittelbar beschwert sind die Kläger auch durch die im Abschnitt II Nr. 2 und Abschnitt III Nr. 1 enthaltenen Regelungen, die eine Besserstellung von neuen bzw. nur kürzere Zeit geführten Arztpraxen gegenüber eingeführten Arztpraxen vorsehen. Die Kläger müssen jedenfalls gegen sich gelten lassen, dass es sich hierbei um eine zulässige Differenzierung handelt; der Schutz von Praxen in der Aufbauphase ist allgemein anerkannt (vgl. BSG, Urt. vom 28. April 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) -).

9.) Den Klägern kann auch nicht gefolgt werden, soweit diese die Herausnahmeregelungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM beanstanden. Die Beklagte hat sachliche Gründe dafür angeführt, Leistungen unterschiedlich zu bewerten, wenn diese durch Radiologen einerseits und Pathologen und Laborärzte bzw. im Verhältnis von niedergelassenen und ermächtigten Radiologen erbracht werden. Die Regelungen halten

sich innerhalb der Grenzen des Einschätzungsspielraumes, der insbesondere in einer Erprobungsphase dem Normgeber einzuräumen ist. Derartige Bewertungen, halten sich diese in den Grenzen der Verhältnismäßigkeit und Vertretbarkeit, sind im gerichtlichen Verfahren nicht zu beanstanden; der Normgeber hatte soweit einen Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum.

VIII. 1.) Aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist kein Anspruch auf Gleichbehandlung mit anderen Arztgruppen in dem Sinne abzuleiten, dass ein Arzt aus einer vertragsärztlichen Tätigkeit, die mit vollem persönlichen Einsatz in einer voll ausgelasteten und in vollem Umfang betriebswirtschaftlich optimal geführten Praxis ausgeübt wird, die Chance haben muss, einen Praxisüberschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit in der Größenordnung zu erzielen, wie ihn Praxen anderer vergleichbarer Arztgruppen durch entsprechende Tätigkeit durchschnittlich erreicht haben bzw. erreichen. Diese Rechtsprechung ist insbesondere im Zusammenhang mit der Honorierung von Psychotherapeuten entwickelt worden und betrifft wiederum die Arztgruppe und nicht den einzelnen Arzt (vgl. BSG, Urt. vom 26. Januar 2000 - [B 6 KA 4/99](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 35](#) sowie vom 25. August 1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), ferner auch Urt. vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#)). Diese Rechtsprechung orientiert sich maßgeblich an der Möglichkeit des Praxisüberschusses, d.h. am durchschnittlichen Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich des durchschnittlichen Praxiskostenaufwandes pro Jahr (vgl. BSG, Urt. vom 25. Aug. 1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)). Die Gewinnerzielungschancen können jedoch nicht genau an einer bestimmten Arztgruppe festgemacht werden und bedürfen zudem - anhand entsprechender Daten über einen längeren Zeitraum, und nicht nur, wie vorliegend für zwei Quartale - der Beobachtung und Prüfung.

2.) Soweit auf die Gewinnerzielungschancen in Verbindung mit einer Kostenstrukturanalyse abgestellt wird, sind die den Normgebern des EBM und - unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten - des HVM verfügbaren Daten begrenzt. Dies erscheint nicht ungewöhnlich und gibt für sich genommen noch keinen Anlass, eine Regelung deshalb außer Kraft zu setzen (vgl. BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -); diese Situation befreit jedoch die Normgeber nicht davon, die notwendigen Ermittlungen anzustellen beziehungsweise verfügbare Daten einzubeziehen. Dies schließt auch die Möglichkeit ein, dass beobachtete Entwicklungen Anlass zu verstärkter Nachprüfung geben können, wie dies etwa das BSG für den Fall der Hautärzte hinsichtlich der Praxisbudgets nach dem EBM-Ä für die Zeit ab 1.1.2003 angemahnt hat. Nach den nach Aktenlage verfügbaren Erkenntnissen, über welche die Beteiligten auch in Verbindung mit anderen Verfahren vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urt. vom 20. Juni 2001 - [S 5 KA 01/99](#) -) und dem erkennenden Senat (- [L 7 KA 721/00](#) -) durch ausdrückliche Bezugnahme auf die Schriftsätze des Klägers verfügen können, ergibt sich (noch) keine zwingende Verpflichtung der Normgeber, entsprechenden Veränderungen im EBM oder HVM Rechnung zu tragen. Den Ergebnissen einer vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung durchgeführten Untersuchung, nämlich der "Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998 vom Juli 2000", ist zu entnehmen, dass Radiologen und Nuklearmediziner in Deutschland-West in den Jahren 1995 bis 1997 Betriebsausgaben im Schnitt von 80,4 v.H. des Gesamtumsatzes hatten. Das Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit vor Steuern und ohne Ausgaben für Sicherungsmaßnahmen im Alter und gegen Krankheit sowie im Zusammenhang mit der Tilgung von Praxiskrediten betrug für alle Ärzte im Jahre 1998 danach 153.402 DM, für die Gruppe der Fachärzte insgesamt 162.474 DM sowie speziell nur für die Radiologen 163.006 DM. Die empirische Grundlage dieser Daten ist auch vom Sozialgericht Frankfurt am Main (a.a.O.) aus überzeugenden Gründen für fragwürdig erachtet worden. Abweichende Ergebnisse sind den von der KBV herausgegebenen Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1999, zu entnehmen. Die entsprechenden Zahlen ergeben für das Jahr 1999 Betriebskosten für Radiologen, gerechnet auf der Basis des Jahres 1997, in Höhe von 79,5 v.H.; hier wird ein Überschuss je Arzt im Jahresdurchschnitt 1995 bis 1997 für Radiologen einschließlich der Nuklearmediziner für Deutschland-West im Durchschnitt von 224.000 DM (bei einem Überschuss für alle Ärzte von 187.600 DM und nur für die Fachärzte von 201.400 DM) errechnet. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat jedenfalls für das Jahr 1996 für den Bereich der Radiologen und Nuklearmediziner noch eine Situation angenommen, bei der mit vollem persönlichen Einsatz und optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung eine existenzfähige Praxis geführt werden konnte (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 7/98 R](#) - und vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)).

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

4.) Etwas anders folgt auch nicht aus dem weiteren, in der mündlichen Verhandlung im Parallelverfahren (- [L 7 KA 721/00](#) -) am 22. Mai 2002 insbesondere von Frau G. Kempny ergänzten Parteivortrag, auf den sich die Kläger berufen. Soweit diesen Ausführungen Hinweise zur Kostenstruktur der Radiologen entnommen werden können, könnten diese u.U. geeignet sein, den Beigeladenen zu veranlassen, eine den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung genügende (neue) Kostenberechnung unter Einbeziehung der privatärztlichen Tätigkeit wie

auch der privaten Lebensführung (vgl. BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die Behauptung der Kläger einzubeziehen, EBM und HVM führten im Zusammenwirken dazu, dass keine leistungsproportionale Vergütung geleistet werde. Ein derzeit durchsetzbarer Anspruch folgt hieraus in Übereinstimmung mit der angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der erkennende Senat anschließt, nicht.

IX. Die Honorarbescheide sind weiterhin auch nicht zu beanstanden, soweit von der zur Verteilung zu bringenden Gesamtvergütung ein Abzug für die Erweiterte Honorarverteilung - EHV - in Höhe von 5 v.H. erfolgt. Dieser Abzug ist rechtlich nicht zu beanstanden.

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

2.) Als bestehende und bereits eingerichtete Regelung wird die EHV durch [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bestätigt; eine landesrechtliche Regelung ist rechters, wenn diese auf dem Gesetz über Kassenarztrecht - GKAR - vom 17. August 1955 ([BGBl. I S. 513](#)) beruht und bereits am 19. August 1955 bestanden hat (vgl. Art. 4 § 1 Abs. 1 GKAR). Für das Land Hessen ist die EHV auf Grund des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (Hess. GVBl. S. 206) eingerichtet worden, worin eine ausreichende Rechtsgrundlage zu sehen ist (vgl. BSG, Urt. vom 20. Juli 1966 - 6 RKA 1/66 - SozR Nr. 1 zu Art. 4 § 1 - [NJW 1967, S. 315](#)). Diese Rechtsgrundlage wird auch im Schrifttum bestätigt (vgl. Hess in: Kassler Kommentar, [§ 85 SGB V](#), RdNr. 72).

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

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

X. Schließlich sind auch die Einwenden der Kläger gegen den Abzug von Verwaltungskosten und deren Verwendung nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zu rechtfertigen. 1.) Die Beklagte ist berechtigt, entsprechende Abzüge vorzunehmen, wie sich aus [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB V](#) ergibt. In ihrer Satzung durfte die Beklagte in Anwendung des § 24 und damit im Rahmen der Bestimmung über die Aufbringung der Mittel tätig werden. Nicht zu beanstanden ist auch die Einrichtung von Bezirksstellen, zumal [§ 81 Abs. 2 SGB V](#) hierzu eine dies bestätigende Regelung enthält. Soweit ersichtlich sind im Zusammenhang mit den Verwaltungskosten von KVen bisher keine besonderen Probleme erwachsen, wie eine Sichtung einschlägiger Rechtsprechung ergibt. Die Verwaltungskosten sind jeweils, wie die Beklagte bestätigt hat, entsprechend den Haushaltsvoranschlägen erhoben worden. Betreffend die hier streitbefangenen Quartale ist dies für das Jahr 1997 mit Beschlussfassung der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 30. November 1996 und für das Jahr 1998 mit Beschlussfassung vom 29. November 1997 jeweils ordnungsgemäß erfolgt und bekannt gemacht worden. In der Beschlussfassung über den Haushaltsplan konnten zugleich auch Entscheidungen zur Höhe der Verwaltungskosten getroffen werden (entsprechend § 7 Abs. 1 Buchst. g der Satzung in der für den streitbefangenen Zeitraum maßgeblichen Fassung). Da die Beklagte auch zur Einrichtung von Bezirksstellen befugt war, war sie berechtigt, zugleich auch diese anteiligen Verwaltungskosten vorzusehen; dies schließt zugleich die Befugnis ein, entsprechend den jeweiligen Aufwendungen für die Bezirksstellen unterschiedliche Verwaltungskostenumlagen anzusetzen. Dabei hatte die Beklagte alle weiteren von Gesetzes wegen vorgeschriebenen Aufwendungen einzubeziehen, etwa auch die an Dritte abzuführenden Beträge, etwa an die KBV.

2.) a) Den Klägern steht im Rahmen der Honorarüberprüfung kein rechtlich fundierter Überprüfungsanspruch dahingehend zu, inwieweit die Verwaltungskostenbeiträge durch die Beklagte sparsam und wirtschaftlich verwendet wurden bzw. werden und die Verwaltung ordnungsgemäß geführt wird. Die Beklagte unterliegt zwar im Rahmen des [§ 81 Abs. 1 Nr. 6 SGB V](#) der Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung der Aufsichtsbehörde. Der einzelne Arzt hat jedoch keinen Anspruch darauf, eigenständig eine gerichtliche Überprüfung

der Verwaltungsausgaben durchzusetzen; deshalb war im Rahmen der Honorarprüfung auch nicht die Frage der Zahlung von Aufwandsentschädigungen an Vertragsärzte als ehrenamtliche Richter im sozialgerichtlichen Verfahren zu prüfen, welche die Kläger beanstanden. Dies gilt auch für weitere Fragen im Zusammenhang mit dem Verwaltungsgebaren der Beklagten, das die Kläger rügen.

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

XI. Keiner der von den Klägern gestellten Beweisansprüche war nach der vom erkennenden Senat vertretenen Rechtsauffassung erheblich, weshalb es auch keiner entsprechenden Ermittlungen durch das Gericht bedurfte.

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

Die Kläger verkennen insoweit die engen Vorgaben, die in der jüngeren Rechtsprechung des BVerfG für die Richtervorlage nach [Art. 100 GG](#) gezogen worden sind. Da es sich bei den von den Klägern in den konkreten Auswirkungen beanstandeten Normen (EBM und HVM) zuallererst um untergesetzliches Recht handelt, obliegt es zunächst den Gerichten, durch gesetzes- bzw. verfassungskonforme Auslegung rechtsstaatliche Maßstäbe umzusetzen und "praktische Konkordanz" bei der Interpretation herzustellen. Dieser Aufgabe hat sich das BSG - dem der Senat insoweit aus den oben im Einzelnen ausführlich dargelegten Gründen folgt - durch seine Rechtsprechung zur (begrenzten) Inhaltskontrolle von EBM und HVMen bereits unterzogen - insbesondere mit der an [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 3 Abs. 1 GG](#) orientierten Rechtsprechung zur Zulässigkeit von Berufsausübungsregelungen durch untergesetzliche Normen sowie zur Honorarverteilungsgerechtigkeit. Bevor eine Vorlage an das BVerfG nach [Art. 100 GG](#) überhaupt für zulässig erachtet wird, müssen sich die Instanzgerichte mit der Rechtsprechung des zuständigen obersten Bundesgerichts auseinandersetzen. Dies hat der Senat mit dem Ergebnis getan, dass er für die vorliegend in Streit stehenden Regelungen - untergesetzliche Normen des EBM und des HVM - und deren Zustandekommen von der Verfassungsmäßigkeit des Regelungswerkes - und insoweit auch der Vorschriften des SGB V - überzeugt ist. Dies gilt sowohl für die Legalität und Legitimität der Verfahrensregelungen - der Delegation von Normsetzung bzgl. der Festsetzung und Verteilung des Honorars für vertragsärztliche Tätigkeit - als auch im Bezug auf die Inhalte der für den vorliegenden Rechtsstreit entscheidungserheblichen - konkreten - Regelungen des SGB IV, des SGB V, des EBM und des HVM.

Soweit der Kläger darüber hinaus meint, aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) unmittelbar einen - verfassungsrechtlich gestützten - Anspruch auf ein "angemessenes Honorar" in Höhe von 180.000 DM pro Jahr haben zu müssen, ist dem - ergänzend zu den oben bereits dargelegten Gründen - aus grundsätzlichen verfassungsinterpretatorischen Erwägungen entgegenzutreten. Verfassungsinterpretation und - wegen der knappen Formulierungen im GG - vor allem die Konkretisierung von Verfassungsnormen stellt sich - das hat K. Hesse bereits in der 1. Auflage seiner "Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland" (Karlsruhe 1967, § 2 III 2.) b), cc)) u.a. hervorgehoben, als ein Problem der Herstellung praktischer Konkordanz dar. Eine Auslegung des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) allein im Hinblick auf den " ...Einzelne(n) (Arzt) und sein(en) Beruf" (vgl. die kritische Würdigung der Rechtsprechung des BVerfG aus soziologischer Sicht durch H.A. Hesse, in: AöR Bd. 95, S. 449 ff.) verfehlt gerade diese Aufgabe, "praktische Konkordanz" mit anderen Grundrechtspositionen herzustellen (vgl. hierzu weitere Nachweise im Urteil des Senats vom 17. Sept. 2003 - [L 7 KA 165/01](#) - und - 175/01 - auf S. 65 der Gründe). Die Rechtsprechung des BSG zu dem hohen Gemeinschaftsgut, welches (auch) die Beitragssatzstabilität darstellt, konkretisiert zugleich die Grundrechte der Beitragszahler in der Gesetzlichen Krankenversicherung des SGB V (GKV) - das sind (mit den Familienversicherten) rund 90 % der Bevölkerung - vor allem aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#). Die GKV des SGB V statuiert für die weit überwiegende Zahl der abhängig Beschäftigten und für einen darüber hinausgehenden ganz überwiegenden Teil der Bevölkerung eine Versicherungspflicht, von der es keine Befreiungsmöglichkeiten gibt. Vor diesem Hintergrund müssen Äußerungen verstanden werden, wonach erwartet werde, dass unter der Geltung des GG "ein Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen" (Richterin des BVerfG Jäger) eingerichtet bleibt, der zugleich ein qualitativ hochstehendes Versorgungsniveau der Bevölkerung sicherstellt. Aufgabe des parlamentarischen Gesetzgebers ist es dabei, die - unter Umständen widerstreitenden - Interessen der (vor allem auch der pflicht-) versicherten Leistungsempfänger und ihrer Krankenkassen einerseits sowie die Interessen der Leistungserbringer andererseits zu einem angemessenen Ausgleich zu bringen. Dazu bedarf es sowohl der Institutionalisierung von Verfahren, in denen dies im Konsens gelingen kann, als auch - notfalls - der "Steuerung" durch konkrete Ausgabenbegrenzungen oder anderweitige Vorgaben der Mengensteuerung etc. Dass in der parlamentarischen Demokratie dabei dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zukommen muss, ist in der Rechtsprechung des BVerfG immer wieder betont worden - und zwar sowohl bzgl. der Fragen einer angemessenen Regelung der Berufsausübung als auch bzgl. der Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes - sei es bei der Verteilung knapper Güter und/oder beim Zugang zu Erwerbschancen. Die Kläger erwähnen wohl [Art. 2 Abs. 1 GG](#) - auch im Bezug auf die Versicherten; Konsequenzen für die praktische Konkordanz der Auslegung von Verfassungsnormen ziehen sie daraus jedoch nicht. Für den Senat jedenfalls ist nicht erkennbar, inwieweit ein Grundrecht der Kläger aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vorliegend - bevorrechtigt - dadurch beeinträchtigt sein sollte, dass ihnen im Rahmen der Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen und die ärztliche Tätigkeit nicht auf die Behandlung von Privatpatienten zu beschränken, bislang für die beiden - hier streitbefangenen - aus dem vertragsärztlichen Teil der Tätigkeit in zwei Quartalen des Jahre 1997 ein Verlust entstanden ist.

Der Senat hält die dem Zustandekommen und den Inhalten der Honorarregelungen zugrundeliegenden Vorschriften aus den oben ausführlich dargelegten Gründen für verfassungsgemäß, weshalb eine Aussetzung nach [Art. 100 GG](#) nicht in Betracht zu ziehen war.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2009-05-27