

## L 7 KA 1187/01

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
7

1. Instanz  
SG Frankfurt (HES)  
Aktenzeichen  
S 5 KA 1/99  
Datum  
20.06.2001

2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 7 KA 1187/01  
Datum

26.02.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 40/03 R  
Datum

09.12.2004  
Kategorie  
Urteil

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

II. Der Kläger hat der Beklagten die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.  
Im Übrigen haben die Beteiligten im Berufungsverfahren einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Es geht in dem Rechtsstreit um die Höhe des Honorars für die Quartale III/97 bis I/98 und dabei insbesondere um die Frage der Teilquotierung/Budgetierung nach dem Honorarverteilungsmaßstab der Beklagten (HVM) sowie das Verlangen des Klägers nach einem angemessenen Honorar für die vertragsärztlichen Leistungen. Der Kläger ist als Radiologe in Offenbach niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Nach seinen Angaben hat er in den streitbefangenen Quartalen nicht mit einem Krankenhaus kooperiert. In Hessen gab es im Quartal III/97 insgesamt 87 radiologische Praxen.

Die Praxis des Klägers wies in den streitbefangenen Quartalen folgende statistische Werte auf und dieser stellte die folgenden Honorarforderungen (jeweils auf einem fiktiven Punktwert in Höhe von DM 0,10 beruhend) in Rechnung:

Quartal Anzahl Patienten Durchschnittshonorar je Pat. Gesamtforderung (Fachgruppe in Klammern)

III/97 2.974 163,56 DM (216,81) 483.828,55 DM  
IV/97 3.363 167,73 DM (215,20) 561.883,00 DM  
I/98 4.196 164,83 DM (215,49) 635.095,36 DM

Mit Anlage vom 24. März 1998 teilte die Beklagte dem Kläger hinsichtlich des Quartals III/97 einen Gesamtüberblick mit über die tatsächliche, sich aus den Einzelmaßnahmen ergebende, Belastung nach anteiliger Anrechnung:

PK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM: 25.265,00 DM  
PK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/3 HVM: 7.548,31 DM  
EK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM: 14.697,49 DM  
EK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/3 HVM: 4.391,10 DM  
Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 51.901,90 DM

Mit Anlage (24.04.1998) zum Bescheid wies die Beklagte die fallzahlabhängige Bewertung von Leistungen gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM, nach, und zwar bei einer budgetrelevanten Fallzahl von 2.974 bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe von 1.395 mit einem Bewertungsfaktor für den Kläger von 91, 73% bei einem angeforderten Fallwert von 162,68 DM entsprechend einem ermäßigten Fallwert von DM 149,22. In einem weiteren Rechenvorgang Nachweis zur Fallzahlbegrenzungsregelung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt III HVM stellte die Beklagte fest, dass 2.786 Abrechnungsfälle (Fallzahl des Vergleichs quartals III/95 plus Erhöhung um 28 Fälle) zu 100 % in die Abrechnung eingingen, die restlichen 160 Fälle nur zu 50 %, so dass alle der Fallzahlbegrenzungsregelung unterliegenden Abrechnungsfälle mit einer Bewertung von 97,31 % (bezogen auf einen Punktwert von 10 Pfennigen) eingingen.

Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 teilte die Beklagte dem Kläger für III/97 folgende Honorarbeträge mit:

Bruttohonorar DM 298.938,52  
abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 896,94  
Zwischensumme (ZWS) DM 298.041,58  
abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZWS 1,5275 % DM 4.552,60  
abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZWS 0,55 % DM 1.639,11  
abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZWS 0,16 % DM 476,84  
abzüglich Verw.Kosten KBV von ZWS 0,1125 % DM 335,25

Nettohonorar DM 291.037,78

Hiergegen hat der Kläger am 13. Mai 1998 Widerspruch eingelegt und u.a. damit begründet, die Einnahmen aus der Kassenpraxis würden gerade noch die darauf entfallenden Kosten decken und einen geringen Gewinn in Höhe von DM 1.529,00 ergeben. Damit werde sein Anspruch auf eine angemessene Vergütung verletzt. Rechne man den geschuldeten Arztlohn von DM 45.000,- hinzu, ergebe sich eine Unterdeckung in Höhe von DM 43.471,00.

Mit Anlage vom 26. Juni 1998 teilte die Beklagte dem Kläger hinsichtlich des Quartals IV/97 einen Gesamtüberblick mit über die tatsächliche, sich aus den Einzelmaßnahmen ergebende Belastung nach anteiliger Anrechnung:

PK Fallzahlabhängige Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Minus: 28.918,52 DM  
EK Fallzahlabhängige Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Minus: 15.766,94 DM  
Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 44.685,46 DM

Mit Anlage (24.06.1998) zum Bescheid wies die Beklagte die fallzahlabhängige Bewertung von Leistungen gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM, nach, und zwar bei einer budgetrelevanten Fallzahl von 3.362 bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe in IV/95 von 1.617 mit einem Bewertungsfaktor für den Kläger von 92,03 % bei einem angeforderten Fallwert von 166,98 DM entsprechend einem ermäßigten Fallwert von DM 153,66. In einem weiteren Rechenvorgang Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen (Begrenzungs-) Regelungen im EBM und im HVM - Bewertung der CT Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM): Zahl der Abrechnungsfälle EBM Nr. 5210 283 Budgetvorgabe jeweils 25 Scans - ergibt 7.075 Scans Zahl der Abrechnungsfälle EBM Nr. 5211 549 Budgetvorgabe jeweils 36 Scans - ergibt 19.764 Scans anerkennungsfähige Scanzahl 26.839 Scans abgerechnet insgesamt 27.353 Scans ergibt eine durchschnittliche Bewertung je Scan von 78,5 Punkten.

Mit Honorarbescheid vom 24. Juni 1998 teilte die Beklagte dem Kläger für IV/97 folgende Honorarbeträge mit:

Bruttohonorar DM 383.586,57  
abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 1.150,66  
Zwischensumme (ZWS) DM 382.435,91  
abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZWS 1,5275 % DM 5.841,53  
abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZWS 0,55 % DM 2.103,44  
abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZWS 0,16 % DM 611,90  
abzüglich Verw.Kosten KBV von ZWS 0,1125 % DM 335,25  
Nettohonorar DM 373.448,68

Hiergegen hat der Kläger am 27. Juli 1998 Widerspruch eingelegt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 1998 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 4. Januar 1999 Klage ([S 5 KA 01/99](#)) erhoben.

Mit Anlage vom 15. September 1998 teilte die Beklagte dem Kläger hinsichtlich des Quartals I/98 einen Gesamtüberblick mit über die tatsächliche, sich aus den Einzelmaßnahmen ergebende Belastung nach anteiliger Anrechnung:

PK Fallzahlabhängige Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Minus: 33.370,38 DM  
PK Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM: 12.128,62 DM  
EK Fallzahlabhängige Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM: 19.727,60 DM  
EK Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM: 7.170,09 DM

Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 72.396,69 DM

Mit Anlage (15.09.1998) zum Bescheid - betreffend das Quartal I/98 wies die Beklagte die fallzahlabhängige Bewertung von Leistungen gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM nach, und zwar bei einer budgetrelevanten Fallzahl von 3.836 bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe von 1.783 (im Quartal I/95) mit einem Bewertungsfaktor für den Kläger von 91,62%. In einem weiteren Rechenvorgang (15.9.1998) Nachweis zur Budgetierung/Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt II HVM stellte die Beklagte fest, dass bei einem arithmetischen Mittel der Teilfallwerte der Praxis des Klägers in I/95 und I/96 in Höhe von DM 128,63 zuzüglich 10 % des arithmetischen Mittels der Fachgruppe (in diesen Quartalen) von DM 17,87 sich ein budgetrelevanter Teilfallwert des Klägers in Höhe von DM 146,50 ergebe, dem ein vom Kläger angeforderter Teilfallwert in Höhe von DM 151,53 gegenüberstehe, so dass sich hieraus eine Bewertung von 96,68 % des angeforderten Teilfallwertes des Klägers ergebe.

In einem weiteren Rechenvorgang (24.7.1998) Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen (Begrenzungs-) Regelungen im EBM und im HVM - Bewertung der CT Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM):

Zahl der Abrechnungsfälle EBM Nr. 5210 279  
Budgetvorgabe jeweils 25 Scans - ergibt 6.975 Scans  
Zahl der Abrechnungsfälle EBM Nr. 5211 675  
Budgetvorgabe jeweils 36 Scans - ergibt 24.300 Scans anerkennungsfähige Scanzahl 31.275 Scans

abgerechnet insgesamt 31.509 Scans  
ergibt eine durchschnittliche Bewertung je Scan von 79,4 Punkten

Mit Honorarbescheid vom 1. August 1998 teilte die Beklagte dem Kläger für I/98 folgende Honorarbeträge mit:  
Bruttohonorar DM 393.032,96  
abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 1.179,26  
Zwischensumme (ZWS) DM 391.853,70  
abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZwS 1,5275 % DM 5.985,58  
abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZwS 0,55 % DM 2.155,31  
abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZwS 0,16 % DM 626,79  
abzüglich Verw.Kosten KBV von ZwS 0,1125 % DM 440,84  
Nettohonorar DM 382.645,18

Hiergegen hat der Kläger am 22. September 1998 Widerspruch eingelegt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 25. April 2000 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 16. Mai 2000 Klage erhoben (S 5 KA 1745/00).

Mit Beschluss vom 12. Juli 2000 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die beiden Rechtsstreite miteinander verbunden und unter dem Az.: [S 5 KA 01/99](#) weitergeführt.

Im Wesentlichen hat der Kläger in der ersten Instanz vorgetragen, er habe in den streitbefangenen Quartalen eine voll ausgelastete, sparsame und wirtschaftliche Praxis geführt unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten. Trotzdem habe er keinen angemessenen "Arztlohn" erhalten. Ausweislich der vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen in seiner vertragsärztlichen Praxis habe er im Quartal III/97 lediglich einen "Arztlohn" in Höhe von DM 1.529,- erhalten. Für dieses Quartal stehe ihm deshalb noch ein Ausgleich in Höhe von DM 43.471,00 zu. Er begehre eine angemessene Vergütung ([Art. 12 Abs. 1 Grundgesetz - GG -](#), §§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Sozialgesetzbuch 5. Buch - SGB 5), die nach der vorgelegten Kostenkalkulation der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) einen jährlichen Arztlohn (je Arzt) in Höhe von DM 180.000,00 enthalten müsse. Der Honorarbescheid sei nichtig, hilfsweise rechtswidrig, da er unbestimmt und unverständlich sei und es an einer zulänglichen Begründung fehle. Der Einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und der HVM verstießen gegen den Parlaments und Gesetzesvorbehalt, beruhten nicht auf einem zulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgeflecht und genügten den verfassungsrechtlichen Mindestanforderungen an eigenständige Rechtsnormen nicht; beide verstießen gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Sach- und Systemgerechtigkeit. Die Beklagte habe rechtswidrig nicht die volle Gesamtvergütung unter die Vertragsärzte verteilt, sondern einen Teil für ihr eigenes Versorgungswerk der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) zugeführt.

Mit weiterem Widerspruchsbescheid vom 1. August 2000 hat die Beklagte den Widerspruch erneut zurückgewiesen.

Mit Urteil vom 20. Juni 2001 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt: soweit der Kläger von der Beklagten auch Entscheidungen nach LZ 803 und 607 HVM begehre, sei dies nicht Gegenstand des Verfahrens. Es handele sich dabei um selbständige Verwaltungsverfahren. Die angefochtenen Bescheide seien inhaltlich hinreichend bestimmt im Sinne des § 33 Abs. 1 Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB 10). Das Brutto- und Nettohonorar seien eindeutig erkennbar. Der Honorarbescheid sei ausreichend begründet im Sinne [§ 35 SGB 10](#). Dabei reiche es auch, dass die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte sich aus den Anlagen des Bescheides ergäben und ggf. mit Hilfe weiterer Unterlagen nachvollziehbar und nachprüfbar seien. Es liege kein Anhörungsmangel im Sinne des [§ 24 Abs. 1 SGB 10](#) vor. Der Kläger habe ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme gehabt. Hinsichtlich der begehrten angemessenen Vergütung handele es sich nicht um ein subjektives Recht des Vertragsarztes, sondern um ein objektiv-rechtliches Gebot. Die Sicherung der finanziellen Stabilität und damit der Funktionsfähigkeit der gesetzlichen Krankenversicherung sei ein besonders wichtiges Gemeinschaftsgut; demgegenüber müsse der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf höhere Vergütung zurücktreten. Allenfalls bei einer Gefährdung des vertragsärztlichen Versorgungssystems als Ganzes bzw. jedenfalls in einem Teilgebiet könne ein entsprechender Anspruch bejaht werden. Die Funktionsfähigkeit der Versorgung sei jedoch nur dann gefährdet, wenn keine ausreichenden Anreize bestünden, vertragsärztlich tätig zu werden. Dies sei aber nicht ersichtlich, und zwar auch nicht für das Fachgebiet der Radiologie. Das nach [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB 5](#) erforderliche Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen sei hergestellt, wie sich aus den von der Beklagten vorgelegten Unterlagen, insbesondere der Aktennotiz der Beklagten vom 5. November 1999, ergebe. Der HVM sei auch ordnungsgemäß durch Rundschreiben verkündet worden. Eine unzulässige Rückwirkung der ab 1. Juli 1997 geltenden Regelungen des HVM liege nicht vor. Der einheitliche Bewertungsmaßstab (EBM) und der HVM verstießen auch nicht gegen das Gebot der Normenklarheit ungeachtet der Kompliziertheit der Regelungen. EBM und HVM verstießen auch nicht gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Die gesetzlichen Ermächtigungen für den EBM in [§ 87 SGB 5](#) und für den HVM in [§ 85 SGB 5](#) seien als ausreichende, auch hinreichend bestimmte und deutliche Ermächtigungsgrundlagen anzusehen. Hinsichtlich des EBM komme es nicht auf die Legitimation der Mitglieder des Beigeladenen an, sondern auf die Partner der Bundesmantelverträge (BMV). Die untergesetzliche Normsetzung durch Normsetzungsverträge sei zulässig. EBM und HVM hätten für die ab 1. Juli 1997 geltenden Regelungen im Sinne von Anfangs- und Erprobungsregelungen verstanden werden müssen und seien deshalb jedenfalls für die Anfangszeit rechtmäßig. Bei dem im Bewertungsausschuss herbeizuführenden Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte bzw. Arztgruppen und der Krankenkassen werde die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte, gefordert. Bei diesem äußerst komplexen Willensbildungsprozess könnten nicht alle Erwägungen und Entscheidungsprozesse dokumentiert werden. Rechtliche Bedenken gegen EBM-Teilbudgets mit Punktzahlobergrenzen seien nicht begründet. Eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung lasse [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB 5](#) ausdrücklich zu. Die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Leistungsbereiche sei möglich. Dies gelte auch für überweisungsgebundene Leistungen. Die Beklagte sei auch ihrer Korrekturverpflichtung nachgekommen, indem sie bei einem Absinken des Punktwertes der Radiologen um mehr als 10 % Auffüllungsbeträge zur Verfügung gestellt habe. Hinsichtlich der aufgeworfenen Frage des Verhältnisses zwischen Auszahlungspunktwert und Kostenpunktwert sei entscheidend, ob die Erzielung von Praxisüberschüssen über einen längeren Zeitraum möglich sei. Trotz der zweifelhaften Daten in Bezug auf die Praxisüberschüsse der Radiologen müsse davon ausgegangen werden, dass die Führung einer existenzfähigen Praxis noch möglich gewesen sein müsse. Welche Erhebungen die Beklagte für die Zukunft insoweit anstellen müsse, sei derzeit nicht zu entscheiden. Es seien auch keine rechtswidrigen Abzüge vom Honorar erfolgt.

Die EHV stelle eine andere Art der Verteilung dar und sei kein Abzug vom Honorar des Klägers. Die EHV sei durch das Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (GVBl. S. 206) geschaffen worden und habe damit Bestandsschutz erlangt (Art. 4 § 1 Abs. 2 Gesetz über das Kassenarztrecht - GKAR -). Rechtswidrige Abzüge seien auch nicht die Verwaltungskosten für die Beklagte. Entsprechend [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB 5](#) enthalte die Satzung der Beklagten in § 24 Bestimmungen über die Aufbringung der Mittel, die nach § 7 Abs. 1 Buchstabe g in die Zuständigkeit der Abgeordnetenversammlung falle. Der Kläger habe in vorliegendem Verfahren nicht die rechtliche Möglichkeit, die Haushaltsführung insgesamt oder einzelne Ausgabenposten überprüfen zu lassen.

Gegen das am 8. September 2001 zugestellte Urteil hat der Kläger am 15. Oktober 2001 Berufung eingelegt. Der Kläger trägt vor, der Honorar- und der Widerspruchsbescheid der Beklagten seien formell fehlerhaft und daher nichtig. Die Bescheide seien inhaltlich nicht hinreichend bestimmt. Für die Verständlichkeit sei nicht allein auf die erste Seite der Honorarbescheide abzuheben. 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. Zudem seien die Bescheide auch unzulänglich begründet, § 35 Sozialgesetzbuch 10. Buch (SGB 10). 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 10](#)) rechtswidrig. Der Vorstand der Beklagten habe die Einwände des Klägers im Widerspruchsverfahren nicht zur Kenntnis genommen. Es sei davon auszugehen, dass die Widerspruchsbegründung von der Geschäftsführung eigenmächtig verfasst und unautorisiert von einem Vorstandsmitglied unterzeichnet worden sei.

Der Bescheid der Beklagten gewähre ihm keine angemessene Vergütung, auf die er einen Rechtsanspruch habe. 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 habe dies seit Jahrzehnten hinsichtlich der Vergütung "öffentlich gebundener" Berufe anerkannt, z.B. für Notare, Rechtsanwälte und Konkursverwalter (vgl. Wimmer in NZS 1999, S. 480). Angemessen sei die Vergütung, wenn sie die Praxiskosten decke und einen "Arztlohn" übriglasse, der dem Arbeitseinkommen vergleichbarer akademischer Berufe entspreche. In Übereinstimmung mit der KBV sei ein Betrag in Höhe von DM 45.000,00 je Arzt im Quartal angemessen. Im Quartal III/97 hätten seine Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit nach der vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnung lediglich einen Arztlohn in Höhe von DM 1.529,- erbracht, so dass er einen Anspruch auf einen Ausgleich in Höhe von DM 43.471,- habe. In den Quartalen IV/97 und I/98 habe er keinen Verlust aus vertragsärztlicher Behandlung erzielt und mache auch keinen weiteren "Arztlohn" gegenüber der Beklagten geltend. Nach Auffassung des BSG im Urteil vom 8.4.1992 ([6 RKA 24/90 - BSGE 70, 240, 245](#)) seien die Vergütungen aus der Behandlung von Privatpatienten zu vernachlässigen. Logischerweise müssten dann auch die dafür aufgewendeten Kosten zu vernachlässigen sein. Vorliegend sei eine fallbezogene Kostentrennung vorgenommen worden. Wenn dies vom erkennenden Senat nicht akzeptiert werde, müsse der Senat seine Sachkunde darlegen oder weitere fachwissenschaftliche Gutachten einholen.

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

Es fehle an einer ausreichenden Rechtsgrundlage hinsichtlich der EHV. Insbesondere seien die "Grundsätze der erweiterten Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen" in den Fassungen vom 1. Januar 1993 und vom 1. September 1997 keine derartige Rechtsgrundlage. Die erhobenen Beiträge verstießen zudem massiv gegen das Äquivalenzprinzip, weil sie versicherungsmathematisch rational nicht nachvollziehbar seien. Der Honorarbescheid lasse 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. Der Honorarbescheid entbehre insoweit jeglicher Begründung, vgl. [§ 35 Abs. 1 SGB 10](#). Die "Grundsätze der EHV" seien nichtig, jedenfalls rechtswidrig.

Rechtswidrig sei auch der Abzug von Verwaltungskosten; für diese fehle es an einer Rechtsgrundlage. Zwar ermächtige [§ 81 Abs. 1 Nrn. 4 und 5 SGB 5](#) 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 erhebe, die in einem Vomhundertsatz der abgerechneten Vergütungen bestehe. 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. Zudem fehle es an der notwendigen Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit der Verwaltung der Beklagten. Ein überflüssiger Verwaltungsaufwand ergebe sich insbesondere auch durch den Betrieb zahlreicher Bezirksstellen. Rechtswidrig sei auch die Abzweigung eines Härtefalltopfes. Zwar seien Härtefallzahlungen gemäß LZ 803 HVM prinzipiell zulässig, es müsse sich jedoch um begründete Einzelfälle handeln. In der Praxis der Beklagten nehme dies jedoch einen Umfang an, der einem Neben-HVM entspreche.

Der Honorarbescheid der Beklagten beruhe ferner auf fehlerhaften Rechtsquellen. Der dem Honorarbescheid zu Grunde liegende HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden. Auch das Sozialgericht habe ein wirksames Zustandekommen einer Honorarsatzung nicht festgestellt.

Die rückwirkende Inkraftsetzung von Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I, durch den NachtragsHVM vom 19. November 1997 sei rechtswidrig gewesen. Mit dieser Vorschrift habe von der Möglichkeit des [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB 5](#) 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 5](#) jedoch nicht.

Die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprächen hinsichtlich der Normsetzung nicht den gebotenen verfassungsrechtlichen Anforderungen. Den Vertreterversammlungen fehle die notwendige demokratische Legitimation. Dies führe dazu, dass der EBM keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage habe, gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoße und der Normgeber des EBM rechtsstaatlich-demokratisch nicht legitimiert sei. Der EBM sei rechtswidrig. Der EBM verstoße gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt und beruhe nicht auf einer zulänglichen gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Die 1997 geltenden Ermächtigungen für den EBM seien in [§ 87 Abs. 2](#) und [2a SGB 5](#) festgelegt gewesen. Demgegenüber finde sich ab dem Quartal III/97 keine Ermächtigung für die Budgetierung bestimmter Arztgruppen. Das BSG folge dieser Auffassung zu Unrecht nicht. Die Budgetierungsregelungen seien deshalb rechtswidrig mit der Folge, dass der EBM insgesamt rechtswidrig sei. Der Honorarbescheid beruhe auf einem EBM, der nicht sach-, system- und verteilungsgerecht sei; dieser leide unter erheblichen Ermittlungsfehlern des Beigeladenen. Irrational seien die festgelegten Punktzahlen. Die Einzelleistungen seien ohne jede Information über Kostensätze festgelegt worden. Der Kläger trägt weiter vor, der EBM treffe eine rechtswidrige Auswahl der budgetierten und der nichtbudgetierten Arztgruppen.

Gleichermaßen sei der HVM rechtswidrig. Mit dem HVM werde gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoßen. Der HVM sei nicht wirksam in Kraft gesetzt worden; es seien formelle Fehler festzustellen und 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. Es fehle an einer gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage 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 5](#) seien bei der Verteilung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Eine Ermächtigung, einen beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen, wie das Sozialgericht zu Unrecht annehme, enthalte das SGB 5 nicht. Der HVM verstoße gegen den Grundsatz der Normenklarheit. Der HVM nebst Nachträgen sei für die Normadressaten objektiv unverständlich. Die zahlreichen Verweisungen auf andere Rechtsnormen, die Diktion des HVM und vornehmlich das in ihm enthaltene extrem verschachtelte Honorarsystem für Radiologen seien diesen schlechthin unverständlich. Die betroffenen Ärzte müssten erkennen können, welche Teile des HVM konkret sie beträfen, da sie sonst die konkrete Anwendung nicht nachvollziehen könnten. 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 leide unter dem Mangel einer ungleichen Vergütung gleichartiger radiologischer Leistungen in den verschiedenen Arztgruppen. Die Vergütung sei extrem ungleich je nach dem, ob es sich um einen Radiologen oder um einen Teil-Radiologen handele. Dies verstoße gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung und sei durch keinerlei "Systemimmanenz" erklärbar und deshalb auch nicht im Lichte des Gleichheitssatzes - [Art. 3 Abs. 1 GG](#) - zu rechtfertigen. Der HVM leide weiter an dem Mangel, dass rechtswidrige "Honorartöpfe für Fachgruppen" gebildet würden. Die für Fachgruppen, insbesondere für die Fachgruppe der Kläger, gebildeten "Honorartöpfe" nähmen die in ihnen zusammengefassten Fachärzte in eine unzulässige "Sippenhaft" für Fachkollegen. Ein weiterer wesentlicher Mangel des HVM bestehe in rechtswidrigen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte der einzelnen Praxen. Darin sei eine nicht nachvollziehbare und infolgedessen rechtswidrige Ungleichbehandlung zu sehen. Ungleichheiten in einer Gruppe seien nur dann von der Satzungsautonomie der Beklagten gedeckt, wenn eine Ungleichbehandlung wegen der Ungleichheit der Betroffenen angezeigt sei. Dem sei aber nicht so; für extreme Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte zwischen den einzelnen Praxen gebe es keinen sachlichen Grund, worin ein Verstoß gegen den Gleichheitssatz liege. Es bestehe zwischen der HVM-Punktwertabsenkung und den Punktzahlen des EBM eine Kollision, der zu einer rechtswidrigen Verfälschung der mit dem EBM gewollten Ergebnisse führe. Entscheidend sei für ihn, dass der HVM das Bewertungsgefüge des EBM nicht unterlaufen und nicht konterkarieren dürfe, was der hier angewandte HVM jedoch bewirke. Seien auch geringfügige Modifikationen im Hinblick auf die Bewertungen des EBM möglich, etwa die Zusammenfassung einzelner Gebührenpositionen zu Leistungsgruppen, so müsse es prinzipiell bei der gesetzlichen Konzeption bleiben, dass ärztliche Leistungen entsprechend ihrer Art und ihrem Umfang gleichmäßig zu vergüten seien. Der HVM leide weiter an dem Mangel, dass der Honorartopf unzutreffend bemessen sei. Es liege keinerlei Bedarfsermittlung zu Grunde. Die von der Beklagten angewandte sog. Regressionsanalyse, also das Bezugnehmen auf frühere Quartale, sei finanzwissenschaftlich unzulässig; mit den von dem Kläger vorgebrachten Einwendungen habe sich das Sozialgericht nicht auseinander gesetzt.

Die Budgetierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM sei rechtswidrig. Die unter I bis III der Anlage 3 vorgesehenen Honorareinschränkungen seien sachwidrig. Die fallzahlabhängige Quotierung der Honoraranforderungen nach Abschnitt III verstoße zudem gegen [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Jede der drei Quotierungs- und Begrenzungsregelungen sei - für sich genommen - sachlich nicht nachvollziehbar. Ihr Zusammenwirken sei nicht so harmonisiert, dass daraus Kürzungen folgten, die in sich konsequent seien. Die Referenzquartale III/95 und III/96 in Anlage II. 1 spiegelten nicht die Angemessenheit der Vergütung wieder. Die Bemessung der Fallzahlbereiche im Abschnitt I sei beliebig. Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Normgeber jeweils bis zu 50 v.H. einerseits, zu 50 v.H. bis 150 v.H. andererseits und schließlich, in dem Fallzahlbereich C, zu über 150 v.H. gelangt sei und welche die Kriterien für die Bereichsabgrenzungen seien. Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung folgende Beweisanträge gestellt:

Über die Behauptung, dass er in den streitbefangenen Quartalen eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich betriebene vertragsärztliche Praxis geführt habe, soll Beweis erhoben werden: durch Sachverständigengutachten. [GA Bl. 436]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass die den radiologischen/nuklearmedizinischen Vertragsärzten in Hessen in den streitigen Quartalen von der Beklagten gezahlten Vergütungen bei (unterstellt) weit überwiegendsparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen "Arztlohn" übriggelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt haben: durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. [GA Bl. 437]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass die Grundsätze der EHV selbst für einen spezialisierten Fachmann nur unter hohem Zeitaufwand teilweise nachvollziehbar seien und schwerwiegende Unklarheiten unaufklärbar blieben: durch Vernehmung des Sachverständigen H. K., Geschäftsführer der Pensions-Beratungsgesellschaft mbH, K-Straße, K-Stadt. [GA Bl. 447]

Der Beklagten solle aufgegeben werden, die Verwaltungsakten nebst allen Anlagen vorzulegen, die zur Novellierung der EHV geführt haben. [GA Bl. 449]

Es soll Beweis erhoben werden, dass die in Frage stehende Fassung der EHV zum Nachteil des Klägers schwerwiegende

rentenmathematische Fehler aufweise: durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. [GA Bl. 449]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass die Beklagte im Jahr 1997 aus einer für die Ärztliche Stelle eingegangenen selbstschuldnerischen Bürgschaft in Höhe von 2 Millionen DM in Anspruch genommen worden ist und, dass sie diesen Betrag aus den Haushalten 1997/1998 bezahlt hat: durch Einholung einer Auskunft der Beklagten. [GA Bl. 451]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, der Vorstand der Beklagten habe vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche des Klägers dessen Widerspruchsbegründungen weder im Original noch inhaltlich - sei es durch eine Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung - zur Kenntnis genommen: durch Parteivernehmung des ersten Vorsitzenden der Beklagten. [GA Bl. 456]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, die Budgetgeber hätten nichts bewertet, weil sie über keinerlei Informationen über den Wert der von ihnen eingeschränkten Leistungen verfügten: durch Einholung einer amtlichen Auskunft des Beigeladenen. [GA Bl. 467]

Es sollen folgende Materialien vom Beigeladenen beigezogen werden: Kostenstrukturanalyse (Hesral Anm. 14) Gutachten KPMG aus August 1997 (Hesral Anm. 14) Gutachten Prof. Dr. Männel vom 12.09.1997 (Hesral Anm. 14) [GA Bl. 474]

Es sollen ferner beigezogen werden: die Aufstellungsakten des Beigeladenen über das Zustandekommen des EBM 1997 sowie aller Vorgängerregelungen, aus denen sich ergibt, wie der Beigeladene den Inhalt der abrechnungsfähigen radiologisch/nuklearmedizinischen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes, Verhältnis zueinander ermittelt hat. [GA Bl. 475]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, die in Abschnitt Q 1 und R 1 EBM als abrechnungsfähig angegebenen Scan- und Sequenzzahlen reichten - auch unter Anlegung von Durchschnittsmaßstäben - nicht aus, um den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig sei, um unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen: durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. [GA Bl. 476]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, das Hessische Sozialministerium habe im konkreten Falle nicht nachgeprüft, ob der hier in Frage stehende HVM ordnungsgemäß zustande gekommen sei: durch Einholung einer amtlichen Auskunft des Hessischen Sozialministeriums. [GA Bl. 480]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, die Vertreterversammlung der Beklagten habe bei der Verabschiedung der in dem streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt und sie habe auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen gehabt: durch zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung. [GA Bl. 488]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, der HVM bewirke, dass im streitbefangenen Zeitraum radiologische Leistungen mit Differenzen von mehr als 30 v.H. ungleich vergütet würden, je nachdem, ob es sich um einen Radiologen oder um einen Teilradiologen handele: durch amtliche Auskunft der Beklagten. [GA Bl. 490]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass die effektiven Auszahlungspunktwerte in den streitbefangenen Quartalen ebenso extrem different gewesen seien wie in IV/98: durch Vorlage einer entsprechenden Auswertung der Beklagten. [GA Bl. 493]

Es soll Beweis erhoben werden über die Behauptung, innerhalb der Honorargruppe 4.16 Anlage 2 zu LZ 702 HVM seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich handele um konventionelle Praxen, nuklearmedizinische Praxen, konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, Praxen mit CT und/oder Nuklearmedizin, Praxen mit CT und MRT und/oder Nuklearmedizin, sowie Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger) ggf. in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsarten: durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens. [GA Bl. 497]

Der Kläger hat vorgelegt: Spies "Einführung in die Erweiterte Honorarverteilung (EHV) und ihre Probleme" anlässlich der außerordentlichen Abgeordnetenversammlung der KV Hessen am 22. Dezember 1999, ein von der Beklagten gefertigtes Schaubild "Darstellung der Erträge bei unterschiedlichen Kosten und sinkendem Punktwert", das der Ministerin für Frauen, Arbeit und Sozialordnung übersandt worden sei, Spies, Gerlich, "Glanz und Elend der Honorarverteilung" (Hessisches Ärzteblatt 2000, S. 269).

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Juni 2001 sowie die Honorarbescheide vom 25. März 1998 und vom 24. Juni 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 und den Honorarbescheid vom 1. August 1998 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 25. April 2000 und vom 1. August 2000 aufzuheben bzw. zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, seine vertragsärztliche Vergütung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts hinsichtlich der Honoraranforderungen für die Quartale III/97 bis I/98 erneut zu bescheiden,

hilfsweise,

festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an den Kläger in den Quartalen III/97 bis I/98 5 v.H. für Zwecke der EHV einzubehalten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich auf das angefochtene Urteil und trägt ergänzend vor, klägerische Praxisbesonderheiten, die eine Aussetzung der Individualbudgetierung unter Sicherstellungsaspekten oder sonst aus zwingenden Gründen rechtfertigen würden, seien nicht ersichtlich. Ebenso wenig lägen Anhaltspunkte für die Annahme eines begründeten, durch den EBM und HVM bedingten Härtefalles vor. Die Beklagte hat die Verwaltungsakte betreffend die streitbefangenen Quartale vorgelegt.

Der Beigeladene bezieht sich auf die Ausführungen des angefochtenen Urteils.

Wegen des weiteren Vortrags der Beteiligten wird auf den übrigen Akteninhalt, insbesondere auf die Klagebegründungsschrift und Berufungsbegründungsschrift des Klägers sowie der Verwaltungsakten der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung vom 26. Februar 2003 gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, [§ 151 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#).

Der Senat hatte über die Berufung in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Psychotherapeuten zu entscheiden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Psychotherapeuten handelt, [§ 12 Abs. 3 Satz 2 SGG](#).

Der Streitgegenstand im Hinblick auf die begehrte Aufhebung der Honorarbescheide für die Quartale III/97 bis I/98 sowie die begehrte Neubescheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erstreckt sich nicht auf mögliche Ansprüche aus LZ 607 HVM (Regelung zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung) und aus LZ 803 HVM (Härtefallregelung).

Die Berufung ist unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. Juni 2001 ist insoweit zu Recht ergangen, als es die verbundenen Klagen des Klägers abgewiesen hat. Hinsichtlich des Kostenausspruches war das Urteil nicht zu überprüfen, da insoweit nur die Beklagte beschwert wurde, diese jedoch keine Berufung eingelegt hat.

Der Honorarbescheid der Beklagten vom 25. März 1998 (für das Quartal III/97) mit den Anlagen vom 24. März 1998 (Gesamtüberblick), vom 16. April 1998 (Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen Regelungen im EBM HVM - Bewertung der CT-Leistungen - sowie Laborbudgetregelung - für den Kläger ohne Bedeutung) und vom 24. April 1998 (Nachweise zur fallzahlabhängigen Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitte I und II HVM sowie Nachweis zur Fallzahlbegrenzungsregelung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt III HVM) sowie der Honorarbescheid vom 24. Juni 1998 (für das Quartal IV/97) mit den Anlagen vom 26. Juni 1998 (Gesamtüberblick), vom 4. Juni 1998 (Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen Regelungen im EBM HVM - Bewertung der CT-Leistungen - sowie Laborbudgetregelung - für den Kläger ohne Bedeutung) und vom 24. Juni 1998 (Nachweise zur fallzahlabhängigen Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM) in der Gestalt des Widerspruchsbereiches vom 16. Dezember 1998 sowie der Honorarbescheid vom 1. August 1998 (für das Quartal I/98) mit den Anlagen vom 15. September 1998 (Gesamtüberblick), vom 24. Juli 1998 (Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen Regelungen im EBM HVM - Bewertung der CT-Leistungen - sowie Laborbudgetregelung - für den Kläger ohne Bedeutung) und vom 15. September 1998 (Nachweise zur fallzahlabhängigen Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I HVM) in der Gestalt der Widerspruchsbereiches vom 25. April 2000 und 1. August 2000 sind rechtmäßig und waren damit nicht aufzuheben. Der Kläger hat gegen die Beklagte hinsichtlich der streitbefangenen Quartale keinen Anspruch auf eine Neubescheidung seines Honoraranspruchs im streitbefangenen Umfang (ohne Berücksichtigung von Sicherstellung und Härtefallregelung).

Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig.

Die Honorarbescheide sind inhaltlich hinreichend bestimmt, [§ 33 Abs. 1 SGB 10](#). Das Erfordernis der hinreichenden Bestimmtheit bezieht sich auf den Verwaltungsakt als Regelung und damit auf den Verfügungssatz des Verwaltungsaktes (vgl. Engelmann in von Wulffen, SGB X, Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz, 4. Aufl., 2001, § 33 RdNr. 3 unter Bezugnahme auf BSG in SozR 1500 § 55 Nr. 35). Die streitbefangenen Honorarbescheide lassen die Honorarhöhe vollständig, klar und unzweideutig erkennen. Durch die Trennung in den eigentlichen Honorarbescheid - und dort die Ausweisung in der rechten Spalte mit der Bezeichnung "Nettohonorar" - sowie die Anlagen wird auch deutlich gemacht, welches Honorar der Kläger ausgezahlt erhält, wie hoch das Bruttohonorar ist (hier bezeichnet mit "gesamt"), wie sich dieses zusammensetzt und welche Abzüge für die Sicherstellung der ärztlichen Versorgung sowie für die (aufgeschlüsselten) Verwaltungskosten erfolgt sind.

Die angefochtenen Honorarbescheide sind auch i.S. der Vorgaben des [§ 35 SGB 10](#) 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. Durch die Begründung soll der Adressat des Verwaltungsaktes, insbesondere hinsichtlich der ihn belastenden Teile, in die Lage versetzt werden, seine Rechte sachgemäß wahrnehmen zu können. Das Begründungserfordernis soll zur besseren Transparenz des Verwaltungshandelns beitragen, überflüssigen Rechtsbehelfen vorbeugen, aber auch der Nachprüfung der Verwaltungsentscheidung durch Aufsichtsbehörden und Gerichte dienen (vgl. Engelmann in von Wulffen, [§ 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 Anlagen der Bescheide folgen können. Die Anforderungen sind insoweit jedoch auf die wesentlichen Angaben begrenzt (vgl. BSG, Ur. vom 3.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich der Anlagen entnommen und damit die Honorarfestsetzung in Verbindung mit weiteren Unterlagen (z.B. den Honoraranforderungen des Klägers und den Anzahl- und Summenstatistiken der Beklagten) nachvollziehbar überprüft werden können. Diesen Anforderungen entsprechen die hier streitbefangenen Honorarbescheide.

Dem steht nicht entgegen, dass das Rechenwerk als solches für den Kläger möglicherweise nicht in vollem Umfang und ohne fremde Hilfe nachvollziehbar und überprüfbar ist. Darin ist noch kein Verstoß gegen das Begründungserfordernis nach [§ 35 SGB 10](#) 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 oder sich entsprechend beraten lassen. Dies muss nicht zwingend durch Schulungsveranstaltungen oder Fortbildungsgelegenheiten seitens der Beklagten erfolgen. Die Beklagte ist allerdings verpflichtet, auf Verlangen die nötigen Informationen bzw. Erläuterungen zu erteilen; wobei nicht erkennbar ist, dass die Beklagte im vorliegenden Fall eine evtl. angeforderte Aufklärung verweigert hat.

In welchem Umfang Honorarbescheide zu begründen sind, kann im Einzelfall schwierig sein; bei Änderungen der Rechtslage kann ein entsprechender Hinweis und möglicherweise ein erhöhter Begründungsaufwand erwartet werden. Gründe jedenfalls, die die Nichtigkeit der Honorarbescheide rechtfertigen könnten, [§ 40 SGB 10](#), 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 10](#) 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 10](#) i.d.F. vom 21. Dezember 2000 noch bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens geheilt werden.

Das angefochtene Urteil, dessen Begründung sich der erkennende Senat insoweit unter Verweisung auf die Gründe zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), hat die Nachvollziehbarkeit der Honorarberechnung eingehend dargelegt und damit belegt, dass alle wesentlichen Aussagen den Honorarbescheiden entnommen werden können. Schließlich hat das BSG klargestellt, dass nicht alle für die Festlegung von Honorarentscheidungen maßgeblichen Umstände, Zahlen und Beträge im Bescheid bzw. in den Anlagen aufzuführen seien und darin kein Begründungsdefizit zu sehen sei (vgl. BSG, Urt. vom 3.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)).

Mit den Honorarbescheiden hat die Beklagte auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach [§ 24 Abs. 1 SGB 10](#) 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 10](#)). Die Pflicht zur Anhörung besteht insbesondere, wenn in die Rechte eines Beteiligten eingegriffen wird; deshalb erscheint bereits die Anwendung der Regelung im Hinblick darauf, dass die Honorarbescheide Leistungsbescheide sind, fraglich. Für den Bereich des Arbeitslosenversicherungsrechts hat dies das BSG mit Urteil vom 29.11.1990 ([7 RAR 6/90](#) - [SozR 3-4100 § 139a Nr. 1](#)) über den Regelungsbereich dieses Rechtsgebiets hinaus klar zum Ausdruck gebracht. Der Kläger hatte bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme und damit zur Wahrung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör gehabt, so weit ein solcher zugleich auch der Regelung des [§ 24 Abs. 1 SGB 10](#) entnommen werden kann. Selbst wenn ein Anhörungsfehler vorgelegen hätte, wäre dieser gem. [§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB 10](#) als geheilt anzusehen, wobei eine Heilung bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens möglich ist, [§ 41 Abs. 2 SGB 10](#). 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 des Klägers nicht zur Kenntnis genommen, ist gleichfalls nicht erheblich. Der Vorstand hatte allein eine rechtsgebundene Entscheidung zu überprüfen. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Ermittlungen i.S. des Beweisantrags der Klägerseite. Unstreitig ist, dass die Widerspruchsentscheidungen selbst durch den Vorstand erfolgt sind.

Die Honorarbescheide sind auch im Übrigen rechtmäßig. Sie beruhen auf Rechtsgrundlagen, insbesondere auf dem EBM und dem HVM, die rechtlich nicht zu beanstanden sind, soweit sie sich auf die vorliegenden Honorarbescheide ausgewirkt haben.

Die Honorarbescheide regeln als Verwaltungsakte i.S. von [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB 10](#) die Höhe des auszuzahlenden Honorars. Die Anwendung des Regelwerks durch die Beklagte ist zutreffend; insoweit werden auch keine Rechtsfehler seitens des Klägers geltend gemacht. In Übereinstimmung mit dem Sozialgericht kommt auch der erkennende Senat zu dem Ergebnis, dass die Beklagte einen für Primär- und Ersatzkassen einheitlichen Quotierungsfaktor in Übereinstimmung mit Anlage 3 zur LZ 702 HVM berechnet hat und eine Trennung nach den einzelnen Kassenbereichen erst mit der Bildung der Honorargruppen nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM zu erfolgen hatte. Soweit seitens des Klägers die Anwendung von Abschnitt III der Anlage 3 zur LZ 702 HVM beanstandet wird, erscheint eine Beschwerde der Klägerseite fraglich, da sich die Quotierungsmaßnahmen auf den Abschnitt I der Anlage 3 zur LZ 702 HVM beschränken.

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

Ein Honoraranspruch des Klägers kann nur aus den Honorarverteilungsregelungen der Beklagten hergeleitet werden. Gesetzliche Grundlage ist [§ 85 Abs. 4 SGB 5](#) i.d.F. vom 1. Juli 1997, insoweit gleich lautend i.d.F. bis 31.12.1998, wonach die Kassenärztliche Vereinigung die Gesamtvergütung unter die Kassenärzte verteilt. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen des Kassenarztes zugrunde zu legen. Der Verteilungsmaßstab soll sicherstellen, dass eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit des Kassenarztes verhütet wird. Der Verteilungsmaßstab kann eine nach Arztgruppen und Versorgungsgebieten unterschiedliche Verteilung vorsehen.

Der HVM ist formell rechtmäßig zustande gekommen. Es bestehen insbesondere keine Anhaltspunkte, dass zu den Sitzungen der Vertreterversammlung der Beklagten nicht ordnungsgemäß bzw. nicht unter Beachtung der Geschäftsordnung eingeladen worden ist und dass der beschlossene Satzungstext nicht mit den Ausfertigungen in allem übereinstimmt. Deshalb 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.

Es fehlt auch nicht an einem "Herstellen des Benehmens" i.S. des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB 5](#). 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 höchst-richterlich entschieden worden ist (vgl. hierzu näher BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Urt. vom 24.8.1994 - [6 RKA 15/93](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Insoweit ergeben sich keine Zweifel, dass das Benehmen vollständig hinsichtlich der HVM-Regelungen seit dem 1. Juli 1997 in Bezug auf die streitbefangenen Quartale hergestellt worden ist, teils vorab und teils nachträglich (vgl. Urteil des erkennenden Senates vom 22.5.2002/15.10.2002 - [L 7 KA 721/00](#)).

Hinsichtlich der Veröffentlichung des HVM sind für den erkennenden Senat keine Fehler der Beklagten erkennbar. Vielmehr sind insoweit die satzungsgemäßen Regelungen beachtet worden. Die Satzung (hier § 28 in der maßgeblichen Fassung ab 1. Juli 1997) sieht ausdrücklich den Abdruck in der Ärztezeitung der Beklagten oder in einem Rundschreiben vor; dementsprechend ist auch die Bekanntmachung der streitbefangenen Änderungen des HVM durch Rundschreiben (vgl. BSG, Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 86/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)) der Landesstelle der Beklagten satzungsgemäß mit der Folge, dass auch eine wirksame Verkündung vorliegt.

Der hier angewandte HVM ist auch nicht deshalb unwirksam, wie der Kläger meint, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt worden sind. Auch für den HVM als Satzungsrecht gilt grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch gilt dies nur in dem Maße, in dem dies nach der Funktion des HVM tatsächlich geboten ist. Insoweit besteht ein wesentlicher Unterschied zum EBM, da dieser Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt. In dieser Funktion wird der EBM zur Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte und beeinflusst deren Entscheidungen im Hinblick auf das Behandlungsverhalten unmittelbar. Demgegenüber ist der HVM auf eine Verteilungssituation ausgerichtet und knüpft an die Verteilung der Gesamtvergütung an. Eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes folgt daraus regelmäßig nur mittelbar, da die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter regelmäßig erst nach Quartalschluss überhaupt festgestellt werden können (vgl. auch Clemens, Regelungen der Honorarverteilung, MedR 2000, S. 17, 22 mit Nachweisen zur höchstrichterlichen Rechtsprechung). Die Grenze rückwirkender Inkraftsetzung liegt jedoch darin, dass gezielt steuernd wirkende Honorarverteilungsregelungen, die einer Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes dienen sollen, den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt sein müssen, damit diese sich hierauf einstellen können (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). In Anwendung dieser Grundsätze kann hier nicht von einer unzulässigen Rückwirkung des HVM betreffend 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 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)); im Leitsatz zu der angeführten Entscheidung des BSG wird nicht nur die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 für rechtmäßig erachtet, sondern auch die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Honorarverteilung nach Einführung von Praxisbudgets (hier betreffend Hamburg) ausdrücklich anerkannt. Die Zielsetzung dieser HVM-Regelung, zugleich auch eine Fallzahlausweitung zu verhindern und mit einer Mengenbegrenzung eine Punktwertstabilisierung zu erzielen, steht dem nicht entgegen. Die Abstufungsregelung der "EBM-Wippe" verringert einen "Anreiz" zur Fallzahlsteigerung, zumal es sich um eine Fallwertkorrektur handelt, die eine Steigerung ohnedies nur geringfügig, was die steuernde Funktion im Hinblick auf das Leistungsverhalten des Arztes betrifft, begrenzt.

Die Regelung des HVM - und dies gilt entsprechend auch für den EBM - verstößt nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Zwar ist der Regelungsbereich des HVM komplex, kompliziert und schwierig; die Regelung kann im Einzelfall auch unklar, vielleicht sogar widersprüchlich sein, weshalb jedoch der HVM insgesamt nicht als nichtig angesehen werden kann. Die Beklagte kann den HVM verwaltungsmäßig umsetzen und die Sozialgerichte können die Regelungen nachvollziehen. Den HVM klarer zu fassen, wird ein stetes Anliegen bleiben; der Vorwurf eines Verweisungswirrwarrs, wie ihn der Kläger erhebt, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. So zeigen z.B. die Anlagen hinsichtlich der Laborbudgetregelung, dass der Kläger mangels Anforderung entsprechender Honorare davon nicht betroffen ist. Die Bewertung der CT-Leistungen nach Nrn. 5210 (mit einem Budget von 25 Scans) und 5211 (mit einem Budget von 36 Scans) EBM ergibt bei dem Kläger honorierte Anteile von 97,1948 % (III/97), von 98,1209 % (IV/97) und von 99,2574 % (I/98). Das bedeutet z.B. für das Quartal I/98, dass der Kläger 31.509 Scans abgerechnet hat bei einem Budget von 31.275 Scans, so dass 334 Scans im Ergebnis unberücksichtigt blieben. Hinsichtlich der fallzahlabhängigen Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM und der Budgetierung und Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM ist eindeutig aus der Überschrift erkennbar, dass diese Maßnahme nur für nicht in die EBM-Budgetierung einbezogene Arztgruppen gilt, also auch für die Radiologen. Bei der fallzahlabhängigen Bewertung wird zunächst die budgetrelevante Fallzahl erläutert und berechnet und der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe gegenübergestellt. Bis zur Hälfte der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe (Fallzahlbereich A) wird das Honorar um 10 % erhöht, für die weitere durchschnittliche Fallzahl der Fachgruppe (Fallzahlbereich B) wird das Honorar um 10 % ermäßigt. Der sich anschließende Fallzahlbereich C führt zu einer Verringerung um 20 %.

Bei der Budgetierung und Teilquotierung (betrifft im vorliegenden Fall das Quartal I/98) wird nach Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt II HVM zunächst der sog. Teilfallwert des angeforderten Honorarvolumens erläutert und hinsichtlich der Praxis des Klägers berechnet, und zwar mit einer Höhe von DM 151,53. Als Ausgangsdaten werden die entsprechenden Teilfallwerte der Praxis des Klägers in den Quartalen I/95 und I/96 herangezogen und daraus der Mittelwert gebildet, der um 10% des arithmetischen Mittels aus den entsprechenden Teilfallwerten der Fachgruppe erhöht wird und den budgetrelevanten Teilfallwert des Klägers ergibt, und zwar im Quartal I/98 DM 146,50 (96,68 % des angeforderten Teilfallwertes von DM 151,53).

Eine fallzahlabhängige Quotierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt III HVM erfolgte im Quartal III/97, da die Fallzahl des Klägers in III/97 um mehr als 2 % (der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe) gegenüber III/95 angestiegen war. Ausgehend von einer ambulanten Fallzahl des Klägers in III/95 von 2.786 Patienten und einer Erhöhung um 28 (entsprechend 2 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe in III/95) auf 2.814 wurde insoweit der volle Fallwert von DM 149,24 berücksichtigt, bei den restlichen Fällen erfolgte eine Honorierung zu 50 %. Ungerechnet auf alle Fälle wurde im Rahmen der Fallzahlbegrenzung das Honorar des

Klägers in Höhe von 97,31 % anerkannt.

Der HVM verstößt, insoweit übereinstimmend mit dem EBM, auch nicht gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt. Die Rechtsetzungskompetenz ist dem Satzungsgeber in nicht zu beanstandender Weise übertragen worden. Der HVM trifft - hier ebenso wie der EBM - Berufsausübungsregelungen i. S. des [Art. 12 Abs. 1 GG](#), die sich erheblich auf die Berufsausübung der Vertragsärzte auswirken und in der Konsequenz von existenzieller Bedeutung werden können. Insoweit stellt [§ 85 SGB 5](#) eine ausreichende und hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage für den HVM dar; dies gilt entsprechend für den EBM in [§ 87 SGB 5](#). Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat dies mehrfach bestätigt (vgl. mit zahlreichen Nachweisen Engelmann in NZS 2000, S. 1, 76). Dabei hatte der erkennende Senat nicht zu befinden, inwieweit die Legitimation ausreicht, durch derartiges Satzungsrecht mittelbar oder möglicherweise unmittelbar in die Rechte Dritter einzugreifen; dies war hier nicht entscheidend, dürfte jedoch (abweichend von Engelmann, a.a.O., sowie Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49, 97) einer gesonderten Prüfung bedürfen.

In Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 39/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 135 Nr. 11](#) sowie Urteil vom 20.1.1999 - [B 6 KA 9/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 21](#), jeweils m.w.N.) folgt der erkennende Senat der Auffassung, dass es in Bezug auf den EBM nicht auf die Legitimation der Mitglieder des Bewertungsausschusses ankommt, sondern allein entscheidend ist, ob die Partner der Bundesmantelverträge eine ausreichende demokratische Legitimation haben. Entscheidend ist, dass der EBM in der vereinbarten Form als untergesetzliche Rechtsnorm zum Gegenstand der Normsetzung gemacht wird. Dies grenzt zugleich auch die Notwendigkeit der Überprüfung des Zustandekommens des EBM hinsichtlich der Einwendungen des Klägers ein, auch im Hinblick auf die weitere Beweiserhebung.

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 die Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, vgl. [§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB 5](#), im Hinblick auf [§ 80 Abs. 1 Satz 1 SGB 5](#) 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.

Der Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB 5](#) kann nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen der Vertragsärzte müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, das heißt mit einem für alle Leistungen und alle Vertragsärzte 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.

Als Rechtsfolge derartiger Regelungen teilt der erkennende Senat die Forderung des Klägers nicht, die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung bestehe auf jeden Fall in Höhe einer "angemessenen Vergütung" (hierzu näher Wimmer NZS 1990, S. 480; Isensee in VSSR 1995, S. 321, 339, mit Nachweisen und in kritischer Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des BSG). Dahinstehen kann, ob ein solcher Anspruch zur Fehlerhaftigkeit einer Honorarverteilungsregelung führt oder dieser Anspruch - aus dem Gesetz hergeleitet - dem Satzungsrecht vorgeht. Der erkennende Senat folgt insoweit der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urt. vom 1.2.1995 - [B 6 RKa 27/93](#) - [SozR 3-2500 § 121 Nr. 1](#)). Die Angemessenheit der Vergütung ist zwar ein wichtiger Maßstab und Regelungsfaktor; der einzelne Vertragsarzt kann hieraus jedoch kein subjektives Recht herleiten. Auch die Wiederholung des Gesetzestextes ([§ 72 Abs. 2](#) letzter Halbsatz SGB 5) in [§ 2 Abs. 1a](#) der Satzung der Beklagten führt nicht zu dem von dem Kläger reklamierten Anspruch auf eine bestimmte Vergütungshöhe im Rahmen eines subjektiven Anspruchs. Ein weitergehender Regelungsgehalt als er sich aus dem Gesetz ableiten lässt, ergibt sich daraus nicht. Das Bundessozialgericht stellt in seiner ständigen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 6/98](#) a.a.O.; Urt. 10.5.2000 - [B 6 KA 20/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 37](#)) darauf ab, dass die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang sei. Dieses Rangverhältnis hat auch das BVerfG in seiner Entscheidung zum Ausschluss der Zulassung von Ärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres (Entscheidung vom 20.3.2001 - [1 BvR 491/96](#) - [SozR 3-5520 § 25 Nr. 4](#)) im Ergebnis ausdrücklich bestätigt. Legitime Gemeinwohlgründe von überragender Bedeutung können bei der Ausgestaltung des Berufsrechts der ärztlichen Leistungserbringer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch Regelungen rechtfertigen, die letztlich die Berufswahl betreffen und nicht nur die Berufsausübung. Darin kommt die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems für das Gemeinwohl zum Ausdruck. Die Finanzierbarkeit dieses Systems ist ein wichtiger Bestandteil, auch mit der Folge, dass der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten muss. Der Kläger wendet insoweit ein, der Gesetzgeber habe verschiedene alternative Möglichkeiten, auch im Rahmen der Bindung an eine Gesamtvergütung dem geforderten Anspruch auf ein "angemessenes Arzthonorar" Rechnung zu tragen. Eine Möglichkeit könne sein, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Die Beklagte kann jedoch nicht gehalten sein, allein mit dieser Möglichkeit dem Anliegen der Vertragsärzte zu entsprechen und zugleich die Gesamtverantwortung für das soziale Sicherungssystem mit entsprechenden Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Arbeitsbereich hintanzustellen; hierzu kann auch der Gesetzgeber nicht gezwungen sein. Die Gesamtverantwortung für die sozialen Sicherungssysteme lässt vielmehr erkennen, dass auch der Faktor des Beitragssatzes ein Kriterium des sozialen Sicherungssystems ist. Damit kann im Ergebnis weder aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) noch aus den Vorschriften des SGB 5 der Anspruch eines einzelnen Arztes auf ein "angemessenes Honorar" oder in abgeschwächter Form auf einen festen Punktwert hergeleitet werden. Daraus folgt jedoch nicht, dass der Gesetzgeber - und daraus abgeleitet der Satzungsgeber - eine unbegrenzte Regelungsbefugnis hat. Bei Berufsausübungsregelungen hat der Gesetzgeber wie auch der Normgeber auf Satzungsebene einen weiten Gestaltungsspielraum. Jede Regelung muss jedoch durch sachgerechte und vernünftige Erwägungen gerechtfertigt sein. In dieser Einschränkung liegt zugleich auch eine Gewichtung; je stärker eine Regelung in Rechtspositionen des Einzelnen eingreift, konkret also Rechtspositionen des Arztes beeinträchtigt, desto stärker und gewichtiger müssen die Interessen des Gemeinwohls sein, um den Eingriff zu rechtfertigen (vgl. Nachweise der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts in Leibholz/Rinck/Hesselberger, Grundgesetz, [Art. 12 GG](#) RdNr. 296). Die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts verlangt weiter, dass das eingesetzte Mittel geeignet und erforderlich ist, wobei dem Gesetzgeber wie auch dem Satzungsgeber ein weiter Gestaltungsspielraum eingeräumt wird. Erforderlich ist, dass das eingesetzte Mittel im konkreten Fall mit Bezug zur gesetzlichen Krankenversicherung geeignet ist, die von Gesetzes wegen geforderte Stabilität des Systems zu sichern. Dies wird sich nicht ohne weiteres - zumindest nicht mit vollem Konsens - feststellen lassen, schon gar nicht bei einer prognostischen Beurteilung, weshalb dem Normgeber ein weiterer Gestaltungs- und Regelungsrahmen zugebilligt wird. Dies muss um so 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.

Die Angemessenheit bzw. fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung kann in Übereinstimmung mit der höchstgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#) und [SGB 2000, S. 256](#)) nur geltend gemacht werden, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa einer Facharztgruppe, so beeinträchtigt ist, dass auch die berufliche Existenz der in dem Versorgungssystem beteiligten Vertragsärzte gefährdet ist. Der Kläger trägt zwar erhebliche Belastungen durch die Honorarverteilungsregelungen vor; die Sicherstellung der Versorgung auch auf den Gebieten der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenmedizin wird jedoch nicht in Frage gestellt.

Fraglich erscheint auch, inwieweit das Verlangen nach einem angemessenen Honorar mit den Grundsätzen einer selbständig ausgeübten Tätigkeit im Einklang steht. Das Verlangen stellt vielmehr einen - möglicherweise nicht gewollten - Zusammenhang zum Arbeitsrecht her, gerichtet auf ein "angemessenes Arbeitsentgelt". Der Beruf des Vertragsarztes wird jedoch als ein dem Grunde nach freier Beruf, verbunden mit unternehmerischen Entscheidungen und einer eigenständig verantworteten Kosten- und Leistungsrechnung geführt, wenngleich auch eingebunden in ein Vertragssystem, das die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in weitem Umfang gestaltet und sicherlich auch einengt. Dabei bleibt es der Entscheidung der Vertragsärzte überlassen, wie sie ihre Praxis organisieren, wie sie ihr Leistungsspektrum ausrichten, welche Zusatzleistungen außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sie anbieten, ob sie mit Krankenhäusern oder mit anderen Leistungsträgern kooperieren oder ob sie zusätzlich Gutachtenstätigkeiten entfalten. Je stärker sich der nicht-vertragsärztliche Anteil erhöht, desto geringer wird der auf die vertragsärztliche Behandlung entfallende prozentuale Anteil der Gesamtkosten und desto rentierlicher wird auch die vertragsärztliche Tätigkeit. Dies ist nicht im Sinne einer Subventionierung der vertragsärztlichen Leistungen durch die nicht-vertragsärztlichen Leistungen gemeint, sondern folgt aus einer Kostenverteilung auf die verschiedenen Bereiche.

Insgesamt kann ein Honoraranspruch des Klägers in Höhe eines "angemessenen Honorars", das mit einem Betrag von etwa 180.000,- DM jährlich je Arzt (zusätzlich zur Honorierung der aus vertragsärztlicher Tätigkeit entstandenen Kosten) umschrieben wird, nicht anerkannt werden, weder aus einer eigenständigen Rechtsgrundlage auf einen solchen Anspruch noch in Form einer Verpflichtung der Beklagten, die Honorarverteilungsregelungen entsprechend zu gestalten bzw. bereits jetzt für die Vergangenheit anzuwenden. Damit kann der Honoraranspruch des Klägers nur nach dem geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen bemessen werden. Insoweit hat der Kläger lediglich für das Quartal III/97 einen zahlenmäßig begründeten Vortrag dahin gehalten, dass er aus seiner vertragsärztlichen Praxis lediglich einen Überschuss in Höhe von DM 1.259,- erzielt habe und daraus einen Anspruch auf einen ergänzenden "Arztlohn" in Höhe von DM 43.471,- hergeleitet. Für die ebenfalls streitbefangenen Quartale IV/97 und I/98 hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers auf Nachfrage erklärt, dass er insoweit keinen weiteren "Arztlohn" geltend mache. Im Zusammenhang mit dem übrigen Vortrag und der Forderung des Klägers hinsichtlich des Quartals III/97 lässt sich daraus ableiten, dass der Kläger in den Quartalen IV/97 und I/98 aus seiner vertragsärztlichen Praxis (auch nach seiner Berechnung) ein angemessenes Honorar erzielt hat. Damit ist die von dem Kläger unter Beweis gestellte Behauptung, dass die von der Beklagten an alle in ihrem Bezirk tätigen Radiologen und Nuklearmediziner in den streitbefangenen Quartalen gewährte vertragsärztliche Vergütung weithin nicht ausreicht habe, um die Kosten jeder einzelnen Vertragsarztpraxis zu decken und generell sei kein oder nur ein geringer "Arztlohn" übrig geblieben, in der Person des Klägers als Teil der genannten Gruppe insoweit widerlegt, als er in den Quartalen IV/97 und I/98 aus vertragsärztlicher Tätigkeit ein angemessenes Honorar erhalten hat. Dabei brauchte nicht näher darauf eingegangen zu werden, dass aus der vom Kläger für das Quartal III/97 vorgelegten Überschussrechnung nicht ersichtlich ist, in welchem Umfang der Kläger außerhalb der vertragsärztlichen Honorare sonstige Einnahmen aus der Praxis erzielt (z.B. aus der Behandlung von Privatpatienten, Erstellung von Gutachten, Zusammenarbeit mit anderen Kostenträgern usw.) und wie er die Gesamtkosten der Praxis auf die verschiedenen Bereiche aufgeteilt hat. Der erkennende Senat sah jedoch von einem Beweisbeschluss hinsichtlich der Offenbarung aller Praxiseinnahmen des Klägers ab, da es letztlich hinsichtlich der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung auf die Einnahmesituation aller in Hessen vertragsärztlich tätiger Radiologen ankommt und hierzu die Einnahmesituation des Klägers allein nicht hinreichend Auskunft geben kann. Dabei kann es nicht darauf ankommen, dass die Prozessbevollmächtigten des Klägers in einer großen Zahl von Verfahren hessischer Radiologen entsprechende Parallelverfahren vertreten, da die Heranziehung im Rahmen des [§ 103 Satz 1 Halbsatz 2 SGG](#) nur dann zulässig erscheint, wenn die entsprechende Heranziehung (im Wege einer Auflage bzw. Beweisanordnung) gerade in diesem Rechtsstreit entscheidungserheblich ist. Daran ändert die Tatsache nichts, dass die von den Prozessbevollmächtigten vertretenen Kläger in ihrer Gesamtheit (als Mitglieder der Notgemeinschaft hessischer Radiologen) bei entsprechender Mitwirkung durchaus in der Lage wären, ein verlässliches Bild der durchschnittlichen Einkommenssituation von radiologischen Vertragsärzten in Hessen zu vermitteln. Dass dieser Weg nicht beschritten wurde, lässt im Umkehrschluss allerdings auch nicht eine gerichtlich verwertbare Folgerung zu, dass die radiologischen Praxen in Hessen bei Berücksichtigung aller Einnahmen wirtschaftlich "gesund" seien und sich daraus mittelbar auch eine angemessene Honorierung aus vertragsärztlicher Tätigkeit ergebe. Immerhin ist festzustellen, dass bei der dem erkennenden Senat bekannten Zahl über den Umfang der "Privateinnahmen" von einem Wert ausgegangen wird, der über 20 % der Gesamteinnahmen liegt. Aus der Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998 (Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung, das von der KBV und den Kassenärztlichen Vereinigungen getragen wird) ergeben sich für die Jahre 1996 bis 1998 in den alten Bundesländern bei den Radiologen jährlich durchschnittliche Gesamteinnahmen in Höhe von DM 1.087.980,- und davon 76,41 % KV-Honorareinnahmen. Hinsichtlich der Überschüsse kommt diese Auswertung zu dem Ergebnis, dass Radiologen in den alten Bundesländern aus vertragsärztlicher Tätigkeit jährlich durchschnittlich DM 163.006,- und aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit DM 50.329,- erzielt haben bei einem Betriebsausgabenanteil an den Gesamteinnahmen von 80,4 %. Auch wenn der Repräsentationsgrad von 1,42 % (alte Bundesländer) nicht sehr hoch erscheint, handelt es sich immerhin um 1.343 auswertbare Fragebögen, die mit Hilfe der Abrechnungsstatistiken in den Zusammenhang der Umsatzverteilung des Kassenumsatzes gestellt und dementsprechend gewichtet werden. Entwicklungen und Tendenzen sind damit verifizierbar und nach Auffassung des erkennenden Senates reicht dies aus, um die erforderliche Beobachtungsfunktion innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung zu erfüllen, als Ausgangspunkt für evtl. erforderliche Veränderungen etwa auch im Bereich der Einkommenssituation der Vertragsärzte. Im Übrigen liegt es an dem Kläger und seiner Berufsgruppe der vertragsärztlichen Radiologen selbst, ob die erforderliche Kenntnis von der wirtschaftlichen Situation der Praxen unter Berücksichtigung aller wirtschaftlicher Daten auf eine größere Datenbasis als bisher gestützt wird. Es kann nicht angehen, dass auf der einen Seite beklagt wird, dass keine seriösen Informationen über das Einkommen von Vertragsärzten existieren (so Wimmer in FAZ vom 22.1.2003, S. 8, "Sind 'streikende' Kassenärzte Rechtsbrecher?"), auf der anderen Seite selbst die meisten der Betroffenen, die auf eine finanzielle Unterdeckung ihrer Praxen mit der Folge einer erforderlichen Schließung hinweisen, die vollständigen Wirtschaftsdaten ihrer Praxen zurückhalten und nur den Teil der Daten offenbaren (seien es ausgesuchte Quartale oder nur die vertragsärztlichen Einnahmen), der nach ihrer Auffassung ihr Anliegen stützt. Im Rahmen der Selbstverwaltung kann aber auch nur dort eine Reaktion bzw. Abhilfe erwartet

werden, wo mit Daten unterlegt eine ungünstigere Entwicklung etwa im Bereich einer Arztgruppe feststellbar ist. Weitere Ermittlungen über die Beobachtung durch das Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung hinaus, insbesondere im Rahmen der jeweiligen Honorarrechtsstreite, erscheinen dem erkennenden Senat nicht erforderlich. Dabei ist zu berücksichtigen, dass sowohl der EBM-Geber als auch der HVM-Geber alle ihm auch von einzelnen Ärzten, den Berufsverbänden und aus eigenem Fachwissen zugänglich gemachten Informationen seinen Entscheidungen zugrunde legen kann. Die Ausführungen in dem von dem Kläger diskutierten Gutachten der Frau G. Kempny vom 2. November 1998 lassen auch keine eindeutigen Schlussfolgerungen im Hinblick auf eine fehlende Kostendeckung zu. So erscheint ihr Modell des steigenden Kostenanteils bei sinkendem Punktwert zwar auf den ersten Blick schlüssig. Dies kann bei genauerer Sicht jedoch allenfalls hinsichtlich der Tendenz, jedoch nicht hinsichtlich der Festlegung eines Punktwertes gelten, bei dem der Kostenanteil 100 % erreicht. Sie berücksichtigt nämlich nicht die Frage, ob und ggf. inwieweit ihre Feststellung auch gilt, wenn der sinkende Punktwert durch eine Leistungsausweitung ausgelöst wird, die ihrerseits zu einer Verminderung des Kostenanteils führen kann (je mehr Leistungen desto günstiger der Kostenanteil), wobei dann die unterschiedlichen Kostenarten (fixe Kosten, Verbrauchskosten, Abnutzung usw.) einer gesonderten Bewertung zu unterziehen wären. Kein Augenmerk verwendet sie schließlich auf die wichtige Frage, in welchem Umfang die hessischen radiologischen Praxen nicht-vertragsärztliche Leistungen erbringen und welche Auswirkungen sich hierdurch auf die Kostenanteile im vertrags-ärztlichen Bereich der Praxen ergeben. Aus dem gleichen Grund führt auch das Schaubild "Darstellung der Erträge bei unterschiedlichen Kosten und sinkendem Punktwert" zu keinen verwertbaren weitergehenden Erkenntnissen außer, dass die Ertragssituation der Ärzte ungünstiger wird, wenn die Punktwerte sinken und, dass die Ärzte mit höheren Kostenanteilen hiervon stärker betroffen sind.

Die Regelungen des EBM wie auch des HVM erfolgen in einem System autonomer Rechtsetzung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben. Der Regelungsspielraum, den die Normgeber hierbei haben, ist von den Gerichten zu respektieren (hier unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 26.1.2000 - [B 6 KA 59/98 R](#) - Die Leistungen 2001, Beil. S. 289; Urt. vom 13.11.1996 - [6 RKa 31/95](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 14](#)). Dabei kommt dem EBM wie auch dem HVM eine unterschiedliche Regelungsfunktion zu. Dem EBM kommt neben der Festlegung, Definition und Bewertung ärztlicher Leistungen sowie Verrichtungen auch die Funktion zu, das Leistungsverhalten der Vertragsärzte zu steuern (vgl. BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)). Bei der Neuregelung von komplexen Regelungsbereichen und vornehmlich auch im Bereich der Erprobung und bei einer Anfangssituation hat der Normgeber einen weiteren Regelungsspielraum. Dieser kann dazu führen, dass in stärkerem Umfang zu typisieren ist und ein geringeres Maß an Differenzierungen von den Beteiligten akzeptiert werden muss (vgl. BSG, Urt. vom 6.9.2000 - [B 6 KA 40/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 26](#), m.w.N.). Für eine vorübergehende Zeit müssen deshalb auch Unzulänglichkeiten sowie "krasse Schieflagen" hingenommen werden (vgl. Clemens in MedR 1998, S. 264).

Der Kläger kann auch nicht mit dem Einwand überzeugen, die Honorarbescheide beruhen auf einem EBM und ebenso auf einem HVM, die nicht sach-, system- und verteilungsgerecht seien. Aus dem Rechtsstaatsprinzip folgt keine allgemeine Verpflichtung für die Schaffung von Normen in dem Sinne, dass der erhebliche Sachverhalt, auf den die Normen Anwendung finden sollten, vollständig und zutreffend ermittelt sein müsse und den Entscheidungen des Normgebers bei der Schaffung der Normen zwingend und unverzüglich zu Grunde zu legen sei. Aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu einer derartigen Pflicht des Normgebers, hier unter Hinweis auf Beschluss vom 17.7.1996 ([2 BvF 2/93](#) - [NJW 1997, S. 383](#)), kann keine entsprechende Verallgemeinerung hergeleitet werden, denn das Bundesverfassungsgericht hat sich jeweils mit konkreten und individuellen Einzelfallmaßnahmen befasst, die in Gesetzesform beschlossen worden sind, aber keines weiteren Vollzugsaktes mehr bedurften. In den angeführten speziellen Fällen befindet sich der Normgeber in der Rolle der vollziehenden Verwaltung und muss, wie sonstige Behörden auch, den erheblichen Sachverhalt vollständig und zutreffend ermitteln und seiner Entscheidung zugrunde legen. Im Falle des EBM und des HVM handelt es sich jedoch um die Schaffung genereller und abstrakter Regelungen, die im Einzelfall erst durch die Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt werden müssen. Dies begrenzt zudem auch die Möglichkeiten vorausschauender Ermittlungen. 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 die Normgeber von der Datenerhebung nicht frei, vielmehr hat dieser alle Möglichkeiten der Datenerhebung zu nutzen. Der Beigeladene hat insoweit entsprechende Überlegungen im Zusammenhang mit dem EBM angestellt und einbezogen. Die Beklagte hat insoweit überzeugend dargelegt, dass die Erfahrungen der Verwaltung in die Vorbereitung der Entscheidungsfindung einbezogen worden sind. Die Kostensätze, die dem EBM zugrundegelegt worden sind, beruhen auf einer Reihe von Gutachten und begleitenden gutachterlichen Stellungnahmen, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden sind, im Übrigen auch für den Bereich der Radiologie. Der Argumentation des Klägers, der Normgeber habe selbst Zweifel an der Datengrundlage gehabt, wenn Praxisbudgets für Radiologen in den EBM nicht aufgenommen worden seien, kann nicht gefolgt werden; maßgeblich war allein, dass keine Praxisbudgets für Arztgruppen gelten sollten, die nur auf Überweisung von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden können oder für die wegen des hohen Grades an Spezialisierung kein ausreichendes statistisches Material zur Ermittlung der Praxiskosten zur Verfügung stand; dabei ist bei den Radiologen aus den zuerst genannten Gründen - im Hinblick auf die Tätigkeit auf Überweisung hin - von der Einrichtung von Praxisbudgets abgesehen worden (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)).

Wenn der Kläger beanstandet, den EBM-Regelungen hätten keine ausreichenden betriebs-wirtschaftlichen Daten zugrundegelegt und es seien vielmehr frühere Regelungen nach summarischer Prüfung fortgeschrieben worden, so überzeugt dieser Einwand für sich genommen nicht. Der Vorwurf des Klägers, die Festsetzung der Punktzahlen seien willkürlich, gehen deshalb ins Leere. Gerade hinsichtlich der bei den Radiologen (mit CT) bedeutenden Leistungen der EBM-Nrn. 5210, 5211, die bei dem Kläger in den streitbefangenen Quartalen einen maßgeblichen Anteil des angeforderten Honorars ausgemacht haben, verfügt die KBV über genaue Kostenkalkulationen. Der Vorwurf des Klägers, die Festsetzung der Punktzahlen sei willkürlich, geht deshalb ins Leere. Eine darüber hinausgehende Sachaufklärung kam nicht in Betracht. Auch eine Hinterfragung der Einzelkenntnisse der Teilnehmer des Gesprächs vom 29. Juni 1995 (Berufsverbände der Radiologen und der KBV) im Wege der beantragten Beweisaufnahme war nach Auffassung des erkennenden Senates nicht geboten. Die KBV ist ihrer Verpflichtung, Entscheidungsgrundlagen für den EBM zu beschaffen, jedenfalls im hier geprüften Bereich in ausreichendem Umfang nachgekommen, auch ohne die Teilnehmer eines Gesprächs mit den Berufsverbänden einer vorhergehenden Examination zu unterziehen. Bei einem über viele Jahre gewachsenen und auch verschiedentlich (teils umfangreich, teils punktuell) veränderten EBM ist davon auszugehen, dass das innerhalb der Ärzteschaft allgemein vorhandene Wissen, aber auch die speziellen Kenntnisse der Berufsverbände, der Krankenkassen, der in den verschiedenen Bereichen der Kassenärztlichen Vereinigungen, der KBV und des Beigeladenen in solche Meinungsbildungen einfließen, die, unterstützt durch spezielle Untersuchungen, schließlich in Vorschläge münden, die ihrerseits einem Abstimmungsprozess unterzogen werden, ohne dass alle Einzelheiten eines solchen Verfahrens dokumentiert werden könnten. Ohne spezielle Anhaltspunkte kann deshalb nicht davon ausgegangen werden, dass es sich um ein willkürliches Verfahren handelt oder ein

konkreter Ansatzpunkt für weitere Ermittlungen besteht.

Bei der Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze hat das BSG für die Berechnung der Praxisbudgets (hier für die Facharztgruppe der Hautärzte) festgestellt, dass es sich um normative Regelungen, nicht um Tatsachenfeststellungen handle (BSG, Entsch. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)). Auch wenn für den Bereich der Fachuntergruppe des Klägers Praxisbudgets nicht vorgesehen sind, kann dieser Rechtsprechung eine generelle Aussage entnommen werden. Der gegenteiligen Ansicht des Klägers, es liege insoweit die Feststellung von Tatsachen - wenn auch in normativer Gestalt - durch den Bewertungsausschuss vor, sodass kein Normsetzungs- bzw. Gestaltungsspielraum bestehe und die Richtigkeit der Kostenfeststellung gerichtlich voll zu überprüfen sei - nötigenfalls mit Hilfe von Sachverständigengutachten -, ist dem nach der klaren Aussage der höchstrichterlichen Rechtsprechung nicht zu folgen. Der Annahme einer Tatsachenfeststellung steht bereits entgegen, dass die exakte Ermittlung der Kosten bei den verschiedenen Arztgruppen faktisch nicht möglich ist. Bei den Kostensätzen handelt es sich um Näherungswerte, die aufgrund einer Bewertung der zur Verfügung stehenden, zum Teil erheblich voneinander abweichenden statistischen und betriebswirtschaftlichen Daten festgestellt worden sind. Nicht nur die Beurteilung der Validität der vorhandenen statistischen Unterlagen erfordern eine Bewertung. Die Entscheidung, was überhaupt den Praxiskosten zuzurechnen sei - so das BSG in der Entscheidung vom 15. Mai 2002 weiter -, erfolge notwendigerweise ebenfalls im Wege einer Bewertung, so etwa bei der Frage, welche Kosten in welchem Umfang der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der privatärztlichen Tätigkeit oder der privaten Lebensführung zuzuordnen seien. Das BSG (a.a.O.) verweist insoweit auf verschiedene Gutachten, nämlich Kostenberechnungen der KBV, der KPMG sowie das Gutachten von Männel und damit auf Unterlagen, auf die auch vorliegend von den Beteiligten Bezug genommen worden ist. Vor diesem Hintergrund sei der 6. Senat - so weiter das BSG in seiner Entscheidung vom 15.5.2002 ([a.a.O.](#)) - auch schon in anderem Zusammenhang, nämlich in seinen Urteilen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, von dem normativen Charakter der Kostensätze ausgegangen (hier unter Hinweis auf BSG in [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#) und [SozR 3-2500 § 85 Nr. 41](#)). Das BSG (Entscheidung vom 15.5.2002 [a.a.O.](#)) kommt weiterhin zu der Feststellung, dass die Qualifizierung der Festlegung des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes als Normsetzung Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolldichte habe. Komme dem Bewertungsausschuss wie jedem Normsetzer bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu (unter Hinweis auf BSG in [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)), so sei diese von der Rechtsprechung zu respektieren und dürfe von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers sei verstärkt zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit stünden (hier unter Hinweis auf Bundesverfassungsgericht in [BVerfGE 81, S. 156](#) sowie BSG in [SozR 2200 § 180 Nr. 37](#)), oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte gehe, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen seien (hier unter Hinweis auf [BVerfGE 68, S. 193](#) sowie BSG in [SozR 3-2500 § 135 Nr. 16](#)). Der Normgeber ist bei der Festlegung der Kostensätze im Zusammenhang mit der Normsetzung in seiner Gestaltungsmöglichkeit keineswegs völlig frei. Eine Begrenzung des Gestaltungsspielraums ergibt sich insbesondere daraus, dass bei verschiedenen Arztgruppen bundesdurchschnittliche Kostenansätze aus vorangegangener Zeit verfügbar sind, an die anzuknüpfen ist. Auf tatsächliche Verhältnisse wird etwa Bezug genommen, wenn die Kostensätze des Jahres 1994 in Bezug genommen werden. In verfahrensrechtlicher Hinsicht folgt hieraus eine Prüfung dahingehend, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren 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, wie das BSG in seiner Entscheidung vom 15.5.2002 ([B 6 KA 33/01 R](#)) ausdrücklich festgestellt hat. Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums dürfe er auch weitere Gesichtspunkte wie z.B. die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen oder Ähnliches berücksichtigen. Auf dieser Grundlage 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](#)).

[§ 87 Abs. 2a SGB 5](#) enthält eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die Budgetierungsregelungen des EBM. [§ 87 Abs. 2a Satz 7 SGB 5](#) regelt, dass die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen so festgelegt werden kann, dass sie mit zunehmender Menge mit dem Ziel der sog. Abstufung sinkt. [§ 87 Abs. 2a Satz 8 SGB 5](#) 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 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) sowie Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#)). Teilbudgets kommt neben dem Ziel der Mengenbegrenzung die Funktion zu, jedem Arzt in bestimmten, für seine Praxisführung wichtigen Leistungsbereichen eine verlässliche Kalkulationsgrundlage zu geben (vgl. die oben zitierte Rechtsprechung des BSG). Die Stabilisierung der Punktwerte soll zugleich bewirken, dass sich der einzelne Arzt nicht gedrängt sieht, nur aus wirtschaftlichen Gründen das Leistungsvolumen weiter auszudehnen. Solche Regelungen können mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) in Einklang gebracht werden, weil es sich um vernünftige und auch aus dem Sozialstaatsbezug der gesetzlichen Krankenversicherung herleitbare Erwägungen handelt. Dem kann der 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, angestellt (vgl. dazu näher Ballast in [ErsK 1996, S. 440, 441](#) mit Beträgen von - fiktiv errechnet - bundesweit 138.000,- DM). Die Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen erfolgt mit einem bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen prozentualen Kostensatz, wie dieser in der Anlage 3 Buchst. b ausgewiesen ist. Unter dem Gesichtspunkt des weiten Gestaltungsrahmens und im Hinblick auf die Erprobungsphase ist diese Regelung im Ergebnis nicht zu beanstanden.

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

Übrigen hat der Kläger im Quartal I/98 mit insgesamt 31.509 abgerechneten Scans bei einer anerkennungsfähigen Scanzahl von 31.275 gezeigt, dass er mit seinem Budget bei CT-Untersuchungen nach den EBM-Nrn. 5210 und 5211 fast ausgekommen ist. Auf den insoweit angebotenen Beweis der unzureichenden Diagnosemöglichkeiten bei Einhaltung der Budgetvorgaben war nicht einzugehen, da der Kläger nicht gehindert ist, seinen Patienten die erforderliche Untersuchung zukommen zu lassen, unbeschadet der Frage der Honorierung.

Dabei ist auch nicht zu beanstanden, dass der Begriff des Behandlungsfalles für ein Quartal als entscheidend angesehen wird und nicht der konkrete Leistungsfall, mit der Folge, dass gegebenenfalls mit dem Begriff des Behandlungsfalles mehrere Untersuchungen in einem Quartal ohne weitere Abrechnungsmöglichkeit verbunden sein können. Die Regelung findet ihre Rechtfertigung in § 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und zugleich auch eine Korrektur in [§ 76 Abs. 3 Satz 1 SGB 5](#). 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. Jedenfalls war der Normgeber nicht gedrängt, bereits ab 1. Juli 1997 insoweit für Radiologen eine von § 21 Abs. 1 BMV-Ä abweichende Regelung vorzusehen. Soweit zu Beginn der Allgemeinen Bestimmungen des EBM normiert ist, dass eine Leistung nur berechnungsfähig ist, wenn der Leistungsinhalt vollständig erbracht ist, vermag der erkennende Senat darin nichts Unrechtmäßiges zu sehen. Diese Regelung trifft die meisten Vertragsärzte in unterschiedlichen Bereichen, z.B. bei ambulanten Operationen oder sonstigen aufwändigen Leistungen, stellt also keine Besonderheit der Radiologen dar. Sie erscheint auch sinnvoll, da hierdurch sichergestellt wird, dass der Honoraranspruch erst dann entsteht, wenn die Leistung tatsächlich erbracht ist und nicht in irgendeinem (evtl. sehr frühen) Stadium abgebrochen wird. Bis zu einem gewissen Grad kann ein Vertragsarzt die "Abbrecherquote" bei aufwändigen und zeitintensiven Leistungen durch besonders behutsames Eingehen auf sensible Patienten auch beeinflussen. Solche Fragestellungen mögen ggf. bei in Rechnung gestellten und von der Beklagten im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung abgelehnten Leistungen geklärt werden, entbehren im vorliegenden Rechtsstreit jedoch einer rechtlichen Basis, auf der eine Prüfung möglich erscheint. Im Zusammenhang mit den Honorarverteilungsregelungen im HVM ist höchststrichlich anerkannt, dass im Rahmen der Honorarverteilung in der Weise differenziert werden darf, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden (vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind; den normsetzenden Körperschaften verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihnen ermöglicht, dem Sicherstellungsauftrag oder ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG, Ur. vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)). [§ 85 Abs. 4 SGB 5](#) berechtigt die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Honorarverteilung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten vorzunehmen wie auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat (vgl. BSG, Ur. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB 5](#) lässt eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung ausdrücklich zu. Werden Steuerungszwecke angestrebt, so ist die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Leistungsbereiche zulässig; hierfür müssen jedoch sachliche Gründe gegeben sein (vgl. BSG, Ur. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#)). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteil vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Zulässiges Ziel der Bildung von festen Honorarkontingenten kann auch sein, die kontingentierten Leistungen vor dem Punktwertverfall zu schützen, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann (vgl. BSG, Urteil vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Zulässig und innerhalb des der Kassenärztlichen Vereinigungen zustehenden Gestaltungsrahmens ist es hierbei auch, wenn die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festgeschrieben werden; durch eine solche Regelung wird vermieden, dass sich Leistungsausweitungen einer bestimmten Fachgruppe zwangsläufig auf andere Fachgruppen auswirken (vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) - sowie Urteil vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)). Die Möglichkeit der Mengenbegrenzung durch die Bildung von Honorartöpfen ist auch bei überweisungsgebundenen Leistungen zulässig, wie dies für die Radiologen gilt. Hat die Honorarverteilung auf der Grundlage fester arztgruppenbezogener Kontingente zum Ziel, das Risiko der Leistungsmengenausweitung bei den Ärzten der jeweiligen Fachrichtungen zu belassen, so erscheint es gerechtfertigt, auch die auf Überweisung von anderen Vertragsärzten tätig werdenden Ärzte einzubeziehen. Dabei ist zu berücksichtigen, dass auch für überweisungsgebundene Ärzte die Festlegung der jeweiligen Einzelleistungen und hierbei der Umfang (z.B. die Zahl der Scans bei CT) nicht immer durch die Überweisung vorgegeben, sondern von dem ausführenden Arzt festzulegen und zu verantworten ist. Eine vergleichbare Situation ergibt sich etwa auch für Pathologen, Laborärzte oder Nuklearmediziner, die ausschließlich auf Überweisungen tätig werden. Jedenfalls erscheint es nicht gerechtfertigt, diese Gruppe von Ärzten völlig aus der Mengensteuerung des HVM herauszunehmen (vgl. ebenso BSG, Ur. vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#)). Folge der Bildung von Honorartöpfen im HVM ist es, dass dies zu einer ungleichen Vergütung gleicher oder zumindest vergleichbarer Leistungen bei unterschiedlichen Arztgruppen führt, worin die Beanstandung des Klägers ihren Grund findet, dass die gleichen Leistungen bei Vollradiologen und Teilradiologen deutlich unterschiedlich honoriert würden. Diese Situation hätte sich im Übrigen auch zwischen Radiologen ergeben, wenn den Vorstellungen des Klägers gefolgt würde, innerhalb der Untergruppe der Radiologen nochmals weitere Unter-Untergruppen zwischen verschiedenen Formen der Praxisführung und Geräteausstattung vorzunehmen. Dass sich eine solche weitere Differenzierung schon im Hinblick auf die Erprobungsphase ab 1. Juli 1997 nicht empfohlen hätte und sich jedenfalls im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des Normgebers hielt, ist bereits ausgeführt worden. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Beweiserhebung i.S. der entsprechenden Beweisanträge des Klägers. Die Beklagte hat insoweit auch zu Recht vorgetragen, dass sich die Einrichtung von Honorarkontingenten in den Grenzen der Bewertungsvorgaben des EBM halten, der für alle Leistungen ein wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, da es sich insoweit nicht um Bewertungskorrekturen handelt, sondern um Honorarverteilungsregelungen, die aus anderen Gründen erfolgen. Der Normgeber kann jedoch unabhängig davon gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktzahlergebnisse zwischen Ärzten, die die gleichen Leistungen erbringen, zu überprüfen und eine Anpassung vorzunehmen; diese Verpflichtung entspricht der Beobachtungs- und Anpassungspflicht, der Genüge zu tun ist. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung ist jedoch regelmäßig die Einschätzung durch den Normgeber nur dann zu beanstanden, wenn die Regelung willkürlich und entgegen besserer Erkenntnis erfolgt ist. Dabei ist stets auch zu berücksichtigen, dass sich unterschiedliche Auszahlungspunktwerte auch aus einer unterschiedlichen Kostensituation ergeben können; dies kann im Einzelfall rechtfertigen, dass ein und dieselbe Leistung durch unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich zu honorieren ist. Dies beleuchtet zugleich die Komplexität, die in der Überprüfung von Honorarregelungen angelegt ist. Dies rechtfertigt auch,

dass ein Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert nicht begründet ist (vgl. BSG, Urt. vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - m.w.N.). Unterschiedliche Auszahlungspunktwerte ergeben sich auch zwischen den einzelnen radiologischen Praxen innerhalb derselben Untergruppe, worauf der Kläger zu Recht hinweist. Diese Unterschiede sind jedoch Folge der unterschiedlichen Praxisausrichtung, wodurch das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt wird. Denn für die Bewertung der Verteilungsgerechtigkeit ist jeweils auf die Arztgruppe im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung abzustellen, nicht aber auf das Verhältnis der Ärzte dieser Gruppe untereinander (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Deshalb lassen unterschiedliche Auszahlungspunktwerte, wie sie der Kläger beanstandet, nicht auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM schließen. Der hierzu angebotene Beweis war deshalb nicht zu erheben, da die aufgestellte Behauptung als wahr unterstellt werden kann. Sind Schwankungen allerdings in einem erheblichen Maße zu beanstanden, besteht ausdrücklich die Möglichkeit, Schwankungen bzw. Härten, die aus nicht vorhersehbaren Praxisgegebenheiten folgen können, im Rahmen von LZ 607 und LZ 803 auszugleichen; dabei schließt der Begriff der "Härte" nicht an die existenzielle Beeinträchtigung der Praxis an, sondern an eine atypische Versorgungssituation (vgl. BSG, Urt. vom 28.3.1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) - USK 99119). Die insoweit differenzierte Regelung im HVM kommt insbesondere dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit entgegen und ist somit geeignet, als Berufsausübungsregelung den Maßstäben des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zu entsprechen.

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

In Übereinstimmung mit der angefochtenen Entscheidung des Sozialgerichts sind die hier im Streit stehenden Maßnahmen der Honorarbegrenzung durch den HVM durch die in den Abschnitten I, II und III der Anlage 3 zu LZ 702 vorgenommenen Regelungen nicht zu beanstanden. Die Übernahme von Honorarbegrenzungsregelungen des EBM, die - wie festgestellt - rechtens sind, in den HVM, entsprechen den gesetzlichen Vorgaben; dem entspricht auch die Übernahme der Regelung nach LZ 702 HVM. Fallwertbegrenzungen, wie dies in den Abschnitten I und II des hier maßgeblichen HVM enthalten sind, sind zulässige Instrumente im Hinblick auf die Mengengrenzung und Stabilisierung der Punktwerte. Dies gilt auch für die Bildung unterschiedlicher Punktwertquoten, die mit einer unterschiedlichen Honorierung innerhalb der Fallwerte verbunden sind, indem ein begrenzter Basiswert nach einem höheren Punktwert, darüber hinausgehende Leistungen jedoch nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

Vornehmlich die Übernahme der "EBM-Wippe" in den HVM ist rechtens, 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.

Der Kläger kann auch nicht mit Erfolg beanstanden, dass der Bezug auf die Durchschnittszahlen der Fachgruppe durch Anknüpfung an ein Basisjahr erfolgt; diese Maßnahme ist - wie bereits ausgeführt - rechtens, da andernfalls die Relationen zwischen den verschiedenen Arztgruppen nicht ausreichend kalkulierbar wären. Diese Regelungen sind ebenfalls vom 1. Juli 1997 an als Anfangsregelungen und Erprobungsregelungen für einen längeren Zeitraum vertretbar, wie dies insbesondere auch das BSG (vgl. Urteil vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)) für die Arztgruppe der Hautärzte im Hinblick auf die Bemessung von Praxisbudgets festgestellt hat; erst mit Wirkung vom 1.1.2003 an und mit einer Berücksichtigung ab dem Quartal III/2003 ist dort eine Überprüfung der Kostenansätze mit Auswirkungen auf den EBM in Form einer Ankündigung (vgl. dort den rechtstheoretischen Ansatz, wobei dies als Aufgabe der obersten Bundesgerichte angesehen wird) verlangt worden.

Insbesondere die Begrenzung der Vergütungsansprüche durch eine individuelle Bemessungsgrundlage und Bemessungsgrenze, wie diese im Abschnitt II festgelegt ist, ist nicht zu beanstanden. Der eigene Praxisumsatz eines Arztes in der Vergangenheit stellt eine zulässige Anknüpfung dar, die dem Arzt die Möglichkeit der Planung und Kalkulation und zugleich einen Schutz gegen einen Punktwertverfall, der aus einer generellen Mengenausweitung der Fachgruppe folgen könnte, gibt. Demgegenüber musste der Einwand des Klägers, derartige Regelungen verstießen gegen Grundsätze der freien Praxisführung, zurückstehen. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die individuelle Bemessungsgrenze grundsätzlich für zulässig erklärt (vgl. bereits BSG, Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#)). Die Beklagte war folglich berechtigt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben, um zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen anderer Fachgruppen haben können (vgl. hierzu insbesondere BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#)). Die Anknüpfung an eine individuelle Bemessungsgrenze eröffnet zugleich jedoch auch der Beklagten die Möglichkeit, Veränderungen i.S. einer zulässigen Mengenausweitung zu Gunsten des Arztes vorzusehen. Hierbei kann insbesondere die medizinische Entwicklung und der Bedarf an entsprechenden Leistungen, vornehmlich auch bei einer Tätigkeit auf Überweisung hin, sachgerecht berücksichtigt werden.

Entsprechende Regelungen durfte die Beklagte auch bezüglich der Fallzahlgrenze vornehmen, die individuell für den einzelnen Arzt festgelegt wird, und an die individuellen Abrechnungswerte vergangener Quartale i.S. einer individuellen Bemessungsgrenze anknüpfen. Diese Verfahrensweise findet ihre Grenze allerdings darin, dass Praxen mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl nicht daran gehindert werden dürfen, wenigstens einen durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erzielen; regelmäßig kann nur bei einer durchschnittlichen Auslastung ein durchschnittlicher individueller Kostensatz erreicht werden. Die Rechtsprechung hat dies mehrfach bestätigt (vgl. BSG, Urt.

vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) und Urt. vom 28.4.1999 - [B 6 KA 63/98 R](#)). Eine entsprechende Regelung ist in den HVM der Beklagten erst mit Wirkung vom 1.7.1999 aufgenommen worden; hierdurch und insbesondere durch die verzögerte Aufnahme ist der Kläger jedoch nicht beschwert.

Nur mittelbar beschwert ist der Kläger durch die im Abschnitt II Nr. 2 und Abschnitt III Nr. 1 enthaltenen Regelungen, die eine Besserstellung von neuen bzw. nur kürzere Zeit geführten Arztpraxen gegenüber eingeführten Arztpraxen vorsehen. Der Kläger muss jedenfalls gegen sich gelten lassen, dass es sich hierbei um eine zulässige Differenzierung handelt; der Schutz von Praxen in der Aufbauphase ist allgemein anerkannt (vgl. BSG, Urt. vom 28.4.1999 - [B 6 KA 63/98](#)). Dem Kläger kann auch nicht gefolgt werden, soweit er die Herausnahmeregelungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM beanstandet. Die Beklagte hat sachliche Gründe dafür angeführt, Leistungen unterschiedlich zu bewerten, wenn diese durch Radiologen einerseits und Pathologen und Laborärzte bzw. im Verhältnis von niedergelassenen und ermächtigten Radiologen erbracht werden. Die Regelungen halten sich innerhalb der Grenzen des Einschätzungsspielraumes, der insbesondere in einer Erprobungsphase dem Normgeber einzuräumen ist. Derartige Bewertungen, halten sich diese in den Grenzen der Verhältnismäßigkeit und Vertretbarkeit, sind im gerichtlichen Verfahren nicht zu beanstanden; der Normgeber hatte insoweit einen Einschätzungs- und Beurteilungsspielraum.

Aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist in Übereinstimmung mit dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urteil vom 20.6.2001 - [S 5 KA 1/99](#)) ein Anspruch auf Gleichbehandlung mit anderen Arztgruppen in dem Sinne abzuleiten, dass ein Arzt aus einer vertragsärztlichen Tätigkeit, die mit vollem persönlichen Einsatz in einer voll ausgelasteten und in vollem Umfang betriebswirtschaftlich optimal geführten Praxis ausgeübt wird, die Chance haben muss, einen Praxisüberschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit in der Größenordnung zu erzielen, wie diesen die Praxen anderer vergleichbarer Arztgruppen durch entsprechende Tätigkeit durchschnittlich erreicht haben bzw. erreichen. Diese Rechtsprechung ist insbesondere im Zusammenhang mit der Honorierung von Psychotherapeuten entwickelt worden und betrifft wiederum die Arztgruppe und nicht den einzelnen Arzt (vgl. BSG, Urt. vom 26.1.2000 - [B 6 KA 4/99](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 35](#) sowie Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), ferner auch Urt. vom 20.1.1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#)). Diese Rechtsprechung orientiert sich maßgeblich an der Möglichkeit des Praxisüberschusses, d.h. am durchschnittlichen Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich des durchschnittlichen Praxiskostenaufwandes pro Jahr (vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)). Die Gewinnerzielungschancen können jedoch nicht genau an einer bestimmten Arztgruppe festgemacht und zudem müssen die entsprechenden Daten über einen längeren Zeitraum hin beobachtet und in die Prüfung einbezogen werden. Soweit auf die Gewinnerzielungschancen in Verbindung mit einer Kostenstrukturanalyse abgestellt wird, sind die den Normgebern des EBM und - unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten - des HVM verfügbaren Daten begrenzt. Dies erscheint nicht ungewöhnlich und gibt für sich genommen noch keinen Anlass, eine Regelung deshalb außer Kraft zu setzen (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)); diese Situation befreit jedoch die Normgeber nicht 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. Den Ergebnissen einer vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung durchgeführten Untersuchung, nämlich die Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998 vom Juli 2000, ist zu entnehmen, dass Radiologen und Nuklearmediziner in Deutschland-West in den Jahren 1995 bis 1997 Betriebsausgaben im Schnitt von 80,4 v.H. des Gesamtumsatzes hatten. Das Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit vor Steuern und ohne Ausgaben für Sicherungsmaßnahmen im Alter und gegen Krankheit sowie im Zusammenhang mit der Tilgung von Praxiskrediten betrug für alle Ärzte im Jahre 1998 danach 153.402 DM, für die Gruppe der Fachärzte insgesamt 162.474 DM, sowie speziell nur für die Radiologen 163.006 DM. 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 persönlichem Einsatz und optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung eine existenzfähige Praxis geführt werden konnte (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 7/98 R](#) - und vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)).

Die Umsetzung der EBM-Vorgaben in der ab 1. Juli 1997 geltenden HVM-Regelung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung, ist rechters. Der Normgeber des HVM hat insbesondere Interventionsmechanismen vorgesehen, die geeignet sind, Unzulänglichkeiten der Regelung auszugleichen, wie bereits ausgeführt worden ist. Dem steht nicht entgegen, dass der verfügbare Datenbestand (auch) für die Zeit bis zum 1. Juli 1997 wenig aussagekräftig ist; für die Zeit ab 1. Juli 1997 ist eine in wesentlichen Teilen neue HVM-Regelung erfolgt, für die die Grundsätze, die für eine Erprobungszeit anerkannt sind, gelten.

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

(Quartale III/97 bis II/98) zwingend von einer fehlerhaften Datenbasis der Honorarverteilungsregelungen auszugehen.

Etwas anders folgt auch nicht aus der schriftlichen Stellungnahme der Frau Kempny vom 2. November 1998. Soweit diesen Ausführungen Hinweise zur Kostenstruktur der Radiologen entnommen werden können, könnten diese u.U. geeignet sein, den Beigeladenen zu veranlassen, eine den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung genügende Kostenberechnung unter Einbeziehung der privatärztlichen Tätigkeit wie auch der privaten Lebensführung (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die Behauptung des Klägers einzubeziehen, EBM und HVM führten im Zusammenwirken dazu, dass keine leistungsproportionale Vergütung geleistet werde. Ein derzeit durchsetzbarer Anspruch folgt hieraus in Übereinstimmung mit der angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der erkennende Senat anschließt, nicht.

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. Der Rechtsnatur nach handelt es sich bei der EHV um eine Form der Honorarverteilung; insoweit unterscheidet sich die Regelung grundlegend von berufsständischen Versorgungswerken, wie diese für verschiedene selbständige Berufe eingerichtet worden sind. Für Versorgungswerke sind Beiträge aufzuwenden; die Bemessung dieser Beiträge sind in Relation zu möglichen Leistungen zu stellen. Davon unterscheidet sich die EHV grundlegend. Ein Teil der Gesamtvergütung fließt in die EHV und kommt damit unter den honorarberechtigten Ärzten gar nicht erst zur Verteilung. Im Ergebnis stünde auch dem Kläger - wie auch allen anderen Ärzten - ein höherer Betrag für die Verteilung zur Verfügung, wenn Aufwendungen zur EHV nicht abgezweigt würden. Entgegen der Auffassung des Klägers handelt es sich jedoch nicht um einen Abzug von Teilen des Honorars, sondern die Aufwendungen für die EHV werden von der Gesamtvergütung vor der Honorarberechnung nach dem HVM abgezogen und stehen gleichrangig neben den Honorarverteilungsregelungen des jeweiligen HVM. Deshalb kann nicht davon ausgegangen werden, den 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. Als bestehende und bereits eingerichtete Regelung wird die EHV durch [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB 5](#) bestätigt. Eine landesrechtliche Regelung ist rechtens, 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 (GVBl. S. 206) eingerichtet worden, worin eine ausreichende Rechtsgrundlage zu sehen ist (vgl. BSG, Urt. vom 20.7.1966 - 6 RkA 1/66 - SozR Nr. 1 zu Art. 4 § 1 - [NJW 1967, S. 315](#)). Diese Rechtsgrundlage wird auch im Schrifttum bestätigt (vgl. Hess in Kassler Kommentar, [§ 85 SGB 5](#), RdNr. 72). Die Abführung eines Gesamtbetrags an die EHV stellt damit eine besondere Form der Honorarverteilung dar, weshalb die Anforderungen, die an die Honorarverteilung schlechthin gestellt werden, auch für die Abführung der Aufwendungen hierfür gelten. Deshalb ist das Sozialgericht Frankfurt am Main (Entscheidung vom 20.6.2001 - [S 5 KA 1/99](#)) zu Recht der Auffassung, dass für den Bereich der EHV keine strengeren Anforderungen verlangt werden dürfen. Dies rechtfertigt, § 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 als ausreichende Rechtsgrundlage anzusehen. Nicht zu beanstanden ist auch, dass die Umsetzung dieser Regelung der Selbstverwaltung überlassen wurde; die Umsetzung hat der erkennende Senat im Zusammenhang mit der Anwendung der Grundsätze der EHV auch für rechtens erkannt (vgl. Hess. LSG, Urteil vom 18.10.2000 - [L 7 KA 277/00](#)). Die Einwände des Klägers bezüglich der Normenklarheit wie auch des Parlaments- und Gesetzesvorbehalts sind deshalb auch mit den Gründen zurückzuweisen, wie diese bereits zum HVM - und vergleichbar zu EBM - angeführt worden sind. Auch für den EHV kann die Beklagte den hier eingeräumten Gestaltungsspielraum in Anspruch nehmen. Deshalb war die Beklagte auch nicht gezwungen, teilweise oder vollständig Möglichkeiten zur Befreiung von der EHV vorzusehen oder eine Sonderregelung für bestimmte Arztgruppen, etwa radiologische Praxen, zu treffen. Der Gestaltungsspielraum umfasst nicht nur die Frage der Abführung von Geldbeträgen, sondern auch den Leistungsbereich, da die Einrichtung des EHV nicht den engen Grenzen eines Versorgungswerkes unterliegt; deshalb war es der Beklagten gestattet, in dem vorgesehenen Umfang eine Umverteilungskomponente vorzusehen. Dem EHV ist auch nicht mit versicherungsmathematischen Überlegungen mit Erfolg zu begegnen, da das Regelwerk nicht den zwingenden Grundsätzen von Leistung und Gegenleistung unterworfen ist; es konnte deshalb dahinstehen, inwieweit die Beanstandungen des Klägers insoweit durchgreifen, weshalb auch der angebotene Beweis nicht zu erheben war.

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 Feststellungsklage war deshalb abzuweisen.

Schließlich sind auch die Einwände des Klägers gegen den Abzug von Verwaltungskosten nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zu rechtfertigen. Die Beklagte ist berechtigt, entsprechende Abzüge vorzunehmen, [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB 5](#). 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 5](#) hierzu eine dies bestätigende Regelung enthält.

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 Buchstabe g der Satzung in der für den streitbefangenen Zeitraum maßgeblichen Fassung). Da die Beklagte auch zur Einrichtung von Bezirksstellen befugt war, war sie berechtigt, zugleich auch für diese anteilige Verwaltungskosten vorzusehen; dies schließt zugleich die Befugnis ein, entsprechend den jeweiligen Aufwendungen für die Bezirksstellen unterschiedliche Verwaltungskostenumlagen anzusetzen. Dabei hatte die Beklagte alle weiteren von Gesetzes wegen vorgeschriebenen Aufwendungen einzubeziehen, etwa auch die an Dritte abzuführenden Beträge - z.B. an die KBV -. Dem Kläger steht im Rahmen der Honorarüberprüfung kein rechtlich fundierter Überprüfungsanspruch dahingehend zu, inwieweit die Verwaltungskostenbeiträge durch die Beklagte sparsam und wirtschaftlich verwendet wurden bzw. werden und die Verwaltung ordnungsgemäß geführt wird. Die Beklagte unterliegt zwar im Rahmen des [§ 81 Abs. 1 und Abs. 3 Nr. 6 SGB 5](#) 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, die der Kläger beanstandet. Dies gilt auch für weitere Fragen im Zusammenhang mit dem

Verwaltungsgebaren der Beklagten, das von dem Kläger gerügt wird.

Einer Überprüfung im Rahmen der Honorarstreitigkeit unterliegt auch nicht die Bildung von Rückstellungen, zu denen die Beklagte im Übrigen nach [§ 78 Abs. 3 Satz 3 SGB 5](#) i.V.m. § 82 SGB 4 verpflichtet ist. Dies gilt ebenso für den Umfang der Rückstellungen und die damit angestrebten Zielsetzungen; so kann nicht mit Erfolg die Verwendung der Rückstellungen, etwa für ausgewiesene Härtefälle oder Sicherstellungsmaßnahmen, gerügt werden. Die Beklagte unterliegt der Aufsicht des Hessischen Sozialministeriums (vgl. §§ 1 Abs. 1, 9 Abs. 1 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 in Verbindung mit §§ 105 Abs. 1, 106 Abs. 1 Satz 2, 62 Landeshaushaltsordnung - LHO). Die Bildung von Rücklagen führt zwangsläufig zur Minderung des Betrages, der für die Honorarverteilung an die Vertragsärzte zur Verfügung steht, was gleichfalls von dem Kläger jedenfalls im Rahmen des Honorarstreitverfahrens nicht zur Überprüfung aus eigenem Recht gestellt werden kann. Auf die Höhe der unter Beweis gestellten Härtefallzahlungen konnte es daher nicht ankommen.

Schließlich ist zusammenfassend noch darauf hinzuweisen, dass keiner der von dem Kläger gestellten Beweisanträge nach der vom erkennenden Senat vertretenen Rechtsauffassung entscheidungserheblich ist, weshalb es auch keiner entsprechenden weiteren Ermittlungen durch das Gericht bedurfte.

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

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