

L 7 KA 707/00

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 27 KA 3874/98

Datum
25.04.2000
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 707/00

Datum
26.02.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 28/03 R
Datum
09.12.2004

Kategorie
Urteil

I Die Berufung der Kläger gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 25. April 2000 wird zurückgewiesen.

II Die Kläger haben die außergerichtlichen Kosten der Beklagten des Berufungsverfahrens zu erstatten.
Im Übrigen haben die Beteiligten einander im Berufungsverfahren 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 und II/98 und dabei insbesondere um die Frage der Teilquotierung nach Leitzahl (LZ) 702 des Honorarverteilungsmaßstabes der Beklagten (HVM).

Die Kläger sind in Gemeinschaftspraxis als Radiologen - der Kläger zu 2) auch als Nuklearmediziner - in Kassel niedergelassen und zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie betrieben in der streitbefangenen Zeit im Roten Kreuz Krankenhaus in Kassel eine Zweigpraxis mit Computertomographie. In Hessen gab es im Quartal III/97 insgesamt 87, im Quartal II/98 insgesamt 86 radiologische Praxen.

Die Praxis der Kläger wies folgende statistische Werte auf; die Kläger stellten 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)

I/95 3.928 136,26 DM (179,58) 533.639,00 DM
II/95 3.296 147,29 DM (183,38) 484.778,00 DM
III/95 3.130 150,03 DM (187,70) 469.845,50 DM
IV/95 3.408 154,85 DM (187,38) 527.541,00 DM
I/96 3.920 169,70 DM (192,32) 664.169,92 DM
II/96 3.614 183,76 DM (198,43) 664.224,02 DM
III/96 3.582 193,07 DM (205,85) 692.375,74 DM
IV/96 3.536 196,44 DM (203,87) 692.935,44 DM
III/97 3.171 211,65 DM (216,81) 670.685,55 DM
II/98 2.954 220,56 DM (218,23) 650.139,56 DM

Mit am 30. April 1998 zur Post gegebenem Honorarbescheid vom 25. März 1998 teilte die Beklagte den Klägern für III/97 folgende Honorarbeträge mit:

Gesamthonorar DM 401.966,40
abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 1.205,96
Zwischensumme (ZwS) DM 400.760,44.
abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZwS 1,4275 % DM 5.720,75
abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZwS 0,55 % DM 2.204,10

abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZwS 0,16 % DM 641,22
abzüglich Verw.Kosten KBV von ZwS 0,1125 % DM 450,82
Nettohonorar DM 391.743,55

Mit Anlage vom 24. März 1998 teilte die Beklagte den Klägern einen Gesamtüberblick mit über die tatsächliche, sich aus den Einzelmaßnahmen ergebende, Belastung nach anteiliger Anrechnung:

PK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/2 HVM: 55.662,27 DM
PK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM Plus: 12.210,78 DM EK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/2 HVM: 46.729,29 DM
EK Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM Plus: 10.252,13 DM

Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 79.929,69 DM

Mit Anlage vom 17. April 1998 teilte die Beklagte den Klägern u.a. mit, dass die computertomographischen Leistungen budgetiert seien, und zwar nach Nr. 5210 EBM (Schädel) mit 25 Scans und Nr. 5211 EBM (Körper) mit 36 Scans. Dies ergebe folgende Bewertung der abgerechneten Honoraranforderungen:

Zahl der Abrechnungsfälle mit CT-Untersuchungen nach Nr. 5210 138
multipliziert mit Budgetvorgabe von je 25 Scans 3.450 Scans
Zahl der Abrechnungsfälle mit CT-Untersuchungen nach Nr. 5211 486
multipliziert mit Budgetvorgabe von je 36 Scans 17.496 Scans
anererkennungsfähige budgetrelevante Scanzahl (gesamt) 20.946 Scans
zu bewerten mit 80 Punkten /je Scan: gesamt 1.675.680 Punkte

abgerechnete Scanzahl nach Nr. 5210 3.727
abgerechnete Scanzahl nach Nr. 5211 18.772
gesamt 22.499 Scans
bzw. bei Bewertung mit 80 Punkten je Scan 1.799.920 Punkte

durchschnittliche Bewertung je Scan (bezogen auf 80 Punkte) 93,0975% bzw. 17.999,2 Punkte

Mit weiterer Anlage vom 17. April 1998 teilte die Beklagte mit, dass die Laborbudgetregelung auf die Abrechnung keine Auswirkung habe.

Mit Anlage vom 24. April 1998 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 3.068 bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe von 4.185 mit einem Bewertungsfaktor für die Kläger von 103,64 % bei einem angeforderten Fallwert von 201,14 entsprechend einem erhöhten Fallwert von DM 208,46. In einer weiteren Anlage vom 24. April 1998 (Budgetierung/Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt II HVM) stellte die Beklagte das arithmetische Mittel aus den Teilfallwerten der Praxis der Kläger der Quartale III/95 (DM 129,52) und III/96 (DM 171,35) mit DM 150,44 fest zuzüglich 10 % des arithmetischen Mittels der Teilfallwerte der Vergleichsgruppe (DM 18,83) entsprechend einem budgetrelevanten Teilfallwert in Höhe von DM 169,27 bzw. 83,98% des angeforderten Teilfallwertes.

Gegen die Gesamtabrechnung haben die Kläger am 19. Mai 1998 Widerspruch eingelegt und u.a. damit begründet, die Einnahmen aus der Kassenpraxis würden noch nicht einmal die darauf entfallenden Kosten decken und es verbleibe kein sog. Arztlohn. Damit werde ihr Anspruch auf eine angemessene Vergütung verletzt.

Mit Bescheid vom 22. Oktober 1998 (der im vorliegenden Verfahren nicht streitbefangen ist) hat die Beklagte eine von den Klägern beantragte Härtefallregelung nach LZ 803 HVM abgelehnt, da die real eingetretene Fallwertminderung nur 2,69 % betrage und von den Klägern zu tragen sei.

Am 28. Oktober 1998 haben die Kläger Untätigkeitsklage erhoben, da der Widerspruch bisher ohne Grund nicht beschieden worden sei.

Ausweislich einer handschriftlichen Änderung des Bescheides vom 24. April 1998 (Budgetierung/Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt II) erfolgte im Oktober 1998 eine Nachberechnung wegen eines anders bewerteten Leistungsspektrums, das zu einem geringeren Teilfallwert und im Ergebnis zu einem anererkennungsfähigen Teilfallwert von 99,28 % (statt 83,98 %), einer verbleibenden Teilquotierung neu von DM 2.526,49 (PK) bzw. 2.121,05 (EK) und Ende November 1998 zu einer Nachzahlung in Höhe von DM 64.112,23 führte. Die den Klägern bekanntgegebene Nachberechnung datiert vom 4. Dezember 1998.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 1998 wies die Beklagte den Widerspruch der Kläger zurück.

Mit Schreiben vom 22. Dezember 1998 haben die Kläger nunmehr die Untätigkeitsklage in eine Anfechtungsklage mit dem Ziel der Neubescheidung geändert.

Mit am 23. November 1998 zur Post gegebenem Honorarbescheid vom 28. Oktober 1998 teilte die Beklagte den Klägern für II/98 folgende Honorarbeträge mit:

Gesamthonorar DM 373.131,58
abzüglich Sicherstellung 0,3 % DM 1.119,63
Zwischensumme (ZwS) DM 372.011,95
abzüglich Verw.Kosten Bez.Stelle von ZwS 1,4275 % DM 5.310,31
abzüglich Verw.Kosten Landesstelle von ZwS 0,55 % DM 2.046,03
abzüglich Verw.Kosten Rechenzentrum von ZwS 0,16 % DM 595,23
abzüglich Verw.Kosten KBV von ZwS 0,1125 % DM 418,52

Nettohonorar DM 363.641,86

Mit Anlage vom 29. Oktober 1998 teilte die Beklagte den Klägern einen Gesamtüberblick mit über die tatsächliche, sich aus den Einzelmaßnahmen ergebende Belastung nach anteiliger Anrechnung:

PK Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM: 90.134,21 DM

PK fallzahlabh. Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Plus: 27.267,50 DM

EK Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM 75.462,94 DM

EK fallzahlabh. Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM Plus: 22.830,58 DM

Summe aus den durchgeführten Maßnahmen: 115.499,07 DM

Mit Anlage vom 28. Oktober 1998 teilte die Beklagte den Klägern u.a. mit, dass die computertomographischen Leistungen budgetiert seien, und zwar nach Nr. 5210 EBM (Schädel) mit 25 Scans und Nr. 5211 EBM (Körper) mit 36 Scans. Dies ergebe folgende Bewertung der abgerechneten Honoraranforderungen:

Zahl der Abrechnungsfälle mit CT-Untersuchungen nach Nr. 5210 150 multipliziert mit Budgetvorgabe von je 25 Scans = 3.750 Scans

Zahl der Abrechnungsfälle mit CT-Untersuchungen nach Nr. 5211 421 multipliziert mit Budgetvorgabe von je 36 Scans = 15.156 Scans

anererkennungsfähige budgetrelevante Scanzahl (gesamt) = 18.896 Scans

zu bewerten mit 80 Punkten /je Scan: gesamt 1.511.680 Punkte

abgerechnete Scanzahl nach Nr. 5210 3.808

abgerechnete Scanzahl nach Nr. 5211 15.285

gesamt 19.093 Scans

bei Bewertung mit 80 Punkten je Scan 1.527.440 Punkte

durchschnittliche Bewertung je Scan (bezogen auf 80 Punkte) 98,9682 %

bzw. 79,2 Punkte

Mit weiterer Anlage vom 28. Oktober 1998 teilte die Beklagte mit, dass die Laborbudgetregelung auf die Abrechnung keine Auswirkung habe.

Mit Anlage vom 16. November 1998 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 2.853 bei einer durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe von 5.226 (II/95) mit einem Bewertungsfaktor für die Kläger von 108,31 % bei einem angeforderten Fallwert von DM 211,32 entsprechend einem erhöhten Fallwert von DM 228,89. In einer weiteren Anlage vom 16. November 1998 (Budgetierung/Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt II HVM) stellte die Beklagte das arithmetische Mittel aus den Teilfallwerten der Praxis der Kläger der Quartale II/95 (DM 126,97) und II/96 (DM 166,18) mit DM 146,58 fest zuzüglich 10 % des arithmetischen Mittels der Teilfallwerte der Vergleichsgruppe (DM 18,34) entsprechend einem budgetrelevanten Teilfallwert in Höhe von DM 164,92 bzw. 74,63 % des angeforderten Teilfallwertes.

Gegen die Gesamtabrechnung haben die Kläger am 21. Dezember 1998 Widerspruch eingelegt und u.a. damit begründet, die Einnahmen aus der Kassenpraxis würden noch nicht einmal die darauf entfallenden Kosten in Höhe von DM 449.703,- decken und es verbleibe kein sog. Arztlohn. Hinsichtlich der 9,04 % Privatpatienten sei ein entsprechender Kostenanteil abzusetzen. Die Kläger haben eine Stellungnahme zum HVM 3/97 von G. Kempny vom 2. November 1998 vorgelegt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 1999 wies die Beklagte den Widerspruch der Kläger zurück.

Mit am 29. Oktober 1999 bei dem Sozialgericht zugewandtem Schreiben haben die Kläger die anhängige Klage erweitert auf den Widerspruchsbescheid vom 20. Oktober 1999. Sie haben im Wesentlichen vorgetragen, sie hätten in den streitbefangenen Quartalen eine voll ausgelastete, sparsame und wirtschaftliche Praxis geführt unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten. Trotzdem hätten sie nicht nur keinerlei "Arztlohn" erhalten, sondern ausweislich der vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnung im Quartal III/97 einen Verlust von DM 42.368,00 gehabt. Sie begehrten 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. Die Honorarbescheide seien nichtig, hilfsweise rechtswidrig, da sie unbestimmt und unverständlich seien 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 Budgetierung der Radiologen im HVM sei rechtswidrig. Sie widerspreche der Regelung im EBM und sei sachwidrig, da Radiologen ausschließlich auf Überweisung arbeiteten. 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 Gerichtsbescheid vom 25. April 2000 hat das Sozialgericht Frankfurt am Main die Klage abgewiesen und die Beklagte verurteilt, 2/5 der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Kläger zu tragen. In der Begründung hat es ausgeführt, die Honorarbescheide ließen mit ihren Anlagen die wesentliche Begründung und entscheidenden Berechnungsfaktoren erkennen. Die Anzahl- und Summenstatistik gebe alle von den Ärzten abgerechneten Leistungspositionen wieder (angefordertes Honorarvolumen), die dann in die folgenden Rechenschritte eingingen. Die Rechenoperationen seien jedenfalls unter Beiziehung der Satzung als Rechtsgrundlage nachvollziehbar. Ein Verstoß gegen die Anhörungspflicht sei nicht feststellbar, da die Anhörung spätestens im Widerspruchsverfahren nachgeholt worden sei. Die Honorarbescheide seien inhaltlich hinreichend bestimmt, da eindeutig die Höhe des Brutto- und Nettohonorars bestimmt sei. Soweit der HVM im vorliegenden Fall zur Anwendung komme, sei er rechtmäßig. Die Bildung fester fachgruppenbezogener Honorarkontingente sei zulässig und von der Rechtsprechung gebilligt worden. Die Festschreibung auf ein bestimmtes Basisjahr verhindere, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in einer anderen Fachgruppe hätten. Der HVM sei formell rechtmäßig. Insbesondere sei das Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen hergestellt ([§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB 5](#)). Der HVM sei auch materiell rechtmäßig. Der Gesetzgeber habe den Kassenärztlichen Vereinigungen eine weitgehende Gestaltungsfreiheit hinsichtlich einer sachgemäßen Verteilung der Gesamtvergütung eingeräumt. Die rückwirkende Änderung des HVM sei auch zulässig

gewesen, habe nicht in bereits abgewickelte Tatbestände eingegriffen und sich letztlich nicht auf das Behandlungsverhalten der Ärzte auswirken sollen. Auch der EBM sei nicht zu beanstanden. Den Gerichten sei es verwehrt, eine im EBM vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen Wertvorstellungen - auch bei Hinzuziehung betriebswirtschaftlicher Gutachten - hinsichtlich der Vergütung widerspreche. Nur, wenn zweifelsfrei feststehe, dass der Beigeladene seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenzen missbräuchlich ausgeübt habe, sei ein Eingriff möglich. Dies sei im vorliegenden Fall nicht gegeben. Insbesondere sei die Bewertung der CT-Leistungen nach den Nrn. 5210 und 5211 EBM nicht zu beanstanden. Die Aufteilung in verschiedene Honorargruppen, sowie die Aufteilung der Honorargruppe 4 in weitere Untergruppen, sei nicht zu beanstanden; ebenso nicht die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die einzelnen Honorargruppen nach Abschnitt II der Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM. Auch die Budgetierung/Teilquotierung nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM sei rechtmäßig. Sie diene (Abschnitt I) einem beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen innerhalb einer Fachgruppe und begrenze (Abschnitt II) praxisindividuelle Leistungsausweitungen, indem für einen Teilfallwert ein Vergleich mit früheren Quartalen stattfinde. Ein Verstoß gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit liege auch deshalb nicht vor, weil nach der klägerischen Behauptung keine angemessene Vergütung erzielt werde. Bei den Radiologen habe nach der durchschnittlichen Honorarentwicklung bis 1997 eine Mengenausweitung stattgefunden und die Überschüsse durchaus im Bereich der übrigen Gebietsärzte und über denen der Allgemein- und praktischen Ärzte gelegen. Durch die Stützung des Punktwertes der Radiologen (bereits bei einem Absinken um 10% des allgemeinen Punktwertes) sei deren relativer Fachgruppenanteil sogar erhöht worden. Der sinkende Punktwert treffe auch alle übrigen Ärzte. Maßgebender Gesichtspunkt der Verteilungsgerechtigkeit sei aber nur das Verhältnis einer Arztgruppe zu den übrigen Arztgruppen. Ein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung liege nicht vor. Eine Berufung des einzelnen Arztes auf das Gebot der angemessenen Vergütung sei nur möglich, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das kassenärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als Folge auch die berufliche Existenz der teilnehmenden Ärzte gefährdet wäre. Dies sei weder substantiiert dargetan, noch ersichtlich. Im vorgelegten Gutachten der Frau Kempny fehle der konkrete Nachweis, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne. Entscheidend sei jedoch, dass die steigende Mengenausweitung, die gerade zum Absinken des Punktwertes geführt habe, außer Betracht bleibe. Die Beklagte habe auch keine rechtswidrigen Abzüge von der Verteilungsmasse vorgenommen. Sowohl die Abzüge zur Deckung der Verwaltungskosten als auch zur EHV beruhten auf einer ausreichenden gesetzlichen Grundlage. Hinsichtlich evtl. rechtswidriger Aufwendungen für die Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Richter, beanstandeter Darlehensgewährungen oder Rückstellungen wegen erwarteter Regresse habe der einzelne Arzt kein subjektives Recht auf rechtmäßige oder sparsame Verwendung von Haushaltsmitteln. Eine Kontrolle obliege in erster Linie der Abgeordnetenversammlung als Haushaltsgesetzgeber.

Hiergegen haben die Kläger am 10. Mai 2000 Berufung eingelegt. Die Kläger tragen vor, die Honorar- und die Widerspruchsbescheide 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 Einwendungen der Kläger im Widerspruchsverfahren nicht zur Kenntnis genommen. Es sei davon auszugehen, dass die Widerspruchsbegründungen von der Geschäftsführung eigenmächtig verfasst und unautorisiert von einem Vorstandsmitglied unterzeichnet worden seien. Die Bescheide der Beklagten gewährten ihnen keine angemessene Vergütung, auf die sie einen Rechtsanspruch hätten. Vertragsärzte hätten aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. mit [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 2 Satz 1 und Abs. 4 SGB 5](#) 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. Das Sozialgericht Magdeburg habe mit Urteil vom 19.9.2001 ([S 7 KA 444/00](#)) ein subjektives Recht aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) auf ein Mindesteinkommen in Höhe des Gehaltes eines Oberarztes anerkannt; dies werde tendenziell auch von Axer in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, S. 184 sowie Daubenbüchel in SGB 2001, S. 689 ff. vertreten. In den streitbefangenen Quartalen hätten die Einnahmen der Kläger aus vertragsärztlicher Tätigkeit nach den vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen nicht einmal die darauf entfallenden Kosten gedeckt. Ab 1995 hätten die vertragsärztlichen Honorare in den alten Bundesländern nicht mehr die Kosten der radiologischen/nuklearmedizinischen Praxen gedeckt, geschweige denn irgend einen "Arztlohn" übrig gelassen, wie durch neuere Erkenntnisse der KBV bestätigt werde (unter Hinweis auf Hamm in "Der Radiologe" 2002, Heft 4, S. 63 ff.). Die Beklagte habe mit Rundschreiben vom 25. Juni 1998 selbst zum Ausdruck gebracht, dass der ausgezahlte Punktwert trotz Stützung so niedrig sei, dass die wirtschaftliche Existenz vieler Praxen bedroht sei.

Bei ihnen seien Defizite von DM 42.367,45 (III/97) bzw. von DM 42.368, 00 (II/98) eingetreten. Die Offenlegung der wirtschaftlichen Entwicklung der Praxis beschränke sich auf die Vertragsarztpraxis. Denn anderweitige Einkünfte, sei es aus privatärztlicher oder sonst aus freiberuflicher Tätigkeit, müssten bei der Prüfung außer Betracht bleiben, ob die gewährte vertragsärztliche Vergütung angemessen gewesen sei. Das den angefochtenen Honorarbescheiden zugrunde liegende Regelwerk berücksichtige bereits bei der Höhe der Vergütung, dass der Durchschnitt aller Vertragsärzte durch eine neben der Kassenpraxis ausgeübte, im einzelnen praktisch nicht erfassbare privatärztliche Tätigkeit belastet gewesen sei. Auch seien die Gemeinkosten der Praxis nicht im Verhältnis der Umsätze zwischen privatärztlicher und vertragsärztlicher Praxis sondern fallproportional zu verteilen.

Abweichend von der höchstrichterlichen Rechtsprechung sei die Funktionsfähigkeit des bestehenden Krankenversicherungssystems gegenüber den Vergütungsgrundrechten der Kläger von Verfassungs wegen nicht schutzwürdig. Der Auffassung des BSG, der Anspruch der Vertragsärzte auf eine angemessene Vergütung müsse hintangestellt werden, könne ebenfalls durch den einfachen Gesetzgeber nicht nachvollziehbar entschieden werden. Der vertragsärztliche Vergütungsanspruch könne nicht unter dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität eingeschränkt werden. Das Grundgesetz schütze kein bestimmtes System der gesetzlichen Krankenversicherung, wie dies für den Bereich der Rentenversicherung ([BVerfGE 100, S. 1](#), 39) und den Bereich der Pflegeversicherung ([BVerfGE 33, S. 70](#)) ausdrücklich festgestellt worden sei. Verfassungsrechtlich garantiert sei ein "Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen" oder

"ein wirtschaftlich gesundes Krankenhauswesen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Krankenversorgung". Allein in diesem Sinne sei die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts von der Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als hohes Gemeinschaftsgut zu verstehen. Der Ansicht des Bundessozialgerichts, der Gemeinwohlbelang, der gegen das Grundrecht auf angemessene Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit abzuwägen sei, sei dem Schutz des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversorgung vorrangig, könne nicht gefolgt werden.

Die Honorarbescheide seien rechtswidrig, weil diese rechtswidrige Abzüge enthielten. Es liege ein Verstoß gegen [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB 5](#) vor. Vertragsärzte hätten ein subjektives Recht dahingehend, dass die Beklagte die Gesamtvergütung ungeschmälert unter ihnen verteile. Unzulässig sei deshalb der Abzug zur Erweiterten Honorarverteilung, der Abzug von Verwaltungskosten und die Abzweigung eines "Härtefalltopfs".

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.

Die Honorarbescheide ließen an keiner Stelle erkennen, dass und in welcher Höhe Abzüge zur EHV getätigt würden; vielmehr werde die Endsumme einfach entsprechend vermindert. Lediglich in den als Mitteilung übersandten Punktwerttabellen stehe, dass das Honorar zu 95 v.H. an EHV-berechtigte Ärztinnen und Ärzte ausbezahlt werde. Die Honorarbescheide entbehrten insoweit jeglicher Begründung, vgl. [§ 35 Abs. 1 SGB 10](#). Die "Grundsätze der EHV" seien nichtig, jedenfalls rechtswidrig. Die "Grundsätze" entbehrten der Satzungsform; derartige Eingriffe seien unterhalb der Satzungsebene unzulässig; § 25 der Satzung der Beklagten reiche als Rechtsgrundlage nicht aus. Der Umstand, dass die Beklagte eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sei ([§ 77 Abs. 5 SGB 5](#)), reiche als Ermächtigungsgrundlage für den Erlass der Grundsätze der EHV nicht aus; die Entscheidung des BVerfG vom 28.6.2000 ([1 BvR 1136/96](#) - [NZA 2000, S. 996](#)) stehe dem nicht entgegen. Als Rechtsgrundlage reiche auch § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (GVBl. S. 206) nicht aus; der Landesgesetzgeber gestatte eine Satzungsregelung, an der es jedoch fehle. Der Landesgesetzgeber hätte jedenfalls die wesentlichen Grundentscheidungen selbst festlegen müssen (vgl. HessVGh, Urteil vom 16.3.1993 - [11 UE 895/91](#) und vom 14.5.1996 - [11 UE 1057/92](#) - [AnwBl 1997, S. 117](#)). Die EHV-Regelung könne insbesondere nicht auf [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB 5](#) gestützt werden, denn es handle sich nicht um eine "Honorarverteilung" unter Vertragsärzten. Das Rechtsstaatsprinzip ([Art. 28 Abs. 1 GG](#)) gebiete zudem, dass Rechtsvorschriften hinreichend klar gefasst sein müssten, um die Eingriffssituation erkennbar zu machen; die Regelung verstoße deshalb auch gegen das Verständlichkeitsgebot. Die Beklagte habe selbst eingeräumt, dass die Regelungen der EHV schwer verständlich seien (unter Hinweis auf die Vertreterversammlung vom 22.12.1999). Dem erkennenden Senat könne nicht gefolgt werden, wenn dieser mit Urteil vom 18.10.2000 ([L 7 KA 277/00](#)) zu der Feststellung gelangt sei, es handle sich um ein "vom Umfang her kleines und für die Betroffenen und Mitglieder der Beklagten leicht zu überschauendes Satzungswerk". Schließlich verstießen die "Grundsätze" auch gegen das Übermaßverbot; auch nach Erreichen des Höchstsatzes seien weiter volle Beiträge zu entrichten, was bedeute, dass der Vertragsarzt um so mehr in die EHV einzahle, je höher sein Umsatz und je länger er als Vertragsarzt tätig sei. Ferner stünden Versorgungsbeiträge und später zu gewährende Versorgungsbezüge nicht in einem auch nur annähernd vertretbaren Verhältnis. Die Veröffentlichung der Regelungen zur EHV sei rechtswidrig erfolgt. Die in § 28 der Hauptsatzung vorgesehene "alternative" Veröffentlichungsregelung, die mehrere Veröffentlichungswege möglich mache, sei unzulässig.

Rechtswidrig sei auch der Abzug von Verwaltungskosten; für diese fehle es an einer Rechtsgrundlage. Zwar ermächtige [§ 81 Abs. 1 Nr. 4](#) und 5 SGB 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. Es fehle für die von der Vertreterversammlung festgesetzten Verwaltungsbeiträge die nach § 108 Satz 2 LHO zwingend vorgeschriebene Genehmigung des Ministers der Finanzen. Darüber hinaus sei zweifelhaft, ob die Genehmigung des Sozialministeriums nach § 108 Abs. 1 Satz 1 LHO erteilt worden sei.

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.

Die Honorarbescheide der Beklagten beruhten ferner auf fehlerhaften Rechtsquellen. Der den Honorarbescheiden 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 Nachtrags-HVM vom 19. November 1997 sei rechtswidrig gewesen. Mit dieser Vorschrift habe von der Möglichkeit des [§ 5 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 auch der EBM keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage habe, gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoße und der Normgeber des EBM rechtsstaatlich-demokratisch nicht legitimiert sei.

Einwände hinsichtlich der Legitimation bestünden auch gegen die Krankenkassen. Die Selbstverwaltung der Krankenkassen folge weitgehend aus "Friedenswahlen", mit der Folge, dass die Zusammensetzung weitgehend vorab festgelegt sei. Die Ersatzkassen könnten ohnedies kein Recht wirksam setzen.

Der EBM sei rechtswidrig. Er verstoße gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt und beruhe nicht auf einer hinlänglichen gesetzlichen Ermächtigung. 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.

Die Normgeber des EBM seien nicht rechtsstaatlich-demokratisch legitimiert. Maßgeblich beruhe dies darauf, dass die Normgeber des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) nicht verfassungskonform beschaffen seien, sowohl hinsichtlich der Kassenärztlichen Bundesvereinigung als auch hinsichtlich der Spitzenverbände der Krankenkassen. Der Beigeladene sei deshalb rechtsstaatswidrig, da dieser weder demokratisch legitimiert sei noch in einem rechtmäßigen Verfahren tätig werde.

Der EBM verstoße insbesondere gegen das Gebot der Normenklarheit, was im Übrigen auch für den HVM gelte. Das Gebot der Normenklarheit werde durch den EBM dadurch verletzt, dass die gesamten Vorschriften zur Budgetierung für verständige und aufgeschlossene Vertragsärzte unverständlich seien. Dies führe zur Nichtigkeit des EBM mit der Folge, dass dieser auch nicht als Rechtsgrundlage für die Budgetierung dienen können. Das wiederum habe Auswirkungen auf die Kläger, wenn diese nicht zu den budgetierten Arztgruppen gehörten, was das Sozialgericht verkannt habe.

Die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM, der nicht sach-, system- und verteilungsgerecht sei; dieser leide unter erheblichen Ermittlungsfehlern des Bewertungsausschusses. Um das "wertmäßige, in Punkten ausgedrückte Verhältnis der abrechnungsfähigen Leistungen zueinander" festzulegen ([§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB 5](#)), müsse der Beigeladene den "Wert" aller im EBM aufgeführten vertragsärztlichen Leistungen rational ermitteln. Dieser "Wert", bestehe aus den für die jeweilige Leistung aufgewandten Kosten sowie aus einem anteiligen "Arztlohn". Wenn der Beigeladene diese Kosten nicht oder nicht für alle Arztgruppen oder nicht für alle Leistungen kenne, könne er die Proportionalität nicht herstellen, die das Gesetz zwingend verlange. Für die hier streitbefangenen Quartale habe der Beigeladene keinerlei fachwissenschaftlich valide Kostenermittlungen zugrundegelegt. Der Beigeladene trage selbst nicht vor, dass der Bewertungsausschuss für diese Leistungen irgendwelche betriebswirtschaftlichen Kalkulationen vorgenommen habe; im Ergebnis werde die Beanstandung der Klägerseite bestätigt. Es werde ausdrücklich bestritten, dass das Gutachten auf statistisch wissenschaftlich repräsentativen und damit verwertbaren Erhebungen der Kosten- und Zeitansätze beruht habe. Es lasse nicht erkennen, dass und wie die Kosten- und Zeitansätze erhoben worden seien.

Irrational seien die sachwidrigen Regelungen in Q 1 und R 1 betreffend Scanzahl bzw. Sequenzzahlbeschränkungen. Die Kläger kämen selbst im Durchschnitt - und nicht nur in Einzelfällen - mit den dort angegebenen Scans nicht aus, um den Versicherten diejenige Behandlung zukommen zu lassen, die notwendig sei, um ihre Krankheit zu erkennen.

Rechtswidrig sei auch die Definition des Begriffs "Behandlungsfall". Die Abrechnung nur eines Behandlungsfalles je Quartal i. S. von § 21 BMV-Ä sei sachwidrig und damit rechtswidrig. Die Regelung habe zur Folge, dass die betroffenen Radiologen - konkret auch die Kläger - einen Patienten mehrfach im Quartal behandeln müssten, und zwar das erste Mal gegen Vergütung und alle folgenden Male unentgeltlich.

Die Kläger tragen 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. Die Behinderung von Fallzahlsteigerungen im HVM seien zudem mit dem typischen Bild freiberuflicher Betätigung schwerlich vereinbar, worauf Clemens in MedR 2000, S. 19, zu Recht hinweise.

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 handle. 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 rechtswidrig extremen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte der einzelnen radiologischen 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 radiologischen 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 die Kläger, 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 vergütet seien. Im Übrigen werde dies auch durch eine parlamentarische Anfrage vor dem hessischen Landtag (unter Bezugnahme auf Drucksache 15/2716) belegt. Die steigende Mengenausweitung sei die wesentliche Ursache für das Absinken des Punktwertes. Die Mengenausweitung beruhe wesentlich auf der gestiegenen Fallzahl und diese sei bei einer nur auf Überweisung tätig werdenden Fachgruppe nicht beeinflussbar. Insoweit greife die Entscheidung des BSG (Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 80, S. 1](#)), wonach der Grund für die Mengenausweitung durchaus relevant sei. Führt die Aufträge der überweisenden Ärzte weitgehend bei nur auf Überweisung tätigen Arztgruppen zu einer Mengenausweitung, für die eine Mitverantwortung der Erbringer nicht zu erkennen sei, und komme es deshalb zu einem stärkeren Punktwertverfall als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen, treffe die Beklagte die Pflicht, die Honorarverteilung insoweit nachzubessern. In dieser Situation sei für die Kläger und ihre Fachgruppe eine massive Ungleichbehandlung gegenüber Vertragsärzten gegeben, die weniger kostenträchtigen Facharztgruppen angehörten. Der HVM leide weiter an dem Mangel, dass der Honorartopf für Radiologen unzutreffend bemessen sei. Ein (einziger) Honorartopf für Radiologen werde den differenzierten Formen von deren Tätigkeit nicht gerecht. Bei inhomogenen Arztgruppen bestehe eine Verpflichtung zur Differenzierung (vgl. BSG, Urteil vom 29.09.1999 - [B 6 KA 42/98 R](#) sowie Clemens in: MedR 2000, S. 20). Die Arztgruppe, der die Kläger angehörten, sei eine derartige inhomogene Arztgruppe mit der Folge, dass die Zusammenfassung aller Kollegen in der Honorargruppe 4.16 nicht sachgerecht sei. Bei der Honorargruppe 4.16 Anlage 2 zu LZ 702 HVM seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um konventionelle Praxen, nuklearmedizinische Praxen, konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, Praxen mit CT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen mit CT und MRT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen, die ausschließlich CT- und/oder MRT-Leistungen erbrächten sowie Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger), gegebenenfalls in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsdaten, handele.

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

Die Budgetierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 sei für Radiologen rechtswidrig. Die unter I bis III der Anlage 3 vorgesehenen Honorareinschränkungen seien sachwidrig. Die fallzahlabhängige Quotierung der Honoraranforderungen nach Abschnitt III verstoße zudem gegen [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Jede der drei Quotierungs- und Begrenzungsregelungen sei - für sich genommen - sachlich nicht nachvollziehbar. Ihr Zusammenwirken sei nicht so harmonisiert, dass daraus Kürzungen folgten, die in sich konsequent seien.

Die Referenzquartale III/95 und III/96 in Anlage II. 1 spiegelten nicht die Angemessenheit der Vergütung wieder. Die Bemessung der Fallzahlbereiche im Abschnitt I sei beliebig. Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Normgeber jeweils bis zu 50 v.H. einerseits, zu 50 v.H. bis 150 v.H. andererseits und schließlich, in dem Fallzahlbereich C, zu über 150 v.H. gelangt sei und welche die Kriterien für die Bereichsabgrenzungen seien. Anlage I 4 behandle Radiologen einerseits und Pathologen und Laborärzte andererseits ungleich, ohne dass es dafür einen Grund gebe. So weit das Sozialgericht in seinem Urteil einen sachlichen Grund annehme, sei dies nicht nachvollziehbar und werde beanstandet.

Die Kläger haben im Termin zur mündlichen Verhandlung die folgenden Beweisanträge gestellt:

Über die Behauptung, dass die Kläger in den streitbefangenen Quartalen eine sparsam und wirtschaftlich geführte, voll ausgelastete radiologische Vertragsarztpraxis geführt und die von der Beklagten gezahlten Honorare nicht einmal die Kosten gedeckt sondern Defizite bewirkt haben, solle Beweis erhoben werden: durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens. [GA Bl. 328]

Über die Behauptung, dass die von der Beklagten an alle in ihrem Bezirk tätigen Radiologen und Nuklearmediziner in den streitbefangenen Quartalen gewährte vertragsärztliche Vergütung weithin nicht einmal ausgereicht habe, um die Kosten jeder einzelnen, sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxis zu decken und generell kein oder nur ein geringer "Arztlohn" übrig geblieben sei, solle Beweis erhoben werden: durch amtliche Auskunft der Beklagten und Sachverständigengutachten. [GA Bl. 328]

Es solle Beweis darüber erhoben werden, dass die in den streitbefangenen Honorarbescheiden von der zu verteilenden Gesamtvergütung zu Lasten der Kläger getätigten Abzüge für die EHV grob überhöht, insbesondere versicherungsmathematisch irrational sind: durch Einholung eines versicherungsmathematischen Gutachtens. [GA Bl. 330]

Es solle Beweis erhoben werden mit dem Ziel festzustellen, dass es hinsichtlich der streitbefangenen Quartale keinen Beschluss der Vertreterversammlung darüber gibt, dass deren Mitglieder Verwaltungskosten in der in den Honorarbescheiden ausgewiesenen Höhe zu zahlen haben bzw. ein entsprechender Beschluss den Mitgliedern nicht bekannt gemacht worden ist: durch Vorlage der entsprechenden Verwaltungsakten der Beklagten. [GA Bl. 332]

Es solle Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass der Vorstand der Beklagten die Widerspruchsbegründungen vor seiner Beschlussfassung nicht zur Kenntnis genommen hat und die den Klägern übersandten Widerspruchsbegründungen nicht beschlossen, sondern diese von der Geschäftsführung eigenmächtig verfasst und unautorisiert von einem Vorstandsmitglied unterzeichnet wurden: durch

die Vorlage der vollständigen Akten des Widerspruchsverfahrens durch die Beklagte. [GA Bl. 338]

Es solle Beweis erhoben werden über die Behauptung, den vom Beigeladenen im EBM festgelegten, die Kläger betreffenden Punktzahlen hätten hinsichtlich der streitbefangenen Quartale keine Ermittlungen über den fachgruppentypischen Aufwand, den Schwierigkeitsgrad und die Kostenstrukturen zugrunde gelegen. Bei der Festlegung der Punktzahlen hätten Gesichtspunkte eine Rolle gespielt, die gesetzlich nicht vorgesehen sind: durch Beiziehung der Aufstellungsakten des Beigeladenen und dessen amtliche Auskunft. [GA Bl. 347]

Es solle Beweis darüber erhoben werden, welchen Teil der Gesamtvergütung die Beklagte in den streitbefangenen Quartalen nicht unter allen Vertragsärzten verteilt, sondern nach Maßgabe des Vorstandsbeschlusses vom 1. August 1998 für sog. "Härtefälle" abgezweigt hat: durch amtliche Auskunft der Beklagten. [GA Bl. 334]

Zu der Behauptung, die im Abschnitt Q 1 EBM als abrechnungsfähig angegebenen Scanzahlen reichten - auch unter Anlegung von durchschnittlichen Maßstäben - nicht aus, den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig sei, um unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen, solle Beweis erhoben werden: durch Einholung eines Sachverständigengutachtens. [GA Bl. 347]

Es solle Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass in den streitbefangenen Quartalen radiologische Leistungen extrem ungleich vergütet wurden je nachdem, ob es sich um einen Radiologen oder um einen Teilradiologen handelt: durch amtliche Auskunft der Beklagten. [GA Bl. 349]

Es solle Beweis erhoben werden über die Behauptung, dass es zwischen den einzelnen radiologisch-nuklearmedizinischen Praxen im Bereich der Beklagten in den streitbefangenen Quartalen extreme Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte gegeben hat: durch amtliche Auskunft der Beklagten. [GA Bl. 350]

Über die Behauptung, dass bei der Honorargruppe 4.16 Anlage 2 zu LZ 702 HVM die Betriebskosten extrem unterschiedlich seien, je nachdem, ob es sich 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) handele, solle Beweis erhoben werden durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens. [GA Bl. 355]

Es solle Beweis darüber erhoben werden, dass nach herrschender betriebswirtschaftlicher Meinung die Gemeinkosten in Vollkostenrechnungen zwischen Kassenpatienten und Nicht-Kassenpatienten fallproportional zu verteilen sind und nicht leistungsproportional: durch ein betriebswirtschaftliches Gutachten bei Prof. Dr. rer. pol. Dr. Wolfgang Männel, Betriebswirtschaftliches Institut der Universität Erlangen-Nürnberg. [GA Bl. 416]

Es solle Beweis über die Behauptung erhoben werden, dass die vorgelegte "Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998", die auf einer Umfrage mit einer Rücklaufquote von 11,1 % und einem Repräsentationsgrad von 1,42 % beruhe, statistikwissenschaftlich gänzlich unverwertbar sei: durch Sachverständigengutachten des Privatdozenten Dr. N. Christopeit, Institut für Ökonometrie und Operations Research, Ökonometrische Abteilung der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn. [GA Bl. 435]

Die Verwaltungsakten des Beigeladenen über das Zustandekommen der im gerichtlichen Schreiben vom 28. November 2000 aufgeführten EBM-Nrn. sollen beigezogen werden. [GA Bl. 487]

Es solle Beweis erhoben werden in Bezug auf das von der KBV vorgelegte Ergebnisprotokoll vom 29. Juni 1995 über die Behauptung, dass die Besprechungsteilnehmer außer Erkenntnissen und Erfahrungen aus eigener Praxis nicht über eigenes Wissen oder gar verbandliche Informationen verfügt haben: durch Vernehmung der damaligen Besprechungsteilnehmer als Zeugen. [GA Bl. 487]

Die Kläger haben vorgelegt: Wimmer "Unzulängliche vertragsärztliche Vergütung aus Gemeinwohlgründen" (NZS 1999, S. 480), Rundschreiben des 2. Vorsitzenden der Beklagten vom 25. Juni 1998 über die Einführung einer neuen Individualbudgetierung für die nicht in die EBM-Budgetierung einbezogenen Arztgruppen, 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, S. (2. Vorsitzender der Beklagten) "Arzteinkommen in Hessen 1991 und 1998" (Hessisches Ärzteblatt 2000, S. 227) die Anzahl- und Summenstatistiken ihrer Praxis für die Quartale I/97 bis I/98, Gewinnermittlungen ihrer Praxis (beschränkt auf den vertragsärztlichen Teil) für die Jahre 1995 bis 1999, Schreiben der KBV vom 26. Februar 1997 über CT- und MRT-Regelung für radiologische Gemeinschaftspraxen mit Versorgungsschwerpunkt in der Tumordiagnostik und Nachsorge, Antwortschreiben der Beklagten vom 5. Juli 2000 hinsichtlich der im Artikel "Arzteinkommen in Hessen 1991 und 1998" ausgewiesenen Praxisüberschüssen bei Radiologen, Sch. "Die Viertagewoche für Praxen wäre keine Lösung" (FAZ vom 21. September 2000), B., "Freie Bahn für die EBM-Reform" (Hessisches Ärzteblatt 2000, S. 354), Spies, Gerlich, "Glanz und Elend der Honorarverteilung" (Hessisches Ärzteblatt 2000, S. 269), Kurzzusammenfassung der Ergebnisse der Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998, Beschluss des BVerfG vom 22. März 2000 ([NZA 2000, S. 996](#)), S. "Ärzte und KV sind keine Büttel in einem maroden Gesundheitssystem" (Hessisches Ärzteblatt 2000, S. 506), zwei Antwortschreiben der KBV vom 28. September 2000 und vom 22. Dezember 2000 mit dem Hinweis auf die Unmöglichkeit der Vorlage von schriftlichen Unterlagen hinsichtlich des Zustandekommens der Bewertungen im EBM.

Die Kläger beantragen,
den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 25. April 2000 sowie den Honorarbescheid vom 25. März 1998 für das Quartal III/97 in der Gestalt der Nachberechnung vom 4. Dezember 1998 und des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 und den Honorarbescheid vom 28. Oktober 1998 für das Quartal II/98 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 1999 aufzuheben bzw. zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, die vertragsärztliche Vergütung der Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts hinsichtlich der Honoraranforderungen für die Quartale III/97 und II/98 erneut zu bescheiden, hilfsweise,
festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an die Kläger in den Quartalen III/97 sowie II/98 5 v.H. für Zwecke der EHV einzubehalten.

Die Beklagte und der Beigeladene beantragen,
die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, hinsichtlich der vom Senat abgefragten Entwicklung von Praxiskosten und Gewinn der in Hessen niedergelassenen Radiologen lägen der Beklagten keine Erkenntnisse vor. Hinsichtlich der abgefragten Honorarumsätze der hessischen Radiologen ergäben sich folgende Gesamt- und Durchschnittswerte (ohne Härtefallzahlungen):

1. Halbj. 1992 1. Halbj. 1994 1. Halbj. 1996 1. Halbj. 1998
Ärztzahl 154 181 183 191
Gesamtfallzahl 451.504 476.437 506.609 540.293
Fälle je Arzt 2.932 2.633 2.769 2.829
Gesamthonorar 75,7 Mio 74,8 Mio 68,2 Mio 79,5 Mio
Honorar je Arzt 492.846,00 DM 413.088,00 DM 373.925,00 DM 416.230,00 DM
Honorar je Fall 167,56 DM 156,93 DM 134,70 DM 147,15 DM
Das durchschnittliche Jahreshonorar habe je Arzt in DM betragen:
1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997
931.013,- 929.289,- 794.351,- 829.752,- 817.740,- 760.738,- 799.805,-

Die Beklagte hat ferner ausführlich den Ist-Stand hinsichtlich der Radiologen für das Quartal 4/98 angegeben, auch aufgegliedert nach den unterschiedlichen Praxen der konventionellen Radiologie, der Praxen mit CT, der Praxen mit CT und MRT und der Praxen mit Nuklearmedizin. Auf den Schriftsatz vom 13. Dezember 2000 wird insoweit ergänzend Bezug genommen.

Der Beigeladene bezieht sich auf die Ausführungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 3. Dezember 2001. Darin hat die KBV auf Anfrage des Senats hinsichtlich der EBM Nrn. 4, 5210, 5211 und 5222 Berechnungs- bzw. Kalkulationsmodelle sowie ein Gesprächsprotokoll mit dem Berufsverband der Deutschen Radiologen und Nuklearmediziner und dem DIR vorgelegt. Hinsichtlich der EBM Nrn. 5092 und 5435 lägen keine schriftlichen Kalkulationsgrundlagen vor. Aus der Kostenstrukturanalyse 1998 (steuerliche Überschussrechnung für Radiologen - alte Bundesländer) des Zentralinstitutes der Kassenärztlichen Versorgung ergebe sich ein durchschnittlicher Anteil aus sonstigen Einnahmen (ohne vertragsärztliche Einnahmen) in Höhe von 23,6%.

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

Der Senat hat folgende Veröffentlichung beigezogen und zur Diskussion gestellt: Clade, "Budgetierung drückt auf den Jahresüberschuss" (Deutsches Ärzteblatt 2000, S. 2475). Der Senat hat eine Auskunft der KBV vom 3. Dezember 2001 hinsichtlich der Berechnungsgrundlagen ausgewählter Leistungen des EBM eingeholt, die im Quartal III/97 bei den Klägern 73 % des Gesamtumsatzes aus der vertragsärztlichen Tätigkeit ausgemacht haben. Die KBV hat hierzu weitere Unterlagen vorgelegt, u.a. ein Ergebnisprotokoll des Gesprächs mit dem Berufsverband der deutschen Radiologen und Nuklearmediziner und dem DIR vom 29. Juni 1995 und eine Kalkulation computertomografischer Leistungen.

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 der Quartale III/97 und II/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. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 25. April 2000 ist insoweit zu Recht ergangen, als er die Klage der Kläger zu 1) bis 3) abgewiesen hat. Soweit der angefochtene Gerichtsbescheid noch den Kläger zu 4) im Rubrum aufgeführt hat (Dr. Scherer), wurde durch Schreiben der Prozessbevollmächtigten der Kläger vom 8. August 2000 klargestellt, dass es sich bei der Klageerhebung durch den Kläger zu 4) um einen Irrtum gehandelt habe, da dieser der Gemeinschaftspraxis der Kläger weder in den streitbefangenen Quartalen noch später angehört habe, sondern insofern vielmehr eine Praxisgemeinschaft bestehe. Das Rubrum wurde dem entsprechend berichtigt.

Der Honorarbescheid der Beklagten vom 25. März 1998 (für das Quartal III/97) mit den Anlagen vom 24. März 1998 (Gesamtüberblick), vom 17. April 1998 (Bewertung der CT Leistungen nach Nrn. 5210 und 5211 EBM), vom 17. April 1998 (Laborbudgetregelung - für die 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) in der Gestalt der Nachberechnung vom 4. Dezember 1998 und des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 1998 sowie der Honorarbescheid vom 28. Oktober 1998 (für das Quartal II/98) mit den Anlagen vom 29. Oktober 1998 (Gesamtüberblick), vom 28. Oktober 1998 (Bewertung der CT Leistungen nach Nrn. 5210 und 5211 EBM), vom 28. Oktober 1998 (Laborbudgetregelung - für die Kläger ohne Bedeutung) und vom 16. November 1998 (Nachweise zur fallzahlabhängigen Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitte I und II HVM) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Oktober 1999 sind rechtmäßig und waren damit nicht aufzuheben. Die Kläger haben gegen die Beklagte hinsichtlich der streitbefangenen Quartale keinen Anspruch auf eine Neubescheidung ihres 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 die Kläger ausbezahlt erhalten, 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, Urt. vom 3.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich der Anlagen entnommen und damit die Honorarfestsetzung in Verbindung mit weiteren Unterlagen (z.B. den Honoraranforderungen der Kläger 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 die Kläger möglicherweise nicht in vollem Umfang und ohne fremde Hilfe nachvollziehbar und überprüfbar ist. Darin ist noch kein Verstoß gegen das Begründungserfordernis nach [§ 35 SGB 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.

Der angefochtene Gerichtsbescheid, dessen Begründung sich der erkennende Senat insoweit unter Verweisung auf diese Gründe zu eigen macht, 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 RA 6/90](#) - [SozR 3-4100 § 139a Nr. 1](#)) über den Regelungsbereich dieses Rechtsgebiets hinaus klar zum Ausdruck gebracht. Die Kläger hatten bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme und damit zur Wahrung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör gehabt, so weit 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 der Kläger und deren Argumente nicht oder nicht ausreichend unterrichtet worden bzw. diese hätten die Auffassung der Kläger nicht zur Kenntnis genommen, ist gleichfalls nicht erheblich. Der Vorstand hatte allein eine rechtsgebundene Entscheidung zu überprüfen. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Ermittlungen i.S. des Beweisantrags der Klägerseite. Unstreitig ist, dass die 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 an die Kläger auszuzahlenden Honorars. Die Anwendung des Regelwerks durch die Beklagte ist zutreffend; insoweit werden auch keine Rechtsfehler seitens der Kläger geltend gemacht. In Übereinstimmung mit dem Sozialgericht kommt auch der erkennende Senat zu dem Ergebnis, dass die Beklagte einen für Primär- und Ersatzkassen einheitlichen Quotierungsfaktor in Übereinstimmung mit Anlage 3 zur LZ 702 HVM berechnet hat und eine Trennung nach den einzelnen Kassenbereichen erst mit der Bildung der Honorargruppen nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM zu erfolgen hatte. Soweit seitens der Kläger die Anwendung von Abschnitt III der Anlage 3 zur LZ 702 HVM beanstandet wird, erscheint 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 die 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 der Kläger 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 die Kläger konkret nicht betroffen wurden. Die Prüfung erstreckt sich deshalb auf die Anwendung der Anlage 3 zu LZ 702 HVM und hier auf alle Regelungsbereiche, auf denen das Begrenzungskonzept der Beklagten beruht, einschließlich der sich mittelbar auswirkenden "Herausnahmeregelungen". Inwieweit jedoch generell Regelungen zu beanstanden sind, wenn im Einzelfall zugleich Maßnahmen nach mehreren Abschnitten zur Anwendung kommen, Ungereimtheiten und Widersprüche beim Ineinandewirken von Maßnahmen auftreten, wie diese von den Klägern auch geltend gemacht werden, war dies im Hinblick auf den Streitgegenstand abzugrenzen. Mittelbar wirkt sich jede Honorarbewilligung und Honorarberechnung bezüglich anderer Ärzte, insbesondere auch solchen aus anderen Arztgruppen, auch auf die Honorarhöhe der Kläger aus. Insoweit kann den Klägern jedoch keine Überprüfungsbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben werden, die letztlich auf eine abstrakte Normenkontrolle hinausliefe.

Ein Honoraranspruch der Kläger 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 höchstrichterlich entschieden worden ist (vgl. hierzu näher BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Urt. vom 24.8.1994 - [6 RKA 15/93](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Insoweit ergeben sich keine Zweifel, dass das Benehmen 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 die Kläger meinen, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt worden sind. Auch für den HVM als Satzungsrecht gilt grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch gilt dies nur in dem Maße, in dem dies nach der Funktion des HVM tatsächlich geboten ist. Insoweit besteht ein wesentlicher Unterschied zum EBM, da dieser Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt. In dieser Funktion wird der EBM zur Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte und beeinflusst deren Entscheidungen 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 Mengengrenzung 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 die Kläger erheben, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. So zeigen z.B. die Anlagen vom 17. April und vom 28. Oktober 1998 (Laborbudgetregelung), dass die Kläger mangels Anforderung entsprechender Honorare davon nicht betroffen sind. Auch die Anlagen vom 17. April und vom 28. Oktober 1998 (Bewertung der CT Leistungen der Nrn. 5210 und 5211 EBM) zeigen relativ leicht erkennbar, dass damit rechnerisch die Vorgabe umgesetzt wird, dass je Abrechnungsfall der EBM-Nr. 5210 eine Budgetvorgabe von 25 Scans und der EBM-Nr. 5211 von 36 Scans (jeweils mit 80 Punkten) existiert und die Überschreitungen der Kläger um 1.553 (III/97) bzw. 197 Scans (II/98) zu einer anteilig geringeren Honorierung von 93,0975 % der angeforderten 22.499 Punkte (bei einem Budget von 20.946 Punkten in III/97) bzw. von 98,9682 % der angeforderten 19.093 Punkte (bei einem Budget von 18.896 Punkten in II/98) führt.

Hinsichtlich der fallzahlabhängigen Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM (Anlagen vom 24.4.1998 und vom 16.11.1998) und der Budgetierung und Teilquotierung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM (Anlagen vom 24.4.1998 und vom 16.11.1998) 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 mit 3.068 (III/97) bzw. mit 2.853 (II/98) Fällen und der durchschnittlichen Fallzahl der Vergleichsgruppe mit 4.185 (III/97) bzw. mit 5.226 (II/98) Fällen 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 wird von den Klägern in den streitbefangenen Quartalen nicht erreicht. Da die Kläger in den streitbefangenen Quartalen unterdurchschnittliche Fallzahlen gehabt haben, wirkt sich diese Regelung zu ihren Gunsten aus und führt zu einer Bewertung von 103,64 % (III/97) bzw. von 108,31 % (II/98). Bei der Budgetierung und Teilquotierung wird zunächst der sog. Teilfallwert des angeforderten Honorarvolumens erläutert und hinsichtlich der Praxis der Kläger berechnet, und zwar mit einer Höhe von DM 201,56 (III/97) und von 220,98 (II/98). Als Ausgangsdaten werden die entsprechenden Teilfallwerte der Praxis der Kläger in den Quartalen III/95 und III/96 bzw. II/95 und II/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 der Kläger ergibt, und zwar im Quartal III/97 DM 169,27 (83,98 % des angeforderten Teilfallwertes von DM 201,56) und im Quartal II/98 DM 164,92 (74,63 % des angeforderten Teilfallwertes von DM 220,98). Aus der in den Akten befindlichen handschriftlichen Nachberechnung (4. Dezember 1998) lässt sich entnehmen, dass auf der Basis eines um DM 48,71 verringerten Teilfallwertes (III/97) die sich daraus ergebende Berechnung dergestalt veränderte, dass den Klägern eine Quote von 99,28 % verblieb (statt 83,98 %). Eine fallzahlabhängige Quotierung der Honorarforderungen nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt III HVM erfolgte in den streitbefangenen Quartalen nicht, da die Fallzahl der Kläger in III/97 um weniger als 2 % gegenüber III/95 angestiegen und im Quartal II/98 gegenüber II/95 sogar gefallen war.

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 der Kläger 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 V](#) nicht zu beanstanden. Dies gilt schon deshalb, weil die Zahl der außerordentlichen Mitglieder in der Gewichtung deutlich gegenüber den ordentlichen Mitgliedern begrenzt ist. Die gesetzliche Ermächtigung hält sich innerhalb der Grenzen, die der Gesetzgeber - in Kenntnis der Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder - bei der Festlegung der Ermächtigungsnorm hatte.

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 der Kläger nicht, die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung bestehe auf jeden Fall in Höhe einer "angemessenen Vergütung" (hierzu näher Wimmer NZS 1990, S. 480; Isensee in VSSR 1995, S. 321, 339, mit Nachweisen und in kritischer Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des BSG). Dahinstehen kann, ob ein solcher Anspruch zur Fehlerhaftigkeit einer Honorarverteilungsregelung führt oder dieser Anspruch - aus dem Gesetz hergeleitet - dem Satzungsrecht vorgeht. Der erkennende Senat folgt insoweit der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urt. vom 1.2.1995 - [B 6](#)

[RKa 27/93](#) - [SozR 3-2500 § 121 Nr. 1](#)). Die Angemessenheit der Vergütung ist zwar ein wichtiger Maßstab und Regelungsfaktor; der einzelne Vertragsarzt kann hieraus jedoch kein subjektives Recht herleiten. Auch die Wiederholung des Gesetzestextes (§ 72 Abs. 2 letzter Halbsatz) in § 2 Abs. 1a der Satzung der Beklagten führt nicht zu dem von den Klägern 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.

Die Kläger wenden insoweit ein, der Gesetzgeber habe verschiedene alternative Möglichkeiten, auch im Rahmen der Bindung an eine Gesamtvergütung dem von diesen geforderten Anspruch auf ein "angemessenes Arzthonorar" Rechnung zu tragen. Eine Möglichkeit könne sein, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Die Beklagte kann jedoch nicht gehalten sein, allein mit dieser Möglichkeit dem Anliegen der Vertragsärzte zu entsprechen und zugleich die Gesamtverantwortung für das soziale Sicherungssystem mit entsprechenden Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Arbeitsbereich hintanzustellen; hierzu kann auch der Gesetzgeber nicht gezwungen sein. Die Gesamtverantwortung für die sozialen Sicherungssysteme lässt vielmehr erkennen, dass auch der Faktor des Beitragssatzes ein Kriterium des sozialen Sicherungssystems ist. Damit kann im Ergebnis weder aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) noch aus den Vorschriften des SGB 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 weiter Gestaltungs- und Regelungsrahmen zugebilligt wird. Dies muss umso mehr gelten, je komplexer und schwieriger die jeweiligen Vorgänge abzuschätzen sind. Daraus rechtfertigt sich auch ein angemessener Zeitraum für die Beobachtung von Auswirkungen und die Anpassung von Vorschriften, zugleich aber auch eine Verpflichtung des Normgebers, diese Vorgänge zu beobachten und entsprechende Änderungen einzuleiten.

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

Insgesamt kann ein Honoraranspruch der Kläger in Höhe eines "angemessenen Honorars", das von den Klägern 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 der Kläger nur nach dem geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen bemessen werden.

Im Übrigen haben die Kläger nach der mit Schreiben vom 8. August 2000 vorgelegten Gewinnermittlung der Alpha Steuerberatungsgesellschaft für das Kalenderjahr 1997 für den nach eigener Definition aus vertragsärztlicher Tätigkeit ermittelten Gewinn einen Betrag in Höhe von DM 539.211,- angegeben. Daraus ergibt sich für jeden der drei Kläger ein Jahresgewinn in Höhe von DM 179.737,- aus vertragsärztlicher Tätigkeit. Dies entspricht fast genau dem von den Klägern reklamierten "Arztlohn" je Jahr in Höhe von DM 180.000,-.

Damit ist der Vortrag der Kläger hinsichtlich des unzureichenden Einkommens für das Jahr 1997 bereits unschlüssig. Nach Auffassung des erkennenden Senats ist es nicht zulässig, trotz eines ausreichenden "Arztlohnes" über das ganze Jahr gesehen, einen evtl. Anspruch auf einen einzelnen ungünstigeren Quartal abzuleiten. Damit ist dem Beweisangebot der Kläger, dass sie trotz einer sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxis in den streitbefangenen Quartalen noch nicht einmal die Kosten gedeckt hätten, nicht nachzugehen. Denn unter Berücksichtigung der Nachzahlung vom 4. Dezember 1998 in Höhe von DM 64.112,23 für das Quartal III/97 und der im Widerspruchsverfahren vorgelegten Aufstellung der Alpha Steuerberatungsgesellschaft vom 24. Juni 1998 mit einem Verlust aus der Vertragsarztpraxis in Höhe von DM 42.368,- ergibt sich für dieses Quartal ein Überschuss in Höhe von DM 21.744,23, ungeachtet der von den Klägern selbst belegten Tatsache eines auch nach ihrer Vorstellung angemessenen Arzthonorars für das gesamte Jahr 1997. Außerdem ist die Behauptung der Kläger einer in den streitbefangenen Quartalen voll ausgelasteten Vertragsarztpraxis bereits deshalb unschlüssig, da sie in früheren Quartalen eine teilweise erhebliche höhere Anzahl von Patienten zu versorgen hatten, wie z.B. in den Quartalen I/95 und I/96 mit fast 4.000 Patienten gegenüber dem Quartal III/97 mit 3.171 und dem Quartal II/98 mit 2.954. Auch erscheint es zweifelhaft (ohne dass es einer genaueren Überprüfung bedürfte), dass der Computertomograf mit 624 Untersuchungen in III/97 und mit 571 Untersuchungen in II/98 tatsächlich ausgelastet ist, wenn auf das Quartal gerechnet bei etwa 64 Arbeitstagen (ohne Samstage) noch nicht einmal 10 CT-Untersuchungen pro Tag erbracht worden sind. Auch die von den Klägern weiter 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 ausgereicht habe, um die Kosten jeder einzelnen Vertragsarztpraxis zu decken und generell sei kein oder nur ein geringer "Arztlohn" übrig geblieben, ist damit in der Person der Kläger als Teil der genannten Gruppe widerlegt. Eine detaillierte Aufschlüsselung der Kostensituation ihrer Praxis haben die Kläger selbst vereitelt, weil sie sich geweigert haben, alle Einnahmen offenzulegen. So haben die Kläger zwar die Gesamtkosten der Praxis durch die Zusammenstellung der Alpha Steuerberatungsgesellschaft belegt, hinsichtlich der Einnahmen aus der Behandlung von Privatpatienten wurde jedoch nur deren Anzahl benannt (in III/97 = 318 zu 3.275 gesetzlich Versicherten = 8,85 %, und in II/98 = 320 zu 3.221 gesetzlich Versicherten = 9,04 %). Dabei fällt bereits auf, dass sich aus der Anzahl- und Summenstatistik der Beklagten niedrigere Zahlen der abgerechneten Fälle ergeben, nämlich für III/97 nur 3.173 (2 Früherkennungen) und für II/98 nur 2.955 (1 Früherkennung). Dies würde z.B. im Quartal II/98 nach der Berechnung der Kläger zu einem Kostenanteil für die Privatversicherten von 9,77 % (statt 9,04 %) führen. Der Auflage des erkennenden Senates zur Offenbarung der gesamten Kostensituation der Praxis der Kläger unter Angabe sämtlicher mit Hilfe der Ressourcen der Praxis erzielten Einkünfte (von Privatpatienten, aus einer Krankenhauskooperation, von anderen Kostenträgern, durch Gutachten, durch Forschungsaufträge usw.) sind die Kläger nicht nachgekommen mit der Begründung, dass anderweitige Einkünfte außer Betracht zu bleiben hätten, da das den angefochtenen Honorarbescheiden zugrunde liegende Regelwerk bei der Höhe der Vergütung bereits berücksichtige, dass der Durchschnitt aller Vertragsärzte auch eine im Einzelnen nicht erfassbare privatärztliche Tätigkeit ausübe.

Der erkennende Senat sah von einem Beweisbeschluss hinsichtlich der Offenbarung aller Praxiseinnahmen der Kläger ab, da es letztlich hinsichtlich der Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung auf die Einnahmesituation aller in Hessen vertragsärztlich tätiger Radiologen ankommt und hierzu die Einnahmesituation der Kläger allein nicht hinreichend Auskunft geben kann. Dabei kann es nicht darauf ankommen, dass die Prozessbevollmächtigten der Kläger 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 %. Auf diese Analyse bezieht sich die KBV bei ihrer Antwort vom 3. Dezember 2001. 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. Auf den im vorliegenden Rechtsstreit angebotenen Beweis, dass diese Analyse statistikwissenschaftlich gänzlich unverwertbar sei, konnte es deshalb bei der genannten Fragestellung nicht ankommen, was auch immer die Kläger sich unter dem Begriff "statistikwissenschaftlich" vorgestellt haben mögen. Im Übrigen liegt es an den Klägern und ihrer 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 'streichende' 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 z.B. 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. Auf dieser Grundlage der fehlenden Angaben hinsichtlich der sonstigen Einnahmen in der Praxis der Kläger kommt dem Beweisantrag der Kläger hinsichtlich des Verteilungsschlüssels der Praxiskosten zwischen Kassenpatienten und Nichtkassenpatienten keine entscheidungserhebliche Bedeutung zu. Die Ausführungen in dem von den Klägern vorgelegten 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 nichtvertragsärztliche Leistungen erbringen und welche Auswirkungen sich hierdurch auf die Kostenanteile im vertragsärztlichen 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. Den 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).

Ab 1. Juli 1997 sind Neuerungen eingeführt worden, die neue Strukturelemente beinhalten und deren Auswirkungen auf die ärztliche Leistungserbringung nicht in vollem Umfang absehbar waren. Gleichzeitig wurden im HVM umfangreiche Änderungen vorgenommen, etwa im Abschnitt II in Anlage 3 zu LZ 702 HVM mit konkreten Auswirkungen auf die Kläger. Diese Regelungen sind für die Kläger verbindlich geworden.

Die Kläger können auch nicht mit dem Einwand überzeugen, die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM und ebenso auf einem HVM, die nicht sach-, system- und verteilungsgerecht seien. Aus dem Rechtsstaatsprinzip folgt keine allgemeine Verpflichtung für die Schaffung von Normen in dem Sinne, dass der erhebliche Sachverhalt, auf den die Normen Anwendung finden sollten, vollständig und zutreffend ermittelt sein müsse und den Entscheidungen des Normgebers bei der Schaffung der Normen zwingend und unverzüglich zu Grunde zu legen sei. Aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu einer derartigen Pflicht des Normgebers, hier unter Hinweis auf Beschl. vom 17.7.1996 ([2 BvF 2/93](#) - [NJW 1997, S. 383](#)), 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, beruhten auf einer Reihe von Gutachten und begleitenden gutachterlichen Stellungnahmen, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden sind, im Übrigen auch für den Bereich der Radiologie, wie dies der Beigeladene überzeugend dargelegt hat. Der Argumentation der Kläger, der Normgeber habe selbst Zweifel an der Datengrundlage gehabt, wenn Praxisbudgets für Radiologen in den EBM nicht aufgenommen worden seien, kann nicht gefolgt werden; maßgeblich war allein, dass keine Praxisbudgets für Arztgruppen gelten sollten, die nur auf Überweisung von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden können oder für die wegen des hohen Grades an Spezialisierung kein ausreichendes statistisches Material zur Ermittlung der Praxiskosten zur Verfügung stand; dabei ist bei den Radiologen aus den zuerst genannten Gründen - im Hinblick auf die Tätigkeit auf Überweisung hin - von der Einrichtung von Praxisbudgets abgesehen worden (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)).

Wenn die Kläger beanstanden, den EBM-Regelungen hätten keine ausreichenden betriebswirtschaftlichen Daten zugrundegelegt und es seien vielmehr frühere Regelungen nach summarischer Prüfung fortgeschrieben worden, so überzeugt dieser Einwand für sich genommen nicht. Gerade hinsichtlich der bei den Radiologen (mit CT) bedeutenden Leistungen der EBM-Nrn. 5210, 5211, 5222, die bei den Klägern im Quartal III/97 fast die Hälfte des angeforderten Honorars ausgemacht haben, hat die KBV eine genaue Kostenkalkulation vorgelegt. Der Vorwurf der Kläger die Festsetzung der Punktzahlen seien willkürlich, gehen deshalb ins Leere. Eine darüber hinausgehende Sachaufklärung kam deshalb 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, 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. Die KBV hat die vom Gericht gestellten Fragen nach ihren Kenntnissen und unter Vorlage vorhandener Unterlagen beantwortet. Weitere Ermittlungen in dieser Richtung hat der erkennende Senat nicht für erforderlich angesehen. Eine Beweiserhebung "ins Blaue" hinein ist prozessual nicht zulässig. Es ist auch nicht angezeigt, weitere Ermittlungen auf alle Einzelleistungen des EBM zu erstrecken.

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 der Kläger Praxisbudgets nicht vorgesehen sind, kann dieser Rechtsprechung eine generelle Aussage entnommen werden. Der gegenteiligen Ansicht der Kläger, es liege insoweit die Feststellung von Tatsachen - wenn auch in normativer Gestalt - durch den 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 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 Kontrolltiefe 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 E 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](#) regelt, dass die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen so festgelegt werden kann, dass sie mit zunehmender Menge mit dem Ziel der sog. Abstaffelung sinkt. [§ 87 Abs. 2a Satz 8](#) regelt, dass für eine Menge von Leistungen oder Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, Obergrenzen vorgesehen werden können, die zudem für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden können. Damit werden Teilbudgets mit Obergrenzen hinsichtlich der Punktzahlen von der gesetzlichen Ermächtigung umfasst, wie auch das BSG ausdrücklich bestätigt hat (vgl. Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) sowie Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#)). Teilbudgets kommt neben dem Ziel der Mengenbegrenzung die Funktion zu, jedem Arzt in bestimmten, für seine Praxisführung wichtigen Leistungsbereichen eine verlässliche Kalkulationsgrundlage zu geben (vgl. die oben zitierte Rechtsprechung des BSG). Die Stabilisierung der Punktwerte soll zugleich bewirken, dass sich der einzelne Arzt nicht gedrängt sieht, nur aus wirtschaftlichen Gründen das Leistungsvolumen weiter auszudehnen. Solche Regelungen können mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) in Einklang gebracht werden, weil es sich um vernünftige und auch aus dem Sozialstaatsbezug der gesetzlichen Krankenversicherung herleitbare Erwägungen handelt. Dem können die Kläger nicht mit dem Hinweis entgegentreten, dass jede Form der Begrenzung mit der Ausübung eines freien Berufs unvereinbar sei. Honorarbegrenzungsregelungen sind, worauf bereits hingewiesen worden ist, auch in den Gesamtzusammenhang des Gemeinwohlbelangs zu stellen.

Für die Berechnung der Budgets hat der Normgeber des EBM mit Wirkung vom 1. Juli 1997 bestimmte Kostensätze, auch im Hinblick auf eine fiktive Einkommenserwartung eines durchschnittlichen Arztes, angesetzt (vgl. dazu näher Ballast in [ErsK 1996, S. 440, 441](#) mit Beträgen von - fiktiv errechnet - bundesweit 138.000 DM). Die Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen erfolgt mit einem bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen prozentualen Kostensatz, wie dieser in der Anlage 3 Buchst. b ausgewiesen ist. Unter dem Gesichtspunkt des weiten Gestaltungsrahmens und im Hinblick auf die Erprobungsphase 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. Über die Möglichkeit der Kompensation haben die Beteiligten schriftsätzlich gestritten. Den Klägern bleibt die Möglichkeit, entsprechend den medizinischen Vorgaben teilweise die durchschnittliche Scanzahl zu unterschreiten, um in anderen Fällen zu einer höheren Scanzahl zu gelangen, ohne letztlich Honorarverluste zu erleiden. Jedenfalls unter dem Gesichtspunkt, dass es sich hier um eine Anfangsregelung handelt, erscheint diese im Hinblick auf das Regelungsziel der Mengenbegrenzung vertretbar; diese bedarf jedoch der weiteren Beobachtung durch die Beklagte bzw. den Beigeladenen. Im Hinblick auf die sich ab 1.7.1997 ergebende Erprobungsphase erscheint es auch gerechtfertigt, dass der Normgeber keine weitere Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Erscheinungsformen der Praxen, den Einsatz von Geräten wie auch unterschiedlichen Arten der Praxisführung vorgenommen hat. Wie bereits ausgeführt erscheint auch diese Regelung im Hinblick auf die Erprobungsphase akzeptabel. Im Übrigen haben die Kläger im Quartal II/98 gezeigt, dass sie mit Ihrem Budget bei CT-Untersuchungen nach den EBM-Nrn. 5210 und 5211 fast ausgekommen sind, da sie bei 19.093 Scans die Budgetvorgabe lediglich um 197 Scans (1,04 %) überschritten haben. Auf den insoweit angebotenen Beweis der unzureichenden Diagnosemöglichkeiten bei Einhaltung der Budgetvorgaben war nicht einzugehen, da die Kläger nicht gehindert sind, ihren 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 V](#). Dass der ärztliche Aufwand von Behandlungsfall zu Behandlungsfall schwankt und durch besonders aufwendige Behandlungsfälle bei Ärzten eine höhere Belastung eintreten kann, ist keinesfalls ungewöhnlich, sondern durchaus typisch. Der Normgeber konnte deshalb auch hier den allgemeinen Begriff des Behandlungsfalles heranziehen, wird jedoch die Auswirkungen, die die Kläger im Übrigen nicht quantifiziert haben, zu überprüfen haben. Jedenfalls 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 aufwendigen 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 können die Kläger die "Abbrecherquote" bei CT-Leistungen durch besonders behutsames Eingehen auf sensible Patienten auch beeinflussen. Im Übrigen dürfte es sich für die streitbefangenen Quartale um eine nicht entscheidungserhebliche Frage handeln, da die Kläger nicht behauptet und dargelegt haben, dass sie die entsprechenden (unvollständigen) Leistungen der Beklagten in Rechnung gestellt, diese jedoch die Honorierung abgelehnt habe. 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 höchstrichterlich anerkannt, dass im Rahmen der Honorarverteilung in der Weise differenziert werden darf, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind; den normsetzenden Körperschaften verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihnen ermöglicht, dem Sicherstellungsauftrag oder ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG, Urt. vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)). [§ 85 Abs. 4 SGB 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, Urt. 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, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#)). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteil vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Zulässiges Ziel der Bildung von festen Honorarkontingenten kann auch sein, die kontingentierten Leistungen vor dem Punktwertverfall zu schützen, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann (vgl. BSG, Urteil vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Zulässig und innerhalb des der Kassenärztlichen Vereinigungen zustehenden Gestaltungsrahmens ist es hierbei auch, wenn die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festgeschrieben werden; durch eine solche Regelung wird vermieden, dass sich Leistungsausweitungen einer bestimmten Fachgruppe zwangsläufig auf andere Fachgruppen auswirken (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) - sowie Urteil vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)).

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 gegeben ist, 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, Urt. vom 28.1.1998 [B 6 KA 96/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -). Folge der Bildung von Honorartöpfen im HVM ist es, dass dies zu einer ungleichen Vergütung gleicher oder zumindest vergleichbarer Leistungen bei unterschiedlichen Arztgruppen führt, worin die Beanstandung der Kläger ihren Grund findet, dass die gleichen Leistungen bei Vollradiologen und Teilradiologen deutlich unterschiedlich honoriert würden. Diese Situation hätte sich im Übrigen auch zwischen Radiologen ergeben,

wenn den Vorstellungen der Kläger gefolgt würde, innerhalb der Untergruppe der Radiologen nochmals weitere Unter-Untergruppen zwischen verschiedenen Formen der Praxisführung und Gerätesausstattung vorzunehmen. Dass sich eine solche weitere Differenzierung schon im Hinblick auf die Erprobungsphase ab 1. Juli 1997 nicht empfohlen hätte und sich jedenfalls im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des Normgebers hielt, ist bereits ausgeführt worden. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Beweiserhebung i.S. der entsprechenden Beweisansprüche der Kläger. 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 die Kläger zu Recht hinweisen. Diese Unterschiede sind jedoch Folge der unterschiedlichen Praxisausrichtung, wodurch das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt wird. Denn für die Bewertung der Verteilungsgerechtigkeit ist jeweils auf die Arztgruppe im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung abzustellen, nicht aber auf das Verhältnis der Ärzte dieser Gruppe untereinander (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Deshalb lassen unterschiedliche Auszahlungspunktwerte, wie sie die Kläger beanstanden, nicht auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM schließen. 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 die Kläger angehören, 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 - rechters sind, in den HVM entsprechen den gesetzlichen Vorgaben; dem entspricht auch die Übernahme der Regelung nach LZ 702 HVM. Fallwertbegrenzungen, wie dies in den Abschnitten I und II des hier maßgeblichen HVM enthalten sind, sind zulässige Instrumente im Hinblick auf die Mengenbegrenzung und Stabilisierung der Punktwerte. Dies gilt auch für die Bildung unterschiedlicher Punktwertquoten, die mit einer unterschiedlichen Honorierung innerhalb der Fallwerte verbunden sind, indem ein begrenzter Basiswert nach einem höheren Punktwert, darüber hinausgehende Leistungen jedoch nur nach Maßgabe der verbleibenden Restvergütung honoriert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

Vornehmlich die Übernahme der "EBM-Wippe" in den HVM ist rechters, da diese eine zulässige Abstufungsregelung auch für - auf Überweisung hin tätige - Arztpraxen regelt, die nicht in die Praxisbudget-Regelung des EBM einbezogen sind. Die Regelung hält sich insbesondere im Rahmen des Grundsatzes der Verhältnismäßigkeit, indem Anhebungen und Absenkungen um jeweils 10 v.H. sowie bei darüber hinaus gehenden Überschreitungen Absenkungen von 20 v.H. vorgesehen sind. Verhältnismäßig ist die Regelung insbesondere auch deshalb, weil eine Absenkung unter den Durchschnitt der Arztgruppe ausgeschlossen ist.

Die Kläger können auch nicht mit Erfolg beanstanden, dass der Bezug auf die Durchschnittszahlen der Fachgruppe durch Anknüpfung an ein Basisjahr erfolgt; diese Maßnahme ist - wie bereits ausgeführt - rechters, da andernfalls die Relationen zwischen den verschiedenen Arztgruppen nicht ausreichend kalkulierbar wären. Diese Regelungen sind ebenfalls vom 1. Juli 1997 an als Anfangsregelungen und Erprobungsregelungen für einen längeren Zeitraum vertretbar, wie dies insbesondere auch das BSG (vgl. Urteil vom 15.5.2002 - [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 der Kläger, derartige Regelungen verstießen gegen Grundsätze der freien Praxisführung, zurückstehen. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die individuelle Bemessungsgrenze grundsätzlich für zulässig erklärt, vgl. bereits BSG, Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#). Die Beklagte war folglich berechtigt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben, um zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einfluss auf die Honorierung ärztlicher Leistungen anderer Fachgruppen haben können, vgl. hierzu insbesondere BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#). Die Anknüpfung an eine individuelle Bemessungsgrenze eröffnet zugleich jedoch auch der Beklagten die Möglichkeit, Veränderungen i.S. einer zulässigen Mengenausweitung zu Gunsten des Arztes vorzusehen. Hierbei kann insbesondere die medizinische Entwicklung und der Bedarf an entsprechenden Leistungen, vornehmlich auch bei einer Tätigkeit auf Überweisung hin, sachgerecht berücksichtigt werden.

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

Nur mittelbar beschwert sind die Kläger durch die im Abschnitt II Nr. 2 und Abschnitt III Nr. 1 enthaltenen Regelungen, die eine Besserstellung von neuen bzw. nur kürzere Zeit geführten Arztpraxen gegenüber eingeführten Arztpraxen vorsehen. Die Kläger müssen jedenfalls gegen sich gelten lassen, dass es sich hierbei um eine zulässige Differenzierung handelt; der Schutz von Praxen in der Aufbauphase ist allgemein anerkannt (vgl. BSG, Urt. vom 28.4.1999 - [B 6 KA 63/98](#)).

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

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 rechtens. Der Normgeber des HVM hat insbesondere Interventionsmechanismen vorgesehen, die geeignet sind, Unzulänglichkeiten der Regelung auszugleichen, wie bereits ausgeführt worden ist. Dem steht nicht entgegen, dass der verfügbare

Datenbestand (auch) für die Zeit bis zum 1. Juli 1997 wenig aussagekräftig ist; für die Zeit ab 1. Juli 1997 ist eine in wesentlichen Teilen neue HVM-Regelung erfolgt, für 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 und 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, die die Kläger im Vorverfahren hinsichtlich des Quartals II/98 vorgelegt haben. Soweit diesen Ausführungen Hinweise zur Kostenstruktur der Radiologen entnommen werden können, könnten diese u.U. geeignet sein, den Beigeladenen zu veranlassen, eine den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung genügende Kostenberechnung unter Einbeziehung der privatärztlichen Tätigkeit wie auch der privaten Lebensführung (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die Behauptung der Kläger einzubeziehen, EBM und HVM führten im Zusammenwirken dazu, dass keine leistungsproportionale Vergütung geleistet werde. Ein derzeit durchsetzbarer Anspruch folgt hieraus in Übereinstimmung mit der angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der erkennende Senat anschließt, nicht.

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 den Klägern - wie auch allen anderen Ärzten - ein höherer Betrag für die Verteilung zur Verfügung, wenn Aufwendungen zur EHV nicht abgezweigt würden. Entgegen der Auffassung der Kläger handelt es sich jedoch nicht um einen Abzug von Teilen des Honorars, sondern die Aufwendungen für die EHV werden von der Gesamtvergütung vor der Honorarberechnung nach dem HVM abgezogen und stehen gleichrangig neben den Honorarverteilungsregelungen des jeweiligen HVM. Deshalb kann nicht davon ausgegangen werden, 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 strenger Anforderungen verlangt werden dürfen. Dies rechtfertigt, § 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 als ausreichende Rechtsgrundlage anzusehen. Nicht zu beanstanden ist auch, dass die Umsetzung dieser Regelung der Selbstverwaltung überlassen wurde; die Umsetzung hat der erkennende Senat im Zusammenhang mit der Anwendung der Grundsätze der EHV auch für rechtens erkannt, vgl. Hess. LSG, Urteil vom 18.10.2000 - [L 7 KA 277/00](#). Die Einwendungen der Kläger bezüglich der Normenklarheit wie auch des Parlaments- und Gesetzesvorbehalts sind deshalb auch mit den Gründen zurückzuweisen, wie diese bereits zum HVM - und vergleichbar zu EBM - angeführt worden sind. 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 der Kläger insoweit durchgreifen, weshalb auch der angebotene Beweis nicht zu erheben war.

Da die Überprüfung der Abführung eines Gesamtbetrags 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 Einwendungen der Kläger 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. Soweit ersichtlich sind im Zusammenhang mit den Verwaltungskosten von Kassenärztlichen Vereinigungen bisher keine besonderen Probleme erwachsen, wie eine Sichtung einschlägiger Rechtsprechung ergibt.

Die Verwaltungskosten sind jeweils, wie die Beklagte bestätigt hat, entsprechend den Haushaltsvoranschlägen erhoben worden. Betreffend die hier streitbefangenen Quartale ist dies für das Jahr 1997 mit Beschlussfassung der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 30. November 1996 und für das Jahr 1998 mit Beschlussfassung vom 29. November 1997 jeweils ordnungsgemäß erfolgt und bekannt gemacht worden. In der Beschlussfassung über den Haushaltsplan konnten zugleich auch Entscheidungen zur Höhe der Verwaltungskosten getroffen werden (entsprechend § 7 Abs. 1 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 -.

Den Klägern steht im Rahmen der Honorarüberprüfung kein rechtlich fundierter Überprüfungsanspruch dahingehend zu, inwieweit die Verwaltungskostenbeiträge durch die Beklagte sparsam und wirtschaftlich verwendet wurden bzw. werden und die Verwaltung ordnungsgemäß geführt wird. Die Beklagte unterliegt zwar im Rahmen des [§ 81 Abs. 1 Abs. 3 Nr. 6 SGB 5](#) der Prüfung der Betriebs- und Rechnungsführung der Beklagten. 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 die Kläger beanstanden. Dies gilt auch für weitere Fragen im Zusammenhang mit dem Verwaltungsgebaren der Beklagten, das von den Klägern gerügt wird.

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

Schließlich ist zusammenfassend noch darauf hinzuweisen, dass keiner der von den Klägern 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