

L 7 KA 921/01

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 5 KA 115/99
Datum
20.03.2001
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 921/01
Datum
26.03.2003
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 44/03 R
Datum
09.12.2004
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt a.M. vom 20. März 2001 wird zurückgewiesen.

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

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars für die Quartale III/97 und IV/97 sowie I/98 und II/98. Der Kläger ist als Facharzt für Radiologie zur vertragsärztlichen Behandlung mit Praxisstz in E./O. zugelassen. In Hessen waren im Quartal III/97 insgesamt 87 radiologische Praxen an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligt.

I.

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

II.

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

2.) Ab dem Quartal III/97 - und damit dem ersten der vorliegend streitbefangenen Quartale - nahm die Beklagte wiederum umfangreiche Änderungen des HVM in Bezug auf die Honorarbegrenzung vor. Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 14. Juni

1997 wurde die Verteilung der Vergütungen in § 7 HVM geregelt. Dieser Beschluss wurde unter Hinweis auf § 28 der (Haupt-)Satzung der Beklagten (welcher in der vorliegend maßgeblichen Fassung vorsieht, dass Bekanntmachungen der Beklagten und ihrer Gliederungen entweder durch Veröffentlichung im "Hessischen Ärzteblatt" oder durch Rundschreiben zu erfolgen haben) als Anlage zu einem an alle in Hessen niedergelassenen Vertragsärztinnen und -ärzte gerichteten Rundschreiben vom 24. Juni 1997 versandt. In den Anlagen zu LZ 702 HVM, in welchen die Festlegung der Quoten (Punktwerte) geregelt wird, wurden wiederum Honorargruppen gebildet, und zwar in Anlage 1, Abschnitt I für die Primärkassen und in Anlage 2, Abschnitt I für die Ersatzkassen. Zur Honorargruppe 4 gehören hiernach dem Grunde nach alle Übrigen von den anderen insgesamt sieben bzw. acht Honorargruppen nicht erfassten Leistungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (- EBM -). Innerhalb dieser Honorargruppe 4 erfolgt wiederum eine weitere Untergliederung der abrechnenden Ärzte bzw. Praxisformen (einschließlich der Gemeinschaftspraxen) nach insgesamt 18 Arztgruppen. Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner werden in der Honoraruntergruppe 4.16 geführt. Die Bestimmung des für die Vergütung der Honoraransprüche der einzelnen Honorargruppen zur Verfügung stehenden Verteilungsbetrages wurde jeweils im Abschnitt II der Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM geregelt. Die Aufteilung des für die gesamte Honorargruppe 4 zur Verfügung stehenden Honoraranteiles am gesamten Verteilungsbetrag auf die einzelnen Honoraruntergruppen bestimmt sich nach den Honorarzahlen für die einzelnen Honoraruntergruppen in den Quartalen I/95 bis IV/96. Hierbei ist eine besondere Stützungsregelung für die Fachgruppen getroffen worden, welche gem. LZ 204 b HVM nur auf Überweisung tätig werden können; diese erfasst die Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner (Honoraruntergruppe 4.16) sowie auch die zu einer Honoraruntergruppe (4.15) zählenden Pathologen mit den im Rahmen der gynäkologischen Einsende-Zytologie tätigen Ärzten. Wenn der Verteilungswert in den genannten Honoraruntergruppen um mehr als 10 v.H. nach unten abweicht, sind zur Sicherung eines maximalen Punktwerteabstandes von 10 v.H. bei diesen Honoraruntergruppen Auffüllungsbeträge zu Lasten der gesamten Honorargruppe 4 vorab zur Verfügung zu stellen. Die Regelung führte dazu, dass damit anteilig die für alle übrigen Honoraruntergruppen zur Verfügung stehenden prozentualen Honoraranteile am Verteilungsbetrag gemindert wurden. Eine vergleichbare Regelung - jedoch mit anderen Grenzwerten - ist für die übrigen Honoraruntergruppen 4.1 bis 4.14 und 4.17 sowie 4.18 getroffen worden, wenn der Punktwert dieser Honoraruntergruppen um mehr als 15 v.H. vom mittleren Punktwert der Honorargruppe 4 nach unten abweicht. Sinkt der mittlere Punktwert der gesamten Honorargruppe 4 unter 6,5 Pfennige, greift eine Punktwertgarantie mit einer differenzierten Punktwert-Regelung.

Im Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM (wiederum in der Fassung vom 14. Juni 1997) wurde eine Budgetierung der Honorarforderungen der Ärzte bzw. Praxen vorgesehen, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208 und damit die Budgetierungsmaßnahmen nach dem EBM - insbesondere zu den Praxisbudgets und Zusatzbudgets - einbezogen sind. Von dieser Budgetierungsregelung des HVM werden u.a. Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner erfasst. Die Honorarbegrenzung entspricht dem ab dem Quartal III/96 geltenden Regelungsmuster i.S. einer individuellen Bemessungsgrenze, bezogen auf die Teilfallwerte der Arztpraxis in den Quartalen III/95 und III/96 (bzw. IV/95 und IV/96; ab dem Quartal I/98 erstreckt sich der Vergleich auf die entsprechenden Quartale in den Jahren 1995 und 1996). Der aus den Teilfallwerten gebildete Mittelwert wird um zehn v.H. von dem auf der Grundlage der Quartale III/95 und III/96 bzw. der entsprechenden Quartale der Jahre 1995 und 1996 gemittelten entsprechenden Teilfallwert der Fachgruppe, der die Arztpraxis abrechnungstechnisch zugeordnet ist, erhöht und bildet zugleich die Grenze, bis zu der die Honorarforderung je Fall anerkannt werden kann. Anteile von Honorarforderungen, die je Fall diese Grenze überschreiten, gehen nicht in die weitere Berechnung des Vergütungsanspruchs der Arztpraxis ein. Im Abschnitt II wird ferner erstmals eine fallzahlabhängige Quotierung der Honorarforderungen eingeführt. Diese Regelung geht dahin, dass für die betreffende Arztpraxis die im jeweiligen Quartal des Jahres 1995 zur Abrechnung gekommene ambulante Fallzahl als Vergleichsfallzahl festgestellt wird. Dabei werden zwei v.H. der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe, der die Arztpraxis abrechnungstechnisch zugeordnet ist, dem Vergleichsquartal 1995 hinzugerechnet. Bis zu dieser sich nach der beschriebenen Verfahrensweise ergebenden Zahl erfolgt für alle Abrechnungsfälle des aktuellen Quartals eine Anerkennung des Fallwertes zu 100 v.H. Für die über diesem Wert liegenden Abrechnungsfälle des aktuellen Quartals erfolgt die Anerkennung des Fallwertes nur noch in Höhe von 50 v.H.

Aus der Fußnote 6 zur Anlage 3 zu LZ 702 HVM (gleichfalls in der Fassung der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997) folgt, dass die Ärzte bzw. Praxen, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208 HVM einbezogen sind, einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen sind. Dabei war in Aussicht gestellt worden, dass weitere Einzelheiten noch konkretisiert würden; in einem Rundschreiben vom 24. Juni 1997 wurde darauf hingewiesen, dass die Abgeordnetenversammlung beschlossen habe, die im Rahmen der EBM-Praxisbudgetregelung für die Fallpunktzahlen des "grünen" Praxisbudgets vorgesehene Punktezahlkorrektur sinngemäß auch auf die Fachgruppen, die nicht in die EBM-Praxisbudgetregelungen einbezogen sind, zu übertragen. In dem Rundschreiben wird weiter darauf hingewiesen, dass die Anwendung dieser Regelung bei diesen Arztgruppen auf den gesamten Fallwert bezogen erfolgen müsse. Die entsprechende Regelung werde in Anlage 3 zu LZ 702 zu regeln sein und die Einzelheiten würden in Kürze bekannt gegeben werden. Dabei wurde auf den Begriff der sogenannten "EBM-Wippe" (vgl. EBM; Stand: 1. Juli 1997, A I. Teil B Nr. 2, S. 16 f.) Bezug genommen.

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

4.) Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 20. Juni 1998 wurden Einzelpunkte der in den Anlagen 1, 2 und 3 zu LZ 702 HVM enthaltenen Regelungen - rückwirkend - mit Wirkung ab dem 1. Juli 1997, 1. Januar 1998 sowie ab dem 1. April 1998 geändert. Die Änderungen betreffen dabei auch die Vorschriften der Abschnitte III und I der Anlage 3. Die Änderungen sind mit der Bekanntmachung vom

26. Juni 1998 erfasst und als Anlagen zu dem Rundschreiben vom 26. Juni 1998 verschickt worden. Weitere Änderungen sind mit Wirkung vom 1. Januar 1998 mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 28. November 1998, - bekannt gemacht auf dieselbe Weise am 9. Dezember 1998 - betreffend die Abschnitte III und IV der Anlage 3 zu LZ 702 HVM erfolgt.

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

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

III.

In den Quartalen III/97 und IV/97 bzw. I/98 und II/98 und in den Vorquartalen (sowie im Vergleich zu den in Hessen an der Versorgung teilnehmenden radiologischen Praxen) wies die Praxis des Klägers (für kurativ-ambulant = AMB) die in der auf der folgenden Seite dargestellten tabellarischen Übersicht - auszugsweise - ausgewiesenen Daten auf.

1.) Die unter dem Datum des 26. Januar 1998 aufgestellte Anzahl- und Summenstatistik für das Quartal III/97 wies (ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pfg.) eine Honoraranforderung des Klägers für die kurativ-ambulante Behandlung in Höhe von 258.892,80 DM (Primär- und Ersatzkassen) aus. Die Beklagte führte Teilquotierungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM durch. Die dem Honorarbescheid als Anlage beigefügte, unter dem Datum vom 24. März 1998 erstellte Maßnahmenübersicht ... Honorarverteilung ergab eine Summe der "Belastung" aus den durchgeführten Maßnahmen von insgesamt 517,58 DM (Teilquotierung nach Anlage zu LZ 702/1 HVM: 325,35 DM (AMB) für den Primärkassen- (PK) und 192,23 DM (AMB) für den Ersatzkassenbereich (EK)).

Tabellarische Übersicht (zu S. 8): Praxisdaten des Klägers und Daten der Fachgruppe Quartal Fallzahl Fallzahl Fallwert Fallwert Abw.-ung Gesamt- Punktwert Nettohonorar Kl.- Fach- Kl. (Durch- Fach- in % honorar (PrK/ErSk) (nach Abzug Praxis - Gruppe schnitts- gruppe (gewich- Anfor- -gestützt- Sicherstellung (hier: je honorar tet) derung HGr. 4.16 der ärztlichen Praxis, je Patient) (AMB) Versorgung nicht je u. Verw.Kost.) Arzt) in DM in DM in DM in Pfg. insg. in DM

I/95	1.783	II/95	1.742	III/95	IV/95	I/96	II/96	III/96	1.681	184,40	IV/96	1.707	180,49	I/97	1.898	182,03	II/97	1.882	178,99	III/97	1.463	2.524										
177,30	216,81	-18%	258.892,80	6,4/7,5	170.976,88	IV/97	1.566	2.692	184,83	215,20	-14%	288.018,00	6,9/ 7,85	200.917,60	I/98	1.857	2.959	181,36	215,49	-16%	336.567,60	6,41/7,54	186.063,18	II/98	1.560	2.729	184,89	218,23	-15%	286.623,00	6,59/7,62	198.798,80

Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 teilte die Beklagte sodann dem Kläger für das Quartal III/97 ein Nettohonorar in Höhe von insgesamt 170.976,88 DM wie folgt mit:

Primärkassen (PrK): 100.191,60 DM

Ersatzkassen (ErSk): 69.528,43 DM

Sonstige Kostenträger: 5.898,35 DM

Gesamthonorar: 175.618,38 DM

Sicherstellung ärztl. Versorgung von gesamt: (- 0,30 %)/. 526,39 DM

Zwischensumme 175.091,45 DM

Abzüge von Zw.summe für Verwaltungskosten:

Bezirksstelle (- 1,5275 %)/. 2.674,48 DM

Landesstelle (- 0,55 %)/. 962,98 DM

Rechenzentr. (- 0,16 %)/. 280,04 DM

KBV (- 0,1125 %)/. 197,07 DM

Nettohonorar 170.976,88 DM

Nach einer Mitteilung der Quotenfestsetzung vom 27. März 1998 betrug der Punktwert für das Quartal III/97 (nach Stützung) bei Radiologen etc. (Honorargruppe 4.16) im Primärkassenbereich 6,4 Pfennig, im Ersatzkassenbereich 7,5 Pfennig. Der Auszahlungsprozentsatz für EHV-berechtigte Ärztinnen/Ärzte betrug 95,0 %. In einer weiteren Anlage zum Bescheid (Datum: 24. April 1998) erfolgte der "Nachweis zur fallzahlabhängigen Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I der Grundsätze der Honorarverteilung (= HVM)" - nur für die nicht in die EBM-Budgetierung einbezogenen Arztgruppen -. Bei einer Zahl der abgerechneten (ambulant) Behandlungsfälle von 1.463 ergab sich danach für die Praxis des Klägers für das Quartal III/97 eine budgetrelevante Fallzahl von 1.425. Dieser wurde die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal III/97 (hier wohl: gewichtet nach der Zahl der Ärzte) von 1.395 gegenübergestellt. Das ergab für 698 (= ½ von 1.395) Fälle eine Anhebung der Fallpunktzahl um 10 % und bei 727 Fällen eine Absenkung um 10 %. Aufgrund der "Bewertung" der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der "fallzahlabhängigen" Bewertung bestimmte sich ein "Bewertungsfaktor" von 100,52 %. Bei Anwendung der "fallzahlabhängigen" Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I (HVM) ergab sich - ausgehend von einem angeforderten (ambulant) Honorarvolumen gemäß Honorargruppe 4 (unter Berücksichtigung von Ausnahmen wie Leistungen für Prävention etc.) in Höhe von 258.918,00 DM, einer budgetrelevanten Fallzahl von 1.425 Fällen, einem Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 181,61 DM und einem Bewertungsfaktor von 100,52 % - ein Fallwert

von 181,24 DM. In die Berechnung der Gesamthonoraranforderung gingen alle der "fallzahlabhängigen" Bewertung unterliegenden Leistungen der Honorargruppe mit einer Bewertung von 100,52 % (bezogen auf die Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pf.) ein. Eine weitere Anlage (vom 16. April 1998) zum Honorarbescheid enthielt den "Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen (Begrenzungs-)Regelungen im EBM und in den Grundsätzen der Honorarverteilung". Bei der "Laborbudgetregelung (Abschnitt O I EBM)" entsprach das anererkennungsfähige Laborvolumen 100 % des angeforderten Volumens, wies also für den Kläger keine Begrenzung aus. Bei der "Bewertung der CT Leistungen (Nr. 5210 und 5211 EBM)" ergab sich bei einer anererkennungsfähigen budgetrelevanten Scanzahl von (gesamt) 14.653 Scans (zu bewerten mit 80 Punkten/je Scan) = 1.172.240 Punkten und einer abgerechneten Scanzahl von 12.997 Scans (multipliziert mit 80 Punkten = 1.039.760 Punkten) die durchschnittliche Bewertung je Scan mit 100 %, weshalb in die Berechnung der Gesamthonoraranforderung die Bewertung von 10.397,6 Punkten für jeden Scan nach Nr. 5210 bzw. 5211 EBM einging. Der Nachweis der "berücksichtigungsfähigen besonderen Kosten" (gemäß § 3b der "Grundsätze" der EHV) erfolgte in einer weiteren gesonderten Aufstellung vom 24. März 1998 (Bl. 311 bis 326 der Gerichtsakte - [S 5 KA 115/99](#) -).

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

Der Kläger erhob gegen den Honorarbescheid am 15. Mai 1998 Widerspruch und begehrte eine angemessene Vergütung bei gleichzeitiger Gewährung von Härtefallzahlungen nach LZ 703 (richtig wohl: LZ 803) HVM oder aber eine Sonderzahlung nach LZ 607 HVM. Unter Hinweis auf eine vorgelegte Gewinn- und Verlustrechnung, die für das Quartal III/97 mit einem Verlust von 101.322,77 DM abschloss, trug er vor, ihm sei für seine ärztlichen Leistungen kein ausreichendes Honorar verblieben, das gemäß einer Berechnung der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) - nach Abzug der Betriebsausgaben - jährlich 180.000,- DM betragen müsse, weshalb eine entsprechende Nachzahlung für das Quartal erforderlich sei. Für die Erteilung des Widerspruchsbescheides setzte der Kläger unter Hinweis auf eine sonst gebotene Untätigkeitsklage eine Frist und erhob am 23. November 1998 Untätigkeitsklage (- S 5 KA 4234/98 -), in welche er nach Erlass des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 diesen in seine kombinierte Anfechtungs- und Bescheidungsklage einbezog (Az.: zunächst - S 5 KA 4234/98 -; sodann: - [S 5 KA 115/99](#) -).

2.) Die unter dem Datum des 24. April 1998 aufgestellte Anzahl- und Summenstatistik für das Quartal IV/97 wies (ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pfg.) eine Honoraranforderung des Klägers für die kurativ-ambulante Behandlung in Höhe von 288.018,00 DM (Primär- und Ersatzkassen) aus. Die Beklagte führte Teilquotierungen nach Anlage 3 zu LZ 702 HVM durch. Die dem Honorarbescheid als Anlage beigefügte, unter dem Datum vom 26. Juni 1998 erstellte Maßnahmenübersicht ... Honorarverteilung ergab eine Summe der "Belastung" aus den durchgeführten Maßnahmen von insgesamt (plus) 921,65 DM (Fallzahlabhängige Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM - plus 588,59 DM (AMB) für den Primärkassen- (PK) und plus 333,06 DM (AMB) für den Ersatzkassenbereich (EK)).

Mit Honorarbescheid vom 23. Juni 1998 teilte die Beklagte sodann dem Kläger für das Quartal IV/97 ein Nettohonorar in Höhe von insgesamt 200.917,60 DM wie folgt mit:

Primärkassen (PrK): 122.944,24 DM
Ersatzkassen (ErsK): 79.452,10 DM
Sonstige Kostenträger: 3.975,75 DM
Gesamthonorar: 206.372,09 DM
Sicherstellung ärztl. Versorgung von gesamt: (- 0,30 %) ./ 619,25 DM
Zwischensumme 205.752,84 DM

Zwischensumme 205.752,84 DM
Abzüge von Zw.summe für Verwaltungskosten:
Bezirksstelle (- 1,5275 %) ./ 3.142,90 DM
Landesstelle (- 0,55 %) ./ 1.131,62 DM
Rechenzentr. (- 0,16 %) ./ 329,23 DM
KBV (- 0,1125 %) ./ 231,49 DM

Nettohonorar 200.917,60 DM

Bei den angeforderten CT-Leistungen nach Nummern 5210 und 5211 EBM ergab sich wiederum eine durchschnittliche Bewertung je Scan (bezogen auf die 80 Punkte des EBM) von 100 %. Der Kläger legte auch gegen den Honorarbescheid vom 23. Juni 1998 Widerspruch ein (Eingang: 21. August 1998) und führte zur Begründung unter Bezugnahme auf den Vortrag zum Quartal III/97 u.a. aus, er habe (allein im vertragsärztlichen Bereich der Praxis) im Quartal IV/97 einen Verlust von 173.046,86 DM erlitten.

3.) Auf Vorschlag der Bezirksstelle beschloss der Vorstand der Beklagten daraufhin unter Bezugnahme auf LZ 607 HVM ein einmaliges "Sonderhonorar" zu zahlen (als "weitere Abschlagszahlung") in Höhe von 200.000,- DM für die Quartale III/97 und IV/97 (Bescheid vom 27. Oktober 1998, Widerspruch vom 9. November 1998 - noch nicht beschieden -).

Nach Erhebung der Untätigkeitsklage (Eingang: 11. Januar 1999 - S 5 KA 112/99 -) wegen des noch nicht beschiedenen Widerspruchs gegen den Bescheid vom 23. Juni 1998 hat die Beklagte den Widerspruchsbescheid vom 25. Februar 1999 erlassen, den der Kläger ebenfalls mit der Klage angefochten hat (- S 5 KA 887/99 - Eingang am 10. März 1999).

4.) Die unter dem Datum des 22. Juli 1998 aufgestellte Anzahl- und Summenstatistik für das Quartal I/98 wies (ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pfg.) eine Honoraranforderung des Klägers für die kurativ-ambulante Behandlung in Höhe von 336.567,60 DM (Primär- und Ersatzkassen) aus. Die Beklagte führte Teilquotierungen nach Anlage 3 Abschnitt I und II zu LZ 702 HVM durch. Die dem Honorarbescheid als Anlage beigefügte, unter dem Datum vom 31. Juli 1998 erstellte Maßnahmenübersicht ... Honorarverteilung wies (zunächst) eine Summe der "Belastung" aus den durchgeführten Maßnahmen von insgesamt (minus) 55.053,96 DM (fallzahlabhängige Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM: (minus) 498,85 DM (AMB) für den PK- und (minus) 275,00 DM (AMB) für den EK-Bereich; Individualbudgetierung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt II HVM, PK: 34.990,60 sowie EK: 19.289,51) aus. Bzgl. der Individualbudgetierung ist hier später eine Korrektur erfolgt.

Durch Honorarbescheid vom 3. August 1998 wurde das Nettohonorar für das Quartal I/98 wie folgt auf 186.063,18 DM festgesetzt:

Primärkassen (PrK): 112.419,94 DM
Ersatzkassen (ErSK): 73.030,00 DM
Sonstige Kostenträger: 5.664,16 DM
Gesamthonorar: 191.114,10 DM
Sicherstellung ärztl. Versorgung von gesamt: (- 0.30 %)/. 573,28 DM
Zwischensumme 190.540,82 DM
Abzüge von Zw.summe für Verwaltungskosten:
Bezirksstelle (- 1.5275 %)/. 2.910,59 DM
Landesstelle (- 0,55 %)/. 1.047,93 DM
Rechenzentr. (- 0,16 %)/. 304,79 DM
KBV (- 0,1125 %)/. 214,33 DM

Nettohonorar 186.063,18 DM

Nach einer Mitteilung der Quotenfestsetzung vom 30. Juli 1998 betrug der Punktwert für das Quartal I/98 (nach Stützung) bei Radiologen etc. (Honorargruppe 4.16) im Primärkassenbereich 6,41 Pfennig, im Ersatzkassenbereich 7,54 Pfennig. Der Auszahlungsprozentsatz für EHV-berechtigte Ärztinnen/Ärzte betrug 95,0 %. Eine Anlage zum Honorarbescheid (Datum: 23. Juli 1998) enthielt den "Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen (Begrenzungs-)Regelungen im EBM und in den Grundsätzen der Honorarverteilung. Bei der "Laborbudgetregelung (Abschnitt O I EBM)" entsprach das anerkennungsfähige Laborvolumen 100 % des angeforderten Volumens, wies also für den Kläger keine Begrenzung aus. Bei der "Bewertung der CT Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM)" ergab sich bei einer anerkennungsfähigen budgetrelevanten Scanzahl von (gesamt) 17.333 Scans (zu bewerten mit 80 Punkten/je Scan) = 1.386.640 Punkten und einer abgerechneten Scanzahl von 15.597 (multipliziert mit 80 Punkten = 1.247.760 Punkten) die durchschnittliche Bewertung je Scan wiederum mit 100 %.

In einer weiteren Anlage zum Bescheid (Datum: 10. August 1998) erfolgte der Nachweis zur "fallzahlabhängigen" Bewertung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt I der Grundsätze der Honorarverteilung(= HVM) - nur für die nicht in die EBM-Budgetierung einbezogenen Arztgruppen -. Bei einer Zahl der abgerechneten (ambulant) Behandlungsfälle von 1.857 ergab sich nach Abzug von Notfällen für die Praxis des Klägers für das Quartal I/98 eine budgetrelevante Fallzahl von 1.827. Dieser wurde die durchschnittliche Fallzahl der Vergleichsgruppe im Quartal I/95 (hier wohl: gewichtet nach der Zahl der Ärzte) von 1.783 gegenübergestellt. Das ergab für 892 (= ½ von 1.783) Fälle eine Anhebung der Fallpunktzahl um 10 % und bei 935 Fällen eine Absenkung um 10 %. Aufgrund der "Bewertung" der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der "fallzahlabhängigen" Bewertung bestimmte sich ein "Bewertungsfaktor" von 99,76 %. Bei Anwendung der "fallzahlabhängigen" Bewertung gemäß Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I (HVM) ergab sich - ausgehend von einem angeforderten (ambulant) Honorarvolumen gemäß Honorargruppe 4 (unter Berücksichtigung von Ausnahmen wie Leistungen für Prävention etc.) in Höhe von 334.861,00 DM, einer budgetrelevanten Fallzahl von 1.827 Fällen, einem Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 183,28 DM und einem Bewertungsfaktor von 99,76 % - ein Fallwert von 182,84 DM. In die Berechnung der Gesamthonoraranforderung gingen alle der "fallzahlabhängigen" Bewertung unterliegenden Leistungen der Honorargruppe mit einer Bewertung von 99,76 % (bezogen auf die Bewertung mit einem Punktwert von 10 Pf.) ein. In einer weiteren Anlage (Datum: 10. August 1998) erfolgte der "Nachweis zur Budgetierung/Teilquotierung von Leistungen der Honorargruppe 4 gemäß Anlage 3 zu LZ 702, Abschnitt II der Grundsätze der Honorarverteilung". Darin war der Teilfallwert der Praxis des Klägers im Quartal I/95 mit 162,75 DM und der entsprechende Teilfallwert im Quartal I/96 (zunächst nur) mit 104,54 DM angenommen worden, woraus sich ein arithmetisches Mittel von 133,65 DM ergab. Unter Zurechnung eines Anteils von 10. v.H. (= 17,87 DM) vom Teilfallwert der Vergleichsgruppe (178,69 DM) errechnete sich hieraus ein budgetrelevanter Teilfallwert von 151,52 DM, der dem Teilfallwert des angeforderten Honorarvolumens - die Maßnahme nach Abschnitt 1 war hierbei berücksichtigt worden - von 180,77 DM gegenübergestellt wurde, woraus ein anerkennungsfähiger Teilfallwert von 83,82 v.H. resultierte. Daraus resultierten (zunächst) (ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pfennig) die in der "Maßnahmenübersicht ..." erwähnten Kürzungen (PK-Bereich: 34.990,60 DM; EK-Bereich: 19.289,51 DM).

Aus den Akten der Beklagten ist nicht ersichtlich, wann der Honorarbescheid vom 3. August 1998 dem Kläger zugeleitet worden ist. Am 2. Oktober 1998 ist der vom Kläger hiergegen eingelegte Widerspruch eingegangen, mit dem er - u.a. - die Zahlung eines höheren Honorars - auch unter Anwendung von LZ 607 bzw. LZ 803 des HVM - für erforderlich hielt, weil im Quartal I/98 einen Verlust von 49.636,84 DM eingetreten sei. Das Widerspruchsverfahren wurde von der Beklagten mit dem Verfahren für das Folgequartal verbunden.

5.) Die unter dem Datum des 19. Oktober 1998 aufgestellte Anzahl- und Summenstatistik für das Quartal II/98 wies (ausgehend von einem fiktiven Punktwert von 10 Pfg.) eine Honoraranforderung des Klägers für die kurativ-ambulante Behandlung in Höhe von 286.623,00 DM (Primär- und Ersatzkassen) aus. Die Beklagte führte Teilquotierungen nach Anlage 3 Abschnitt I und II zu LZ 702 HVM durch. Die dem Honorarbescheid als Anlage beigefügte, unter dem Datum vom 29. Oktober 1998 erstellte Maßnahmenübersicht ... Honorarverteilung wies eine Summe der "Belastung" aus den durchgeführten Maßnahmen von insgesamt (plus) 3.410,68 DM aus (fallzahlabhängige Bewertung nach Anlage 3 zu LZ 702 Abschnitt I HVM: (plus) 2.122,36 DM für den PK- und (plus) 1.288,32 DM für den EK-Bereich).

Mit Honorarbescheid vom 28. Oktober 1998 setzte die Beklagte für das Quartal II/98 das Nettohonorar der Praxis des Klägers auf 198.798,86 DM wie folgt fest:

Primärkassen (PrK): 115.105,26 DM
Ersatzkassen (ErSK): 80.408,06 DM
Sonstige Kostenträger: 8.682,57 DM
Gesamthonorar: 204.195,89 DM
Sicherstellung ärztl. Versorgung von gesamt: (- 0.30 %)/. 612,68 DM
Zwischensumme 203.583,21 DM
Abzüge von Zw.summe für Verwaltungskosten:
Bezirksstelle (- 1.5275 %)/. 3.110,13 DM
Landesstelle (- 0,55 %)/. 1.119,64 DM

Rechenzentr. (- 0,16 %)/. 325,78 DM

KBV (- 0,1125 %)/. 228,80 DM

Nettohonorar 198.798,86 DM

Nach einer Mitteilung der Quotenfestsetzung vom 24. Oktober 1998 betrug der Punktwert für das Quartal II/98 (nach Stützung) bei Radiologen etc. (Honorargruppe 4.16) im Primärkassenbereich 6,59 Pfennig, im Ersatzkassenbereich 7,62 Pfennig. Der Auszahlungsprozentsatz für EHV-berechtigte Ärztinnen/Ärzte betrug 95,0 %.

Eine Anlage zum Honorarbescheid (Datum: 10. Dezember 1998) enthielt den "Nachweis zur Anwendung der fall- und leistungsbezogenen (Begrenzungs-)Regelungen im EBM und in den Grundsätzen der Honorarverteilung. Bei der "Laborbudgetregelung (Abschnitt O I EBM)" entsprach das anerkennungsfähige Laborvolumen 100 % des angeforderten Volumens, wies also für den Kläger keine Begrenzung aus. Bei der "Bewertung der CT Leistungen (Nrn. 5210 und 5211 EBM)" ergab sich bei einer anerkennungsfähigen budgetrelevanten Scanzahl von (gesamt) 16.912 Scans (zu bewerten mit 80 Punkten/je Scan) = 1.352.960 Punkten und einer abgerechneten Scanzahl von 16.541 (multipliziert mit 80 Punkten = 1.323.280 Punkten) die durchschnittliche Bewertung je Scan wiederum mit 100 %.

Aus den Akten der Beklagten ist nicht erkennbar, wann der Honorarbescheid vom 28. Oktober 1998 (mit den Anlagen) dem Kläger zugegangen ist. Am 9. Dezember 1998 (nicht aktenkundig) hat der Kläger (selbst) auch gegen diesen Honorarbescheid Widerspruch erhoben. In der Begründung vom 15. Dezember 1998 machte er wiederum einen Anspruch auf angemessene Vergütung unter Einbeziehung von Härtefallzahlungen (LZ 803 HVM) bzw. Sonderzahlungen (LZ 607 HVM) geltend. Unter Hinweis auf eine vorgelegte Gewinn- und Verlustrechnung, die mit einem Überschuss von 8.646,09 DM abgeschlossen hatte, trug er vor, es sei - wiederum - kein ausreichendes Honorar für die ärztliche Leistung (mindestens in Höhe von 45.000,- DM/Quartal) verblieben, weshalb ein Anspruch auf Nachzahlung bestehe. Im Übrigen wurde auf die Begründung zu den Widersprüchen für die streitbefangenen Quartale III/97 und IV/97 sowie I/98 Bezug genommen.

Die Beklagte wies die Widersprüche hinsichtlich der Quartale I/98 und II/98 mit Widerspruchsbescheid vom 22. März 1999, zugestellt am 25. März 1999, zurück. Dagegen hat der Kläger am 6. April 1999 Klage erhoben (Az.: S 5 KA 1253/99).

Mit Verbindungsbeschluss vom 29. März 2000 sind die anhängig gemachten Klageverfahren (- S 5 KA 887/99 - und - S 5 KA 1253/99 - mit dem anhängigen Verfahren - [S 5 KA 115/99](#) -) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden worden und unter dem Az.: [S 5 KA 115/99](#) weitergeführt worden.

IV.

Nachdem das Gericht für das Quartal I/98 in Bezug auf die Maßnahme nach Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 703 HVM Zweifel an der Richtigkeit des Teilfallwertes der Praxis des Klägers im Quartal I/96 geäußert hatte, nahm die Beklagte, gestützt auf einen entsprechenden Hinweis des Klägers, eine diesbezügliche ergänzende Überprüfung vor, die zu einer Anhebung des Teilfallwertes von 104,54 DM auf 170,68 DM führte. Hieraus ergab sich ein budget-relevanter Teilfallwert von 184,59 DM, der höher lag als der angeforderte Teilfallwert von 180,77 DM, so dass die Begrenzungsmaßnahme nach Abschnitt II wegfallen musste. Für den Kläger ergab sich hieraus eine Gutschrift in Höhe von 54.280,11 DM (auf der Basis eines fiktiven Punktwertes von 10 Pfennig). Effektiv - nach dem Auszahlungspunktwert - belief sich die Gutschrift auf 35.130,20 DM. Eine entsprechende Änderung der Festsetzung im Honorarbescheid vom 3. August 1998 nahm die Beklagte mit Bescheid vom 19. Dezember 2000 vor. Übrig geblieben waren danach lediglich Maßnahmen nach Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 703 HVM. Diese führten, unter Zugrundelegung eines fiktiven Punktwertes von 10 Pfennig, für die Quartale III/97 und I/98 zu Minderungen von 517,58 DM bzw. 773,85 DM. Für die Quartale IV/97 und II/98 ergaben sich hingegen - wie oben dargelegt - Mehrbeträge von 921,65 DM bzw. 3.410,68 DM.

V.

Zur Begründung der im Übrigen aufrechterhaltenen Klage hat der Kläger u.a. vorgetragen: Die Honorarbescheide seien nichtig, jedenfalls aber rechtswidrig, weil sie zu unbestimmt und unverständlich seien und es diesen an einer zulänglichen Begründung mangle. Der Zusammenhang zwischen den Anlagen und dem festgesetzten Nettohonorar werde nicht ersichtlich, wie überhaupt die Berechnung des Nettohonorars unverständlich sei. Er habe für seine Praxis, die in allen streitbefangenen Quartalen voll ausgelastet gewesen sowie sparsam, wirtschaftlich und unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden sei (Beweis: Aktennotiz K. Skiebe vom 17. Februar 1994), einen - auch verfassungsrechtlich begründbaren - öffentlich-rechtlichen Leistungsanspruch auf einen "Arztlohn" in Höhe von 180.000,- DM jährlich; dies folge auch aus [§§ 72 Abs. 2, 85 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 SGB V](#) in Verbindung mit [Art 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG). Auch die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) gehe von einem "kalkulatorischen Arztlohn" in dieser Höhe aus (Hinweis auf: "Darstellung der von der KBV angewandten Methodik ..." vom 22. Dezember 1994). Dieses Ziel werde verfehlt, was durch mehrere in Hessen geführte Praxen mit einer mit dem Kläger vergleichbaren Aufgabenstellung belegbar sei, deren Einnahmen generell als unauskömmlich anzusehen seien. Im Übrigen verstießen die Rechtsgrundlagen für die Honorarabrechnung in Form von EBM und HVM gegen das Gebot der Normenklarheit; die Regelungen seien unverständlich und aus mehreren Gründen als Rechtsquelle untauglich. EBM und HVM verstießen zudem gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit sowie der Sach- und Systemgerechtigkeit. Dem EBM lägen keine betriebswirtschaftlichen Kostenermittlungen zu Grunde und dieser genüge damit nicht rechtsstaatlichen Mindestanforderungen an nachvollziehbare Honorargrundlagen. Die Unterscheidung in budgetierte und nicht budgetierte Arztgruppen und die Berechnung der einzelnen Budgets sei rechtswidrig. Im Ergebnis bewirkten die Maßnahmen, dass eine angemessene Vergütung nicht erzielt werde. Der HVM schaffe auch eine rechtswidrige unterschiedliche Verteilung zwischen den Arztgruppen und berücksichtige nicht, dass der Kläger bzw. vergleichbar tätige Ärzte nur auf Überweisung hin Leistungen erbrächten und auf die Mengendynamik damit keinen Einfluss hätten. Der Kläger hat sich hierzu u.a. auf ein von ihm vorgelegtes Gutachten von Frau G. Kempny vom 2. November 1998 bezogen. Die auf Grund des HVM gebildeten Honorartöpfe verfälschten das im EBM ausgedrückte Wertverhältnis der Leistungen. Der Punktwertverfall wirke sich hier ganz besonders krass aus. Hinzu komme, dass die Abzüge nach Maßgabe der Grundsätze der EHV der Beklagten gegen den Grundsatz der Normenklarheit verstießen und die Höhe der Beiträge unverhältnismäßig sei. Unverhältnismäßig seien auch die Verwaltungskostenbeiträge, zumal die Beklagte diese mehrfach rechtswidrig verwendet habe.

VI.

Durch Urteil vom 20. März 2001 hat das Sozialgericht sämtliche Klagen betreffend die Quartale III/97 und IV/97 sowie I/98 und II/98 abgewiesen und weiter entschieden, dass die Beklagte $\frac{1}{4}$ der notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu tragen habe; eine Entscheidung betreffend die Erstattung von Kosten durch den Kläger ist nicht erfolgt.

Zur Begründung hat das Sozialgericht u.a. ausgeführt, die Klage sei auch gegen den Korrekturbescheid vom 19. Dezember 2000 zulässig, weil dieser gemäß [§ 96 SGG](#) Gegenstand des Verfahrens geworden sei. Nicht Gegenstand des Verfahrens seien hingegen Entscheidungen über die klägerischen Anträge auf Härtefallzahlungen nach LZ 803 HVM bzw. kumulativ oder alternativ auf Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM. (vgl. Bescheid vom 27. Oktober 1998). Hierbei handele es sich um besondere Anspruchsgrundlagen, die rechtlich vom satzungsmäßigen Honoraranspruch zu unterscheiden seien. Entscheidungen über entsprechende Anträge müssten verfahrensrechtlich getrennt werden und seien bisher weder abschließend beschieden noch rechtshängig geworden, weshalb insoweit auch eine Klage nicht zulässig sei. Die im Übrigen zulässige Klage sei nicht begründet. Die angefochtenen Honorarbescheide seien - nach Korrektur - rechtmäßig und auch jeweils ausreichend begründet worden (§ 35 Abs. 1 Satz 1 und 2 Sozialgesetzbuch, Zehntes Buch - Sozialverwaltungsverfahren ... - SGB X -). Insbesondere seien den Bescheiden unter Einbeziehung der Anlagen, die Bestandteile der Verwaltungsakte seien und im Wesentlichen die Begründung beinhalten, die entscheidenden Berechnungsfaktoren zu entnehmen. Die Anzahl- und Summenstatistik enthalte die Anzahl der einzelnen Positionen aus allen Behandlungsfällen im Quartal nach dem EBM als der Grundlage der ärztlichen Vergütung. Hierbei handele es sich lediglich um eine Zusammenfassung der von der ärztlichen Praxis eingereichten Abrechnungsunterlagen. Soweit fall- und leistungsbezogene Begrenzungsregelungen im EBM und HVM bestünden, würden diese ebenfalls gesondert berechnet und als Anlage beigelegt. Soweit keine Vorwegvergütung zu festen Vergütungssätzen erfolge, was bei der klägerischen Praxis der Fall sei, gingen alle Leistungen in die Honorarverteilung nach LZ 702 HVM ein. Zunächst werde die Punktezahl der jeweiligen Einzelpositionen nach dem EBM mit der Anzahl dieser Leistungen in allen Behandlungsfällen des jeweiligen Quartals multipliziert. Für die einzelnen Leistungspositionen ließen sich diese Teilsummen bereits aus der Anzahl- und Summenstatistik ablesen. Die Summe dieser Teilsummen wiederum gehe bei den Ärzten, die - wie die radiologischen Praxen - keiner Teilbudgetierung nach dem EBM beziehungsweise LZ 208 HVM unterlägen, in die Quotierung nach der Anlage 3 zu LZ 702 HVM, Abschnitt I, ein, soweit sie zur Honorargruppe 4 gehörten und es sich nicht um von der Quotierung ausgenommene Leistungen handele. Dabei werde das sich aus Anzahl und Punktezahl ergebende Punktezahlvolumen rechnerisch, d.h. fiktiv, mit einem Wert von 10 Pfennigen bewertet. Zur Verdeutlichung werde dieser im Bescheid als angefordertes Honorarvolumen bezeichnete Betrag als Summe 1 bezeichnet. Die Summe 1 werde mit dem sich aus Abschnitt I der Anlage 3 zu LZ 702 ergebenden Faktor, dem Bewertungsfaktor, multipliziert. Dieser Betrag gehe gegebenenfalls in die weitere Berechnung nach den folgenden Abschnitten der Anlage 3 zu LZ 702 ein, was aber bei der klägerischen Praxis nicht der Fall gewesen sei. Mit Hilfe der zunächst einheitlich berechneten Quotierungsfaktoren könne dann wiederum der rechnerische Kürzungsbetrag für die beiden Kassenbereiche eingegeben werden. Das Ergebnis dieser Berechnungen werde in einer weiteren Anlage angegeben. Soweit die Punktzahlen für die beiden Kassenbereiche nicht in einer gesonderten Aufstellung angegeben würden, seien sie aber errechenbar aus der nach Krankenkassen gegliederten Anzahl- und Summenstatistik. Damit seien die Nachprüf- und -vollziehbarkeit der Bescheide gegeben und diese ausreichend begründet. Auch anderweitige Formfehler seien nicht feststellbar. Mit ihrer Verfahrensweise verstoße die Beklagte nicht gegen die Anhörungspflicht. Soweit eine Anhörung überhaupt erforderlich sei, sei sie jedenfalls im Widerspruchsverfahren erfolgt. Die Honorarbescheide seien auch materiell-rechtlich rechtmäßig insbesondere inhaltlich hinreichend bestimmt. Die Beklagte habe das sich aus EBM und HVM ergebende Regelwerk zur Errechnung des Vergütungsanspruchs der klägerischen Praxis in den streitbefangenen Quartalen zutreffend angewandt. Der HVM sei unter Berücksichtigung der höchstrichterlichen Rechtsprechung rechtmäßig, soweit er vorliegend zur Anwendung komme. Der Vorschrift des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#), wonach bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen seien, könne nicht die Forderung entnommen werden, dass alle Leistungen nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden müssten. Eine Aufteilung der Gesamtvergütung in Teilbudgets mit der Folge, dass die vertragsärztlichen Leistungen nicht mehr entsprechend dem EBM in demselben Verhältnis, sondern - abhängig von der Mengenentwicklung in den jeweiligen Leistungsbereichen - unterschiedlich hoch vergütet würden, sei grundsätzlich nicht ausgeschlossen. Dabei sei die Regelungsbefugnis der Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) im Hinblick auf die berufsregelnde Tendenz von Honorarverteilungsvorschriften begrenzt und an den Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung gebunden. Dieser besage, dass die ärztlichen Leistungen prinzipiell gleichmäßig zu vergüten seien. Der normsetzenden Körperschaft verbliebe jedoch ein Spielraum sachlich gerechtfertigter Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihr ermögliche, ihrem Sicherstellungsauftrag und ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden. Insbesondere sei es zulässig, im HVM feste fachgruppenbezogene Honorarkontingente zu bilden, auch wenn das zur Folge haben könnte, dass bei unterschiedlicher Mengenentwicklung in einzelnen ärztlichen Fachgebieten die gleichen Leistungen für Vertragsärzte aus unterschiedlichen Fachgebieten unterschiedlich hoch vergütet würden. Es liege in der Logik des Systems der Vergütung nach der Menge der erbrachten Einzelleistungen, dass sich durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das bisherige Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändern könne. Deshalb sei es auch außerhalb der Zeiträume eines unmittelbar durch das Gesetz begrenzten Anstiegs der Gesamtvergütung sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der KVen bei der Honorarverteilung gedeckt, die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festzuschreiben und damit prinzipiell zu verhindern, dass Leistungsausweitungen einer Fachgruppe Einflüsse auf die Honorierung ärztlicher Leistungen in anderen Fachgruppen hätten. Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze sei der HVM der Beklagten formell und materiell rechtmäßig. Der HVM beruhe auf der Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und entspreche den Grundsätzen für Honorarverteilungsbestimmungen, die auch mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar seien (unter Hinweis auf BVerfG in [NJW 1972, S. 1509](#) f.). Der HVM halte sich innerhalb der Gestaltungsfreiheit, welche die Rechtsprechung den KVen einräume. Es liege auch kein Verstoß gegen das Rückwirkungsverbot vor. Rückwirkende Änderungen des HVM unterlägen geringeren Anforderungen an ihre Zulässigkeit als etwa Änderungen des EBM, da der HVM nicht an die Leistungserbringung, sondern allein an die Verteilung der Gesamtvergütung anknüpfe. Von ihm gehe in sehr viel geringerem Maße eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes aus. Die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter, insbesondere die Höhe der Gesamtvergütung und Umfang und Art der von allen Ärzten abgerechneten Leistungen stünden regelmäßig erst längere Zeit nach Quartalsabschluss fest. Die rückwirkende Einführung von Honorarverteilungsregelungen zur sachgerechten Verteilung von Mindereinnahmen sei zulässig, da diese Regelungen nicht schon in abgewinkelte Tatbestände eingriffen. Der Vertragsarzt habe mit der Leistungserbringung noch keinen feststehenden Vergütungsanspruch, sondern nur einen von der Höhe der gezahlten Gesamtvergütung abhängigen Anspruch auf Berücksichtigung dieser Leistungen bei der Verteilung der Gesamtvergütung erworben. Das kurzfristige Inkraftsetzen eines neuen HVM - auch einer Honorarbegrenzungsregelung - sei jedenfalls dann unbedenklich, wenn sich die Änderung nicht auf das Behandlungsverhalten des Arztes habe auswirken können oder mangels

eines empfindlichen Eingriffs in das Recht der freien Berufsausübung die Grenze des Zumutbaren nicht überschritten habe. Unter Zugrundelegung dieser Maßstäbe sei auch der Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 29. November 1997 betreffend die Einfügung eines neuen Abschnitts I zur Anlage 3 der LZ 702 nicht zu beanstanden. Die Regelung sei sachgerecht und geboten gewesen, um einen Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen; sie habe auch zu keinen wesentlichen Verschiebungen der Honorarverteilung geführt. Soweit der EBM in den HVM der Beklagten (unter Hinweis auf LZ 202 Abs. 1 HVM) übernommen werde, sei dies nicht zu beanstanden. Der EBM bestimme den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander ([§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Der Gesetzgeber habe zwar eine Bindung an den HVM nicht vorgeschrieben, jedoch könne dem Satzungsgeber der Beklagten nicht verwehrt werden, auf die vom Gesetzgeber vorgesehene originäre Bewertungskompetenz des Bewertungsausschusses zurückzugreifen. Die Entscheidung des Satzungsgebers bestehe dann darin, dass grundsätzlich die Vergütung nach der leistungsproportionalen Bewertung vorzunehmen sei. Wie diese Leistungsproportionen zu bewerten seien, sei aber nach der gesetzgeberischen Vorgabe Aufgabe des Bewertungsausschusses. Von daher könne der Satzungsgeber sich dessen Beurteilung zu eigen machen. Auch der EBM selbst sei nicht zu beanstanden. Das BSG, dem das Sozialgericht folge, habe den EBM und insbesondere sein Zustandekommen für rechtmäßig befunden. Es habe bereits mehrfach dargelegt, dass das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung seinen Zweck nur erfüllen könne, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterblieben. Den Gerichten sei es deshalb verwehrt, eine im EBM vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen - abweichenden - Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistungen und Angemessenheit der Vergütung nicht entspreche und zwar selbst dann, wenn sich abweichende Vorstellungen auf betriebswirtschaftliche Gutachten gründen sollten, in denen eine günstigere Bewertung gefordert werde. Der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordere die Berücksichtigung zahlreicher - und nicht nur betriebswirtschaftlicher - Gesichtspunkte. Es könne deshalb nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes könne nur gelten, wenn sich zweifelsfrei feststellen lasse, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt habe, indem er etwa eine ärztliche Minderheitengruppe bei der Honorierung benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativen Ermessens rechtlich fassbar werde, hätten auch die Gerichte die Regelungen des EBM als für sie maßgebend hinzunehmen (mit Hinweisen u.a. auf BSG in SozR 3-2500 [§ 85 SGB V](#) Nr. 29). Im Übrigen sei auch nicht ersichtlich, welche einzelne Bestimmung des EBM ungenügend sein solle. Soweit der Kläger auf Abstaffelungsregelungen für Großgeräteleistungen hinweise, habe der Gesetzgeber diese Möglichkeit ausdrücklich vorgesehen. Die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen könne so festgelegt werden, dass sie mit zunehmender Menge sinke (Abstaffelung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die in einem bestimmten Zeitraum von einer Arztpraxis abrechenbar seien, könnten Obergrenzen vorgesehen werden; diese könnten für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden ([§ 87 Abs. 2a Satz 7](#) und [8 SGB V](#)). Insbesondere sei deshalb die Bewertung der CT-Leistungen nach Nummern 5210 und 5211 EBM nicht zu beanstanden. Von daher scheide auch ein Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit wegen des Verweises auf den EBM aus.

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

Abschnitt II der Anlage 3 zu LZ 702 begrenze demgegenüber praxisindividuelle Leistungsausweitungen, indem er für den Teilfallwert einen Vergleich mit früheren Quartalen herbeiführe und bei entsprechenden Steigerungen eine Quotierung der Honorarforderungen vorsehe. Ausgangslage für die Maßnahme nach Abschnitt II sei hier der nach Abschnitt I quotierte Punktwert. Der Fallwert sei "vor Durchführung der Maßnahme nach Abschnitt II" zu korrigieren bzw. gehe "nach vorstehender Maßgabe", also nach der Maßnahme nach Abschnitt I, als "neu bewertete bzw. teilquotierte Honorarforderung" in die weitere Berechnung des Honoraranspruchs der Arztpraxis ein. Nur dann, wenn die Quote nach Abschnitt I 100 v.H. betrage, also eine Fallzahl genau in der Größe der Vergleichsgruppe vorliege, gehe der aktuelle Teilfallwert in der angeforderten Höhe in die Maßnahme nach Abschnitt II ein. Sei die Fallzahl geringer, gehe ein erhöhter, über 100 v.H. liegender Teilfallwert in die Maßnahme nach Abschnitt II ein, sei die Fallzahl höher (gemeint), gehe ein verminderter Fallwert ein. Denkbar sei der Fall, dass eine Praxis deshalb einer Quotierung nach Abschnitt II unterworfen werde, weil sie eine unterdurchschnittliche Fallzahl habe, obwohl ihr Teilfallwert im Vergleich zu den Vorjahresquartalen gleich geblieben und in Extremfällen sogar gefallen sei. Dieses Ergebnis sei zwar widersprüchlich zur Steuerungsfunktion des Abschnitts II. Dennoch sehe das Sozialgericht darin keinen Widerspruch zum Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Soweit nämlich Maßnahmen nach Abschnitt I (begünstigend) und II (belastend) durchgeführt würden, nivellierten sich diese Maßnahmen im Ergebnis. Die begünstigende Quotierung nach Abschnitt I werde dann insoweit durch die deshalb stärker ausfallende Quotierung nach Abschnitt II wieder aufgehoben. Im Ergebnis werde nur die Praxis begünstigt, die mit einer geringeren Fallzahl ihren Umsatz nicht durch Fallwerterhöhungen gesteigert habe. Dies werde vom Sozialgericht (noch) für sachgerecht erachtet. Vom Sozialgericht seien im Übrigen ähnliche Regelungen in den HVMen der Beklagten zu den vorherigen Quartalen III/96 bis II/97 für rechtmäßig befunden worden (Urt. des SG vom 2. Februar 2000 - [S 27 KA 3759/98](#) - und - [S 27 KA 2162/99](#) -); hieran werde festgehalten.

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

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

Im Quartal III/97 sei die Honorargruppe 4.16 "Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner" mit 6,40 (Primärkassen) und 7,50 Pfennigen (Ersatzkassen) und im Quartal IV/97 mit 6,90 bzw. 7,85 Pfennigen vergütet worden. Bei allen Punktwerten der Honorargruppe 4.16 habe es sich um Punktwerte nach den Stützungsmaßnahmen auf Grund der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 HVM der Beklagten gehandelt. Im Ergebnis hätten sie somit um 10 v.H. unterhalb des Punktwerts gelegen, der sich für alle Honorargruppen der Gruppe 4 ergeben haben würde. Unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des BSG seien diese Punktwerte nicht zu beanstanden. Abzustellen sei auch auf diese von der Beklagten ausgewiesenen Punktwerte. Der Abzug eines Verwaltungskostenanteils geschehe auf anderer gesetzlicher (unter Hinweis auf [§ 81 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#)) und satzungsrechtlicher (unter Hinweis auf § 24 der Hauptsatzung der Beklagten) Grundlage und sei daher aus rechtlicher Sicht von der Frage der Honorarverteilung nach [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu unterscheiden. Es könne daher hier dahingestellt bleiben, ob die Festsetzung der Höhe allein durch Beschluss der Abgeordnetenversammlung und der Bekanntgabe des Inhalts, nicht des Beschlusses selbst als notwendiger, förmlicher Satzung erforderlich sei, wenn das Sozialgericht auch zu dieser Auffassung neige. Streitgegenstand sei nicht die Feststellung des konkreten Verwaltungskostenbeitrags. Jedenfalls bestehe eine hinreichende gesetzliche und satzungsrechtliche Grundlage dafür, dass der zur Honorarverteilung anstehende Betrag durch Beiträge zu den Verwaltungskosten vermindert werde.

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

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

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

Das Sozialgericht ist dem Kläger auch insoweit nicht gefolgt, als er rechtswidrige Abzüge von der Verteilungsmasse durch die Beklagte gerügt hat. Für die Abzüge zur Deckung der Verwaltungskosten bestehe eine ausreichende gesetzliche Grundlage. Die Entscheidung obliege der Abgeordnetenversammlung. Es seien auch wegen der Höhe keine Gesichtspunkte ersichtlich, dass diese von ihrer Entscheidungsbefugnis in rechtswidriger Weise Gebrauch gemacht habe. Die Abzüge aus der EHV, die auf ausreichender gesetzlicher Grundlage stünden (hier unter Hinweis auf § 8 Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953, Hess. GVBl. 1953, S. 206), seien nach der hierzu ergangenen Satzung der Beklagten grundsätzlich rechtmäßig, wie in der Vergangenheit bereits mehrfach von Sozialgerichten entschieden worden sei (unter Hinweis auf Hess. LSG, Urt. vom 31. März 1982 - [L 7 Ka 703/79](#) - sowie BSG, Urt. vom 11. Dezember 1985 - [6 Rka 14/84](#) -). Bei den rechtswidrigen Aufwendungen für die Zahlung von Aufwandsentschädigungen für ehrenamtliche Richter bei den Sozialgerichten, die von der Beklagten möglicherweise in den streitbefangenen Quartalen noch geleistet worden seien, habe es sich um die Verwendung der Mittel für die Verwaltung gehandelt. Eine Kontrolle hierüber obliege in erster Linie der Abgeordnetenversammlung als Haushaltsgesetzgeber der Beklagten. Ein subjektives Recht des einzelnen Arztes auf rechtmäßige und bzw. oder sparsame Verwendung der Haushaltsmittel bestehe nicht, auch nicht indirekt über den Anspruch auf Teilnahme an der Honorarverteilung. Gleiches gelte für die vorgetragene Darlehensgewährung. Soweit die Beklagte Rückstellungen wegen erwarteter Regresse vorgenommen habe, sei dies nicht zu beanstanden. Die Bildung von Rückstellungen hierfür oder mögliche Korrekturen der Honorarverteilung diene auch der ordnungsgemäßen Haushaltsführung. Anhaltspunkte dafür, dass die Beklagte sich hierbei nicht innerhalb des Zulässigen gehalten haben sollte, seien dem Sozialgericht nicht ersichtlich und würden seitens des Klägers auch nicht substantiiert vorgetragen.

In der Honorarabrechnung sei auch kein Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung zu sehen. Das aus [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) herleitbare Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen könne einen Anspruch auf höhere Vergütung nicht begründen. Dem Gebot komme nach Wortlaut und Systematik der Regelungen objektiv-rechtliche Bedeutung in dem Sinne zu, dass den Vertragsparteien der kassenärztlichen Versorgung aufgegeben werde, bei deren Ausgestaltung auch die angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen zu berücksichtigen. Selbst wenn eine Verletzung individueller Rechte angenommen werden sollte, die gerügt werden könnte, liege ein Verstoß gegen dieses Gebot hier nicht vor. Das BSG habe ein solches subjektives Recht zur Geltendmachung von Verletzungstatbeständen nur dann eingeräumt, wenn die Vorschriften ausnahmsweise beim Hinzutreten besonderer, das Gebot der angemessenen Vergütung qualifizierender und individualisierender Umstände auch dem Schutz individueller Rechte zu dienen bestimmt sein könnten. Dies komme nur in Betracht, wenn durch eine zu niedrige Vergütung ärztlicher Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringer gefährdet wäre. Nur in diesem eingeschränkten Umfang könnten sich Ärzte nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung zu ihren Gunsten auf einen Verstoß gegen das Gebot der angemessenen Vergütung berufen (unter Hinweis auf [BSGE 75, S. 187](#), 191).

Anhaltspunkte dafür, dass der den angefochtenen Honorarbescheiden zu Grunde liegende HVM der Beklagten in diesem Sinne gegen das Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen verstoße, seien seitens des Klägers weder substantiiert dargetan worden noch ersichtlich. Hiergegen sprächen bereits die von diesem in den streitigen Quartalen aus den Behandlungen von Patienten der Primärkassen und der Ersatzkassen erzielten Umsätze. Mögliche Reserven der Krankenkassen, eine mögliche Erhöhung des Gesamtbudgets, eine Erhöhung der Zuzahlungsbeiträge der Versicherten oder andere Möglichkeiten der Erhöhung des Verteilungsbetrages seien in die Überlegungen des Sozialgerichts nicht einzubeziehen gewesen. Hierbei habe es sich um rechtspolitische Überlegungen gehandelt. Auf ihre Verwirklichung bestehe jedenfalls kein subjektiver Anspruch des einzelnen Arztes. Das Sozialgericht sehe auch keine Bedrohung des ärztlichen Versorgungssystems. Nach der dargelegten Rechtsprechung des BSG sei auf das "vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes" abzustellen, somit nicht auf die individuelle Situation eines einzelnen Arztes oder einer Facharztgruppe. Von daher seien für die rechtliche Bewertung nicht (allein) die Zahlen eines Klägers aus einer Facharztgruppe erheblich. Im Übrigen sei der Honoraransatz der Einzelpraxen nicht einheitlich und es sei dem Sozialgericht auch nicht ersichtlich, dass die radiologische Versorgungssituation am Zusammenbrechen sei.

Hieraus folge auch, dass ein Anspruch des einzelnen Arztes auf ein garantiertes Arzteinkommen nicht bestehe. Soweit solche Überlegungen in die Berechnungen des EBM einfließen, dienten sie der Rationalität und Nachvollziehbarkeit der Bewertung einzelner Leistungen. Durch sie könnten aber keine rechtlichen Mindest- oder Garantieansprüche festgeschrieben werden. Hinzu komme, dass das individuelle Arzteinkommen von zusätzlichen Faktoren wie Patientenzulauf, Praxiskosten, Arbeitseinsatz und vieles mehr abhingen. Insoweit trage der einzelne Vertragsarzt im Rahmen seiner freiberuflichen Tätigkeit auch ein eigenes wirtschaftliches Risiko.

Nicht zu verkennen sei, dass der praxisindividuelle Punktwert der klägerischen Praxis zum Teil unterhalb der genannten Werte liege, worin eine Härte gesehen werden könne. Dabei habe jedoch nicht auf die Situation der klägerischen Praxis speziell abgestellt werden dürfen, sondern nur auf die Situation der gesamten Fachgruppe. Ursächlich sei letztlich der in den Gesamtverträgen zu beachtende Grundsatz der Beitragsstabilität gewesen. Diesen habe der Gesetzgeber jedoch ausdrücklich vorgegeben.

Bei der Kostenentscheidung hat das Sozialgericht berücksichtigt, dass die zunächst erhobene Untätigkeitsklage bzgl. des Honorarbescheides vom 25. März 1998 für das Quartal III/97 begründet gewesen sei, weil die Beklagte die Verzögerung zu vertreten gehabt habe.

In vergleichbarer Weise hat das Sozialgericht die Klageabweisung für sämtliche weiteren streitbefangenen Quartale (IV/97, I/98 und II/98) begründet. Betreffend das Quartal II/98 hat das Sozialgericht darauf hingewiesen, dass die Honoraruntergruppe 4.16 "Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner" mit 6,59 (Primärkassen) und 7,62 Pfennigen (Ersatzkassen) bemessen worden sei. Bei allen Punktwerten der Honorargruppe 4.16 habe es sich um die Punktwerte nach den Stützungsmaßnahmen auf Grund der Anlage 1 und 2 zu LZ 702 des HVM der Beklagten gehandelt. Im Ergebnis hätten diese somit lediglich um 10 v.H. unterhalb des Punktwerts gelegen, der sich für alle Honorargruppen der Gruppe 4 ergeben haben würde.

VII.

Gegen das dem Kläger am 20. Juli 2001 zugestellte Urteil hat dieser am 2. August 2001 beim Sozialgericht Frankfurt am Main Berufung eingelegt und diese wie folgt begründet (Schriftsatz vom 30. Juli 2001):

1.) Gegenstand des Klage- und damit auch des Berufungsverfahrens seien auch Entscheidungen der Beklagten, die auf LZ 607 HVM (Sonderzahlung) oder aber auch auf LZ 803 HVM (besondere Härte) gestützt werden könnten. Insoweit werde um die angemessene Vergütung für ein bestimmtes Quartal bzw. für je unterschiedliche Quartale gestritten.

2.) Durch die Bescheide der Beklagten würde dem Kläger keine angemessene Vergütung zugebilligt werden, auf die er jedoch einen Rechtsanspruch habe. Vertragsärzte hätten aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i.V.m. [§§ 72 Abs. 2](#), [85 Abs. 2 Satz 1](#) und [Abs. 4 SGB V](#) einen Rechtsanspruch auf eine angemessene Vergütung ihrer vertragsärztlichen Leistungen, wenn sie eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich geführte Praxis betrieben. Das Bundesverfassungsgericht habe dies seit Jahrzehnten hinsichtlich der Vergütung "öffentlich gebundener" Berufe anerkannt, u.a. für Notare, Rechtsanwälte, Konkursverwalter und weitere genannte Berufe (unter Bezugnahme auf Wimmer, in: NZS 1999, S. 480 ff.). Der Auffassung, dass dieser Grundsatz gegenüber der Zielsetzung des Grundsatzes der Beitragsstabilität zurückzutreten habe, vermöge die Klägerseite nicht zu folgen. Diesen Arztlohn habe der Kläger in den streitbefangenen Quartalen nicht erhalten. Ausweislich der Gewinn- und Verlustrechnung habe er im Quartal III/97 einen Verlust von 101.322,77 DM und im Quartal IV/97 von 173.046,83 DM und keinen Arztlohn erhalten. Ihm sei deshalb nach Prüfung durch die Geschäftsstelle Darmstadt wegen fehlender Wirtschaftlichkeitsreserven von der Beklagten ein Betrag von 200.000,- DM zur Verfügung gestellt worden, der nicht ausreiche (Beweis: Zeugnis Skiebe).

Die Beklagte habe selbst mit Rundschreiben vom 25. Juni 1998 zum Ausdruck gebracht, dass der ausgezahlte Punktwert trotz Stützung noch so niedrig sei, dass die wirtschaftliche Existenz vieler Praxen bedroht sei. Angemessen sei demgegenüber eine jährliche Vergütung von etwa 180.000 DM je Arzt nach Kostenausgleich, entsprechend 45.000 DM im Quartal. Diesen Arztlohn hätte der Kläger in den streitbefangenen

Quartalen nicht erhalten. Ausweislich der vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen hätten sich in den Quartalen III/97 bis II/98 entweder kein oder nur ein geringer Arztlohn ergeben, der weder dem zeitlichen Aufwand noch dem Unternehmerrisiko des Klägers gerecht werde. Zu Recht habe auch das Sozialgericht Magdeburg (Urteil vom 19. September 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; diese Ansicht werde tendenziell auch von Axer (in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, S. 184) sowie von Daubenbüchel (in: SGB 2001, S. 689 ff.) vertreten. Ab 1995 hätten die vertragsärztlichen Honorare in den alten Bundesländern nicht einmal mehr die Kosten der radiologischen/nuklearmedizinischen Praxen gedeckt, geschweige denn irgend einen "Arztlohn" übrig gelassen, wie durch neuere Erkenntnisse der KBV bestätigt werde (unter Hinweis auf Hamm, "Der Radiologe", 2002, Heft 4, S. 63 ff.).

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

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

Zu der Behauptung, die den radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Vertragsärzten in den streitbefangenen Quartalen von der Beklagten gezahlten Vergütungen hätten weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen "Arztlohn" übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxen gedeckt, müsse gegebenenfalls Beweis erhoben werden durch Einholung eines Sachverständigengutachtens (Klagebegründung vom 28. Januar 1999 und Sitzungsniederschrift vom 29. Januar 2003).

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

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

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

und Mitglieder der Beklagten leicht zu überschaubares Satzungswerk". Dies könne auch durch die Bekundungen des sachverständigen Zeugen H. K. (Beweiserhebung im Parallelverfahren - [L 7 KA 721/00](#) -) bestätigt werden. Dieser habe zahlreiche Regelungsmängel und unverständliche Regelungen benannt. Schließlich verstießen die "Grundsätze" auch gegen das Übermaßverbot; auch nach Erreichen des Höchstsatzes seien weitere volle Beiträge zu entrichten, was bedeute, dass der Vertragsarzt umso mehr in die EHV einzahle, je höher sein Umsatz und je länger er als Vertragsarzt tätig sei. Ferner stünden Versorgungsbeiträge und später zu gewährenden Versorgungsbezüge nicht in einem auch nur annähernd vertretbaren Verhältnis. Auch die Veröffentlichung der Regelungen zur EHV sei rechtswidrig wie in jedem Falle auch die entsprechende Satzungsregelung in § 28 der Hauptsatzung. Eine "alternative" Veröffentlichungsregelung, die mehrere Veröffentlichungswege möglich mache, sei unzulässig.

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

Rechtswidrig sei auch die Abzweigung 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 (Beweis: Amtliche Auskunft der Beklagten).

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

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

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

Zu der Behauptung, der Vorstand der Beklagten habe vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche des Klägers dessen Widerspruchsbegründungen weder im Original noch inhaltlich - sei es durch eine Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung - zur Kenntnis genommen, solle Beweis erhoben werden durch Parteivernehmung des 1. Vorsitzenden der Beklagten (Sitzungsniederschrift vom 29. Januar 2003).

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 Honorarersatzung 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 [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) Gebrauch gemacht werden sollen, um eine übermäßige Ausdehnung der Tätigkeit von Vertragsärzten zu verhüten. Vertragsärzte könnten eine übermäßige Ausdehnung jedoch nur dann vermeiden, wenn sie von den jeweils genannten Fallzahlgrenzen vorher Kenntnis erhielten; andernfalls führe die Regelung allein zu einer nachträglichen Honorarbegrenzungsmaßnahme; hierzu ermächtige [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) jedoch nicht.

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

Die Kassenärztlichen Vereinigungen entsprächen insoweit nicht den gebotenen verfassungsrechtlichen Anforderungen. Den Vertreterversammlungen fehle die notwendige demokratische Legitimation. Zu beanstanden sei auch, dass es an dem notwendigen Minderheitenschutz fehle. Die Delegation von Normsetzung in der Sozialversicherung habe ein "bedenkliches Ausmaß" erreicht. Dies führe dazu, dass der EBM keine ausreichende Ermächtigungsgrundlage habe, gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoße, der Normgeber des EBM rechtsstaatlich-demokratisch nicht legitimiert sei und auch gegen das Gebot der Normenklarheit verstoßen wird.

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

Der EBM sei rechtswidrig. Der EBM verstoße gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt und beruhe auf einer unzulänglichen

gesetzlichen Ermächtigungsgrundlage. Die 1997 geltenden Ermächtigungen für den EBM seien in [§ 87 Abs. 2](#) und 2a SGB V 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 Bewertungsausschuss 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. Grundrechtsrelevante Vorschriften müssten in ihren Voraussetzungen und ihrem Inhalt so klar formuliert sein, dass die Rechtslage für die Betroffenen ohne die Zuhilfenahme spezieller Erkenntnisse erkennbar sei und dass sie ihr Verhalten danach einrichten könnten. Insbesondere dürfe der wahre Regelungsgehalt nicht verschleiert werden. Je intensiver ein Grundrechtseingriff sei, desto höher seien die Anforderungen an das rechtsstaatliche Verständlichkeitsgebot.

Das Gebot der Normenklarheit werde insbesondere durch den EBM dadurch verletzt, dass die gesamten Vorschriften zur Budgetierung und hier insbesondere die vom EBM verwendeten Formeln für verständige und aufgeschlossene Vertragsärzte unverständlich seien. Dies führe zur Nichtigkeit des EBM mit der Folge, dass dieser auch nicht als Rechtsgrundlage für die Budgetierung dienen könne. Das wiederum habe Auswirkungen auf den Kläger, wenn dieser nicht zu den budgetierten Arztgruppen gehöre, 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 - unter Hinweis auf [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) -, müsse der Bewertungsausschuss den "Wert" aller im EBM aufgeführten vertragsärztlichen Leistungen rational ermitteln. Dieser "Wert" bestehe aus den für die jeweilige Leistung aufgewandten Kosten sowie aus einem anteiligen "Arztlohn". Wenn der Bewertungsausschuss diese Kosten nicht oder nicht für alle Arztgruppen oder nicht für alle Leistungen kenne, könne er die Proportionalität nicht herstellen, die das Gesetz zwingend verlange. Für diese Ermittlungen müssten notwendigerweise betriebswirtschaftliche Feststellungen getroffen und Erwägungen angestellt werden. Es möge sein, dass i.S. der Rechtsprechung des BSG (unter Hinweis auf [BSGE 83, S. 205](#), 208) auch weitere Gesichtspunkte hinzutreten müssten; unverzichtbar seien die Kostenermittlungen für alle Leistungspositionen. Für die hier streitbefangenen Quartale habe der Bewertungsausschuss keinerlei fachwissenschaftlich valide Kostenermittlungen zugrundegelegt. Dies ergebe sich aus der Entwicklung des EBM 1987 wie auch des EBM 1996. Dies werde bestätigt, wenn der Bewertungsausschuss seine Aufstellungsakten für den hier Geltung beanspruchenden EBM vorlege; alle Umstände sprächen dafür, dass der Bewertungsausschuss seiner Amtsermittlungspflicht nach [§ 20 SGB X](#) nicht entsprochen habe.

Hätte der Bewertungsausschuss die Darstellung der von der KBV angewandten Methodik zur orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation ärztlicher Leistungen bei der Bewertung der radiologisch-nuklearmedizinischen Leistungen im EBM tatsächlich zugrundegelegt, gingen die Beanstandungen des Klägers zu diesem Punkt ins Leere; dies sei jedoch nicht der Fall gewesen: Der Beigeladene habe nicht vorgetragen, dass der Bewertungsausschuss für diese Leistungen irgendwelche betriebswirtschaftlichen Kalkulationen vorgenommen habe; dies bestätige im Ergebnis die Beanstandung der Klägerseite. Es werde ausdrücklich bestritten, dass ein Gutachten vorgelegen habe, das auf statistisch-wissenschaftlich repräsentativen und damit verwertbaren Erhebungen der Kosten- und Zeitansätze beruhe habe. Es sei nicht zu erkennen, dass und wie die Kosten- und Zeitansätze erhoben worden seien. Es sei nicht erkennbar und nachvollziehbar, dass ein Gutachten vorgelegen habe, das sich auf Daten habe stützen können, die von der Honorarabteilung der KBV mit Bezug zu einer repräsentativen Kassenärztlichen Vereinigung zur Verfügung gestellt worden seien und von deren Richtigkeit und Eignung für die durchgeführte Modellrechnung ausgegangen worden sei. Ein Gutachten sei zudem weder dem Bewertungsausschuss noch seinem Arbeitsausschuss jemals vorgelegt worden. Weiterhin lasse sich die (anderweitig) vorgelegte orientierende betriebswirtschaftliche Kalkulation computertomografischer Leistungen, Stand 1994, weder einem Verfasser noch einem Zeitraum für die Erstellung zuordnen. Es werde bestritten, dass die Punktbewertung in der EBM-Fassung, die ab Quartal III/97 Geltung beansprucht habe, sich in irgendeiner Weise auf ein Gutachten von Professor Sieben gestützt hätte. Es werde auch bestritten, dass "Expertengespräche" - wie behauptet - stattgefunden hätten, die zur Grundlage der Bewertung hätten genommen werden können. Tatsachen habe der beigeladene Bewertungsausschuss nicht vorgetragen; Unterlagen, insbesondere Niederschriften des Bewertungsausschusses und seines Arbeitsausschusses scheine es nicht zu geben. Richtig sei allein, dass der Bewertungsausschuss die computertomografischen Leistungen so fortgeschrieben habe, wie sie im EBM 1987 vor 1996 bewertet worden seien. Dem EBM 1987 seien jedoch keinerlei betriebswirtschaftliche Ermittlungen vorangegangen. Die Bewertungen der radiologischen Leistungen im EBM könnten deshalb nur als "frei erfunden" bewertet werden und seien deshalb rechtswidrig.

Die Regelungen in Q 1 und R 1 EBM seien sachwidrig. Es werde bestritten, dass die Scan- bzw. Frequenzzahlen auf gutachtlichen Stellungnahmen von "Experten" beruht haben sollten; der Bewertungsausschuss habe hierzu auch keinerlei Ausführungen gemacht. 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 (Sitzungsniederschrift vom 29. Januar 2003).

Sach- und damit rechtswidrig sei auch die Definition des "Behandlungsfalles". Der Kläger habe in den in Frage stehenden Quartalen immer wieder Patienten mehrfach und bei wiederholter Untersuchung unentgeltlich untersuchen müssen. Die Auffassung des Bewertungsausschusses sei zudem fehlerhaft. Abzuheben sei nicht auf die Gesamtsumme der Scans bzw. Sequenzen, sondern nach § 21 Abs. 1 BMV-Ä darauf, ob derselbe Arzt in demselben Kalendervierteljahr bei demselben Patienten eine CT- bzw. MRT-Behandlung durchgeführt habe; diese Regelung sei nicht sachgerecht und infolgedessen rechtswidrig.

Der Kläger trägt weiter vor, der EBM treffe eine rechtswidrige Auswahl der budgetierten und der nichtbudgetierten Arztgruppen.

Gleichermaßen sei der HVM rechtswidrig. 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. Mit dem HVM werde zudem gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt verstoßen.

Fehlerhaft sei der HVM mit Bezug zu dem Kläger auch insoweit, als es an einer gesetzlichen Ermächtigung für die LZ 503 und die Anlage 3 zu LZ 702 fehle. Die Begrenzung der Honoraranforderung bei angeblich übermäßiger Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit (LZ 503) sei durch die Ermächtigung in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) nicht gedeckt. Zwar gestatte [§ 85 Abs. 4 Satz 4 SGB V](#) prinzipiell eine derartige Regelung. Unter der Überschrift der LZ 503 verberge sich jedoch in Wirklichkeit nichts anderes als die Bewirtschaftung der zu knappen Gesamtvergütung. Die Vorschrift ziele nicht darauf ab, die Vertragsärzte von einer "übermäßigen" Ausdehnung ihrer Tätigkeit abzuhalten, vielmehr lege diese Grenzwerte fest, weil keine ausreichenden Mittel vorhanden seien, um eine an sich und bis dahin auch nicht übermäßige Tätigkeit zu honorieren; eine solche Regelung sei jedoch gesetzlich nicht abgedeckt.

Eine Ermächtigungsgrundlage fehle auch für die arzt- bzw. praxisbezogene Budgetierung und Quotierung nach Anlage 3 zu LZ 702. Die fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderungen diene ebenfalls nicht der Verhütung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes, sondern der Mangelbewirtschaftung, was das Sozialgericht verkannt habe. Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) seien bei der Verteilung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen. Eine Ermächtigung, einen beschränkten Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen, wie das Sozialgericht zu Unrecht annehme, enthalte das SGB V 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.

Zu der Behauptung, die Vertreterversammlungen der Beklagten habe bei der Verabschiedung der in den streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt und sie habe auch über keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen verfügt, solle Beweis erhoben werden durch zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung.

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 These des Sozialgerichts, die Komplexität, Kompliziertheit und das Ineinandergreifen verschiedener Regelungsebenen im HVM seien kein besonderes Kennzeichen allein des Vertragsarztrechts, rechtfertigten diese Kompliziertheit und Unverständlichkeit mitnichten. Unrichtig sei die Auffassung des Sozialgerichts, die Regelungsstrukturen des Honoraranspruchs für radiologische Praxen sei noch "eher einfach". Die betroffenen Ärzte müssten erkennen können, welche Teile des HVM konkret sie beträfen, da sie sonst die konkrete Anwendung nicht nachvollziehen könnten. Der HVM enthalte ein vierfaches ineinander verschachteltes Kürzungssystem: dieses beginne mit den allgemeinen Kürzungen nach LZ 503; schon diese könne ein Vertragsarzt letztlich nicht verstehen. Auf der Grundlage dieser Kürzungen finde möglicherweise eine fallzahlabhängige Bewertung der Honoraranforderungen nach Anlage 3 I. zu LZ 702 HVM. statt. Sodann fände nach II. eine Budgetierung der Honoraranforderungen bei denjenigen Ärzten statt, die nicht in die Maßnahmen nach LZ 208 einbezogen seien. Anschließend erfolge nach III. eine fallzahlabhängige Quotierung der Honoraranforderungen. Jede einzelne dieser Maßnahmen sei in ihrem Vollzug nach dem Text des HVM für Vertragsärzte nicht verständlich. Gänzlich unverständlich sei, wie diese Maßnahmen zusammenwirkten und worauf diese abzielten.

Der HVM 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 des Klägers, 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. Dem Sozialgericht, das annehme, dies sei durch die Satzungsautonomie der Beklagten gedeckt, könne nicht gefolgt werden. Diese Begründung trage nicht. 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. Die großen Abweichungen der effektiven Auszahlungswerte zwischen den einzelnen radiologischen Praxen hätten dazu geführt, dass die effektiven Auszahlungspunktwerte jeder einzelnen radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Vertragsarztpraxis im Bereich der Beklagten hiervon extrem abgewichen seien, 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. Insoweit bezöge sich der Kläger auf das Gutachten von Frau G. Kempny, das diese als Parteivortrag in der mündlichen Verhandlung im Parallelverfahren am 22. Mai 2002 erläutert habe. Darin werde nachgewiesen, dass die tatsächlichen Punktwertabsenkungen in den streitbefangenen Quartalen zu so massiven Ungleichheiten zwischen kostenträchtigen und mit geringen Kosten belasteten Arztgruppen führe, dass dies die Punktbewertungen des EBM geradezu auf den Kopf stelle; darin sei ein massiver Verstoß gegen den Gleichheitsgrundsatz zu sehen. Die gegen das Gutachten erhobenen Einwendungen des Sozialgerichts seien unverständlich; denn es werde durchaus der Nachweis geführt, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne. Entscheidend sei für den Kläger, dass der HVM das Bewertungsgefüge des EBM nicht unterlaufen und nicht konterkarieren dürfe, was der hier angewandte HVM jedoch bewirke. Mögen auch geringfügige Modifikationen im Hinblick auf die Bewertungen des EBM möglich sein, etwa die Zusammenfassung einzelner Gebührenpositionen zu Leistungsgruppen, so müsse es prinzipiell bei der gesetzlichen Konzeption bleiben, dass ärztliche Leistungen entsprechend ihrer Art und ihrem Umfang gleichmäßig zu vergüten seien.

Vornehmlich das Gutachten von Frau Kempny belege, dass eine ausgelastete Praxis mit durchschnittlicher Kostenlast nicht wirtschaftlich geführt werden könne. Der durchschnittliche Kostensatz für Radiologen bzw. Nuklearmediziner habe im Jahr 1994 6,78 Pfennige pro Punkt betragen. Selbst unter der Annahme, dass die Kosten seit 1994 nicht gestiegen seien, ergebe sich für die Primärkassen-Tätigkeit kein Ertrag und für die Ersatzkassen-Tätigkeit nur ein geringer Ertrag, der nicht geeignet sei, entsprechend dem Durchschnitt zu einer wirtschaftlichen Verfahrensweise zu gelangen. Im Übrigen werde dies auch durch eine parlamentarische Anfrage vor dem Hessischen Landtag (unter Bezugnahme auf LT-Drucksache 15/2716) belegt. Die steigende Mengenausweitung sei die wesentliche Ursache für das Absinken des Punktwertes. Die Mengenausweitung beruhe wesentlich auf der gestiegenen Fallzahl und diese sei bei einer nur auf Überweisung tätig werdenden Fachgruppe nicht beeinflussbar. Insoweit greife die Entscheidung des BSG (Urteile vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) -; [BSGE 80, S. 1](#)), wonach der Grund für die Mengenausweitung durchaus relevant sei. Führen die Aufträge der überweisenden Ärzte bei weitgehend nur auf Überweisung tätigen Arztgruppen zu einer Mengenausweitung, für die eine Mitverantwortung der Erbringer nicht bestehe, und komme es deshalb zu einem stärkeren Punktwertverfall als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen, treffe die Beklagte die Pflicht, die Honorarverteilung insoweit nachzubessern. In dieser Situation sei für den Kläger und seine Fachgruppe eine massive Ungleichbehandlung gegenüber Vertragsärzten gegeben, die weniger kostenträchtigen Facharztgruppen angehörten. Die so genannte 15 v.H.-Rechtsprechung des BSG ([BSGE 83, S. 1](#) ff., 5) bedürfe unter (nur) Einbeziehung der Ausführungen von Frau G. Kempny der Differenzierung. Abzuheben sei nicht auf den Punktwertabstand zwischen den Arztgruppen, sondern zusätzlich seien die sehr unterschiedlichen Kostenstrukturen in den einzelnen Arztgruppen zu betrachten. Diese Betrachtung ergebe, dass der HVM, auf dem die angefochtenen Honorarbescheide beruhten, nicht sachgerecht und damit gleichheitswidrig sei.

Der HVM 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. September 1999 - [B 6 KA 42/98 R](#) - sowie Clemens, MedR 2000, S. 20). Die Arztgruppe, welcher der Kläger angehöre, 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 in Anlage 2 zu LZ 702 HVM seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich handle 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. Hierzu solle Beweis erhoben werden durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens.

Unzulänglich seien die Regelungen des HVM auch, weil es an den notwendigen Bedarfsermittlungen für die Quartale III/97 bis II/98 fehle. Die von der Beklagten angewandte sog. Regressionsanalyse, also das Bezugnehmen auf frühere Quartale, sei finanzwissenschaftlich unzulässig; mit den vom Kläger 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. Erhöhung und Absenkung des Fallwertes im Abschnitt I. seien gleichfalls beliebig und rational nicht nachvollziehbar. Die Nicht-Vergütung bestimmter Honoraranteile in der Anlage II. 3. sei rechtswidrig und werde von [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) als Rechtsgrundlage nicht gedeckt.

Anlage I. 4. behandle Radiologen einerseits und Pathologen und Laborärzte andererseits ungleich, ohne dass es dafür einen Grund gebe. So weit das Sozialgericht in seinem Urteil einen sachlichen Grund annehme, sei dies nicht nachvollziehbar und werde beanstandet.

VIII.

Der Kläger hat im Klageverfahren und in der Berufungsbegründung (Schriftsatz vom 30. Juli 2001) die nachfolgend aufgeführten Beweisanträge gestellt und diese - als Hilfsantrag - in der mündlichen Verhandlung vom 29. Januar 2003 ausdrücklich wiederholt. Sie waren - auch - im vorliegenden Streitverfahren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Es solle Beweis erhoben werden über die Behauptungen des Klägers: - Der Kläger habe in den streitigen Quartalen eine voll ausgelastete, sparsam und wirtschaftlich betriebene vertragsärztliche Praxis geführt, durch Zeugnis Klaus Skiebe (Bl. 638 GA);

- die den radiologisch/nuklearmedizinisch (tätigen) Vertragsärzten im streitigen Quartal von der Beklagten gezahlten Vergütungen haben weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführter, voll ausgelasteter Vertragsarztpraxis keinen "Arztlohn" übriggelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxis gedeckt, durch Sachverständigengutachten (Bl. 640 GA);

- das Regelwerk zur EHV (Satzung) enthält schwerwiegende rentenmathematische Fehler zum Nachteil des Klägers, durch Sachverständigengutachten des Dipl.Math. H. K., K-Straße, K-Stadt (Bl. 645 GA);

- die Beklagte ist im Jahre 1997 aus einer für die (so genannte) "Ärztliche Stelle" eingegangenen selbstschuldnerischen Bürgschaft in Höhe von 2 Mio. DM in Anspruch genommen worden und dieser Betrag ist aus den Haushalten 1997/1998 bezahlt worden, durch Einholung einer Auskunft der Beklagten (Bl. 647 GA);

- der Vorstand der Beklagten hat vor seiner Beschlussfassung über den Widerspruch des Klägers dessen Widerspruchsbegründung weder im Original noch inhaltlich - sei es durch eine Vorlage, sei es durch mündlichen Vortrag der Geschäftsführung - zur Kenntnis genommen, durch

Parteivernehmung des ersten Vorsitzenden der Beklagten (Bl. 652 GA);

- bei den Sozialwahlen 1993 hat es 27 Wahlen mit Wahlhandlung und 1284 Friedenswahlen gegeben durch amtliche Auskunft des Bundesministeriums für Gesundheit (und Soziale Sicherung) (Bl. 669/670 GA)

- die Budgetgeber (des EBM 1997) haben nichts bewertet, weil sie über keinerlei - Informationen über den Wert der von ihnen eingeschränkten Leistungen verfügen, durch amtliche Auskunft des Beigeladenen (Bl. 674 GA);

- der Beigeladene hat keinerlei rechtlich verwertbare betriebswirtschaftliche oder statistik-wissenschaftliche Feststellungen zu denjenigen radiologisch/nuklearmedizinischen Leistungen getroffen, die er im EBM bepunktet hat, durch - Beiziehung der Kostenstrukturanalyse (zit. bei Hesral, NZS 2000, S. 596 ff., 597, Anm. 12), - Gutachten KMPG aus August 1997 (ebd., Anm. 14); - Gutachten Prof. Männel vom 12. 09.1997 (ebd., Anm. 16); sowie durch Beiziehung aller Aufstellungsakten des Beigeladenen über das Zustandekommen des EBM 1997 sowie aller Vorgängerregelungen (Bl. 678/679 GA);

- die in Abschnitt Q 1 und R 1 EBM (1997) als abrechnungsfähig angegebenen Scanzahl- und Sequenzzahlen reichen - auch unter Anlegung von Durchschnittlich- keitsmaßstäben - nicht aus, um den Versicherten diejenige Krankenbehandlung zukommen zu lassen, die notwendig ist, um unter Berücksichtigung des allgemei- nen anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse ihre Krankheit zu erkennen, durch Sachverständigengutachten (Bl. 680/681 GA);

- das Hessische Sozialministerium hat im konkreten Fall (HVM 1997) nicht nachgeprüft, ob der hier in Frage stehende HVM ordnungsgemäß zustandege- kommen ist (hinsichtlich ordnungsgemäßer Ladung der Vertreterversamm- lung, Ausfertigung der Beschlüsse, "Benehmen" mit den Verbänden der Krankenkassen) , durch amtliche Auskunft des Hessischen Sozialministeriums (Bl. 653/654 GA);

- die Vertreterversammlung der Beklagten hat bei der Verabschiedung der im streitigen Zeitraum Geltung beanspruchenden Fassungen des HVM keinerlei Kenntnis über die Praxiskosten und die Ertragssituation radiologischer und nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt; sie hat auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen gehabt, durch Vernehmung des damaligen Vorsitzenden Dr. B., als Zeugen (Bl. 658/659 GA);

- der HVM bewirkt, daß radiologische Leistungen mit Differenzen von mehr - als 30 v.H. ungleich vergütet werden, je nachdem, ob es sich um einen Radiologen - oder um einen Teilradiologen handelt, durch amtliche Auskunft der Beklagten (Bl. 683 GA);

- die effektiven Auszahlungspunktwerte in den hier streitigen Quartalen sind ebenso extrem different wie in dem Quartal IV/1998, durch Vorlage der Auswertung der Beklagten (Bl. 686 GA);

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

durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens (Bl. 690/691 GA);

- für die Ungleichbehandlung der Pathologen (bzw.: Radiologen) gibt es einen (bzw. keinen) sachlichen Grund, durch Beibringung der (angeblichen) Vorlage vom 05.04.1997 seitens der Beklagten (Bl. 695 GA):

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 20. März 2001 sowie die Honorarbescheide der Beklagten vom 25. März 1998 (III/97), in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998, vom 23. Juni 1998 (IV/97) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Februar 1999 sowie die Honorarbescheide vom 3. August 1998 (I/98) und vom 28. Oktober 1998 (II/98), beide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. März 1999 sowie - für I/98 - in Gestalt des Bescheides vom 19. Dezember 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts hinsichtlich der Honorarforderung für die Quartale III/97 und IV/97 sowie I/98 und II/98 erneut zu bescheiden,
hilfsweise,
festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an ihn in den Quartalen III/97 bis II/98 5 v.H. für Zwecke der Erweiterten Honorarverteilung (EHV) einzubehalten.
weiter hilfsweise,
Beweis zu erheben nach Maßgabe der Berufungsbegründung im Schriftsatz vom 30. Juli 2001.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich auf das erstinstanzliche Urteil vom 20. März 2001, das sie im Ergebnis und in der Begründung für zutreffend hält. Ergänzend führt sie aus, dass § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen eine ausreichende Rechtsgrundlage für die EHV-Regelung biete. Dies gelte auch für den Zeitraum vor Inkrafttreten der (neuen) Regelung des § 9 der Grundsätze der EHV der Beklagten.

Entgegen der pauschalen Behauptung des Klägers sei auch die Widerspruchsentscheidung durch den Vorstand der Beklagten ergangen, wobei auch der Vortrag des Widerspruchsführers in vollem Umfang einbezogen worden sei.

Zu den vom Kläger hinsichtlich des formellen Zustandekommens des HVM aufgeworfenen Bedenken sei festzustellen, dass § 28 - nunmehr entsprechend § 30 - der (Haupt-) Satzung der Beklagten i.d.F. vom 2. September 2000, wonach Bekanntmachungen der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen und ihrer Gliederungen durch Rundschreiben oder durch Veröffentlichungen im "Hessischen Ärzteblatt" erfolgten,

keinen Bedenken begegne und rechtlich nicht zu beanstanden sei. Die dort getroffene alternative Bekanntmachungsregelung sei wirksam, da sie sowohl dem rechtsstaatlichen Publizitätsgebot als auch dem Bestimmtheitsgrundsatz in vollem Umfang genüge.

Die angefochtenen Honorarbescheide seien entgegen der Auffassung des Klägers auch nicht unter dem Gesichtspunkt einer angeblich fehlenden Genehmigung der Festsetzung der Umlage bzw. der Beiträge gemäß § 108 Satz 2 LHO rechtswidrig, da es einer solchen nicht bedürfe. Die Anwendung der Landeshaushaltsordnung wäre schon von vornherein durch die Sonderregelungen in § 112 Satz 3 LHO definitiv ausgeschlossen, da die Beklagte als sonstige Vereinigung auf dem Gebiet der Sozialversicherung die ihr nach [§ 72 Abs. 2 und Abs. 3 sowie § 75 SGB V](#) gesetzlich zugewiesenen Aufgaben wahrnehme und die Vorschriften der LHO danach ohnehin keine Anwendung auf sie fänden. Auch ungeachtet einer eindeutigen Ausschlussbestimmung wäre der sachliche Anwendungsbereich der Landeshaushaltsordnung nicht eröffnet, da selbst dann § 105 Abs. 1 LHO die Anwendbarkeit des § 108 Satz 2 LHO nur unter der Einschränkung erklären würde, dass nicht durch Gesetz oder auf Grund eines Gesetzes etwas anderes bestimmt sei. Eine solche anderweitige gesetzliche Bestimmung existiere über die genannte Vorschrift hinaus des weiteren in der Vorschrift des [§ 78 Abs. 3 SGB V](#), der die das Haushaltswesen betreffenden Bestimmungen des SGB IV für entsprechend anwendbar erkläre. In entsprechender Anwendung des [§ 70 Abs. 5 SGB IV](#) sei der Haushaltsplan spätestens zum 1. November vor Beginn des Kalenderjahres, für das er gelten solle, der Aufsichtsbehörde vorzulegen, wenn diese es verlange. Aufsichtsbehörde sei das Hessische Sozialministerium; eine zusätzliche Vorlage der festgesetzten Umlage bzw. Beiträge an das jeweilige Landesfinanzministerium sähen die entsprechend anwendbaren Regelungen des SGB IV jedoch gerade nicht vor.

Der Senat hat durch Beschluss vom 27. Dezember 2002 den Bewertungsausschuss beigegeben.

Der Beigeladene, der keinen Antrag stellt, hat im vorliegenden Verfahren auch keine eigene Stellungnahme abgegeben.

Wegen des Sach- und Streitstandes sowie des weiteren Vortrags der Beteiligten wird auf den Akteninhalt und insbesondere das schriftliche Vorbringen des Klägerbevollmächtigten sowie auf die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung am 29. Januar 2003 gewesen sind.

Ergänzend wird Bezug genommen auf das Vorbringen des Klägers in den Berufungsbegründungen weiterer Verfahren, die beim Senat anhängig gemacht worden sind (- [L 7 KA 212/00](#) - Schriftsatz vom 3. März 2000, Anlage zu Bl. 201 GA; - [L 7 KA 1440/00](#) -, Schriftsatz vom 22. November 2000, Anlage zu Bl. 328 GA; sowie - L 7 KA 165/91 - und 175/01 -, Schriftsatz vom 6. Februar 2001, Anlage zu Bl. 414 GA) und auf die Anfrage des Senats im Verfahren - [L 7 KA 707/00](#) - vom 11. Juli 2000 nebst Antwort des Klägerbevollmächtigten vom 21. Juli 2000 (Anlage zu Bl. 284 GA), die der Kläger auch zum vorliegenden Verfahren eingereicht hat.

Entscheidungsgründe:

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

I.

Die Berufung ist zulässig, denn sie ist form- und fristgerecht eingelegt worden ([§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#)) sowie an sich statthaft ([§§ 143 ff., 144 Abs. 1 SGG](#)).

II.

Die Berufung ist jedoch unbegründet; so weit mit ihr die Aufhebung des angefochtenen Urteils und der Honorarbescheide sowie der Widerspruchsbescheide und die erneute Bescheidung des Klägers unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts begehrt wird, hat das Sozialgericht die - verbundenen - Klagen zu Recht abgewiesen. Das Begehren auf Auszahlung eines höheren Honorars schließt mögliche Ansprüche aus Regelungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nach LZ 607 HVM sowie Härtere Regelungen nach LZ 803 HVM nicht ein, wie von den Beteiligten zudem klaggestellt worden ist.

Die Honorarbescheide vom 25. März 1998 (für das Quartal III/97); vom 23. Juni 1998 (für das Quartal IV/97), vom 3. August 1998 (für das Quartal I/98 - geändert durch Bescheid vom 19. Dezember 2000) und vom 28. Oktober 1998 (für das Quartal II/98) - in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 15. Dezember 1998 (III/97), vom 25. Februar 1999 (IV/97) sowie vom 22. März 1999 (I/98 und II/98) sind rechtmäßig und beschweren den Kläger nicht. Dieser hat keinen Anspruch auf Neubescheidung seines Honoraranspruchs.

III.

Die angefochtenen Honorar-Bescheide und Widerspruchsbescheide sind formell rechtmäßig.

1.) Die Honorarbescheide sind inhaltlich hinreichend bestimmt. 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 sind in der Festlegung der Honorarhöhe vollständig, klar und unzweideutig und zudem auch für den Kläger verständlich. Dabei ist im Hinblick auf [§ 33 Abs. 1 SGB X](#) nicht erheblich, inwieweit das Rechenwerk und damit der Begründungsteil des Verwaltungsaktes zu Recht beanstandet wird; jedenfalls wird die Regelungsaussage durch die Begründung und die Anlagen zu den Honorarbescheiden nicht in Frage gestellt.

2.) Die angefochtenen Honorarbescheide sind auch i.S. der Vorgaben des [§ 35 SGB X](#) ausreichend begründet. Ein schriftlicher Verwaltungsakt ist schriftlich zu begründen; in der Begründung sind die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitzuteilen, die die Behörde zu ihrer Entscheidung bewogen haben. Lediglich in den Ausnahmefällen des [§ 35 Abs. 2 SGB X](#) bedarf es keiner Begründung. Durch die Begründung soll der Adressat des Verwaltungsaktes, insbesondere hinsichtlich der ihn belastenden Teile, in die Lage versetzt

werden, seine Rechte sachgemäß wahrnehmen zu können. Das Begründungserfordernis soll zur besseren Transparenz des Verwaltungshandelns beitragen, überflüssigen Rechtsbehelfen vorbeugen, aber auch der Nachprüfung der Verwaltungsentscheidung durch Aufsichtsbehörden und Gerichte dienen (vgl. Engemann in von Wulffen, a.a.O., [§ 35 SGB X](#) RdNr. 2, unter Hinweis auf [BSGE 27, S. 34](#)). Honorarbescheide haben deshalb die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte darzulegen, wobei diese auch aus den Anlagen, wenn diese Bestandteile der Bescheide sind, folgen können. Die Anforderungen sind insoweit jedoch auf die wesentlichen Angaben begrenzt; nicht erforderlich ist es, dass im Einzelnen alle erheblichen Umstände, Zahlen und Beträge sowie rechtlichen Zusammenhänge erläutert werden (vgl. BSG, Urt. vom 3. Dezember 1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich der Anlagen entnommen und damit die Honorarfestsetzung in Verbindung mit weiteren Unterlagen nachvollziehbar überprüft werden können. Diesen Anforderungen entsprechen die Honorarbescheide.

Dem steht nicht entgegen, dass das Rechenwerk als solches für den Kläger möglicherweise nicht in vollem Umfang und ohne fremde Hilfe nachvollziehbar und überprüfbar ist. Darin ist noch kein Verstoß gegen das Begründungserfordernis nach [§ 35 SGB X](#) zu sehen. Die Honorarfestlegung unter Anwendung von EBM und HVM und verbunden mit verschiedenen Rechenschritten stellt eine zwangsläufig schwer verständliche Regelungsmaterie dar. Die Beklagte kann allerdings auch seitens der Vertragsärzte erwarten, dass diese sich spezifische Kenntnisse im Vertragsarztrecht verschaffen. Dies muss nicht zwingend durch Schulungsveranstaltungen oder Fortbildungsgelegenheiten seitens der Beklagten erfolgen, wie dies der Kläger anmahnt und beanstandet, dass die Beklagte entsprechende Angebote im Zusammenhang mit wesentlichen Änderungen der Honorarfestlegung ab 1. Juli 1997 nicht angeboten habe. Die Beklagte ist jedoch verpflichtet, auf Verlangen die nötigen Informationen zu geben; diese hat die Beklagte vorliegend jedoch nicht verweigert.

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

Das sozialgerichtliche Urteil, dessen Begründung sich der erkennende Senat insoweit unter Verweisung auf diese Gründe zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), hat die Nachvollziehbarkeit der Honorarrechnung eingehend dargelegt und damit belegt, dass alle wesentlichen Aussagen den Honorarbescheiden entnommen werden können. Die wesentlichen Angaben und Rechenoperationen sowie Teilergebnisse seien im Bescheid benannt worden und die Rechenschritte jedenfalls unter Beiziehung der Rechtsgrundlagen nachvollziehbar. Schließlich hat das BSG klargestellt, dass nicht alle für die Festlegung von Honorarentscheidungen maßgeblichen Umstände, - im zu entscheidenden Fall die Festlegung der individuellen Kontingentgrenze eines Vertragszahnarztes - Zahlen und Beträge im Bescheid bzw. in den Anlagen aufzuführen seien und darin kein Begründungsdefizit zu sehen sei (vgl. BSG, Urt. vom 3. Dezember 1997 - [6 RKA 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)).

3.) Mit den Honorarbescheiden hat die Beklagte auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) verstoßen. Bevor ein Verwaltungsakt erlassen wird, der in die Rechte eines Beteiligten eingreift, ist diesem Gelegenheit zu geben, sich zu den für die Entscheidung erheblichen Tatsachen zu äußern ([§ 24 SGB X](#)). Die Pflicht zur Anhörung besteht insbesondere, wenn in die Rechte eines Beteiligten eingegriffen wird; deshalb erscheint bereits die Anwendung der Regelung im Hinblick darauf, dass die Honorarbescheide Leistungsbescheide sind, fraglich. Für den Bereich des Arbeitslosenversicherungsrechts hat dies das BSG mit Urteil vom 29. November 1990 (- [7 RAR 6/90](#) - [SozR 3-4100 § 139a Nr. 1](#)) über den Regelungsbereich dieses Rechtsgebiets hinaus klar zum Ausdruck gebracht.

Der Kläger hatte bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme und damit zur Wahrung seines Anspruchs auf rechtliches Gehör gehabt, so weit dieses zugleich auch der Regelung des [§ 24 Abs. 1 SGB X](#) entnommen werden kann. Selbst wenn ein Anhörungsfehler vorgelegen hätte, wäre dieser gem. [§ 41 Abs. 1 Nr. 3 SGB X](#) als geheilt anzusehen, wobei eine Heilung bis zur letzten Tatsacheninstanz eines sozialgerichtlichen Verfahrens möglich ist, [§ 41 Abs. 2 SGB X](#).

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

IV.

Die Honorarbescheide sind materiell-rechtlich und rechnerisch rechtmäßig und beruhen auf Rechtsgrundlagen, insbesondere auf dem EBM und einem HVM, die rechtlich nicht zu beanstanden sind.

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

beschränken.

V.

Der HVM ist, soweit dieser auf den Kläger anzuwenden ist, rechtmäßig.

1.) Dabei ist die Prüfung des erkennenden Senats i.S. des hier zu gewährenden Individualrechtsschutzes auf die Fragen, vornehmlich im Zusammenhang mit dem HVM (im Übrigen auch bezüglich des EBM) begrenzt, soweit diese das Honorar des Klägers im Zusammenhang mit den angefochtenen Honorarbescheiden betreffen. Demgegenüber unterliegt hier der HVM (wie auch der EBM) keiner generellen Überprüfung i.S. einer abstrakten Normenkontrolle bzw. einer - schon verfahrenstechnisch unzulässigen - Popularklage. Die Überprüfung des erkennenden Senats hatte deshalb keine Regelungen einzubeziehen, von denen der Kläger konkret nicht betroffen ist. 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 dem Kläger auch geltend gemacht werden, war dies im Hinblick auf den Streitgegenstand abzugrenzen. Mittelbar wirkt sich jede Honorarbewilligung und Honorarberechnung bezüglich anderer Ärzte, insbesondere auch solchen aus anderen Arztgruppen, auch auf die Honorarhöhe des Klägers aus. Insoweit kann dem Kläger jedoch keine Überprüfungsbefugnis im sozialgerichtlichen Verfahren gegeben werden, die letztlich auf eine abstrakte Normenkontrolle hinausläufe.

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

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

b) Von dem Kläger kann das "Herstellens des Benehmens" i.S. des [§ 85 Abs. 4 Satz 2 SGB V](#) nicht mit Erfolg in Frage gestellt werden. Wird dieses "Benehmen" nicht hergestellt, fehlt eine zwingende Gültigkeitsvoraussetzung des HVM mit der Folge, dass dieser nichtig ist. Grundsätzlich macht dies erforderlich, dass die Verbände der Krankenkassen vor der Beschlussfassung über den HVM zu dieser Stellung nehmen und eventuell vorgebrachte Bedenken in die Entscheidungsfindung Eingang finden können; zulässig ist jedoch auch ein "nachgeholtes" Herstellen des Benehmens, wie höchstrichterlich entschieden worden ist (vgl. hierzu näher BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Urt. vom 24. August 1994 - [6 RKA 15/93](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Urt. vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Insoweit ergeben sich in Übereinstimmung mit dem Vortrag der Beklagten keine Zweifel, dass das Benehmen hinsichtlich der HVM-Regelungen seit dem 1. Juli 1997 hinsichtlich der streitbefangenen Quartale hergestellt worden ist, wie insbesondere auch aus einer Notiz der Beklagten vom 5. November 1999 folgt. Es ist jeweils vollständig ein Benehmen hergestellt worden, teils vorab und teils nachträglich.

c) Auch die Beanstandungen, des Klägers hinsichtlich der Veröffentlichung des HVM greifen nicht, 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 Unterrichtung durch Rundschreiben (vgl. BSG, Urt. vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 68/94](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)) der Landesstelle der Beklagten als Anlage satzungsgemäß mit der Folge, dass auch eine wirksame Verkündung vorliegt.

d) Der hier angewandte HVM ist auch nicht deshalb unwirksam, wie der Kläger meint, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt worden sind. Auch für den HVM als Satzungsrecht gilt grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch gilt dies nur in dem Maße, in dem dies nach der Funktion des HVM tatsächlich geboten ist. Insoweit besteht ein wesentlicher Unterschied zum EBM, da dieser Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt. In dieser Funktion wird der EBM zur Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte und beeinflusst deren Entscheidungen und Leistungen unmittelbar.

Demgegenüber ist der HVM auf eine Verteilungssituation ausgerichtet und knüpft an die Verteilung der Gesamtvergütung an. Eine steuernde Wirkung auf das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes folgt daraus regelmäßig nur mittelbar, da die für die Höhe des Auszahlungspunktwertes maßgeblichen Parameter regelmäßig erst nach Quartalschluss überhaupt festgestellt werden können (vgl. auch Clemens, MedR 2000, S. 17, 22 mit Nachweisen zur höchstrichterlichen Rechtsprechung). Die Grenze rückwirkender Inkraftsetzung liegt jedoch darin, dass gezielt steuernd wirkende Honorarverteilungsregelungen, die einer Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes dienen sollen, den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt sein müssen, damit diese sich hierauf einstellen können (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze kann hier nicht von einer unzulässigen Rückwirkung des HVM betreffend die streitbefangenen Quartale ausgegangen werden. Die mit Wirkung zum 1. Juli 1997 rückwirkend in Kraft gesetzte Regelung des neuen Abschnitts I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM war bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 i.d.F. der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Honorarforderungen, die nicht in die Maßnahme nach LZ 208 HVM einbezogen seien, einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen seien und Einzelheiten hierzu in Kürze bekannt gegeben würden. Die streitbefangene HVM-Regelung hatte zudem nicht die Verhütung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes zum Ziel (und damit den Regelungsbereich der LZ 503 HVM) sondern die in den HVM übernommene sog. "EBM-Wippe" zur besseren Erfassung der Kostensituation kleiner Praxen (vgl. zum

Regelungsbereich BSG, Urt. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)); im Leitsatz zu der angeführten Entscheidung des BSG wird nicht nur die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 für rechtmäßig erachtet, sondern auch die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung 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.

4.) Die Regelung des HVM verstößt nicht gegen das Gebot der Normenklarheit. Dem Kläger ist zuzugeben, dass der Regelungsbereich des HVM komplex, kompliziert und schwierig ist, wie dies auch das Sozialgericht festgestellt hat. Die Regelung kann im Einzelfall auch unklar, vielleicht sogar widersprüchlich sein, weshalb jedoch der HVM insgesamt nicht als nichtig angesehen werden kann. Die Beklagte kann den HVM verwaltungsmäßig umsetzen und die Sozialgerichte können die Regelungen nachvollziehen. Den HVM klarer zu fassen, wird ein stetes Anliegen bleiben; der Vorwurf eines Verweisungswirrwarrs, wie ihn der Kläger erhebt, kann jedoch nicht nachvollzogen werden. Der Kläger hat sich zudem freiwillig in dieses Regelungssystem begeben und dieses ist zudem im Rahmen der ärztlichen Selbstverwaltung entstanden.

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

a) Die Rechtsetzungskompetenz ist dem Satzungsgeber in nicht zu beanstandender Weise übertragen worden. Der HVM trifft - hier ebenso wie der EBM - Berufsausübungsregelungen i. S. des [Art. 12 Abs. 1 GG](#), die sich erheblich auf die Berufsausübung der Vertragsärzte auswirken und in der Konsequenz von existenzieller Bedeutung werden können. Insoweit stellt [§ 85 SGB V](#) für den HVM (und entsprechend [§ 87 SGB V](#) für den EBM) eine ausreichende und hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage dar; wie die höchstrichterliche Rechtsprechung mehrfach bestätigt hat (vgl. mit zahlreichen Nachweisen Engelmann, in: NZS 2000, S. 1, 76). Dabei hatte der erkennende Senat nicht darüber 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.

b.) Ebenso wird von dem erkennenden Senat die Rechtmäßigkeit des HVM im Hinblick auf die demokratische Legitimation der Vertreterversammlung der Beklagten nicht in Frage gestellt. Insoweit ist - entgegen der Auffassung des Klägers - die Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder der Kassenärztlichen Vereinigungen, vgl. [§ 77 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#), im Hinblick auf [§ 80 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht zu beanstanden. Dies gilt schon deshalb, weil die Zahl der außerordentlichen Mitglieder in der Gewichtung deutlich gegenüber den ordentlichen Mitgliedern begrenzt ist. Die gesetzliche Ermächtigung hält sich innerhalb der Grenzen, die der Gesetzgeber - in Kenntnis der Mitwirkung der außerordentlichen Mitglieder - bei der Festlegung der Ermächtigungsnorm hatte.

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

7.) Der Senat teilt auch nicht die Auffassung des Klägers, 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).

a) 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. Februar 1995 - [6 RKA 27/93](#) - [SozR 3-2500 § 121 Nr. 1](#)). Die Angemessenheit der Vergütung ist zwar ein wichtiger Maßstab und Regelungsfaktor; der einzelne Vertragsarzt kann hieraus jedoch kein subjektives Recht herleiten. Das Bundessozialgericht stellt in seiner ständigen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 6/98](#) und - 8/98 - a.a.O.; Urt. vom 10. Mai 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. März 2001 - [1 BvR 491/96](#) - [SozR 3-5520 § 25 Nr. 4](#)) im Ergebnis ausdrücklich bestätigt. Legitime Gemeinwohlgründe von überragender Bedeutung können bei der Ausgestaltung des Berufsrechts der ärztlichen Leistungserbringer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch Regelungen rechtfertigen, die letztlich die Berufswahl betreffen und nicht nur die Berufsausübung. Darin kommt die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems für das Gemeinwohl zum Ausdruck. Die Finanzierbarkeit dieses Systems ist ein wichtiger Bestandteil, auch mit der Folge, dass der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten muss.

b) Der Kläger wendet insoweit ein, der Gesetzgeber habe verschiedene alternative Möglichkeiten, auch im Rahmen der Bindung an eine Gesamtvergütung dem vom Kläger geforderten Anspruch auf ein "angemessenes Arzthonorar" Rechnung zu tragen. Eine Möglichkeit könne sein, die Beiträge zur gesetzlichen Krankenversicherung zu erhöhen. Die Beklagte kann jedoch nicht gehalten sein, allein mit dieser Möglichkeit dem Anliegen der Vertragsärzte zu entsprechen und zugleich die Gesamtverantwortung für das soziale Sicherungssystem mit entsprechenden Auswirkungen auf den Wirtschafts- und Arbeitsbereich hintanzustellen; hierzu kann auch der Gesetzgeber nicht gezwungen sein. Die Gesamtverantwortung für die sozialen Sicherungssysteme lässt vielmehr erkennen, dass auch der Faktor des Beitragssatzes ein Kriterium des sozialen Sicherungssystems ist. Damit kann im Ergebnis weder aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) noch aus den Vorschriften des SGB V der Anspruch eines einzelnen Arztes auf ein "angemessenes Honorar" oder in abgeschwächter Form auf einen festen Punktwert hergeleitet werden.

c) Zwar folgt daraus nicht, dass der Gesetzgeber - und daraus abgeleitet der Satzungsgeber - eine unbegrenzte Regelungsbefugnis hat. Bei Berufsausübungsregelungen hat der Gesetzgeber wie auch der Normgeber auf Satzungsebene einen weiten Gestaltungsspielraum. Jede

Regelung muss jedoch durch sachgerechte und vernünftige Erwägungen gerechtfertigt sein. In dieser Einschränkung liegt zugleich auch eine Gewichtung; je stärker eine Regelung in Rechtspositionen des Einzelnen eingreift, konkret also Rechtspositionen des Arztes beeinträchtigt, desto stärker und gewichtiger müssen die Interessen des Gemeinwohls sein, um den Eingriff zu rechtfertigen (vgl. Nachweise der Rechtsprechung des 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.

d) Die Angemessenheit bzw. fehlende Angemessenheit der vertragsärztlichen Vergütung kann in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 8/99 R](#) - Kurzwiedergabe in [ZfS 2000, S. 141](#) und [SGb 2000, S. 256](#)) nur geltend gemacht werden, wenn das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes oder zumindest in Teilbereichen, etwa einer Facharztgruppe, so beeinträchtigt ist, dass auch die berufliche Existenz der in dem Versorgungssystem beteiligten Vertragsärzte gefährdet ist. Der Kläger trägt zwar erhebliche Belastungen durch die Honorarverteilungsregelungen vor; die Sicherstellung der Versorgung auch auf den Gebieten der Radiologie, Nuklearmedizin und Strahlenmedizin wird jedoch nicht in Frage gestellt. Mit dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urt. vom 20. Juni 2001 - [S 5 KA 01/99](#)) ist der erkennende Senat der Auffassung, dass entgegen der Auffassung des Klägers aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Indienstnahme Privater und deren Anspruch auf angemessene Entschädigung (vgl. Beschl. vom 13. Januar 1999 - [1 BvR 1309/95](#) - [NJW 1999, S. 1621](#)) kein Anspruch der Vertragsärzte auf ein angemessenes Honorar aus der vertragsärztlichen Tätigkeit hergeleitet werden kann. Es geht hier nicht um eine Entschädigung bzw. Vergütung isoliert zu betrachtender Einzelleistungen; Vertragsärzte sind - auf freiwilliger Basis - in das Gesamtsystem der vertragsärztlichen Versorgung und dessen Vergütung inkorporiert, sodass es nicht auf eine Einzelleistungsvergütung, sondern auf die Gesamthonorierung aller Leistungen des Leistungserbringers in einem bestimmten Zeitabschnitt ankommt. Muss das Gesamtvolumen der an alle Leistungserbringer zu verteilenden Vergütung aus gewichtigen Gründen des Gemeinwohls begrenzt werden, so fehlt es an einer entsprechenden Begrenzung bei denjenigen freien Berufen, wie etwa Rechtsanwälten oder Notaren, auf die sich der Kläger bezieht. Mangels Vergleichbarkeit können daher die von dem Kläger eingeführten Rechtsgrundsätze auf seine Rechtslage nicht übertragen werden. Vielmehr bleibt es dabei, dass ein Rechtsanspruch auf angemessene vertragsärztliche Vergütung nicht begründet ist. Es kann danach bei alledem in Bezug auf die Honorierung des Klägers auch kein Verstoß gegen die guten Sitten angenommen werden. Für die Sittenwidrigkeit der vertragsärztlichen Honorierung bestehen nach den insoweit maßgeblichen Rechtsgrundlagen keine Anhaltspunkte. Vorstellungen einer Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung, wie sie das Vertragsrecht prägen und auch für das Arbeitsrecht Geltung haben, können vor dem dargelegten Hintergrund verfassungskonformer Begrenzung der Gesamtvergütung nicht zur Anwendung kommen.

e) Fraglich erscheint auch, inwieweit das Verlangen nach einem angemessenen Honorar mit den Grundsätzen einer selbständig ausgeübten Tätigkeit im Einklang steht. Das Verlangen stellt vielmehr einen - möglicherweise nicht gewollten - Zusammenhang zum Arbeitsrecht her, gerichtet auf ein "angemessenes Arbeitsentgelt" (das aber erst als Ergebnis von Aushandlungsprozessen zwischen den Tarifparteien im Rahmen der diesen durch [Art. 9 Abs. 3 GG](#) gewährten Tarifautonomie zustande kommt). Der Beruf des Vertragsarztes wird jedoch als ein dem Grunde nach freier Beruf, verbunden mit unternehmerischen Entscheidungen und einer eigenständig verantwortete Kosten- und Leistungsrechnung geführt, wenngleich auch eingebunden in ein Vertragssystem, das die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in weitem Umfang gestaltet und sicherlich auch einengt. Es bleibt dabei dem Kläger allein überlassen, wie er die Praxis (auch im Hinblick auf laufende Kosten) organisiert, das Geräte- und Leistungsspektrum ausrichtet, welche Kooperationsformen er wählt, welche zusätzlichen Leistungen er anbieten kann und will und ob er z.B. Gutachtensaufträge (oder Aufträge im Rahmen von Begutachtungen) ausführt. Von solchen Entscheidungen und Bemühungen hängt unter anderem zwangsläufig die Kostenstruktur einer Praxis ab, wie bei steigendem Anteil nicht-vertragsärztlicher Leistungen der auf die vertragsärztliche Tätigkeit entfallende Kostenanteil sinkt - was nicht gleichbedeutend mit einer "Subventionierung" der vertragsärztlichen Tätigkeit (miss) zu verstehen ist.

Der Streit um die "Angemessenheit" der (auch der kassen- bzw. vertrags-) ärztlichen Vergütung reicht im übrigen weit zurück (vgl. dazu z.B. schon F. Naschold, Kassenärzte und Krankenversicherungsreform - Zu einer Theorie der Statuspolitik, Freiburg i.B. 1967, passim, z.B. S. 87, 98 f., 131 ff., 154 ff.). Vor diesem Hintergrund besteht heute, sowohl in der juristischen wie der (wissenschaftlichen) sozialpolitischen Diskussion ein weitreichender Konsens (trotz vielfältiger Kritik aus je unterschiedlichen Perspektiven, vor allem was Demokratiedefizite betrifft), dass es eine legitime (und von Verfassungen wegen legale) Aufgabe des parlamentarischen Gesetzgebers ist, im Rahmen der "gewachsenen" neokorporatistischen Strukturen des "Gesundheitssystems" Aushandlungsmechanismen einzurichten, in denen einerseits die komplexen und spezifischen Fachwissen verlangenden Fragen der medizinischen Versorgung nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft geklärt, andererseits aber auch die Interessen der Leistungserbringer zu einem Ausgleich mit den Belangen der Versicherten - den Beitragszahlern - und ihren Kassen gebracht werden können (vgl. R. Czada, "Korporatismus", in: D. Nohlen (Hg.), Lexikon der Politik, Bd. 3, "Die westlichen Länder" (hgg. von M.G. Schmidt) München (C.H. Beck) 1992, S. 218 ff. m.w.N. und Klaus Schubert (ks) "Korporatismus": in: D. Nohlen (Hg.) Lexikon der Politik, Bd. 7, "Politische Begriffe", (hgg. von D. Nohlen u.a.), München (C.H. Beck) 1998, S. 334 f. m.w.N.; grundlegend schon (vor dem "neo-corporatism turn"): F. Naschold, a.a.O. (1967) und dann: G. Lehmbuch, Liberal Corporatism and Party Government, in: Comparative Political Studies 10 (1977), S. 91-126; sowie (zum Meso-Korporatismus): Ph. Schmitter/G. Lehmbuch, Hg., Trends Towards Corporatist Intermediation, London u.a. 1979; U. v. Alemann, Neokorporatismus, Frankfurt a.M./New York N.Y. (Campus) 1985; W. Streeck/Ph. Schmitter, (Hg.) Private Interest Government: Beyond Market and State, London u.a. 1985; speziell für das "Gesundheitswesen" vgl.: H. Wiesenhal, Die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen, Frankfurt a.M./New York N.Y. (Campus) 1981; G. Gäfgen, Hg.; Neokorporatismus und Gesundheitswesen, Baden-Baden (Nomos) 1988 und J. Wasem, Sozialpolitische Grundlagen der gesetzlichen Krankenversicherung, in: Schulin (Hg.): Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd. I, Krankenversicherungsrecht, München (C.H. Beck) 1994 (zit.: HS-KV), § 3, Rdnr. 85 f., 166 m.w.N.; I. Ebsen, ebd., § 7, Rdnr. 48 ff.; H. Adam/K.-D. Henke, ebd., § 31 Rdnr. 12 ff. sowie K. Michelsen, Blockade oder Stabilisierungsfaktor? - Die Selbstverwaltung in der Kritik, in: H.-U. Deppe/W. Burkhardt, Hg., Solidarische Gesundheitspolitik, Hamburg 2002, S. 104 ff.). Auch der Honoraranspruch des Klägers kann sich deshalb nur nach den in diesen neo-korporatistischen Strukturen "ausgehandelten" bzw. erlassenen Normen des geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen bemessen, wobei, wie dargelegt und darzulegen sein wird, für die Aushandlungsmechanismen der vertragsärztlichen Vergütung ein

rechtsstaatlich und demokratisch (noch) hinnehmbarer gesetzlicher Rahmen gegeben ist. Der Honoraranspruch des Klägers bemisst sich deshalb nur nach dem geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen.

Auch eine weitere Sachaufklärung des Senats zur wirtschaftlichen Situation der konkreten (einzelnen) Praxis des Klägers in den vier streitbefangenen Quartalen war deshalb nicht geboten. Aus den vorgelegten Gewinn- und Verlustrechnungen ist noch nicht einmal ersichtlich, in welchen Umfang genau der Kläger außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung sonstige Einnahmen aus der ärztlichen Tätigkeit in eigener Praxis erzielt hat. Die Kenntnis dieser Relation ist aber erheblich für den Kostenanteil für private Behandlungen (etc.) und damit - wie ausgeführt - für die Kostenstruktur insgesamt. Einen Beweisbeschluss zur Offenlegung und Analyse sämtlicher Einnahmen aus der Praxis des Klägers über eine längere Zeitspanne - und zu deren Verwendung - hält der Senat nicht für geboten, da aus der Kenntnis der Daten einer einzelnen Praxis nicht auf die Gefährdung der Versorgung in einem ganzen Versorgungsbereich geschlossen werden könnte. Für solche Ausnahmesituationen - sollten sie vorliegen - hat die Beklagte die Möglichkeit, von Regelungen zur Sicherstellung oder aber dem Härteausgleich - gegebenenfalls in einem gesonderten Verwaltungsverfahren - Gebrauch zu machen. Es ist im Übrigen gerichtsbekannt - und auch den Beteiligten aus zahlreichen Parallelverfahren zugänglich - dass nach der Kostenstrukturanalyse des ZI (der KBV und der KVen) in den Jahren 1996 bis 1998 von Radiologen (in den alten Bundesländern) jährlich Gesamteinnahmen von durchschnittlich mehr als 1 Mio. DM erwirtschaftet worden sind, und dass davon ca. 76,41 % auf KV-Honorareinnahmen entfielen (bei Überschüssen aus KV-Tätigkeit von durchschnittlich rd. 163 TDM und von ca. 50 TDM aus sonstiger ärztlicher Tätigkeit). Der Betriebskostenanteil betrug dabei ca. 80 % der Gesamteinnahmen. Auch wenn der Repräsentationsgrad mit 1,42 % (alte Bundesländer) gering ist, geben die Zahlen hinreichend Anlass zu der Annahme, die Versorgung im Bereich der Radiologie könne nicht - generell - gefährdet sein. Jedenfalls hat der Kläger - außer der Kritik an der schmalen Datenbasis - keine substantiierten Darlegungen vorgetragen, auf Grund derer sich der Senat zu einer eigenen - flächendeckenden - Beweiserhebung hätte veranlasst sehen müssen. Der Kläger hätte es im Hinblick auf die Vielzahl der beim erkennenden Senat anhängigen Streitverfahren (die von denselben Prozessbevollmächtigten geführt werden) selbst in der Hand, durch Vorlage geprüfter und repräsentativer Auskünfte von einer Vielzahl von Fachkollegen die vorgetragene Behauptung zu erhärten, dass eine Mehrzahl radiologischer Praxen - jedenfalls aber derart viele - die vertragsärztliche Tätigkeit würden einstellen müssen und deshalb die Versorgung - auch in der Fläche - mit Leistungen der diagnostischen Radiologie, der MRT etc. gefährdet erscheine. Ermittlungen "ins Blaue" - oder gar einen "Ausforschungsbeweis" im Hinblick auf sämtliche Praxiseinnahmen und deren Verwendung sowie die Kostenkalkulation bei einer Vielzahl von radiologischer Praxen - sind nach dem zur Überzeugung des Senats (auch in der Fläche) gesicherten Versorgungsniveau nicht angezeigt. Die Beobachtung der Entwicklungen obliegt insoweit dem Normgeber - hier in erster Linie dem Beigeladenen. Es ist nicht erkennbar, dass er dieser Aufgabe nicht nachgekommen ist. Auch die Ausführungen in dem von dem Kläger vorgelegten Gutachten von Frau G. Kempny vom 2. November 1998 zwingen zu keiner anderen Betrachtung. Zwar erscheint die Annahme eines steigenden Kostenanteils bei sinkendem Punktwert zunächst plausibel. Nicht diskutiert wird aber die Frage, ob diese Annahme auch dann gilt, wenn der sinkende Punktwert auf einer Leistungsausweitung beruht, die wiederum zu einer Absenkung des Kostenanteils führen muss. Auch wird in dem Gutachten die - wie oben ausgeführt - für die Klärung der Kostenstruktur wichtige Frage nach dem Anteil privatärztlicher Tätigkeit weder gestellt noch diskutiert.

VI.

Auch der EBM ist, soweit er für die Honorarfestsetzung des Klägers maßgeblich ist (- wie der HVM aus den vorstehend dargelegten Gründen -) rechtlich nicht zu beanstanden. Die Regelungen des EBM entstammen - wie auch die des HVM - einem System autonomer Rechtssetzung im Rahmen der gesetzlichen Vorgaben.

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

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

3.) Der Kläger kann deshalb auch nicht mit dem Einwand überzeugen, die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM und ebenso auf einem HVM, die nicht sach-, system- und verteilungsgerecht seien. Insoweit verweist das Sozialgericht Frankfurt am Main zu Recht darauf, dass aus dem Rechtsstaatsprinzip keine allgemeine Verpflichtung für die Schaffung von Normen in dem Sinne folge, 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 (vgl. Beschl. vom 17. Juli 1996 - [2 BvF 2/93](#) - [BVerfGE 95, 1](#) ff. und weiteren Entscheidungen) kann keine entsprechende Verallgemeinerung hergeleitet werden, denn das Bundesverfassungsgericht hat sich jeweils mit konkreten und individuellen Einzelfallmaßnahmen befasst, die in Gesetzesform beschlossen worden waren, aber keines weiteren Vollzugsaktes mehr bedurft hätten. In den angeführten speziellen Fällen befand sich der Normgeber in der Rolle der vollziehenden Verwaltung und musste, wie sonstige Behörden auch, den erheblichen Sachverhalt vollständig und zutreffend ermitteln und seiner Entscheidung zugrunde legen. Beim EBM (und den HVMen) handelt es sich jedoch um generelle und abstrakter Regelungen, die im Einzelfall erst durch die KVen umgesetzt werden müssen.

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

a) Die Kostensätze, die dem EBM zugrundegelegt worden sind, beruhen auf einer Reihe von Gutachten und begleitenden gutachterlichen Stellungnahmen, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden sind, im Übrigen auch für den Bereich der Radiologie. Der Argumentation des Klägers, der Normgeber habe selbst Zweifel an der Datengrundlage gehabt, wenn Praxisbudgets für Radiologen in den EBM nicht aufgenommen worden seien, kann nicht gefolgt werden; maßgeblich war allein, dass keine Praxisbudgets für Arztgruppen gelten sollten, die nur auf Überweisung von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden können oder für die wegen des hohen Grades an Spezialisierung kein ausreichendes statistisches Material zur Ermittlung der Praxiskosten zur Verfügung stand; dabei ist bei den Radiologen aus den zuerst genannten Gründen - im Hinblick auf die Tätigkeit auf Überweisung hin - von der Einrichtung von Praxisbudgets abgesehen worden (vgl. BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 34](#)).

b) Wenn der Kläger beanstandet, den EBM-Regelungen hätten keine ausreichenden betriebs-wirtschaftlichen Daten zugrundegelegen und es seien vielmehr frühere Regelungen nach summarischer Prüfung fortgeschrieben worden, so überzeugt dieser Einwand für sich genommen nicht. Bei der Festlegung der bundesdurchschnittlichen Praxiskostensätze hat das BSG für die Berechnung der Praxisbudgets (hier für die Facharztgruppe der Hautärzte) festgestellt, dass es sich um normative Regelungen, nicht um Tatsachenfeststellungen handle (BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -). Auch wenn für den Bereich der Fachuntergruppe des Klägers Praxisbudgets nicht vorgesehen sind, kann dieser Rechtsprechung eine generelle Aussage entnommen werden. Der gegenteiligen Ansicht des Klägers, es liege insoweit die Feststellung von Tatsachen - wenn auch in normativer Gestalt - durch den Bewertungsausschuss vor, sodass kein Normsetzungs- bzw. Gestaltungsspielraum bestehe und die Richtigkeit der Kostenfeststellung gerichtlich voll zu überprüfen sei - nötigenfalls mit Hilfe von Sachverständigengutachten -, so 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 (a.a.O.) 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. Mai 2002 (a.a.O.) - auch schon in anderem Zusammenhang, nämlich in seinen Urteilen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, von dem normativen Charakter der Kostensätze ausgegangen (unter Hinweis auf BSG in [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#) und [SozR 3-2500 § 85 Nr. 41](#)).

Das BSG (Urteil vom 15. Mai 2002, [a.a.O.](#)) kommt weiterhin zu der Feststellung, dass die Qualifizierung der Festlegung des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes als Normsetzung Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolldichte habe. Kommt dem Bewertungsausschuss wie jedem Normsetzer bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu (vgl. schon BSG in: [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#)), so ist diese von der Rechtsprechung zu respektieren und darf von ihr nur in Ausnahmefällen korrigiert werden. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers sei verstärkt zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar - Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit stünden (unter Hinweis auf Bundesverfassungsgericht in: [BVerfGE 81, S. 156](#) sowie BSG in: [SozR 2200 § 180 Nr. 37](#)) oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte geht, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen seien, (BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) - a.a.O. unter Hinweis auf [BVerfGE 68, S. 193](#) ff., 218 und - zuletzt [BVerfGE 103, S. 172](#) ff., 184 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 ist und inhaltlich darauf, ob seine Festsetzung frei von Willkür ist, d.h. ob er sich in sachgerechter Weise an Berechnungen des Kostensatzes aus dem Jahre 1994 orientiert hat und ob sich seine Festsetzung innerhalb des Spektrums der verschiedenen Erhebungsergebnisse hält (BSG Urt. vom 15. Mai 2002 [a.a.O.](#)). Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums dürfe er auch weitere Gesichtspunkte wie z.B. die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen oder Ähnliches berücksichtigen. Auf dieser Grundlage habe das BSG in früheren Entscheidungen das Vorliegen einer offensichtlichen Fehlbewertung etwa in dem Fall verneint, dass neuere statistische Erhebungen von dem normativ festgesetzten Kostensatz um 0,4 v.H. bzw. 3,2 v.H. abgewichen seien (vgl. BSG in: [SozR 3-2500 § 85 Nr. 41](#)).

5.) [§ 87 Abs. 2a SGB V](#) enthält eine ausreichende Ermächtigungsgrundlage für die Budgetierungsregelungen des EBM. [§ 87 Abs. 2a Satz 7](#) regelt, dass die Bewertung der von einem Vertragsarzt in einem bestimmten Zeitraum erbrachten Leistungen so festgelegt werden kann,

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

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

Im Rahmen dieser Regelungsbefugnis des Normgebers hält sich auch die Begrenzung der Scanzahl wie auch der Frequenzzahlbeschränkung. Die KBV hat mit dieser Begrenzung das Ziel verfolgt, worauf auch die Unterlagen des Beigeladenen hinweisen, einer medizinisch nicht begründbaren Mengenausweitung entgegenzuwirken. Der Kläger ist mit seiner durchschnittlichen Scanzahl in allen Verfahren jeweils zu 100% anerkannt worden, ohne letztlich Honorarverluste zu erleiden. Auch unter dem Gesichtspunkt, dass es sich hier um eine Anfangsregelung handelt, bedarf diese im Hinblick auf das Regelungsziel der Mengenbegrenzung vorliegend keiner weiteren Erörterung.

6.) Nicht zu beanstanden ist auch, dass der Begriff des Behandlungsfalles auf ein Quartal bezogen wird und nicht der konkrete Leistungsfall, mit der Folge, dass gegebenenfalls mehrere Untersuchungen in einem Quartal ohne weitere Abrechnungsmöglichkeit verbunden seien 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](#). Auch hiervon ist der Kläger - soweit erkennbar - nicht betroffen, weshalb dahingestellt bleiben kann, ob der Normgeber bereits ab 1. Juli 1997 insoweit für Radiologen eine von § 21 Abs. 1 BMV-Ä abweichende Regelung hätte vorsehen müssen.

VII.

1.) Bezüglich der 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. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#). Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind; den normsetzenden Körperschaften verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihnen ermöglicht, dem Sicherstellungsauftrag oder ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden (vgl. BSG, Urt. vom 31. Januar 2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#)). [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) berechtigt die KVen, die Honorarverteilung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten vorzunehmen wie auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat (vgl. BSG, Urt. vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB V](#) lässt eine nach Arztgruppen unterschiedliche Verteilung ausdrücklich zu. Werden Steuerungszwecke angestrebt, so ist die Bildung von Honorartöpfen für einzelne Leistungsbereiche zulässig; hierfür müssen jedoch sachliche Gründe gegeben sein (vgl. BSG, Urt. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 46/98 R](#) - und - 14/98 - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst (vgl. BSG, Urteil vom 3. März 1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)). Zulässiges Ziel der Bildung von festen Honorarkontingenten kann auch sein, die kontingentierten Leistungen vor dem Punktwertverfall zu schützen, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann (vgl. BSG, Urteil vom 9. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Zulässig und innerhalb des der KVen zustehenden Gestaltungsrahmens ist es hierbei auch, wenn die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festgeschrieben werden; durch eine solche Regelung wird vermieden, dass sich Leistungsausweitungen einer bestimmten Fachgruppe zwangsläufig auf andere Fachgruppen auswirken (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) sowie Urteil vom 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#)).

2.) Die Möglichkeit der Mengenbegrenzung durch die Bildung von Honorartöpfen ist auch bei überweisungsgebundenen Leistungen zulässig, wie dies 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. 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 (ebenso BSG, Urt. vom 28. Januar 1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -).

3.) Folge der Bildung von Honorartöpfen im HVM ist es, dass dies zu einer ungleichen Vergütung gleicher oder zumindest vergleichbarer Leistungen bei unterschiedlichen Arztgruppen führt, worin die Beanstandung des Klägers ihren Grund findet, dass die gleichen Leistungen bei Vollradiologen und Teilradiologen deutlich unterschiedlich honoriert würden. Diese Situation hätte sich im Übrigen auch zwischen

Radiologen ergeben, wenn den Vorstellungen des Klägers gefolgt würde, innerhalb der Untergruppe der Radiologen nochmals weitere Untergruppen zwischen verschiedenen Formen der Praxisführung und Gerätesausstattung vorzunehmen. Dass sich eine solche weitere Differenzierung schon im Hinblick auf die Erprobungsphase ab 1. Juli 1997 nicht empfohlen hätte und sich jedenfalls im Rahmen der Gestaltungsbefugnis des Normgebers hielt, ist bereits ausgeführt worden. Insoweit bedurfte es auch keiner weiteren Beweiserhebung i.S. des entsprechenden Beweisantrags des Klägers. Die Beklagte hat insoweit auch zu Recht vorgetragen, dass sich die Einrichtung von Honorarkontingenten in den Grenzen der Bewertungsvorgaben des EBM hält, der für alle Leistungen ein wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, da es sich insoweit nicht um Bewertungskorrekturen handelt, sondern um Honorarverteilungsregelungen, die aus anderen Gründen erfolgen.

4.) Der Normgeber kann jedoch unabhängig davon gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktwertergebnisse zwischen Ärzten, welche 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. September 1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#) m.w.N.). Unterschiedliche Auszahlungspunktwerte ergeben sich auch zwischen den einzelnen radiologischen Praxen innerhalb derselben Untergruppe, worauf der Kläger zu Recht hinweist. Diese Unterschiede sind jedoch Folge der unterschiedlichen Praxisausrichtung, wodurch das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt wird. Denn für die Bewertung der Verteilungsgerechtigkeit ist jeweils auf die Arztgruppe im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung abzustellen, nicht aber auf das Verhältnis der Ärzte dieser Gruppe untereinander, (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)). Deshalb lassen unterschiedliche Auszahlungspunktwerte, wie sie der Kläger beanstandet, nicht auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM schließen. Sind Schwankungen allerdings in einem erheblichem Maße zu beanstanden, besteht ausdrücklich die Möglichkeit, Schwankungen bzw. Härten, die aus nicht vorhersehbaren Praxisgegebenheiten folgen können, im Rahmen 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. April 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) - USK 99119). Die insoweit differenzierte Regelung im HVM kommt insbesondere dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit entgegen und ist somit geeignet, als Berufsausübungsregelung den Maßstäben des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zu entsprechen. 5.) Es besteht auch, in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung, kein zwingender Grund, Ärzte, die ausschließlich auf Überweisung anderer Ärzte tätig werden, von Maßnahmen der Mengenausweitung ausnehmen (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) -), auch deshalb, 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 der 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. August 1999 - [B 6 KA 46/98 R](#) - und - 14/98 R - a.a.O. sowie Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -). Die Honoraruntergruppe, der der Kläger angehört, erhält bei einer Abweichung vom mittleren Punktwert für die gesamte Honorargruppe 4 um 10 v.H. nach unten bereits zur Sicherstellung eines maximalen Punktwertabstandes von 10 v.H. Auffüllungsbeträge; entsprechende Stützungsmaßnahmen sind für alle streitbefangenen Quartale durchgeführt worden.

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

7.) Der Kläger kann auch nicht mit Erfolg beanstanden, dass der Bezug auf die Durchschnittszahlen der Fachgruppe durch Anknüpfung an ein Basisjahr erfolgt; diese Maßnahme ist - wie bereits ausgeführt - rechters, da andernfalls die Relationen zwischen den verschiedenen Arztgruppen nicht ausreichend kalkulierbar wären. Diese Regelungen sind ebenfalls vom 1. Juli 1997 an als Anfangsregelungen und Erprobungsregelungen für einen längeren Zeitraum vertretbar, wie dies insbesondere auch das BSG (vgl. Urteil vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -) für die Arztgruppe der Hautärzte im Hinblick auf die Bemessung von Praxisbudgets festgestellt hat; erst mit Wirkung vom 1. Januar 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, dies sei Aufgabe der obersten Bundesgerichte) verlangt worden.

Insbesondere die Begrenzung der Vergütungsansprüche durch eine individuelle Bemessungsgrundlage und Bemessungsgrenze, wie diese im Abschnitt II festgelegt ist, ist nicht zu beanstanden. Der eigene Praxisumsatz eines Arztes in der Vergangenheit stellt eine zulässige Anknüpfung dar, die dem Arzt die Möglichkeit der Planung und Kalkulation und zugleich einen Schutz gegen einen Punktwertverfall, der aus einer generellen Mengenausweitung der Fachgruppe folgen könnte, gibt. Demgegenüber musste der Einwand des Klägers, derartige Regelungen verstießen gegen Grundsätze der freien Praxisführung, zurückstehen. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat die individuelle Bemessungsgrenze grundsätzlich für zulässig erklärt (vgl. bereits BSG, Urt. vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21. Oktober 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. März 1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) -). Die Anknüpfung an eine individuelle Bemessungsgrenze eröffnet zugleich jedoch auch der Beklagten, Veränderungen i.S. einer zulässigen Mengenausweitung zu Gunsten des Arztes vorzusehen. Hierbei kann insbesondere die medizinische Entwicklung und der Bedarf an entsprechenden Leistungen, vornehmlich auch bei einer Tätigkeit auf Überweisung hin, sachgerecht berücksichtigt werden.

8.) Entsprechende Regelungen durfte die Beklagte auch bezüglich der Fallzahlgrenze vornehmen, die individuell für den einzelnen Arzt festgelegt wird und an die individuellen Abrechnungswerte vergangener Quartale i.S. einer individuellen Bemessungsgrenze anknüpfen. Diese Verfahrensweise findet ihre Grenze allerdings darin, dass Praxen mit einer unterdurchschnittlichen Fallzahl nicht daran gehindert werden dürfen, wenigstens einen durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erzielen; regelmäßig kann nur bei einer durchschnittlichen Auslastung ein durchschnittlicher individueller Kostensatz erreicht werden. Die Rechtsprechung hat dies mehrfach bestätigt (vgl. BSG, Urt. vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#) sowie Urt. vom 21. Oktober 1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) und Urt. vom 28. April 1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) -). Eine entsprechende Regelung ist in den HVM der Beklagten erst mit Wirkung vom 1. Juli 1999 aufgenommen worden; hierdurch und insbesondere durch die verzögerte Aufnahme ist der Kläger jedoch nicht beschwert.

Nur mittelbar beschwert ist der Kläger durch die im Abschnitt II Nr. 2 und Abschnitt III Nr. 1 enthaltenen Regelungen, die eine Besserstellung von neuen bzw. nur kürzere Zeit geführten Arztpraxen gegenüber eingeführten Arztpraxen vorsehen. Der Kläger muss jedenfalls gegen sich gelten lassen, dass es sich hierbei um eine zulässige Differenzierung handelt; der Schutz von Praxen in der Aufbauphase ist allgemein anerkannt (vgl. BSG, Urt. vom 28. April 1999 - [B 6 KA 63/98](#) -).

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

VIII.

1.) Aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist in Übereinstimmung mit dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urteil vom 20. Juni 2001 - [S 5 KA 1/99](#) -) kein Anspruch auf Gleichbehandlung mit anderen Arztgruppen in dem Sinne abzuleiten, dass ein Arzt aus einer vertragsärztlichen Tätigkeit, die mit vollem persönlichen Einsatz in einer voll ausgelasteten und in vollem Umfang betriebswirtschaftlich optimal geführten Praxis ausgeübt wird, immer 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. Januar 2000 - [B 6 KA 4/99](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 35](#) sowie Urt. vom 25. August 1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), ferner auch Urt. vom 20. Januar 1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#)). Diese Rechtsprechung orientiert sich maßgeblich an der Möglichkeit des Praxisüberschusses, d.h. am durchschnittlichen Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich des durchschnittlichen Praxiskostenaufwandes pro Jahr (vgl. BSG, Urt. vom 25. August 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.

2.) Soweit auf die Gewinnerzielungschancen in Verbindung mit einer Kostenstrukturanalyse abgestellt wird, sind die den Normgebern des EBM und - unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten - des HVM verfügbaren Daten begrenzt. Dies erscheint nicht ungewöhnlich und gibt für sich genommen noch keinen Anlass, eine Regelung deshalb außer Kraft zu setzen (vgl. BSG, Urt. vom 15. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -); diese Situation befreit jedoch die Normgeber nicht, die notwendigen Ermittlungen anzustellen beziehungsweise verfügbare Daten einzubeziehen; dies schließt auch die Möglichkeit ein, dass beobachtete Entwicklungen Anlass zu verstärkter Nachprüfung geben können, wie dies etwa das BSG für den Fall der Hautärzte hinsichtlich der Praxisbudgets nach dem EBM-Ä für die Zeit ab 1.1.2003 angemahnt hat. Nach den nach Aktenlage verfügbaren Erkenntnissen, über die die Beteiligten auch in Verbindung mit dem Verfahren vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urt. vom 20.6.2001 - [S 5 KA 01/99](#) -) durch ausdrückliche Bezugnahme auf die Berufungsschrift der Kläger verfügen können, ergibt sich (noch) keine zwingende Verpflichtung der Normgeber, entsprechenden Veränderungen im EBM oder HVM Rechnung zu tragen. Den Ergebnissen einer vom Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung durchgeführten Untersuchung, nämlich die Kostenstrukturanalyse in der Arztpraxis 1998 vom Juli 2000, ist zu entnehmen, dass Radiologen und Nuklearmediziner in Deutschland-West in den Jahren 1995 bis 1997 Betriebsausgaben im Schnitt von 80,4 v.H. des Gesamtumsatzes hatten. Das Einkommen aus vertragsärztlicher Tätigkeit vor Steuern und ohne Ausgaben für Sicherungsmaßnahmen im Alter und gegen Krankheit sowie im Zusammenhang mit der Tilgung von Praxiskrediten betrug für alle Ärzte im Jahre 1998 danach 153.402 DM, für die Gruppe der Fachärzte insgesamt 162.474 DM sowie speziell nur für die Radiologen 163.006 DM. Die empirische Grundlage dieser Daten wird vom Sozialgericht Frankfurt am Main (a.a.O.) aus überzeugenden Gründen für fragwürdig erachtet. Abweichende Ergebnisse sind den von der KBV herausgegebenen Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland, 1999, zu entnehmen. Die entsprechenden Zahlen ergeben für das Jahr 1999 Betriebskosten für Radiologen, gerechnet auf der Basis des Jahres 1997, in Höhe von 79,5 v.H.; hier wird ein Überschuss je Arzt im Jahresdurchschnitt 1995 bis 1997 für Radiologen einschließlich der Nuklearmediziner für Deutschland-West im Durchschnitt von 224.000 DM (bei einem Überschuss für alle Ärzte von 187.600 DM und nur für die Fachärzte von 201.400 DM) errechnet. Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat jedenfalls für das Jahr 1996 für den Bereich der Radiologen und Nuklearmediziner noch eine Situation angenommen, bei der mit vollem persönlichen Einsatz und optimaler wirtschaftlicher Praxisausrichtung eine existenzfähige Praxis geführt werden konnte (vgl. BSG, Urt. vom 3. März 1999 - [B 6 KA 7/98 R](#) - und - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)).

3.) Mit dem Sozialgericht hält der erkennende Senat ebenso die Umsetzung der EBM-Vorgaben in der ab 1. Juli 1997 geltenden HVM-Regelung, insbesondere unter dem Gesichtspunkt einer Anfangs- und Erprobungsregelung, für rechters. Der Normgeber des HVM hat insbesondere Interventionsmechanismen vorgesehen, die geeignet sind, Unzulänglichkeiten der Regelung auszugleichen, wie bereits ausgeführt worden ist. Dem steht nicht entgegen, dass der verfügbare Datenbestand (auch) für die Zeit bis zum 1. Juli 1997 wenig

aussagekräftig ist; für die Zeit ab 1. Juli 1997 ist eine in wesentlichen Teilen neue HVM-Regelung erfolgt, für die die Grundsätze, die für eine Erprobungszeit anerkannt sind, gelten.

Vornehmlich in der beschriebenen Situation ist der Normgeber des HVM - wie auch der Normgeber des EBM - gehalten, seiner Beobachtungs- und Prüfungspflicht zu entsprechen, aus der die Verpflichtung folgt, notwendige Korrekturen vorzunehmen. Diese Beobachtungspflicht hat die Rechtsprechung mehrfach festgestellt; Korrekturen sind etwa bei unzuträglichen Verwerfungen und unzumutbaren Auswirkungen für die betroffenen Ärzte geboten (vgl. BSG, Urteil vom 8. März 2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#); Urt. vom 31. Januar 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. Februar 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. März 1999 - [B 6 KA 56/97](#); Urt. vom 3. März 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. Mai 2002 (- [B 6 KA 33/01 R](#) -) zum Ausdruck kommt. In dieser Entscheidung ist eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses angenommen worden, angesichts der eingetretenen Entwicklung (nach einem Zeitraum von etwa fünf Jahren) in eine Überprüfung der Kostensätze einzutreten; zunehmend hätten sich Anhaltspunkte dafür ergeben, dass die realen Praxisverhältnisse, gemessen an den dargelegten Anforderungen, nicht mehr ausreichend berücksichtigt würden und im Verhältnis zu anderen Arztgruppen wesentliche Verschiebungen eingetreten sein könnten. Auch hier geht die Rechtsprechung noch von einer Übergangszeit bis zur zwingenden Erhebung entsprechender Daten und einem weiteren Zeitraum der Umsetzung (hier bis zum Quartal III/2003) aus, die jedenfalls keinen Anlass geben, für den hier streitbefangenen Zeitraum - Quartale III/97 bis II/98 - zwingend von einer fehlerhaften Datenbasis der Honorarverteilungsregelungen auszugehen.

4.) Etwas anders folgt auch nicht aus dem weiteren (bereits in einer mündlichen Verhandlung des Senats im Parallelverfahren am 22. Mai 2002 ergänzten) Parteivortrag in Bezug auf das Gutachten von Frau G. Kempny, auf das sich der Kläger beruft. 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. Mai 2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) -) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die Behauptung des Klägers einzubeziehen, EBM und HVM führten im Zusammenwirken dazu, dass keine leistungsproportionale Vergütung geleistet werde. Ein derzeit durchsetzbarer Anspruch folgt hieraus in Übereinstimmung mit der angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der erkennende Senat anschließt, nicht.

IX.

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

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

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

Die Abführung eines Gesamtbetrags an die EHV stellt damit eine besondere Form der Honorarverteilung dar, weshalb die Anforderungen, die an die Honorarverteilung schlechthin gestellt werden, auch für die Abführung der Aufwendungen hierfür gelten. Deshalb ist das Sozialgericht Frankfurt am Main (Urteil vom 20. Juni 2001 - [S 5 KA 1/99](#) -) in dem von dem Kläger für die Begründung der Berufung ausdrücklich in Bezug genommenen Verfahren zu Recht der Auffassung, dass für den Bereich der EHV keine strengeren Anforderungen verlangt werden dürfen. Dies rechtfertigt, § 8 des Gesetzes vom 22. Dezember 1953 als ausreichende Rechtsgrundlage anzusehen. Nicht zu beanstanden ist auch, dass die Umsetzung dieser Regelung der Selbstverwaltung überlassen wurde; die Umsetzung hat der erkennende Senat im Zusammenhang mit der Anwendung der Grundsätze der EHV auch für rechters erkannt (vgl. Hess. LSG, Urteil des erkennenden Senats vom 18. Oktober 2000 - [L 7 KA 277/00](#) -). Die Einwendungen des Klägers bezüglich der Normenklarheit wie auch des Parlaments- und Gesetzesvorbehalts sind deshalb auch mit den Gründen zurückzuweisen, wie diese bereits zum HVM - und vergleichbar zum EBM - angeführt worden sind. Dabei konnte sich der Senat von behaupteten Unklarheiten, für die der Kläger den im Wege des Parteivortrags im Parallelverfahren (- [L 7 KA 721/00](#) -) bereits früher gehörten Herrn K. benannt hat, nicht überzeugen. Auf die Fragen kommt es nicht entscheidungserheblich an, weshalb der Beweis nicht (erneut) zu erheben war. Auch für den EHV kann die Beklagte nämlich den ihr eingeräumten Gestaltungsspielraum in Anspruch nehmen. Deshalb war die Beklagte auch nicht gezwungen, teilweise oder vollständig

Möglichkeiten zur Befreiung von der EHV vorzusehen oder eine Sonderregelung für bestimmte Arztgruppen, etwa radiologische Praxen, zu treffen. Der Gestaltungsspielraum umfasst nicht nur die Frage der Abführung von Geldbeträgen, sondern auch den Leistungsbereich, da die Einrichtung des EHV nicht den engen Grenzen eines Versorgungswerkes unterliegt; deshalb war es der Beklagten gestattet, in dem vorgesehenen Umfang eine Umverteilungskomponente vorzunehmen. Dem EHV ist auch nicht mit versicherungsmathematischen Überlegungen mit Erfolg zu begegnen, da das Regelwerk nicht den zwingenden Grundsätzen von Leistung und Gegenleistung unterworfen ist; es konnte deshalb dahinstehen, inwieweit die Beanstandungen des Klägers insoweit durchgreifen.

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

X.

Schließlich sind auch die Einwendungen des Klägers gegen den Abzug von Verwaltungskosten und deren Verwendung nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zu rechtfertigen.

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

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

b) Einer Überprüfung durch den Kläger im Rahmen der Honorarstreitigkeit unterliegt auch nicht die Bildung von Rückstellungen, zu denen die Beklagte im Übrigen nach [§ 78 Abs. 3 Satz 3 SGB V](#) i.V.m. [§ 82 SGB IV](#) verpflichtet ist. Dies gilt ebenso für den Umfang der Rückstellungen und die damit angestrebten Zielsetzungen; so kann der 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 dem Kläger jedenfalls im Rahmen des Honorarstreitverfahrens nicht zur Überprüfung aus eigenem Recht gestellt werden kann.

XI.

Schließlich war keiner der vom Kläger gestellten Beweisanträge nach der vom erkennenden Senat vertretenen Rechtsauffassung erheblich, weshalb es auch keiner entsprechenden Ermittlungen durch das Gericht bedurfte.

XII.

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

1.) Der Kläger verkennt insoweit die engen Vorgaben, die in der jüngeren Rechtsprechung des BVerfG für die Richtervorlage nach [Art. 100 GG](#) gezogen worden sind. Zum Einen handelt es sich bei den vom Kläger in den konkreten Auswirkungen beanstandeten Normen (EBM und HVM) um untergesetzliches Recht, weshalb es zunächst den Gerichten obliegt, durch gesetzes- bzw. verfassungskonforme Auslegung rechtsstaatliche Maßstäbe umzusetzen und "praktische Konkordanz" bei der Interpretation herzustellen. Dieser Aufgabe hat sich das BSG - dem der Senat insoweit aus den oben im Einzelnen ausführlich dargelegten Gründen folgt - durch seine Rechtsprechung zur (begrenzten) Inhaltskontrolle von EBM und HVMen bereits unterzogen - insbesondere mit der an [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 3 Abs. 1 GG](#) orientierten Rechtsprechung zur Zulässigkeit von Berufsausübungsregelungen durch untergesetzliche Normen sowie zur Honorarverteilungsgerechtigkeit. Zum andern lassen sich die gesetzlichen Bestimmungen zur "Selbstverwaltung" in Bereich der

gesetzlichen Krankenversicherung mit übergeordnetem Verfassungsrecht vereinbaren - sowohl was die Einrichtung von Selbstverwaltungskörperschaften betrifft, als auch - jedenfalls bzgl. vertragsärztlicher Regelungen - soweit die Delegation zur Normsetzung an diese Körperschaften in Rede steht (grundlegend jetzt: P. Axer, Normsetzung der Exekutive ..., a.a.O.). Bevor eine Vorlage an das BVerfG nach [Art. 100 GG](#) überhaupt für zulässig erachtet wird, müssen sich die Instanzgerichte mit der Rechtsprechung des zuständigen obersten Bundesgerichts auseinandersetzen. Dies hat der Senat mit dem Ergebnis getan, dass er für die vorliegend in Streit stehenden Regelungen - untergesetzliche Normen des EBM und des HVM - und deren Zustandekommen von der Verfassungsmäßigkeit des Regelungswerkes - und insoweit auch der Vorschriften des SGB V - überzeugt ist. Dies gilt sowohl für die Legalität und Legitimität der Verfahrensregelungen - der Delegation von Normsetzung bzgl. der Festsetzung und Verteilung des Honorars für vertragsärztliche Tätigkeit - als auch im Bezug auf die Inhalte der für den vorliegenden Rechtsstreit entscheidungserheblichen - konkreten - Regelungen des SGB IV, des SGB V, des EBM und des HVM.

2.) Soweit der Kläger darüber hinaus meint, aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) unmittelbar einen - verfassungsrechtlich gestützten - Anspruch auf ein "angemessenes Honorar" in Höhe von 180.000 DM pro Jahr haben zu müssen, ist dem - ergänzend zu den oben bereits dargelegten Gründen - aus grundsätzlichen verfassungsinterpretatorischen Erwägungen entgegenzutreten. Verfassungsinterpretation und - wegen der knappen Formulierungen im GG - vor allem die Konkretisierung von Verfassungsnormen stellt sich - das hat K. Hesse bereits in der 1. Auflage seiner "Grundzüge des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland" (Karlsruhe 1967, § 2 III 2.) b), cc)) u.a. hervorgehoben - als ein Problem der Herstellung praktischer Konkordanz dar (vgl. auch ders., Grundzüge ..., 20. Aufl., Heidelberg (C.F. Müller) 1995, Rdnr. 70 ff., 72, 317 ff. sowie sich - zustimmend - darauf beziehend: E. Benda u.a. (Hg.), Handbuch des Verfassungsrechts der Bundesrepublik Deutschland, 2. Aufl., Berlin/New York N.Y. (W. de Gruyter) 1994, § 8 Rdnrn. 25 u. 43, § 19 Rdnrn. 33 u. 88, § 27 Rdnr. 10; Chr. Degenhart, Staatsrecht I, Heidelberg (C.F. Müller) 2002, Rdnrn. 6 u. 400; H. Maurer, Staatsrecht I., 3. Aufl. München (C.H.Beck) 2003, § 1 Rdnrn. 60 ff., 62, § 9 Rdnr. 60 - jeweils mit umfangreichen w.N. - insbesondere auch der Rspr. des BVerfG). Eine Auslegung des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) allein im Hinblick auf den " ...einzelne(n) (Arzt) und sein(en) Beruf" (vgl. die kritische Würdigung der Rechtsprechung des BVerfG aus soziologischer Sicht durch H.A. Hesse, in: AöR Bd. 95, S. 449 ff.) verfehlt gerade diese Aufgabe, "praktische Konkordanz" mit anderen Grundrechtspositionen herzustellen. Die Rechtsprechung des BSG zu den hoch bewerteten "Gemeinschaftsgütern" (sowohl zur Beitragsstabilität als auch - damit verbunden - zur Aufrechterhaltung eines bezahlbaren Systems der gesetzlichen Krankenversicherung) konkretisiert zugleich die Grundrechte der Beitragszahler in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) des SGB V - das sind (mit den Familienversicherten) rund 90 % der Bevölkerung - vor allem aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#). Die GKV des SGB V statuiert für die weit überwiegende Zahl der abhängig Beschäftigten und für einen darüber hinausgehenden ganz überwiegenden Teil der Bevölkerung eine Versicherungspflicht, von der es (bis zur durch überdurchschnittlich hohe Einkünfte definierten Pflichtversicherungsgrenze) keine Befreiungsmöglichkeiten gibt. Vor diesem Hintergrund müssen Äußerungen verstanden werden, wonach erwartet werden kann, dass unter der Geltung des GG "ein Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen" (Richter in des BVerfG Jäger) eingerichtet bleibt, der zugleich ein qualitativ hochstehendes Versorgungsniveau der Bevölkerung sicherstellt. Aufgabe des parlamentarischen Gesetzgebers ist es dabei, die - unter Umständen widerstreitenden - Interessen der (vor allem auch der pflicht-) versicherten Leistungsempfänger und ihrer Krankenkassen einerseits sowie die Interessen der Leistungserbringer andererseits zu einem angemessenen Ausgleich zu bringen. Dazu bedarf es sowohl der Institutionalisierung von Verfahren, in denen dies gelingen kann, als auch - notfalls - der "Steuerung" durch konkrete Ausgabenbegrenzungen oder anderweitige Vorgaben der Mengensteuerung oder der Leistungsbegrenzung etc. Dass in der parlamentarischen Demokratie dabei dem Gesetzgeber ein weiter Gestaltungsspielraum zukommen muss, ist in der Rechtsprechung des BVerfG immer wieder betont worden - und zwar sowohl bzgl. der Fragen einer angemessenen Regelung der Berufsausübung als auch bzgl. der Beachtung des Gleichheitsgrundsatzes - sei es bei der Verteilung knapper Güter und/oder beim Zugang zu Erwerbschancen. Der Senat vermag keine Verletzung des Grundrechts des Klägers aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) durch die gesetzlichen Bestimmungen zur Honorarermittlung und -verteilung des SGB V und des daraus abgeleiteten untergesetzlichen Satzungsrechts bzw. durch das Recht der Normverträge zu erkennen. Dem Kläger bleibt - grundsätzlich - im Rahmen der Möglichkeit, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen

und seine ärztliche Tätigkeit nicht auf die Behandlung von Privatpatienten zu beschränken, ausreichend Spielraum für eine auch auf Gewinnerzielung gerichtete ärztliche Tätigkeit. Der Senat hält die dem Zustandekommen und den Inhalten der Honorarregelungen zugrundeliegenden Vorschriften aus den oben ausführlich dargelegten Gründen für verfassungsgemäß, weshalb eine Aussetzung nach [Art. 100 GG](#) nicht in Betracht zu ziehen war.

3.) Inwieweit im konkreten Einzelfall aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung (oder wegen eines vom Kläger nicht zu vertretenden Härtefalles) eine weitere Entscheidung über ein - vom regulär errechneten Honorar abweichendes - zusätzliches Honorar zu treffen ist, muss - nach rechtskräftiger Feststellung des Honoraranspruch für die hier streitbefangenen Quartale - im noch schwebenden Verwaltungsverfahren geklärt werden. Im Rahmen dieses weiteren Verfahrens wird die Beklagte zu berücksichtigen haben, dass sie in dem Bescheid vom 27. Oktober 1998 dem Kläger zur Aufrechterhaltung seines Praxisbetriebes an einem bestimmten Zeitpunkt und für einen bestimmten Zeitraum einen zusätzlichen Betrag zur Verfügung gestellt hat - möglicherweise - um die Versorgung mit radiologischen Leistungen in einem bestimmten Gebiet sicherzustellen. Die abschließende Klärung dieser Fragen ist - nachdem die Beklagte den auf Vorschlag des Senats vermittelten Vergleich widerrufen hat - aus den eingangs der Entscheidungsgründe dargelegten Gesichtspunkten, denen sich nunmehr auch in übereinstimmenden Erklärungen Kläger und Beklagte angeschlossen haben, nicht Gegenstand des vorliegenden Verfahrens.

XIII.

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

2009-05-28