

L 7 KA 721/00

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
7

1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 27 KA 3670/98

Datum
14.04.2000
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 7 KA 721/00

Datum
16.10.2002
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 50/02 R
Datum
09.12.2004

Kategorie
Urteil

I. Die Berufungen der Kläger gegen die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 14. April 2000 und 23. Juli 2000 werden zurückgewiesen.

Die hilfsweise erhobene Feststellungsklage wird abgewiesen.

II. Die Kläger haben der Beklagten die außergerichtlichen Kosten der Berufungsinstanz 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 und IV/97 sowie II/98. Die Kläger sind als Fachärzte für Radiologie zur vertragsärztlichen Behandlung mit Praxissitz in Gelnhausen zugelassen.

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

Ab dem Quartal III/97 und damit einem vorliegend zugleich auch streitbefangenen Quartal nahm die Beklagte wiederum umfangreiche Änderungen des HVM in Bezug auf die Honorarverteilung und vornehmlich zur Honorarbegrenzung vor. Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 19. Juni 1997 wurde die Verteilung der Vergütungen in § 7 HVM geregelt, wobei sich dessen LZ 702 mit der Festlegung der Quoten (Punktwerte) befasst. In der Anlage zu LZ 702 werden 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. Die Gruppe der 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 ist 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 Honorarzahlungen für die einzelnen Honoraruntergruppen in den Quartalen I/95 bis IV/96. Hierbei ist eine besondere Stützungsregelung für Fachgruppen getroffen worden, die gem. LZ 204 b HVM nur auf Überweisung tätig werden können; diese erfasst die Radiologen, Strahlentherapeuten und Nuklearmediziner (Honoraruntergruppe 4.16) sowie weiter auch die zu der Honoraruntergruppe zählenden Pathologen und im Rahmen der gynäkologischen Einsende-Zytologie tätigen Ärzte (Honoraruntergruppe 4.15). Weicht der Verteilungswert in den genannten Honoraruntergruppen um mehr als zehn v.H. nach unten ab, sind

zur Sicherung des maximalen Punktwerteabstandes von zehn v.H. bei diesen Honoraruntergruppen Auffüllungsbeträge zu Lasten der gesamten Honorargruppe 4 vorab zur Verfügung zu stellen. Die Regelung führt dazu, dass damit anteilig die für alle Honoraruntergruppen zur Verfügung stehenden prozentualen Honoraranteile am Verteilungsbetrag gemindert werden. 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 i.d.F. vom 14. Juni 1997) ist 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 i.d.F. 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 Bezug genommen, vgl. EBM A I. Teil B Nr. 2, S. 16 f. Der Beschluss der Abgeordnetenversammlung der Beklagten vom 14. Juli 1997 wurde unter Bezugnahme auf § 28 der (Haupt-)Satzung (in der hier maßgeblichen Fassung) der Beklagten als Anlage als ein an alle niedergelassenen Vertragsärztinnen und Vertragsärzte in Hessen gerichtetes Rundschreiben der Landesstelle der Beklagten vom 24. Juni 1997 bekannt gemacht. § 28 der Satzung der Beklagten sieht vor, dass Bekanntmachungen der Beklagten und ihrer Gliederungen durch Rundschreiben oder durch Veröffentlichung im "Hessischen Ärzteblatt" zu erfolgen haben.

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 gleichfalls 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 - 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 werden 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. Im neuen Abschnitt IV werden Regelungen über eine Etikettierung von Leistungen der "roten Liste" bei den Arztgruppen, die den EBM-Praxisbudgetvorgaben unterliegen, getroffen.

Mit Beschluss der Abgeordnetenversammlung vom 20. Juli 1998 wurden Einzelpunkte der in den Anlagen 1, 2 und 3 zu LZ 702 HVM enthaltenen Regelungen 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 gleichfalls 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. Eine inhaltliche umfangreiche Änderung ist ab Quartal III/98 vorgenommen worden und damit für einen Abrechnungszeitraum, der vorliegend nicht streitbefangen ist.

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 gilt oder es werden für bestimmte Leistungen im Abschnitt III Ausnahmen festgelegt, etwa für die sogenannte "Große Psychotherapie". Auf die einschlägigen Regelungen wird Bezug genommen. 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 beschließen kann. Generell wird der Vorstand der Beklagten ermächtigt, Einzelheiten zur Durchführung der entsprechenden Honorarverteilungsbestimmungen zu regeln; Sonderregelungen sind schließlich auch für neue Praxen vorgesehen.

Mit Honorarbescheid vom 25. März 1998 setzte die Beklagte für das Quartal III/97 das Nettohonorar der Praxis der Kläger nach Abzug der Kosten für die Sicherstellung (in Höhe von 1.352,76 DM) und weiterer Verwaltungskosten (in Höhe von 10.563,25 DM) auf 438.938,49 DM fest. Von den angeforderten CT-Leistungen nach Nummern 5210 und 5211 EBM mit einem Volumen von 3.402.160 Punkten erkannte sie 3.338.880 Punkte an. Daraus ergab sich eine durchschnittliche Bewertung je Scan - bezogen auf 80 Punkte - von 98,14 v.H. Ferner nahm die Beklagte eine Bewertung der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der fallzahlabhängigen Bewertung nach Anlage 3 Abschnitt I zu LZ 702 HVM mit einem Bewertungsfaktor von 96,44 v.H. vor. Bei einem hierfür maßgeblichen Honorarvolumen von 676.211,95 DM und einer budgetrelevanten Fallzahl von 4.242 senkte sich der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 159,41 DM auf 153,73 DM, wodurch sich das angeforderte Honorarvolumen insgesamt um 24.005,52 DM verringerte. Aufgeteilt auf den Primärkassenbereich ergab dies einen Betrag von 14.641,23 DM und auf den Ersatzkassenbereich von 9.364,29 DM.

Gegen den Honorarbescheid legten die Kläger am 13. Mai 1998 Widerspruch ein. Mit diesem beehrten sie eine angemessene Vergütung bei gleichzeitiger Gewährung von Härtefallzahlungen nach Nr. 703 bzw. kumulativ oder alternativ Sonderzahlungen nach Nr. 607 HVM. Unter Hinweis auf eine vorgelegte Gewinn- und Verlustrechnung, die mit einem Überschuss von 30.762,60 DM abschloss, trugen sie vor, ihnen verbleibe für ihre ärztlichen Leistungen kein ausreichendes Honorar. Nach Ausgleich der Betriebsausgaben müsse ihnen nach Berechnungen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung - KBV - ein Honorar von 180.000 DM bzw. für zwei Ärzte von 360.000 DM jährlich verbleiben. Deshalb sei eine Nachzahlung von 59.237,39 DM für dieses Quartal angemessen. Dieses Verlangen werde durch [Art. 12 Grundgesetz - GG](#) - wie auch durch die vertragsärztlichen Bestimmungen des SGB V gestützt. Der Honorarbescheid sei auch deshalb rechtswidrig, weil der HVM bereits rechtswidrig sei. Für die Erteilung des Widerspruchsbescheides setzten die Kläger unter Hinweis auf eine sonst gebotene Untätigkeitsklage mit Schriftsatz vom 8. Juli 1998 eine Frist bis zum 10. Oktober 1998. Am 13. Oktober 1998 haben die Kläger Untätigkeitsklage erhoben.

Mit Honorarbescheid vom 26. Juni 1998 setzte die Beklagte für das Quartal IV/97 das Nettohonorar der klägerischen Praxis nach Abzug der Kosten für die Sicherstellung (in diesem Quartal 1.503,37 DM) und weiterer Verwaltungskosten (in diesem Quartal 11.741,03 DM) auf 487.875,45 DM fest. Von den angeforderten CT-Leistungen nach Nummern 5210 und 5211 EBM mit einem Volumen von 3.400.880 Punkten erkannte die Beklagte 3.333.600 Punkte an. Hieraus ergab sich eine durchschnittliche Bewertung je Scan, wiederum bezogen auf 80 Punkte, von 98,0217 v.H. bzw. 78,4 Punkte. Weiterhin nahm die Beklagte eine Bewertung der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der fallzahlabhängigen Bewertung nach Anlage 3 Abschnitt I LZ 702 HVM mit einem Bewertungsfaktor von 97,27 v.H. vor. Bei einem Honorarvolumen von 699.528,24 DM und einer budgetrelevanten Fallzahl von 4.448 senkte sich der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 157,27 DM auf 152,97 DM. Das angeforderte Honorarvolumen verringerte sich dadurch um 19.027,19 DM. Für den Primärkassenbereich ergab sich hieraus ein Anteil von 11.716,04 DM und für den Ersatzkassenbereich von 7.311,15 DM.

Die Kläger legten auch gegen den Honorarbescheid vom 24. Juli 1998 am 16. Juli 1998 Widerspruch ein und nahmen bezüglich der Begründung auf den Vortrag zum Quartal III/97 Bezug.

Beide Verfahren (Quartal III/97 und Quartal IV/97) wurden von der Beklagten verbunden und mit Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 1998, zugestellt am 17. Dezember 1998, zurückgewiesen. In der Begründung hierzu führte die Beklagte an, die Honorarbescheide verstießen nicht gegen den Grundsatz der Bestimmtheit. In Verbindung mit den beigelegten Anlagen könnten die Berechnungsschritte nachvollzogen werden. Auch der HVM genüge den rechtlichen Anforderungen und sei insbesondere auch unter dem Kriterium des Gleichbehandlungsgebotes nicht zu beanstanden. Ein weitergehender Anspruch könne nicht aus einem grundsätzlich anzuerkennenden Anspruch auf eine angemessene Vergütung hergeleitet werden. Auch aus einer mangelnden Rentabilität einer Arztpraxis oder eines speziellen Behandlungsbereichs ließen sich keine Rückschlüsse auf die Angemessenheit der Honorierung ziehen. Die Wirtschaftlichkeit einer Praxis zähle vielmehr zum typischen Berufsrisiko eines freiberuflich tätigen Arztes und entspreche dem Risiko eines Selbstständigen. Es sei weder Aufgabe der Beklagten, durch Umverteilung allen Vertragsärzten eine auskömmliche Praxis zu sichern, noch habe sie eine Fürsorgepflicht, dem Vertragsarzt die Sorge um die Existenz abzunehmen. Es bestehe keine Verpflichtung zur Leistung von Sonderzahlungen oder Ausgleichszahlungen. Maßnahmen zur Leistungsbegrenzung und zur Steuerung des Leistungsgeschehens seien zulässig; ebenso sei auch die nach dem HVM vorgesehene Teilquotierung nicht zu beanstanden. Anhaltspunkte dafür, dass eine zu niedrige Vergütung der ärztlichen Leistungen das vertragsärztliche Versorgungssystem als Ganzes und als deren Folge auch die berufliche Existenz der an dem Versorgungssystem teilnehmenden ärztlichen Leistungserbringern gefährde, seien weder dargetan noch sonst ersichtlich.

Mit Honorarbescheid vom 29. Oktober 1998 setzte die Beklagte für das Quartal II/98 das Nettohonorar der Praxis der Kläger nach Abzug der Kosten für die Sicherstellung (im Quartal II/98 1.442,57 DM) und weiterer Verwaltungskosten (in diesem Quartal 11.266 DM) auf 468.140,94 DM fest. Von den angeforderten CT-Leistungen nach Nummern 5210 und 5211 EBM mit einem Volumen von 3.306.080 Punkten erkannte sie 3.304.560 Punkte an. Hieraus ergab sich eine durchschnittliche Bewertung je Scan, jeweils bezogen auf 80 Punkte, von 97,8816 v.H. Weiterhin nahm die Beklagte eine Bewertung der budgetrelevanten Fälle der Arztpraxis im Rahmen der fallzahlabhängigen Bewertung nach Anlage 3 Abschnitt I zu LZ 702 HVM mit einem Bewertungsfaktor von 98,14 v.H. vor. Bei einem hierfür maßgeblichen Honorarvolumen von 685.366,83 DM und einer budgetrelevanten Fallzahl von 4.279 senkte sich der Fallwert des angeforderten Honorarvolumens von 160,17 DM auf 157,19 DM. Das angeforderte Honorarvolumen verringerte sich damit insgesamt um 12.679,28 DM, wovon auf den Primärkassenbereich ein Betrag von 7.865,38 DM und auf den Ersatzkassenbereich von 4.813,90 DM entfiel.

Gegen den Honorarbescheid legten die Kläger am 10. Dezember 1998 Widerspruch ein. Mit diesem machten sie wiederum einen Anspruch auf angemessene Vergütung unter Einbeziehung von Härtefallzahlungen bzw. Sonderzahlungen (Nr. 607 HVM) geltend. Unter Hinweis auf eine vorgelegte Gewinn- und Verlustrechnung, die mit einem Überschuss von 35.037,00 DM abgeschlossen hatte, trugen sie vor, ihnen sei für ihre ärztliche Leistung kein ausreichendes Honorar verbleiben. Nach Ausgleich der Betriebsausgaben müsse ihnen entsprechend den Berechnungen der KBV ein Honorar von 180.000 DM je Arzt jährlich verbleiben. Daraus folge ein Anspruch auf Nachzahlung eines Betrages von 54.963,00 DM für das streitbefangene Quartal. In der Begründung argumentierten die Kläger vergleichbar den streitbefangenen

Quartalen III und IV/97.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 28. Februar 2000, zugestellt am 1. März 2000, zurück. Dagegen haben die Kläger am 22. März 2000 Klage erhoben.

Gegen den Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 1998 betr. die Quartale III/97 und IV/97 haben die Kläger am 23. Dezember 1998 Klage erhoben, die Untätigkeitsklage betr. das Quartal III/97 auf eine kombinierte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage umgestellt. Sie haben vorgetragen, die Praxis sei in allen streitbefangenen Quartalen voll ausgelastet gewesen. Sie sei sparsam, wirtschaftlich und unter Ausnutzung aller denkbaren Rationalisierungsmöglichkeiten geführt worden. 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. Ferner werde der grundsätzlich bestehende Anspruch auf einen allgemeinen Arztlohn, der letztlich verfassungsrechtlich aus [Art. 12 GG](#) gesichert sei, nicht beachtet. Ein solcher Arztlohn sei jedenfalls in Höhe von 180.000 DM je Arzt jährlich anzuerkennen. Ein entsprechender, dem Arzt zustehender öffentlich-rechtlicher Leistungsanspruch folge auch aus [§§ 72 Abs. 2](#), von 80 Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Sozialgesetzbuch - Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V - wie auch aus Richterrecht. Dass diese Voraussetzungen im Ergebnis nicht mehr erfüllt seien, werde durch mehrere in Hessen geführte Praxen mit einer mit den Klägern vergleichbaren Aufgabenstellung belegt, deren Einnahmen generell als unauskömmlich anzusehen seien. Die Rechtsgrundlage für die Honorarabrechnung in Form von EBM und HVM verstießen 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 genügten 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 die Kläger bzw. vergleichbar tätige Ärzte nur auf Überweisung hin Leistungen erbrächten und auf die Mengendynamik damit keinen Einfluss hätten. 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 erweiterten Honorarverteilung 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.

Betreffend das Quartal II/98 haben die Kläger am 22. März 2000 Klage erhoben (Verfahren vor dem SG Frankfurt am Main unter dem Aktenzeichen S 27 KA 1058/00) und in der Begründung vergleichbar den bereits zuvor anhängig gemachten Verfahren betreffend die Quartale III/97 und IV/97 argumentiert.

Die Beklagte ist dem Vorbringen jeweils entgegengetreten und hat sich insbesondere gegen den Vorwurf der Verzögerung des Widerspruchsverfahrens gewandt; sie sei durch eine Flut von Widersprüchen in besonderem Maße belastet worden. Die Anwendung von EBM und HVM, von deren Rechtmäßigkeit auszugehen sei, sei hier nicht zu beanstanden. Auch das weitere Vorbringen der Kläger sei nicht geeignet, die Honorarfestlegung in Frage zu stellen.

Das Sozialgericht hat die Klage betreffend die Quartale III/97 und IV/97 mit Gerichtsbescheid vom 14. April 2000 abgewiesen und weiter entschieden, dass die Beklagte ein Viertel der notwendigen außergerichtlichen Kosten der Kläger zu tragen habe; eine Entscheidung betreffend die Erstattung von Kosten durch die Kläger ist nicht erfolgt. Die Klage betreffend das Quartal II/98 hat das Sozialgericht mit Gerichtsbescheid vom 23. Juli 2000 abgewiesen und weiter entschieden, dass die Kläger der Beklagten die notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten hätten.

Zur Begründung hat das Sozialgericht betreffend die Quartale III/97 und IV/97 angeführt, die Klage sei zulässig, jedoch nicht begründet. Gegenstand des Verfahrens seien ausschließlich die angefochtenen Bescheide, nicht jedoch die Entscheidungen über die klägerischen Anträge auf Härtefallzahlungen nach LZ 803 HVM bzw. kumulativ oder alternativ auf Sonderzahlungen nach LZ 607 HVM. Hierbei handele es sich um besondere Anspruchsgrundlagen, die rechtlich vom satzungsmäßigen Honoraranspruch zu unterscheiden seien. Entscheidungen über entsprechende Anträge könnten verfahrensrechtlich getrennt werden und seien bisher auch nicht rechtshängig geworden.

Die Honorarbescheide seien nicht zu beanstanden. Diese seien 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 beinhalteten, 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 der als Antrag aufzufassenden Abrechnung des Arztes nicht gefolgt werde, ergehe durch die Beklagte eine sachlich-rechnerische Berichtigung als gesonderter Bescheid oder aber als weiteres Begründungselement im Honorarbescheid, was vorliegend jedoch nicht der Fall sei. 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 Punktezah 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 keiner Teilbudgetierung nach dem EBM beziehungsweise LZ 208 HVM unterlägen, was bei radiologischen Praxen der Fall sei, 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 Punktezah ergebende Punktezahvolumen 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 sehe das Sozialgericht die Nachprüfbarkeit als gegeben an und damit auch den Bescheid als ausreichend begründet; Formfehler seien nicht feststellbar.

Die Verfahrensweise der Beklagten rechtfertigte auch nicht die Annahme eines Verstoßes gegen die Anhörungspflicht. Eine Anhörung sei, soweit sie für erforderlich gehalten werde, jedenfalls im Widerspruchsverfahren erfolgt.

Die Honorarbescheide seien auch materiell-rechtlich rechtmäßig. Die Bescheide seien 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 insbesondere auch unter Einbeziehung der höchstrichterlichen Rechtsprechung hierzu rechtmäßig, soweit dieser hier zur Anwendung komme. Honorarverteilungsregelungen einer KV seien nach den Vorgaben des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) zu messen, wobei bei der Verteilung der Gesamtvergütung Art und Umfang der Leistungen des Vertragsarztes zugrunde zu legen seien. Dieser Vorschrift könne nicht die Forderung entnommen werden, die Leistungen müssten nach ihrer Art und ihrem Umfang stets gleichmäßig, d.h. mit einem für alle Leistungen einheitlichen Punktwert honoriert werden. 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 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 (mit Nachweisen). Es liege in der Logik des Systems der Vergütung nach der Menge der erbrachten Einzelleistungen, dass durch eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Fachgruppen das bisherige Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zum Nachteil anderer Arztgruppen verändert werde. Deshalb sei es auch außerhalb der Zeiträume eines unmittelbar durch das Gesetz begrenzten Anstiegs der Gesamtvergütung sachgerecht und vom Gestaltungsspielraum der Kassenärztlichen Vereinigung 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 angegriffene HVM der Beklagten nicht zu beanstanden. Dieser sei formell und materiell rechtmäßig. Der HVM beruhe auf der Ermächtigungsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) und entspreche den Grundsätzen für Honorarverteilungsbestimmungen. Diese seien insbesondere auch mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) vereinbar, hier unter Hinweis auf BVerfG in [NJW 1972, S. 1509](#), 1510. Der HVM halte sich innerhalb der Gestaltungsfreiheit, die insbesondere die Rechtsprechung den Kassenärztlichen Vereinigungen 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 abgewickelte 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 (unter Hinweis auf einschlägige Rechtsprechung). Eine kurzfristige Inkraftsetzung eines neuen HVM, insbesondere 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 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 insbesondere sachgerecht und geboten gewesen, um einen Ausgleich zwischen großen und kleinen Praxen zu schaffen; die Regelung 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, vgl. [§ 87 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Zwar habe der Gesetzgeber eine Bindung an den HVM nicht vorgeschrieben, jedoch könne dem Satzungsgeber der Beklagten nicht verwehrt werden, auf die vom Gesetzgeber so 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.

Gleichfalls sei der EBM selbst nicht zu beanstanden. Das BSG habe den EBM und insbesondere sein Zustandekommen für rechtmäßig befunden. Es habe bereits mehrfach dargelegt, das vom Bewertungsausschuss bearbeitete System autonomer Leistungsbewertung könne seinen Zweck nur erfüllen, 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. Das gelte auch dann, wenn sich diese Vorstellungen auf betriebswirtschaftliche Gutachten gründeten, in denen eine günstigere Bewertung gefordert werde. Der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordere die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftliche 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 in den Fällen gelten, in denen 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 habe leiten lassen. Von solchen oder ähnlichen Fällen abgesehen, in denen die Überschreitung der Grenzen normativen Ermessens rechtlich fassbar werde, hätten auch die Gerichte die Regelungen des EBM als für sie maßgebend hinzunehmen (m.w.N., auch BSG in SozR 3-2500 § 85 SGB V Nr. 29).

Dieser Rechtsprechung folge das Sozialgericht. Im Übrigen sei nicht ersichtlich, welche einzelne Bestimmung des EBM ungenügend sein solle. Soweit im klägerischen Vortrag Abstufungsregelungen für Großgeräteleistungen angeführt würden, 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 (Abstufung). Für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum 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 scheidet 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, hier unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 3. März 1999 - B 6 KA 56/97 R und 15/98 R; BSGE 77, S. 288, 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.

Das Sozialgericht halte auch die Budgetierung bzw. Teilquotierung der Honorarforderungen nach der Anlage 3 zu LZ 702 HVM für rechtmäßig, soweit nicht ihre Rechtswidrigkeit zuvor festgestellt worden sei. 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. Das Sozialgericht habe im Übrigen ähnliche Regelungen in den Honorarverteilungsmaßstäben der Beklagten zu Vorläuferquartalen III/96 bis II/97 für rechtmäßig befunden, hier unter Hinweis auf Urt. vom 2.2.2000 - S 27 KA 3759/98 und S 27 KA 2162/99. An dieser Rechtsprechung werde festgehalten (mit Nachweis).

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 (wird ausgeführt). Wenn die Klägerseite Bestimmungen des EBM beanstandet habe, so sei nicht dargelegt worden, inwieweit diese Beanstandungen für den Honoraranspruch der klägerischen Praxis von Bedeutung gewesen seien. Ein solcher Zusammenhang sei auch nicht ersichtlich. Es könne auch nicht der Auffassung der Klägerseite gefolgt werden, es bestehe ein "Verweisungswirrwarr". Dies treffe insbesondere nicht für die im Vergleich zu anderen Arztgruppen eher einfache Regelungsstruktur des Honoraranspruchs der radiologischen Praxen zu. Entsprechende Verweisungen, wie sie hier vorgenommen worden seien, seien grundsätzlich zulässig.

In der Vorgehensweise der Beklagten sei auch kein Verstoß gegen das Gebot der Verteilungsgerechtigkeit zu sehen, wenn die Klägerseite behaupte, es werde keine "angemessene Vergütung" erzielt. Kein Vertragsarzt habe einen Anspruch auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert, weder darauf, dass sie mit dem gleichen Punktwert die Grundleistungen oder ebenso wie die Leistungen anderer Ärzte vergütet würden, noch darauf, dass alle auf Überweisung erbrachten Leistungen mit einem festen Punktwert vergütet würden, hier unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 3.3.1999 - B 6 KA 56/97 R. Das BSG sehe Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung im Regelfall erst dann, wenn der Punktwert der aus einem Honorarstopf 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 (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - B 6 KA 8/98 R) nicht beanstandet. 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 Kassenärztlichen Vereinigung. 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, hier unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [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 ein im Einzelfall sehr unterschiedliches Ergebnis.

Soweit in einem von den Klägern vorgelegten Gutachten von Frau G. K. 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, so habe sich das Sozialgericht dem nicht durchweg verschließen können. Allerdings fehle auch hierbei 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 habe den Klägern insoweit nicht folgen können, als die Beklagte rechtswidrig Abzüge von der Verteilungsmasse vorgenommen haben sollte. 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 Erweiterten Honorarverteilung (EHV), die auf ausreichender gesetzlicher Grundlage stünden (hier unter Hinweis auf § 8 Gesetz über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953, 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 31.3.1982 - L 7 Ka 703/79 sowie BSG, Urt. vom 11.12.1985 - [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 der Kläger 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, hier unter Hinweis auf [BSGE 75, S. 187](#), 191.

Anhaltspunkte dafür, dass der den angefochtenen Honorarbescheiden zu Grunde liegende HVM der Beklagten in diesem Sinne gegen das Gebot der angemessenen Vergütung ärztlicher Leistungen verstoße, seien seitens der Kläger weder substantiiert dargetan worden noch ersichtlich. Hiergegen sprächen bereits die von diesen 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 rechts-politische 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 sei die Zahl der Kläger aus einer Facharztgruppe für die rechtliche Bewertung nicht erheblich. Im Übrigen sei der Honoraransatz der Einzelpraxen nicht einheitlich und es sei dem Sozialgericht auch nicht ersichtlich, dass die radiologische Versorgungssituation am Zusammenbrechen sei.

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

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 habe das Sozialgericht zu berücksichtigen gehabt, dass die zunächst erhobene Untätigkeitsklage für das Quartal III/97 begründet gewesen sei. Die Verzögerung habe die Beklagte zu vertreten gehabt und diese könne sich nicht auf eine besondere mengenmäßige Belastung berufen, da diese seit längerer Zeit und vorhersehbar bestanden habe. Bei der Kostenentscheidung habe der geringere Streitwert einer Untätigkeitsklage angemessen berücksichtigt werden müssen.

In vergleichbarer Weise hat das Sozialgericht die Klageabweisung betreffend das Quartal II/98 mit Gerichtsbescheid vom 23. Juli 2000 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. Gegen den den Klägern spätestens am 27. April 2000 zugestellten Gerichtsbescheid betreffend die Quartale III/97 und IV/97 vom 14. April 2000 haben diese am 12. Mai 2000 Berufung eingelegt. Gegen den den Klägern am 24. August 2000 zugestellten Gerichtsbescheid betreffend das Quartal II/98 vom 23. Juli 2000 haben diese am 4. September 2000 Berufung eingelegt. Der erkennende Senat hat die Streitsachen betreffend die Quartale III/97 und IV/97 mit der Streitsache betreffend das Quartal II/98 (Az.: L 7 KA 1162/00) unter dem führenden Az.: [L 7 KA 721/00](#) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Die Berufung der Kläger wird wie folgt begründet:

Die Bescheide der Beklagten gewährten ihnen keine angemessene Vergütung, auf die sie einen Rechtsanspruch hätten. Vertragsärzte hätten aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. 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 von Wimmer in NZS 1999, S. 480). Der Auffassung, dass dieser Grundsatz gegenüber der Zielsetzung des Grundsatzes der Beitragsstabilität zurückzutreten habe, vermöge die Klägerseite nicht zu folgen. Diesen Arztlohn hätten die Kläger in den streitbefangenen Quartalen nicht erhalten. Ausweislich der Gewinn- und Verlustrechnung hätten diese im Quartal III/97 (zusammen) nur 30.762,61 DM und im Quartal IV/97 nur 50.092,71 DM erzielt. Für beide Quartale ergebe dies einen monatlichen Arztlohn von 6.737,00 DM (brutto vor Steuern), der weder dem zeitlichen Aufwand noch dem Unternehmerrisiko gerecht werde. 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.

Das Sozialgericht Magdeburg habe mit Urteil vom 19.9.2001 - S 7 KA 444/00 ein subjektives Recht aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#) auf ein Mindesteinkommen in Höhe des Gehaltes eines Oberarztes anerkannt; dies werde tendenziell auch von Axer in Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 2002, S. 184 sowie Daubenbüchel in SGB 2001, S. 689 ff. vertreten. 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 in Der Radiologe 2002, Heft 4, S. 63 ff.).

Ergänzend haben die Kläger zum Anspruch auf eine angemessene Vergütung vorgetragen, diese Rechtsposition könne auch nicht unter dem Gesichtspunkt der Beitragsstabilität eingeschränkt werden. Abweichend von der höchstrichterlichen Rechtsprechung sei die Funktionsfähigkeit des bestehenden Krankenversicherungssystems gegenüber den Vergütungsgrundrechten der Kläger von Verfassungswegen 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 (wird belegt), dass hier ausreichend Handlungsspielraum gegeben sei (Beweis: Sachverständigengutachten des Direktors des F. B. Instituts für Gesundheits-System-Forschung, K., Prof. Dr. F. B.). 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 anderweit Beweise erheben.

Wiederum ergänzend (Schriftsatz vom 12. September 2002) führen die Kläger an, einer Abhandlung von Richterin am BVerfG Renate Jaeger im Zusammenhang mit einem Symposium der Bertelsmann-Stiftung vom 15. Juni 2002 zu der Frage "Welches System der gesetzlichen Krankenversicherung wird durch das Grundgesetz geschützt?" sei zumindest die Tendenz zu entnehmen, den Leistungserbringern stehe ein verfassungsrechtlich gesicherter Anspruch auf angemessene Vergütung zu. Jedenfalls könne der vertragsärztliche Vergütungsanspruch nicht unter dem Gesichtspunkt der Beitragssatzstabilität eingeschränkt werden. Das Grundgesetz schütze kein bestimmtes System der gesetzlichen Krankenversicherung, wie dies für den Bereich der Rentenversicherung ([BVerfGE 100, S. 1](#), 39) und den Bereich der Pflegeversicherung (BVerfGE 33, S. 70) ausdrücklich festgestellt worden sei. Verfassungsrechtlich garantiert sei ein "Krankenversicherungsschutz zu bezahlbaren Konditionen" oder "ein wirtschaftlich gesundes Krankenhauswesen als Voraussetzung für eine bedarfsgerechte Krankenversorgung". Allein in diesem Sinne sei die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts von der Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung als hohes Gemeinschaftsgut zu verstehen. Der 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; zu deren Wahrung dürfe das Bundesverfassungsgericht nicht anstelle des Gesetzgebers tätig werden. Im Lichte dieser Auffassung sei die Ansicht des Bundessozialgerichts, der Gemeinwohlbelang, der gegen das Grundrecht auf angemessene Vergütung vertragsärztlicher Tätigkeit abzuwägen sei, sei der Schutz des bestehenden Systems der gesetzlichen Krankenversorgung vorrangig, könne nicht gefolgt werden.

Zu der Behauptung, die den radiologischen bzw. nuklearmedizinischen Vertragsärzten in den streitbefangenen Quartalen von der Beklagten gezahlten Vergütungen hätten weit überwiegend bei (unterstellt) sparsam und wirtschaftlich geführten, voll ausgelasteten Vertragsarztpraxen keinen "Arztlohn" übrig gelassen und nicht einmal die Kosten der vertragsärztlichen Praxen gedeckt, solle Beweis erhoben werden durch Einholung eines Sachverständigengutachtens (Schriftsatz vom 5. Juni 2001 und Sitzungsniederschrift vom 22. Mai 2002).

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 Erweiterten Honorarverteilung, der Abzug von Verwaltungskosten und die Abzweigung eines "Härtefalltopfs".

Der Abzug von Beiträgen zur Erweiterten Honorarverteilung 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, vgl. [§ 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 der Kläger nach [Art. 12 Abs. 1](#) und [Art. 14 Abs. 1 GG](#). Der Umstand, dass die Beklagte eine Körperschaft des öffentlichen Rechts sei ([§ 77 Abs. 5 SGB V](#)) reiche als Ermächtigungsgrundlage für den Erlass des EHVM nicht aus; die Entscheidung des BVerfG vom 28.6.2000 - [1 BvR 1136/96 - NZA 2000, S. 996](#) stehe dem nicht entgegen, sondern bestätigte die Auffassung der Kläger, weil die dort abgehandelte Zusatzversorgung der VBL auf einer umfassenden und korrekten Rechtsgrundlage beruhe. Als Rechtsgrundlage reiche auch § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22.12.1953 - 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 (unter Hinweis auf HessVGH, Urteil vom 16.3.1993 - [11 UE 895/91](#) und vom 14.5.1996 - [11 UE 1057/92 - AnwBl 1997, S. 117](#)). Letztlich erfolge ein Eingriff in wesentliche Rechtspositionen der Kläger auf Grund von zwei Worten des hessischen Gesetzgebers, nämlich auf Grund des Begriffs der "wirtschaftlichen Sicherung"; dies könne nicht rechtens sein. Zwar habe das Sozialgericht Frankfurt am Main wie auch der erkennende Senat die Grundsätze der EHV nicht in Frage gestellt und insoweit keine Bedenken angestellt; 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](#) gestürzt 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 22.12.1999). Dem erkennenden Senat könne nicht gefolgt werden, wenn dieser mit Urteil vom 18.10.2000 - [L 7 KA 277/00](#) zu der Feststellung gelangt sei, es handele sich um ein "vom Umfang her kleines und für die Betroffenen und Mitglieder der Beklagten leicht zu überschauendes Satzungswerk". Dies werde auch durch die Bekundungen des sachverständigen Zeugen H. K. bestätigt; auf das Ergebnis der Beweiserhebung werde Bezug genommen. 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 gewährende Versorgungsbezüge nicht in einem auch nur annähernd vertretbaren Verhältnis.

Ergänzend wird weiter vorgetragen, dass die Veröffentlichung der Regelungen zur EHV weiterhin für rechtswidrig gehalten werde; rechtswidrig sei 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 erhebe, die in einem Vomhundertsatz der abgerechneten Vergütungen bestehe. Dies reiche als Rechtsgrundlage für die Beitragserhebung jedoch nicht aus (mit Nachweis). 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.

Der Abzug von Verwaltungskosten sei auch rechtswidrig, weil für diese von der Vertreterversammlung festgesetzten Beiträge die nach § 108 Satz 2 LHO zwingend vorgeschriebene Genehmigung des Ministers der Finanzen fehle; darüber hinaus sei zweifelhaft, ob die Genehmigung des Sozialministeriums nach § 108 Abs. 1 Satz 1 LHO erteilt worden sei. Allein richtig sei der Hinweis der Beklagten zu § 112 Satz 1 LHO, weshalb der hieraus abgeleiteten Argumentation der Beklagten gefolgt werde (Schriftsatz vom 31. Juli 2002). 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, vgl. [§ 24 SGB X](#), rechtswidrig. Die Beanstandungen der Klägerseite gingen vornehmlich dahin, dass der Vorstand der Beklagten die Einwendungen der Kläger im Widerspruchsverfahren gar nicht zur Kenntnis genommen habe. 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.

Ergänzend wird von den Klägern hierzu vorgetragen (Schriftsatz vom 31. Juli 2002), dass auch im Hinblick auf den Vortrag der Beklagten weiterhin bestritten werde, dass dem Vorstand die Widerspruchsbegründungen bei seiner Entscheidung vorgelegen hätten oder mündlich zusammenfassend vorgetragen worden seien. Nachweise hierfür seien nicht vorgelegt worden. Vielmehr habe sich der Vorstand aus der Sicht der Kläger darauf beschränkt, dem Vorschlag der Geschäftsführung zu folgen und eine große Zahl von Widersprüchen, die die Geschäftsführung als unbegründet bezeichnet habe, zurückzuweisen.

Zu der Behauptung, der Vorstand der Beklagten habe vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche der Kläger deren 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 (Schriftsatz vom 5. Juni 2001 und Sitzungsniederschrift vom 22. Mai 2002).

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 Honorarssatzung 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 Einwendungen.

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. Ergänzend wird von den Klägern (Schriftsatz vom 12. September 2002 unter Hinweis auf einen Beitrag von Jaeger vom 15. Juni 2002) vorgetragen, die Delegation von Normsetzung in der Sozialversicherung habe ein "bedenkliches Ausmaß" erreicht (unter

Hinweis Jaeger a.a.O. S. 41). 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 habe; dies bestätige der Beitrag von Jaeger (a.a.O. S. 40, 41) insoweit, als festgestellt werde, dass das "dornenreiche und komplizierte Dickicht des Kassenarzt- und Krankenversicherungsrechts jede Steuerungsfunktion verloren habe, weil die Menschen es nicht mehr nachvollziehen könnten".

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 Sozialenwahlen 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.

Der EBM beruhe nicht auf einer hinlänglichen gesetzlichen Ermächtigung. 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 dürfte der wahre Regelungsgehalt nicht verschleiert werden. Je intensiver ein Grundrechtseingriff sei, desto höher seien die Anforderungen an das rechtsstaatliche Verständlichkeitsgebot.

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

Die Honorarbescheide beruhen 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 (wird ausgeführt). 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.

Im Hinblick auf die Stellungnahme des Beigeladenen (Schriftsatz vom 16. Mai 2002) wenden sich die Kläger gegen dessen Argumentation und Vorgehensweise. Hätte der Bewertungsausschuss die Darstellung der von der KBV angewandten Methodik zur orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulation ärztlicher Leistungen bei der Bewertung der radiologisch-nuklearmedizinischen Leistungen im EBM tatsächlich zugrundegelegt, gingen die Beanstandungen der Kläger zu diesem Punkt ins Leere; dies sei jedoch nicht der Fall gewesen, wie den Unterlagen der KBV (vorgelegt von Klägerseite mit Schriftsatz vom 14. Mai 2002) entnommen werden könne. Der Beigeladene trage selbst nicht vor, dass der Bewertungsausschuss für diese Leistungen irgendwelche betriebswirtschaftlichen Kalkulationen vorgenommene habe; im Ergebnis werde die Beanstandung der Klägerseite bestätigt. Es werde ausdrücklich bestritten, dass das Gutachten auf statistischwissenschaftlich repräsentativen und damit verwertbaren Erhebungen der Kosten- und Zeitansätze beruht habe. Es lasse nicht erkennen, dass und wie die Kosten- und Zeitansätze erhoben worden seien.

Die Ausgangsthese des Gutachters, er berufe sich auf Daten, 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 werde, sei nicht nachvollziehbar. Das Gutachten sei zudem weder dem Bewertungsausschuss noch seinem Arbeitsausschuss jemals vorgelegt worden. Weiterhin lasse sich die 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 das Gutachten von Professor Sieben oder auf die Anlagen 3 und 4 des Schriftsatzes des Bewertungsausschusses vom 7. Mai 2002 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 Darlegungen des Bewertungsausschusses entkräfteten die Auffassung, dass die Regelungen in Q 1 und R 1 sachwidrig seien, nicht. 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 (Schriftsatz vom 5. Juni 2001 und Sitzungsniederschrift vom 22. Mai 2002).

Weiterhin seien auch die Einwände der Kläger zum Begriff des "Behandlungsfalles" durch den Beigeladenen nicht entkräftet worden. Das von dem Beigeladenen angeführte virtuelle Beispiel ändere nichts daran, dass die Kläger Patienten in den in Frage stehenden Quartalen immer wieder unentgeltlich hätten 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.

Ergänzend (Schriftsatz vom 31. Juli 2002) wird auf die als Anlagen vorgelegten Anträge und Beschlussfassungen der Vertreterversammlung in den Jahren 1997 und 1998 verwiesen. Die Vertreterversammlung vom 26. Mai 1997 habe beschlossen, "die konventionell-pathologischen Leistungen im EBM betriebswirtschaftlich zu rechnen". Die KBV und der Bewertungsausschuss hätten diesen Beschluss ignoriert. Die Vertreterversammlung habe am 18. bzw. 19. Mai 1998 deshalb eine Rüge für den KBV-Vorstand beschlossen. Hierauf habe der Bewertungsausschuss nicht reagiert und auch in der Folgezeit keine Berechnungen angestellt. Die Bewertungen der radiologischen Leistungen im EBM könnten deshalb nur als "frei erfunden" bewertet werden und seien deshalb rechtswidrig.

Die Kläger tragen weiter vor, der EBM treffe eine rechtswidrige Auswahl der budgetierten und der nichtbudgetierten Arztgruppen.

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

Rechtswidrig sei auch die Definition des Begriffs "Behandlungsfall". Die Abrechnung nur eines Behandlungsfalles je Quartal i. S. von § 21 BMV-Ä sei sachwidrig und damit rechtswidrig. Die Regelung habe zur Folge, dass die betroffenen Radiologen - konkret auch die Kläger - einen Patienten mehrfach im Quartal behandeln müssten, und zwar das erste Mal gegen Vergütung und alle folgenden Male unentgeltlich. Dies komme etwa in Betracht, wenn der Patient einen anderen Vertragsarzt aufsuche und damit wiederholt entsprechende Untersuchungsleistungen durch die Kläger zu erbringen seien. Es gebe keinen sachlichen Grund dafür, unterschiedliche CT- und MRT-Leistungen an einem Patienten, wenn sie mehrfach im Quartal erfolgten, nicht mehr zu vergüten.

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 den Klägern 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.

Die Kläger rügen weiterhin betreffend die Festlegungen im HVM vorhandene rechtsstaatswidrige Lücken in der vorangehenden Sachverhaltsermittlung. Die Kläger nehmen vornehmlich auf den erstinstanzlichen Vortrag Bezug.

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 Ertragsituation radiologischer und

nuklearmedizinischer Vertragsärzte in ihrem Bezirk gehabt und sie habe auch keinerlei Informationen über die wirtschaftlichen Auswirkungen des von ihr beschlossenen HVM für diese Vertragsarztpraxen gehabt, solle Beweis erhoben werden durch zeugenschaftliche Vernehmung des damaligen Vorsitzenden der Vertreterversammlung, von der Beklagten zu benennen.

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 zu LZ 702 I. 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.

Ergänzend wird von den Klägern vorgetragen (Schriftsatz vom 12. September 2002), dass der Verstoß gegen das Gebot der Normenklarheit im Zusammenhang mit dem hier anzuwendenden HVM durchaus relevant sei, wie dies in einem Beitrag von Jaeger - vgl. Angaben zum EBM oben - vom 15. Juni 2002 a.a.O. ausdrücklich festgestellt worden sei.

Zu der Behauptung, die Beklagte habe vor und nach Inkrafttreten des in den fraglichen Quartalen Geltung beanspruchenden HVM ihren Mitgliedern keinerlei Fortbildungsveranstaltungen zum Verständnis des Regelwerks angeboten, das den fraglichen Honorarbescheiden zu Grunde gelegen habe, solle Beweis erhoben werden durch Parteivernehmung des damaligen 1. Vorsitzenden des Vorstandes Dr. B ...

Der HVM leide unter dem Mangel einer ungleichen Vergütung gleichartiger radiologischer Leistungen in den verschiedenen Arztgruppen. Die Vergütung sei extrem ungleich je nach dem, ob es sich um einen Radiologen oder um einen Teil-Radiologen handle. Dies verstoße gegen den Grundsatz der leistungsproportionalen Vergütung und sei durch keinerlei "Systemimmanenz" erklärbar und deshalb auch nicht im Lichte des Gleichheitssatzes - [Art. 3 Abs. 1 GG](#) - zu rechtfertigen.

Der HVM leide weiter an dem Mangel, dass rechtswidrige "Honorartöpfe für Fachgruppen" gebildet würden. Die für Fachgruppen, insbesondere für die Fachgruppe der Kläger, gebildeten "Honorartöpfe" nähmen die in ihnen zusammengefassten Fachärzte in eine unzulässige "Sippenhaft" für Fachkollegen.

Ein weiterer wesentlicher Mangel des HVM bestehe in rechtswidrig extremen Schwankungen der effektiven Auszahlungspunktwerte der einzelnen radiologischen Praxen. Darin sei eine nicht nachvollziehbare und infolgedessen rechtswidrige Ungleichbehandlung zu sehen. 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. Belegt werde dies durch eine Untersuchung des Unternehmensberaters Käsbach für die Auszahlungspunktwerte Quartal IV/98 (vorgelegt mit Schriftsatz vom 15.6.2001).

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 bezögen sich die Kläger auf ein Gutachten von Frau G. K., das diese als Parteivortrag in der mündlichen Verhandlung am 22. Mai 2002 erläutert habe. Diese habe 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 die 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 K. 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 Drucksache 15/2716) belegt. Die steigende Mengenausweitung sei die wesentliche Ursache für das Absinken des Punktwertes. Die Mengenausweitung beruhe wesentlich auf der gestiegenen Fallzahl und diese sei bei einer nur auf Überweisung tätig werdenden Fachgruppe nicht beeinflussbar. Insoweit greife die Entscheidung des BSG - Urteil vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 80, S. 1](#), wonach der Grund für die Mengenausweitung durchaus relevant sei. Führt die Aufträge der überweisenden Ärzte weitgehend nur auf Überweisung tätigen Arztgruppen zu einer Mengenausweitung, für die eine Mitverantwortung der Erbringer nicht zu erkennen sei, und komme es deshalb zu einem stärkeren Punktwertverfall als bei dem größten Teil der sonstigen Leistungen, treffe die Beklagte die Pflicht, die Honorarverteilung insoweit nachzubessern. In dieser Situation sei für die Kläger und ihre Fachgruppe eine massiven Ungleichbehandlung gegenüber Vertragsärzten gegeben, die weniger kostenträchtigen Facharztgruppen angehörten.

Ergänzend wird hierzu vorgetragen (Schriftsatz vom 31. Juli 2002), dass die so genannte 15 v.H. Rechtsprechung des BSG ([BSGE 83, S. 1, 5](#)) unter Einbeziehung der Ausführungen von Frau G. K. der Differenzierung bedürfe; 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 29.9.1999 - [B 6 KA 42/98 R](#) sowie Clemens in MedR 2000, S. 20. Die Arztgruppe, der die Kläger angehörten, sei eine derartige inhomogene Arztgruppe mit der Folge, dass die Zusammenfassung aller Kollegen in der Honorargruppe 4.16 nicht sachgerecht sei. Bei der Honorargruppe 4.16 Anlage 2 zu LZ 702 HVM seien die Betriebskosten extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um konventionelle Praxen, nuklearmedizinische Praxen, konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, Praxen mit CT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen mit CT und MRT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, Praxen, die ausschließlich CT- und/oder MRT-Leistungen erbrächten sowie Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger), gegebenenfalls in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsdaten.

Zu der Behauptung, die Betriebskosten innerhalb der Honorargruppe 4. 16 (Anlage 2 zu LZ 702 HVM) seien extrem unterschiedlich, je nachdem, ob es sich um - konventionelle Praxen, - nuklearmedizinische Praxen, - konventionelle Praxen mit Nuklearmedizin, - Praxen mit CT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, - Praxen mit CT und MRT sowie gegebenenfalls konventioneller Radiologie und/oder Nuklearmedizin, - Praxen, die ausschließlich CT- und/oder MRT-Leistungen erbrächten, - Praxen mit einer großen Strahlentherapie (Linearbeschleuniger), gegebenenfalls in Kombination mit einer oder mehreren der zuvor genannten Leistungsarten handele, solle Beweis erhoben werden durch Einholung eines betriebswirtschaftlichen Gutachtens.

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

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

Die Referenzquartale III/95 und III/96 in Anlage II. 1 spiegelten nicht die Angemessenheit der Vergütung wieder. Die Bemessung der Fallzahlbereiche im Abschnitt I sei beliebig. Es sei nicht nachvollziehbar, wie der Normgeber jeweils bis zu 50 v.H. einerseits, zu 50 v.H. bis 150 v.H. andererseits und schließlich, in dem Fallzahlbereich C, zu über 150 v.H. gelangt sei und welche die Kriterien für die Bereichsabgrenzungen seien. Die 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.

Die Kläger beantragen,
die Gerichtsbescheide des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 14. April 2000 und vom 23. Juli 2000 sowie die Honorarbescheide vom 25. März 1998 und vom 24. Juni 1998, und den Widerspruchsbescheid vom 15. Dezember 1998, ferner den Bescheid vom 29. Oktober 1998 und den Widerspruchsbescheid vom 28. Februar 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, sie unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts hinsichtlich der Honorarforderung für die Quartale III/97, IV/97 und II/98 erneut zu bescheiden, hilfsweise,
festzustellen, dass es rechtswidrig war, von der Gesamtvergütung vor deren Verteilung an die Kläger in den Quartalen III und IV/97 sowie II/98 5 v.H. für Zwecke der EHV einzubehalten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufungen zurückzuweisen.

Die Beklagte trägt vor, sie sehe in § 8 des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen eine ausreichende Rechtsgrundlage für die EHV-Regelung; dies gelte ebenso für den Zeitraum vor Inkrafttreten der Regelung des § 9 der Grundsätze der EHV der Beklagten. Die Änderung zu § 9 der Grundsätze sei im Übrigen nicht im Hinblick auf die Schaffung einer neuen Rechtsgrundlage, sondern ausschließlich im Hinblick auf einen neu aufzunehmenden Abs. 2 erfolgt, wonach zusätzlich zu dem gemäß Abs. 1 erforderlichen Honorarvolumen bestimmte prozentuale Beträge zu Lasten der Honorarverteilung im jeweiligen Quartal zurückgestellt und einem zweckgebundenen Ausgleichsfonds (Kapitalfonds) zugewiesen würden.

Entgegen dem klägerischen Vortrag würden Entscheidungen des Vorstandes der Beklagten jeweils entweder ein schriftlicher oder ein mündlicher Bericht entweder der Juristischen Geschäftsführerin, Frau Dr. H., oder ihres Stellvertreters, Herrn Assessor H., zugrunde liegen; hierbei werde der Vortrag eines Widerspruchsführers in vollem Umfang einbezogen.

Zu den von den Klägern 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 der Kläger 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 – von den Klägern mehrfach angeführten – § 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 Beigeladene, der keinen Antrag stellt, trägt vor, die Punktezahlbewertungen des EBM seien nicht allein unter wirtschaftlichen, sondern auch unter Versorgungsaspekten vom Bewertungsausschuss normativ festzulegen. Deshalb stelle die Ermittlung von Kostendaten in Bezug auf einzelne Leistungen des EBM zur betriebswirtschaftlichen Kalkulation für diesen lediglich ein Instrument im Rahmen seiner Meinungsbildung dar, so dass aus dem Mangel an Kostenermittlungen für alle Leistungspositionen nicht auf die Rechtswidrigkeit des EBM geschlossen werden könne. Darüber hinaus seien Kostenermittlungen nur unter der Vereinbarung gewisser Prämissen, etwa die Festlegung einer fiktiven Modellpraxis als Untersuchungsgegenstand der Kostenbeträge, möglich, so dass die Ergebnisse solcher Berechnungen nur orientierenden Charakter haben könnten.

Es sei unzutreffend, wenn die Klägerseite vortrage, der Bewertungsausschuss habe den Punktzahlen in den streitbefangenen Quartalen bis II/98 keinerlei fachwissenschaftlich valide Kostenermittlungen zu Grunde gelegt. Zur Vorbereitung der Verhandlungen im Bewertungsausschuss zu den Vereinbarungen gemäß [§ 87 Abs. 1 SGB V](#) zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der KBV sei seitens der KBV bereits 1992 in Zusammenarbeit mit Prof. Dr. Sieben (Universität Köln) ein betriebswirtschaftliches Kalkulationsmodell für ärztliche Leistungen erarbeitet worden (Anlage); das dort entwickelte Verfahren sei anhand der CT-Leistungen im damals gültigen EBM exemplarisch durchgeführt worden (Anlage). Auf der Basis dieses Modells sei unter Berücksichtigung entsprechender Aktualisierungen bei den Kosten und der Häufigkeitsverteilung in der Leistungserbringung mit Stand von 1994 als Grundlage für die Bewertung der im Rahmen der EBM-Reform 1996 neu strukturierten Leistungen des EBM-Abschnitts Q.I.7 die als Anlage beigefügte orientierende betriebswirtschaftliche Kalkulation von CT-Leistungen erarbeitet worden. Wie die Tabelle (weitere Anlage) "Neubewertung je Scan auf Basis der orientierenden betriebswirtschaftlichen Kalkulationen von CT-Leistungen" verdeutliche, basierten die Bewertungen der EBM-Nummern 5210 und 5211, die seit dem 1. Januar 1996 existierten, auf den Ergebnissen dieser orientierenden betriebswirtschaftlichen Kostenkalkulationen zu den EBM-Nummern 5200, 5201, 5202, 5203 und 5204, wie sie zuvor zur Vergütung computertomografischer Untersuchungen Gültigkeit gehabt hätten. In der durchschnittlichen Betrachtung der Gebührenordnungsnummern 5200 bis 5204 des EBM vor 1996 ergebe die orientierende betriebswirtschaftliche Kalkulation einen Betrag in Höhe von 245,74 DM je Untersuchung. In Expertengesprächen habe die Honorarabteilung der KBV seinerzeit als durchschnittliche Anzahl der Scans je Untersuchung in der Gesamtbetrachtung der Gebührenordnungsnummern 5200 bis 5204 einen Wert von 32 Scans je Untersuchung ermittelt. In der Durchschnittsbetrachtung ergäben sich damit Gesamtkosten je Scan in Höhe von 7,68 DM. Darauf basierend seien in der Reform 1996 die Gebührenordnungsnummern 5210 und 5211 bei Anwendung des kalkulatorischen Punktwertes im EBM von zehn Pfennig mit zunächst 85 Punkten und seit dem 1. Juli 1996 mit 80 Punkten bewertet. Ausgehend von der orientierenden betriebswirtschaftlichen Kalkulation drücke die höhere Bewertung mit 85 Punkten einen Willen zur Förderung computertomografischer Untersuchungen aus. Nach der zu Beginn 1996 festgestellten drastischen Ausdehnung der Untersuchungsfrequenzen sei diese Förderung z.T. rückgängig gemacht worden, so dass seit dem 1. Juli 1996 die Leistungen nach den Nummern 5210 und 5211 mit 80 Punkten bewertet worden seien. Damit sei nachgewiesen, dass im Bewertungsausschuss durchaus fachwissenschaftlich valide Kostenermittlungen für die streitbefangenen Quartale angestellt worden seien.

Auch bezüglich der Gesamtscanzahl im Abschnitt Q.I.7 bzw. bezüglich der Gesamtsequenzzahl in Kapitel R werde die Bezeichnung durch die Kläger als "unsachgerecht" der Tatsachenlage nicht gerecht. Die durchschnittlichen Werte für die Erhöhung der begrenzten Scan- bzw. Sequenzzahl sei durch die Honorarabteilung der KBV in Vorbereitung des am 1.1.1996 in Kraft getretenen EBM in Expertengesprächen erarbeitet worden. Insoweit müsse der Bewertungsausschuss von einer sachgerechten Lösung ausgehen.

Im Übrigen werde der Zusatz, dass die Abrechnung nur eines Behandlungsfalls je Quartal möglich sei, von der Klägerseite fehlerhaft verstanden. Weil die Vergütung je Scan bzw. Sequenz abgerechnet werde, lasse die Regelung durchaus zu, dass die Leistungen mehrfach in einem Quartal abgerechnet würden. Lediglich zur Berechnung der Gesamtscan- bzw. Sequenzzahl werde davon ausgegangen, dass für jeden kurativ ambulanten Behandlungsfall die Gesamtzahl um einen bestimmten Betrag erhöht werde. Im Einzelfall sei es daher durchaus möglich, dass bei einem Patienten im Rahmen einer CT-Untersuchung 10 Scans nach der Nr. 5210 abgerechnet würden, sodass unter Berücksichtigung der Gesamtscanzahl bei einem anderen Patienten dann die Möglichkeit bestehe, für CT-Untersuchungen die nicht verbrauchten Untersuchungen der Gesamtscanzahlerhöhung zusätzlich abzurechnen.

Wegen des weiteren Vortrags der Beteiligten wird auf den übrigen Akteninhalt, insbesondere auf die Klageschrift der Kläger sowie der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gegenstand einer mündlichen Verhandlung vom 22. Mai 2002 gewesen ist, Bezug genommen. Der erkennende Senat hat Frau G. K. vornehmlich zu der Frage, ob im Zusammenwirken von HVM und EBM keine leistungsproportionale Vergütung erreicht werde und Herrn H. K. zu Fragen im Zusammenhang mit der Durchführung der Erweiterten Honorarverteilung im Wege des Parteivortrages gehört; auf die Sitzungsniederschrift wird ergänzend Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Über die Berufung war unter Mitwirkung von zwei ehrenamtlichen Richtern als Vertragsärzte ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) zu entscheiden, da es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte handelt. Die Berufung ist zulässig, denn sie ist form- und fristgerecht eingelegt, [§ 151 SGG](#).

Die Berufung ist jedoch unbegründet, so weit die Aufhebung der angefochtenen Gerichtsbescheide und Honorarbescheide sowie der Widerspruchsbescheide und die erneute Bescheidung der Kläger unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts begehrt wird. Das Begehren auf Auszahlung eines höheren Honorars schließt mögliche Ansprüche aus Regelungen zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung nach LZ 607 HVM sowie Härtereregulungen nach LZ 803 HVM nicht ein, wie von den Beteiligten zudem klargestellt worden ist.

Die Honorarbescheide vom 25. März 1998 und vom 24. Juni 1998 betreffend die Quartale III/97 und IV/97, beide in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Dezember 1998 sind rechtmäßig und waren daher nicht aufzuheben; dies gilt auch für den Honorarbescheid vom 29. Oktober 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Februar 2000 betreffend das Quartal II/98. Die Kläger haben für diese Quartale keinen Anspruch auf Neubescheidung ihres Honoraranspruchs.

Die angefochtenen Bescheide sind formell rechtmäßig.

Die Honorarbescheide sind inhaltlich hinreichend bestimmt, [§ 33 Abs. 1 SGB X](#). 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 die 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.

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. Engelmann in von Wulffen, [§ 35 SGB X](#) RdNr. 2, unter Hinweis auf [BSGE 27, S. 34](#)). Honorarbescheide haben deshalb die maßgeblichen Berechnungsfaktoren und wesentlichen Berechnungsschritte darzulegen, wobei diese auch aus 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, Ur. vom 3.12.1997 - [6 RKa 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)). Ausreichend ist, dass die für die konkrete Honorarfestsetzung maßgeblichen Faktoren den Bescheiden einschließlich der Anlagen entnommen und damit die Honorarfestsetzung in Verbindung mit weiteren Unterlagen nachvollziehbar überprüft werden können. Diesen Anforderungen entsprechen die Honorarbescheide.

Dem steht nicht entgegen, dass das Rechenwerk als solches für die Kläger möglicherweise nicht in vollem Umfang und ohne fremde Hilfe nachvollziehbar und überprüfbar ist. Darin ist noch kein Verstoß gegen das Begründungserfordernis nach [§ 35 SGB X](#) zu sehen. Die Honorarfestlegung unter Anwendung von EBM und HVM und verbunden mit verschiedenen Rechenschritten stellt eine zwangsläufig schwer verständliche Regelungsmaterie dar. Die Beklagte kann allerdings auch seitens der Vertragsärzte erwarten, dass diese sich spezifische Kenntnisse im Vertragsarztrecht verschaffen. Dies muss nicht zwingend durch Schulungsveranstaltungen oder Fortbildungsgelegenheiten seitens der Beklagten erfolgen, wie diese die Kläger anmahnen und beanstanden, 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, die 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, 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, Ur. vom 3.12.1997 - [6 RKa 21/97](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)).

Mit den Honorarbescheiden hat die Beklagte auch nicht gegen die Anhörungspflicht nach [§ 24 Abs. 1 SGB 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 29.11.1990 - [7 RAr 6/90](#) - [SozR 3-4100 § 139a Nr. 1](#) über den Regelungsbereich dieses Rechtsgebiets hinaus klar zum Ausdruck gebracht.

Die Kläger hatten bereits im Vorverfahren ausreichend Gelegenheit zur Stellungnahme und damit zur Wahrung ihres Anspruchs auf rechtliches Gehör gehabt, so weit 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](#). Der Vortrag der Klägerseite, der Vorstand der Beklagten sei vor seiner Beschlussfassung über die Widersprüche der Kläger und deren Argumente nicht oder nicht ausreichend unterrichtet worden bzw. diese hätten die Auffassung der Kläger nicht zur Kenntnis genommen, ist gleichfalls nicht erheblich. Der Vorstand hatte allein eine rechtsgebundene Entscheidung zu überprüfen. 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.

Die Honorarbescheide sind materiell-rechtlich 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 die Kläger auszuweisenden Honorars. Die insoweit getroffenen Aussagen sind bestimmt; lediglich die Nachvollziehbarkeit der Berechnung des Honorarsanspruchs der Kläger wird von diesen 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 der Kläger geltend gemacht. In Übereinstimmung mit dem Sozialgericht kommt auch der erkennende Senat zu dem Ergebnis, dass die Beklagte einen für Primär- und Ersatzkassen einheitlichen Quotierungsfaktor in Übereinstimmung mit Anlage 3 zur LZ 702 HVM berechnet hat und eine Trennung nach den einzelnen Kassenbereichen erst mit der Bildung der Honorargruppen nach Anlagen 1 und 2 zu LZ 702 HVM zu erfolgen hatte. Soweit seitens der Kläger die Anwendung von Abschnitt III der Anlage 3 zur LZ 702 HVM beanstandet wird, erscheint in weiterer Übereinstimmung mit der Auffassung des Sozialgerichts eine Beschwer der Klägerseite fraglich, da sich die Quotierungsmaßnahmen auf den Abschnitt I der Anlage 3 zur LZ 702 HVM beschränken.

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

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

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

Von den Klägern 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 diesem Stellung nehmen und eventuell vorgebrachte Bedenken in die Entscheidungsfindung Eingang finden können; zulässig ist jedoch auch ein "nachgeholtes" Herstellens des Benehmens, wie höchstrichterlich entschieden worden ist (vgl. hierzu näher BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) sowie Urt. vom 24.8.1994 - [6 RKA 15/93 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 7](#) und Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 68/94 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)). Insoweit ergeben sich 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.

Auch die Beanstandungen, die die Kläger hinsichtlich der Veröffentlichung des HVM geltend machen, 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 Verpflichtung durch Rundschreiben (vgl. BSG, Urt. vom 7.2.1996 - [6 RKA 86/94 - SozR 3-2500 § 85 Nr. 11](#)) der Landesstelle der Beklagten als Anlage satzungsgemäß mit der Folge, dass auch eine wirksame Verkündung vorliegt.

Der hier angewandte HVM ist auch nicht deshalb unwirksam, wie die Kläger meinen, weil teilweise rückwirkend Regelungen in Kraft gesetzt

worden sind. Auch für den HVM als Satzungsrecht gilt grundsätzlich das Verbot einer rückwirkenden Änderung von Vorschriften, jedoch gilt dies nur in dem Maße, in dem dies nach der Funktion des HVM tatsächlich geboten ist. Insoweit besteht ein wesentlicher Unterschied zum EBM, da dieser Punktzahlen und damit das Wertverhältnis zwischen den verschiedenen Leistungen abschließend festlegt. In dieser Funktion wird der EBM zur Grundlage für Dispositionen der Vertragsärzte und beeinflusst deren Entscheidungen 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, Regelungen der Honorarverteilung, MedR 2000, S. 17, 22 mit Nachweisen zur höchstrichterlichen Rechtsprechung). Die Grenze rückwirkender Inkraftsetzung liegt jedoch darin, dass gezielt steuernd wirkende Honorarverteilungsregelungen, die einer Vermeidung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit eines Arztes dienen sollen, den betroffenen Ärzten rechtzeitig bekannt sein müssen, damit diese sich hierauf einstellen können (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

In Anwendung dieser Grundsätze kann hier nicht von einer unzulässigen Rückwirkung des HVM betreffend die streitbefangenen Quartale ausgegangen werden. Die mit Wirkung zum 1. Juli 1997 rückwirkend in Kraft gesetzte Regelung des neuen Abschnitts I der Anlage 3 zu LZ 702 HVM war bereits in Fußnote 6 der Anlage 3 zu LZ 702 i. d. F. der Bekanntmachung vom 24. Juni 1997 angekündigt worden. Es wurde darauf hingewiesen, dass die Honorarforderungen, die nicht in die Maßnahme nach LZ 208 HVM einbezogen seien, einer fallzahlabhängigen Bewertung zu unterziehen seien und Einzelheiten hierzu in Kürze bekannt gegeben würden. Die streitbefangene HVM-Regelung hatte zudem nicht die Verhütung der übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes zum Ziel (und damit den Regelungsbereich der LZ 503 HVM) sondern die in den HVM übernommene sog. "EBM-Wippe" zur besseren Erfassung der Kostensituation kleiner Praxen (vgl. zum Regelungsbereich BSG, Urt. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)); im Leitsatz zu der angeführten Entscheidung des BSG wird nicht nur die Einführung von Praxisbudgets im EBM zum 1. Juli 1997 für rechtmäßig erachtet, sondern auch die Gestaltungsfreiheit der Kassenärztlichen Vereinigung im Rahmen der Honorarverteilung nach Einführung von Praxisbudgets (hier betreffend Hamburg) ausdrücklich anerkannt. Die Zielsetzung dieser HVM-Regelung, zugleich auch eine Fallzahlausweitung zu verhindern und mit einer Mengengrenzung eine Punktwertstabilisierung zu erzielen, steht dem nicht entgegen. Die Abstufungsregelung der "EBM-Wippe" verringert einen "Anreiz" zur Fallzahlsteigerung, zumal es sich um eine Fallwertkorrektur handelt, die eine Steigerung ohnedies nur geringfügig, was die steuernde Funktion im Hinblick auf das Leistungsverhalten des Arztes betrifft, begrenzt.

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

Der HVM verstößt, insoweit übereinstimmend mit dem EBM, auch nicht gegen den Parlaments- und Gesetzesvorbehalt, wie die Kläger weiter meinen. 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](#) eine ausreichende und hinreichend bestimmte Ermächtigungsgrundlage für den HVM dar; dies gilt entsprechend für den EBM in [§ 87 SGB V](#). Die höchstrichterliche Rechtsprechung hat dies mehrfach bestätigt (vgl. mit zahlreichen Nachweisen Engelmann in NZS 2000, S. 1, 76). Dabei hatte der erkennende Senat nicht zu befinden, inwieweit die Legitimation ausreicht, durch derartiges Satzungsrecht mittelbar oder möglicherweise unmittelbar in die Rechte Dritter einzugreifen; dies war hier nicht entscheidend, dürfte jedoch (abweichend von Engelmann AO sowie Schwerdtfeger, NZS 1998, S. 49, 97) einer gesonderten Prüfung bedürfen.

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

Ebenso wird von dem erkennenden Senat die Rechtmäßigkeit des HVM im Hinblick auf die demokratische Legitimation der Vertreterversammlung der Beklagten nicht in Frage gestellt. Insoweit ist - entgegen der Auffassung der Kläger - 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.

Das Sozialgericht hat in der angefochtenen Entscheidung zu Recht festgestellt, dass dieser Vorschrift 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.

Als Rechtsfolge derartiger Regelungen teilt der erkennende Senat die Forderung der Kläger nicht, die Höhe der vertragsärztlichen Vergütung bestehe auf jeden Fall in Höhe einer "angemessenen Vergütung" (hierzu näher Wimmer NZS 1990, S. 480; Isensee in VSSR 1995, S. 321, 339, mit Nachweisen und in kritischer Auseinandersetzung mit der Rechtsprechung des BSG). Dahinstehen kann, ob ein solcher Anspruch zur Fehlerhaftigkeit einer Honorarverteilungsregelung führt oder dieser Anspruch - aus dem Gesetz hergeleitet - dem Satzungsrecht

vorgeht. Der erkennende Senat folgt insoweit der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. BSG, Urt. vom 1.2.1995 – B 6 RKa 27/93 - SozR 3-2500 § 121 Nr. 1). Die Angemessenheit der Vergütung ist zwar ein wichtiger Maßstab und Regelungsfaktor; der einzelne Vertragsarzt kann hieraus jedoch kein subjektives Recht herleiten.

Das Bundessozialgericht stellt in seiner ständigen Rechtsprechung (vgl. BSG, Urt. vom 3.3.1999 – B 6 KA 6/98 a.a.O.; Urt. 10.5.2000 – B 6 KA 20/99 R - SozR 3-2500 § 85 Nr. 37) darauf ab, dass die Sicherung der finanziellen Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung ein Gemeinwohlbelang von besonders hohem Rang sei. Dieses Rangverhältnis hat auch das BVerfG in seiner Entscheidung zum Ausschluss der Zulassung von Ärzten nach Vollendung des 55. Lebensjahres (Entscheidung vom 20.3.2001 – 1 BvR 491/96 - SozR 3-5520 § 25 Nr. 4) im Ergebnis ausdrücklich bestätigt. Legitime Gemeinwohlgründe von überragender Bedeutung können bei der Ausgestaltung des Berufsrechts der ärztlichen Leistungserbringer im Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung auch Regelungen rechtfertigen, die letztlich die Berufswahl betreffen und nicht nur die Berufsausübung. Darin kommt die hohe Bedeutung der Funktionsfähigkeit des Krankenversicherungssystems für das Gemeinwohl zum Ausdruck. Die Finanzierbarkeit dieses Systems ist ein wichtiger Bestandteil, auch mit der Folge, dass der Anspruch des einzelnen Vertragsarztes auf eine höhere Vergütung als diejenige, die nach der vorhandenen Gesamtvergütung möglich ist, zurücktreten muss.

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

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

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

Dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urt. vom 20.6.2001 - S 5 KA 01/99) ist nach Auffassung des erkennenden Senats zu folgen, wenn entgegen der Auffassung der Kläger aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur Indiennahme Privater und deren Anspruch auf angemessene Entschädigung (vgl. Beschl. vom 13.1.1999 - 1 BvR 1909/95 - NJW 1999, S. 1621) kein Anspruch der Vertragsärzte auf ein angemessenes Honorar aus der vertragsärztlichen Tätigkeit hergeleitet werden könne. Es gehe hier nicht um eine Entschädigung bzw. Vergütung isoliert zu betrachtender Einzelleistungen; Vertragsärzte seien - 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 ankomme. Sei im vorliegenden Zusammenhang das Gesamtvolumen der an alle Leistungserbringer zu verteilenden Vergütung aus gewichtigen Gründen des Gemeinwohls begrenzt, so fehle es an einer entsprechenden Begrenzung bei denjenigen freien Berufen, wie etwa Rechtsanwälten oder Notaren, auf die sich die Kläger beriefen. Mangels Vergleichbarkeit könnten daher die von den Klägern eingeführten Rechtsgrundsätze auf ihre Rechtslage nicht übertragen werden. Vielmehr bleibe es dabei, dass ein Rechtsanspruch auf angemessene vertragsärztliche Vergütung nicht begründet sei. Es könne danach bei alledem in Bezug auf die Honorierung der Kläger auch kein Verstoß gegen die guten Sitten angenommen werden. Für die Sittenwidrigkeit der vertragsärztlichen Honorierung bestünden nach den insoweit maßgeblichen Rechtsgrundlagen keine Anhaltspunkte. Vorstellungen einer Äquivalenz von Leistung und Gegenleistung, wie sie das Vertragsrecht prägten und auch für das Arbeitsrecht Geltung hätten, könnten vor dem dargelegten Hintergrund verfassungskonformer Begrenzung der Gesamtvergütung nicht zur Anwendung kommen.

Fraglich erscheint auch, inwieweit das Verlangen nach einem angemessenen Honorar mit den Grundsätzen einer selbständig ausgeübten Tätigkeit im Einklang steht. Das Verlangen stellt vielmehr einen - möglicherweise nicht gewollten - Zusammenhang zum Arbeitsrecht her, gerichtet auf ein "angemessenes Arbeitsentgelt". Der Beruf des Vertragsarztes wird jedoch als ein dem Grunde nach freier Beruf, verbunden mit unternehmerischen Entscheidungen und eine eigenständig verantwortete Kosten- und Leistungsrechnung geführt, wengleich auch eingebunden in ein Vertragssystem, das die Ausübung der ärztlichen Tätigkeit in weitem Umfang gestaltet und sicherlich auch einengt. Die Kläger könnten sich hier in Widerspruch zu ihrem eigenen Vortrag bringen.

Insgesamt kann ein Honoraranspruch der Kläger in Höhe eines "angemessenen Honorars", das von den Klägern mit einem Betrag von etwa 180.000 DM jährlich je Arzt umschrieben wird, nicht anerkannt werden, weder aus einer eigenständigen Rechtsgrundlage auf einen solchen Anspruch noch in Form einer Verpflichtung der Beklagten, die Honorarverteilungsregelungen entsprechend zu gestalten bzw. bereits jetzt für die Vergangenheit anzuwenden. Damit kann der Honoraranspruch der Kläger nur nach dem geltenden EBM und HVM und den dort festgelegten Regelungen bemessen werden.

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

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

Die Kläger können auch nicht mit dem Einwand überzeugen, die Honorarbescheide beruhten auf einem EBM und ebenso auf einem HVM, die nicht sach-, system- und verteilungsgerecht seien. Insoweit verweist das Sozialgericht Frankfurt am Main in seiner Entscheidung vom 20.6.2001 ([a.a.O.](#)) 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, hier unter Hinweis auf Beschl. vom 17.7.1996 - [2 BvF 2/93](#) - [NJW 1997, S. 383](#) und weiteren Entscheidungen, könne keine entsprechende Verallgemeinerung hergeleitet werden, denn das Bundesverfassungsgericht habe sich jeweils mit konkreten und individuellen Einzelmaßnahmen befasst, die in Gesetzesform beschlossen worden seien, aber keines weiteren Vollzugsaktes mehr bedurft hätten. In den angeführten speziellen Fällen befände sich der Normgeber in der Rolle der vollziehenden Verwaltung und müsse, wie sonstige Behörden auch, den erheblichen Sachverhalt vollständig und zutreffend ermitteln und seiner Entscheidung zugrunde legen. Im Falle des EBM und des HVM handle es sich jedoch um die Schaffung genereller und abstrakter Regelungen, die im Einzelfall erst durch die Kassenärztlichen Vereinigungen umgesetzt werden müssten, worauf das Sozialgericht zu Recht hinweist.

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

Die Kostensätze, die dem EBM zugrundegelegt worden sind, beruhten auf einer Reihe von Gutachten und begleitenden gutachterlichen Stellungnahmen, auf deren Basis die tatsächlichen Kostenstrukturen der einzelnen Arztgruppen ermittelt worden sind, im Übrigen auch für den Bereich der Radiologie, wie dies der Beigeladene überzeugend dargelegt hat. Der Argumentation der Kläger, der Normgeber habe selbst Zweifel an der Datengrundlage gehabt, wenn Praxisbudgets für Radiologen in den EBM nicht aufgenommen worden seien, kann nicht gefolgt werden; maßgeblich war allein, dass keine Praxisbudgets für Arztgruppen gelten sollten, die nur auf Überweisung von Vertragsärzten in Anspruch genommen werden können oder für die wegen des hohen Grades an Spezialisierung kein ausreichendes statistisches Material zur Ermittlung der Praxiskosten zur Verfügung stand; dabei ist bei den Radiologen aus den zuerst genannten Gründen - im Hinblick auf die Tätigkeit auf Überweisung hin - von der Einrichtung von Praxisbudgets abgesehen worden (vgl. BSG, Urt. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)).

Wenn die Kläger beanstanden, den EBM-Regelungen hätten keine ausreichenden betriebswirtschaftlichen Daten zugrundelegen 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, Entsch. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)). Auch wenn für den Bereich der Fachuntergruppe der Kläger Praxisbudgets nicht vorgesehen sind, kann dieser Rechtsprechung eine generelle Aussage entnommen werden. Der gegenteiligen Ansicht der Kläger, es liege insoweit die Feststellung von Tatsachen - wenn auch in normativer Gestalt - durch den Bewertungsausschuss vor, sodass kein Normsetzungs- bzw. Gestaltungsspielraum bestehe und die Richtigkeit der Kostenfeststellung gerichtlich voll zu überprüfen sei - nötigenfalls mit Hilfe von Sachverständigengutachten -, 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 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 M. und damit Unterlagen, auf die auch vorliegend von den Beteiligten Bezug genommen worden ist. Vor diesem Hintergrund sei der 6. Senat - so weiter das BSG in seiner Entscheidung vom 15.5.2002 - auch

schon in anderem Zusammenhang, nämlich in seinen Urteilen zur Vergütung psychotherapeutischer Leistungen, von dem normativen Charakter der Kostensätze ausgegangen, hier unter Hinweis auf BSG in [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#); [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#) und [SozR 3-2500 § 85 Nr. 41](#).

Das BSG (Entscheidung vom 15.5.2002 [a.a.O.](#)) kommt weiterhin zu der Feststellung, dass die Qualifizierung der Festlegung des bundesdurchschnittlichen Kostensatzes als Normsetzung Auswirkungen auf die gerichtliche Kontrolldichte habe. Komme dem Bewertungsausschuss wie jedem Normsetzer bei der ihm überantworteten Rechtsetzung Gestaltungsfreiheit zu, hier auch unter Hinweis auf BSG in [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#), so sei diese von der Rechtsprechung zu respektieren und dürfe von dieser nur in Ausnahmefällen korrigiert werden. Der Gestaltungsspielraum eines Normgebers sei verstärkt zu beachten, wenn - sei es auch nur mittelbar - Regelungen über die Finanzierung der sozialen Sicherungssysteme im Streit stünden, hier unter Hinweis auf Bundesverfassungsgericht in E 81, S. 156 sowie BSG in [SozR 2200 § 180 Nr. 37](#), oder wenn es um die Bewältigung komplexer Sachverhalte gehe, wie sie vielfach im Krankenversicherungs- und Vertragsarztrecht anzutreffen seien, hier unter Hinweis auf [BVerfGE 68, S. 193](#) sowie BSG in [SozR 3-2500 § 135 Nr. 16](#).

Der Normgeber ist bei der Festlegung der Kostensätze im Zusammenhang mit der Normsetzung in seiner Gestaltungsmöglichkeit keineswegs völlig frei. Eine Begrenzung des Gestaltungsspielraums ergibt sich insbesondere daraus, dass bei verschiedenen Arztgruppen bundesdurchschnittliche Kostenansätze aus vorangegangener Zeit verfügbar sind, an die anzuknüpfen ist. Auf tatsächliche Verhältnisse wird etwa Bezug genommen, wenn die Kostensätze des Jahres 1994 in Bezug genommen werden. In verfahrensrechtlicher Hinsicht folgt hieraus eine Prüfung dahingehend, ob der Bewertungsausschuss bei der Festlegung der Kostensätze für alle Arztgruppen nach denselben Maßstäben verfahren 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, wie das BSG in seiner Entscheidung vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#) ausdrücklich festgestellt hat. Im Rahmen seines Gestaltungsspielraums dürfe er auch weitere Gesichtspunkte wie z.B. die unterschiedliche Einkommensentwicklung der Arztgruppen oder Ähnliches berücksichtigen. Auf dieser Grundlage 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 § 80 Nr. 41](#).

[§ 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. Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R - SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#) sowie Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 8/99 R - Kurzwiedergabe in Zfs 2000, S. 141](#)). Teilbudgets kommt neben dem Ziel der Mengenbegrenzung die Funktion zu, jedem Arzt in bestimmten, für seine Praxisführung wichtigen Leistungsbereichen eine verlässliche Kalkulationsgrundlage zu geben (vgl. die oben zitierte Rechtsprechung des BSG). Die Stabilisierung der Punktwerte soll zugleich bewirken, dass sich der einzelne Arzt nicht gedrängt sieht, nur aus wirtschaftlichen Gründen das Leistungsvolumen weiter auszudehnen. Solche Regelungen können mit [Art. 12 Abs. 1 GG](#) in Einklang gebracht werden, weil es sich um vernünftige und auch aus dem Sozialstaatsbezug der gesetzlichen Krankenversicherung herleitbare Erwägungen handelt. Dem können die Kläger nicht mit dem Hinweis 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, angestellt (vgl. dazu näher Ballast in [ErsK 1996, S. 440, 441](#) mit Beträgen von - fiktiv errechnet - bundesweit 138.000 DM). Die Berechnung der KV-bezogenen Fallpunktzahlen erfolgt mit einem bundesdurchschnittlichen arztgruppenbezogenen prozentualen Kostensatz, wie dieser in der Anlage 3 Buchst. b ausgewiesen ist. Unter dem Gesichtspunkt des weiten Gestaltungsrahmens und im Hinblick auf die Erprobungsphase 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. Über die Möglichkeit der Kompensation haben die Beteiligten schriftsätzlich gestritten. Den Klägern bleibt die Möglichkeit, entsprechend den medizinischen Vorgaben teilweise die durchschnittliche Scanzahl zu unterschreiten, um in anderen Fällen zu einer höheren Scanzahl zu gelangen, ohne letztlich Honorarverluste zu erleiden. Jedenfalls unter dem Gesichtspunkt, dass es sich hier um eine Anfangsregelung handelt, erscheint diese im Hinblick auf das Regelungsziel der Mengenbegrenzung vertretbar; diese bedarf jedoch der weiteren Beobachtung durch die Beklagte bzw. den Beigeladenen. Im Hinblick auf die sich ab 1.7. 1997 ergebende Erprobungsphase erscheint es auch gerechtfertigt, dass der Normgeber keine weitere Differenzierung zwischen den unterschiedlichen Erscheinungsformen der Praxen, den Einsatz von Geräten wie auch unterschiedlichen Arten der Praxisführung vorgenommen hat. Wie bereits ausgeführt erscheint auch diese Regelung im Hinblick auf die Erprobungsphase akzeptabel.

Dabei ist auch nicht zu beanstanden, dass der Begriff des Behandlungsfalles für ein Quartal als entscheidend angesehen wird und nicht der konkrete Leistungsfall, mit der Folge, dass gegebenenfalls mit dem Begriff des Behandlungsfalles mehrere Untersuchungen in einem Quartal ohne weitere Abrechnungsmöglichkeit verbunden sein können. Die Regelung findet ihre Rechtfertigung in [§ 21 Abs. 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte - BMV-Ä](#) und zugleich auch eine Korrektur in [§ 76 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Dass der ärztliche Aufwand von Behandlungsfall zu Behandlungsfall schwankt und durch besonders aufwändige Behandlungsfälle bei Ärzten eine höhere Belastung eintreten kann, ist keinesfalls ungewöhnlich, sondern durchaus typisch. Der Normgeber konnte deshalb auch hier den allgemeinen Begriff des Behandlungsfalles heranziehen, wird jedoch die Auswirkungen, die die Kläger im Übrigen nicht quantifiziert haben, zu überprüfen haben. Jedenfalls schien der Normgeber nicht gedrängt, bereits ab 1. Juli 1997 insoweit für Radiologen eine von [§ 21 Abs. 1 BMV-Ä](#) abweichende Regelung vorzusehen.

Im Zusammenhang mit den Honorarverteilungsregelungen im HVM ist höchstrichterlich anerkannt, dass im Rahmen der Honorarverteilung in der Weise differenziert werden darf, dass bei höheren Fallwerten der volle Punktwert nur für Leistungen bis zu einem bestimmten Fallwert

gewährt und die Vergütung für darüber hinausgehende Leistungen abgesenkt wird; dabei darf die abschließende Festlegung des Grenzwertes für den vollen Punktwert und das Ausmaß der Absenkung dem Vorstand überlassen werden, vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#). Die Vergütung aller ärztlichen Leistungen mit einem einheitlichen Punktwert entspricht dem Grundsatz der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars, an den die KVen im Rahmen der Honorarverteilung gebunden sind; den normsetzenden Körperschaften verbleibt jedoch ein Spielraum für sachlich gerechtfertigte Abweichungen von diesem Grundsatz, der es ihnen ermöglicht, dem Sicherstellungsauftrag oder ihren sonstigen vertraglichen und gesetzlichen Verpflichtungen gerecht zu werden, vgl. BSG, Ur. vom 31.1.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#).

[§ 85 Abs. 4 SGB V](#) berechtigt die Kassenärztlichen Vereinigungen, die Honorarverteilung nach festen, arztgruppenbezogenen Kontingenten vorzunehmen wie auch gesonderte Vergütungskontingente für bestimmte Leistungen zu bilden, wie die Rechtsprechung ausdrücklich anerkannt hat, vgl. BSG, Ur. vom 8.3.2000 - [B 6 KA 7/99 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#), [§ 85 Abs. 4 Satz 5 SGB 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, Ur. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#). Die Festschreibung von Honorarkontingenten durch die Bildung von Honorartöpfen ist als sachgerecht anzusehen, wenn damit das Ziel verfolgt wird, die gesetzliche Budgetierung der Gesamtvergütung an die Vertragsärzte weiterzugeben und zugleich zu vermeiden, dass eine unterschiedliche Mengendynamik in den verschiedenen Bereichen das Honorargefüge ungerechtfertigt zu Gunsten einzelner und zu Lasten anderer Arztgruppen beziehungsweise Leistungsbereiche beeinflusst, vgl. BSG, Urteil vom 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#). Zulässiges Ziel der Bildung von festen Honorarkontingenten kann auch sein, die kontingentierten Leistungen vor dem Punktwertverfall zu schützen, der sich aus einer Ausweitung der Leistungsmengen in anderen Bereichen ergeben kann (vgl. BSG, Urteil vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#)). Zulässig und innerhalb des der Kassenärztlichen Vereinigungen zustehenden Gestaltungsrahmens ist es hierbei auch, wenn die auf die einzelnen Fachgruppen entfallenden Honorarkontingente auf der Grundlage eines bestimmten Basisjahres festgeschrieben werden; durch eine solche Regelung wird vermieden, dass sich Leistungsausweitungen einer bestimmten Fachgruppe zwangsläufig auf andere Fachgruppen auswirken, vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#) sowie Urteil vom 28.1.1998 - [B 6 KA 96/96 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#).

Die Möglichkeit der Mengenbegrenzung durch die Bildung von Honorartöpfen ist auch bei überweisungsgebundenen Leistungen zulässig, wie dies für die Radiologen gilt. Hat die Honorarverteilung auf der Grundlage fester arztgruppenbezogener Kontingente zum Ziel, das Risiko der Leistungsmengenausweitung bei den Ärzten der jeweiligen Fachrichtungen zu belassen, so erscheint es gerechtfertigt, auch die auf Überweisung von anderen Vertragsärzten tätig werdenden Ärzte einzubeziehen. Eine vergleichbare Situation ergibt sich etwa auch für Pathologen, Laborärzte oder Nuklearmediziner, die ausschließlich auf Überweisungen tätig werden. Jedenfalls erscheint es nicht gerechtfertigt, diese Gruppe von Ärzten völlig aus der Mengensteuerung des HVM herauszunehmen, vgl. ebenso BSG, Ur. vom 28.1.1998 [B 6 KA 96/96](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 24](#) und Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#).

Folge der Bildung von Honorartöpfen im HVM ist es, dass dies zu einer ungleichen Vergütung gleicher oder zumindest vergleichbarer Leistungen bei unterschiedlichen Arztgruppen führt, worin die Beanstandung der Kläger ihren Grund findet, dass die gleichen Leistungen bei Vollradiologen und Teilradiologen deutlich unterschiedlich honoriert würden. Diese Situation hätte sich im Übrigen auch zwischen Radiologen ergeben, wenn den Vorstellungen der Kläger gefolgt würde, innerhalb der Untergruppe der Radiologen nochmals weitere 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 der Kläger. Die Beklagte hat insoweit auch zu Recht vorgetragen, dass sich die Einrichtung von Honorarkontingenten in den Grenzen der Bewertungsvorgaben des EBM halten, der für alle Leistungen ein wertmäßiges Verhältnis zueinander festlegt, da es sich insoweit nicht um Bewertungskorrekturen handelt, sondern um Honorarverteilungsregelungen, die aus anderen Gründen erfolgen.

Der Normgeber kann jedoch unabhängig davon gehalten sein, höchst unterschiedliche Punktzahlergebnisse zwischen Ärzten, die die gleichen Leistungen erbringen, zu überprüfen und eine Anpassung vorzunehmen; diese Verpflichtung entspricht der Beobachtungs- und Anpassungspflicht, der Genüge zu tun ist. Im Rahmen der gerichtlichen Überprüfung ist jedoch regelmäßig die Einschätzung durch den Normgeber nur dann zu beanstanden, wenn die Regelung willkürlich und entgegen besserer Erkenntnis erfolgt ist. Dabei ist stets auch zu berücksichtigen, dass sich unterschiedliche Auszahlungspunktwerte auch aus einer unterschiedlichen Kostensituation ergeben können; dies kann im Einzelfall rechtfertigen, dass ein und dieselbe Leistung durch unterschiedliche Arztgruppen unterschiedlich zu honorieren ist. Dies beleuchtet zugleich die Komplexität, die in der Überprüfung von Honorarregelungen angelegt ist. Dies rechtfertigt auch, dass ein Anspruch des Arztes auf Vergütung seiner Leistungen mit einem bestimmten Punktwert nicht begründet ist, vgl. BSG, Ur. vom 9.9.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) m.w.N.).

Unterschiedliche Auszahlungspunktwerte ergeben sich auch zwischen den einzelnen radiologischen Praxen innerhalb derselben Untergruppe, worauf die Kläger zu Recht hinweisen. Diese Unterschiede sind jedoch Folge der unterschiedlichen Praxisausrichtung, wodurch das Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht verletzt wird. Denn für die Bewertung der Verteilungsgerechtigkeit ist jeweils auf die Arztgruppe im Bereich einer Kassenärztlichen Vereinigung abzustellen, nicht aber auf das Verhältnis der Ärzte dieser Gruppe untereinander, vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#). Deshalb lassen unterschiedliche Auszahlungspunktwerte, wie sie die Kläger beanstanden, nicht auf die Unwirksamkeit der Regelung im HVM schließen. 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, Ur. vom 28.3.1999 - [B 6 KA 63/98 R](#) - [USK 99119](#). Die insoweit differenzierte Regelung im HVM kommt insbesondere dem Erfordernis der Verhältnismäßigkeit entgegen und ist somit geeignet, als Berufsausübungsregelung den Maßstäben des [Art. 12 Abs. 1 GG](#) zu entsprechen.

Ärzte, die ausschließlich auf Überweisung anderer Ärzte tätig werden, von Maßnahmen der Mengenausweitung ausnehmen, besteht in Übereinstimmung mit der höchstrichterlichen Rechtsprechung (vgl. BSG, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#)) auch deshalb kein zwingender Grund, weil trotz der Überweisungsgebundenheit der Leistungen eine Mengenausweitung möglich erscheint mit der Folge, dass bestimmte kostenintensive Leistungen dann gehäuft nur auf Überweisung erbracht werden. Im Übrigen ist die Beklagte ihrer verstärkten

Korrekturverpflichtung in Fällen der auf Überweisung tätigen Ärzte nachgekommen. Nach höchstrichterlicher Rechtsprechung besteht Anlass zur Überprüfung und Korrektur der Honorarverteilung, wenn der Punktwert der aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen auf Dauer um 15 v.H. und mehr niedriger ist als der Punktwert für den größten Teil der sonstigen ärztlichen Leistungen, vgl. BSG, Urt. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 46/98 R](#) und Urt. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 56/97 R](#). Die Honoraruntergruppe, der die Kläger angehören, erhält bei einer Abweichung vom mittleren Punktwert für die gesamte Honorargruppe 4 um 10 v.H. nach unten bereits zur Sicherstellung eines maximalen Punktwertabstandes von 10 v.H. Auffüllungsbeträge; entsprechende Stützungsmaßnahmen sind für alle streitbefangenen Quartale durchgeführt worden.

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 3.3.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#)).

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

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

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

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

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

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

Aus dem Gebot der Honorarverteilungsgerechtigkeit ist in Übereinstimmung mit dem Sozialgericht Frankfurt am Main (Urteil vom 20.6.2001 - [S 5 KA 1/99](#)) ein Anspruch auf Gleichbehandlung mit anderen Arztgruppen in dem Sinne abzuleiten, dass ein Arzt aus einer vertragsärztlichen Tätigkeit, die mit vollem persönlichen Einsatz in einer voll ausgelasteten und in vollem Umfang betriebswirtschaftlich

optimal geführten Praxis ausgeübt wird, die Chance haben muss, einen Praxisüberschuss aus vertragsärztlicher Tätigkeit in der Größenordnung zu erzielen, wie diesen die Praxen anderer vergleichbarer Arztgruppen durch entsprechende Tätigkeit durchschnittlich erreicht haben bzw. erreichen. Diese Rechtsprechung ist insbesondere im Zusammenhang mit der Honorierung von Psychotherapeuten entwickelt worden und betrifft wiederum die Arztgruppe und nicht den einzelnen Arzt (vgl. BSG, Ur. vom 26.1.2000 - [B 6 KA 4/99](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 35](#) sowie Ur. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#), ferner auch Ur. vom 20.1.1999 - [B 6 KA 46/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 29](#)). Diese Rechtsprechung orientiert sich maßgeblich an der Möglichkeit des Praxisüberschusses, d.h. am durchschnittlichen Umsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit abzüglich des durchschnittlichen Praxiskostenaufwandes pro Jahr (vgl. BSG, Ur. vom 25.8.1999 - [B 6 KA 14/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 33](#)). Die Gewinnerzielungschancen können jedoch nicht genau an einer bestimmten Arztgruppe festgemacht und zudem müssen die entsprechenden Daten über einen längeren Zeitraum hin beobachtet und in die Prüfung einbezogen werden.

Soweit auf die Gewinnerzielungschancen in Verbindung mit einer Kostenstrukturanalyse abgestellt wird, sind die den Normgebern des EBM und - unter Berücksichtigung regionaler Gegebenheiten - des HVM verfügbaren Daten begrenzt. Dies erscheint nicht ungewöhnlich und gibt für sich genommen noch keinen Anlass, eine Regelung deshalb außer Kraft zu setzen (vgl. BSG, Ur. vom 15.5.2002 - [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, Ur. 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, Ur. vom 3.3.1999 - [B 6 KA 7/98 R](#) und vom 3.3.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#)).

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

Etwas anders folgt auch nicht aus dem weiteren, in der mündlichen Verhandlung am 22. Mai 2002 insbesondere von Frau G. K. ergänzten Parteivortrag, auf den sich die Kläger berufen. Soweit diesen Ausführungen Hinweise zur Kostenstruktur der Radiologen entnommen werden können, könnten diese u.U. geeignet sein, den Beigeladenen zu veranlassen, eine den Vorgaben der höchstrichterlichen Rechtsprechung genügende Kostenberechnung unter Einbeziehung der privatärztlichen Tätigkeit wie auch der privaten Lebensführung (vgl. BSG, Ur. vom 15.5.2002 - [B 6 KA 33/01 R](#)) vorzunehmen. Dies schließt das Tätigwerden des Normgebers des HVM ein, im Anschluss an eine entsprechende EBM-Regelung die Behauptung der Kläger einzubeziehen, EBM und HVM führten im Zusammenwirken dazu, dass keine leistungsproportionale Vergütung geleistet werde. Ein derzeit durchsetzbarer Anspruch folgt hieraus in Übereinstimmung mit der

angeführten höchstrichterlichen Rechtsprechung, der sich der erkennende Senat anschließt, nicht.

Die Honorarbescheide sind weiterhin auch nicht zu beanstanden, soweit von der zur Verteilung zu bringenden Gesamtvergütung ein Abzug für die Erweiterte Honorarverteilung - EHV - in Höhe von 5 v.H. erfolgt. Dieser Abzug ist rechtlich nicht zu beanstanden. Der Rechtsnatur nach handelt es sich bei der EHV um eine Form der Honorarverteilung; insoweit unterscheidet sich die Regelung grundlegend von berufsständischen Versorgungswerken, wie diese für verschiedene selbständige Berufe eingerichtet worden sind. Für Versorgungswerke sind Beiträge aufzuwenden; die Bemessung dieser Beiträge sind in Relation zu möglichen Leistungen zu stellen. Davon unterscheidet sich die EHV grundlegend. Ein Teil der Gesamtvergütung fließt in die EHV und kommt damit unter den honorarberechtigten Ärzten gar nicht erst zur Verteilung. Im Ergebnis stünde auch den Klägern - wie auch allen anderen Ärzten - ein höherer Betrag für die Verteilung zur Verfügung, wenn Aufwendungen zur EHV nicht abgezweigt würden. Entgegen der Auffassung der Kläger handelt es sich jedoch nicht um einen Abzug von Teilen des Honorars, sondern die Aufwendungen für die EHV werden von der Gesamtvergütung vor der Honorarberechnung nach dem HVM abgezogen und stehen gleichrangig neben den Honorarverteilungsregelungen des jeweiligen HVM. Deshalb kann nicht davon ausgegangen werden, Ärzten "Beiträge zur EHV abgezogen", sondern die Aufwendungen für die EHV werden - gleichrangig neben dem HVM - für die Zwecke des mit der EHV erstrebten Sicherungsziels abgezweigt. Der für die EHV verwendete Geldbetrag steht für die Honorarverteilung im Rahmen des HVM nicht mehr zur Verfügung und mindert deshalb den Punktwert.

Als bestehende und bereits eingerichtete Regelung wird die EHV durch [§ 85 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) bestätigt; eine landesrechtliche Regelung ist rechtens, wenn diese auf dem Gesetz über Kassenärztrecht - GKAR - vom 17. August 1955 ([BGBl. I S. 513](#)) beruht und bereits am 19. August 1955 bestanden hat, vgl. Art. 4 § 1 Abs. 1 GKAR. Für das Land Hessen ist die EHV auf Grund des Gesetzes über die Kassenärztliche Vereinigung Hessen und die Kassenzahnärztliche Vereinigung Hessen vom 22. Dezember 1953 (GVBl. S. 206) eingerichtet worden, worin eine ausreichende Rechtsgrundlage zu sehen ist, vgl. BSG, Urt. vom 20.7.1966 - 6 RKa 1/66 - SozR Nr. 1 zu Art. 4 § 1 - [NJW 1967, S. 315](#). Diese Rechtsgrundlage wird auch im Schrifttum bestätigt, vgl. Hess in Kassler Kommentar, [§ 85 SGB 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 (Entscheidung vom 20.6.2001 - [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 rechtens erkannt, vgl. Hess. LSG, Urteil vom 18.10.2000 - L [7 KA 277/00](#). Die Einwendungen der Kläger bezüglich der Normenklarheit wie auch des Parlaments- und Gesetzesvorbehalts sind deshalb auch mit den Gründen zurückzuweisen, wie diese bereits zum HVM - und vergleichbar zu EBM - angeführt worden sind. Dabei konnten den erkennenden Senat insbesondere die behaupteten Unklarheiten, die der für die Kläger im Wege des Parteivortrags gehörte Herr K. angeführt hatte, nicht überzeugen. Auch für den EHV kann die Beklagte den hier eingeräumten Gestaltungsspielraum in Anspruch nehmen. Deshalb war die Beklagte auch nicht gezwungen, teilweise oder vollständig Möglichkeiten zur Befreiung von der EHV vorzusehen oder eine Sonderregelung für bestimmte Arztgruppen, etwa radiologische Praxen, zu treffen. Der Gestaltungsspielraum umfasst nicht nur die Frage der Abführung von Geldbeträgen, sondern auch den Leistungsbereich, da die Einrichtung des EHV nicht den engen Grenzen eines Versorgungswerkes unterliegt; deshalb war es der Beklagten gestattet, in dem vorgesehenen Umfang eine Umverteilungskomponente 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 der Kläger insoweit durchgreifen.

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.

Schließlich sind auch die Einwendungen der Kläger gegen den Abzug von Verwaltungskosten nicht geeignet, die Rechtswidrigkeit der Honorarbescheide zu rechtfertigen. Die Beklagte ist berechtigt, entsprechende Abzüge vorzunehmen, [§ 81 Abs. 1 Satz 3 Nr. 5 SGB 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 abzuführenden Beträge, etwa an die KBV.

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

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

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

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-10-28