

L 5 KA 1918/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 20 KA 5998/11
Datum

06.03.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 1918/14
Datum

05.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Die nach § 4 Nr. 6 HVM-V festgelegte Abstufung der Punktzahlen und die nach Nr. 7 festgelegte Fallzahlobergrenze steht mit den sich aus [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Anforderungen in Einklang. Sie sind weitere Instrumente zur Mengensteuerung und Gesamthonorarbegrenzung.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 06.03.2014 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 20.000,00 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die fallzahlbedingte Abstufung der Punktzahlen, die Anhebung des Punktzahlgrenzvolumens (PZGV) zur Kompensation der Absenkung durch die Anwendung der fallzahlabhängigen Abstufung und die Anwendung der Härtefallregelung im Rahmen der Vergütung vertragsärztlicher Leistungen für die Quartale ab 1/2008.

Der Kläger ist als Facharzt für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung mit Vertragsarztsitz in St.-Bad C. zugelassen und betreibt dort eine hals-nasen-ohrenärztliche Praxis. Er behandelt nach seinen Angaben einen hohen Anteil an Obdachlosen, Alkoholikern, Drogensüchtigen sowie sozial niedrigsten Schichten und führt Hausbesuche und Regelsprechstunden in Alten- und Behindertenheimen durch.

Der Bewertungsausschuss der Kassenärztlichen Bundesvereinigung beschloss im Zuge der Festlegung von Regelleistungsvolumen (RLV) durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) mit Wirkung zum 01.01.2005 eine Abstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis dahingehend, dass die für eine Arztpraxis zutreffende Fallpunktzahl für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall gemäß 3.3 um 25% gemindert wird (3.2.1 des Beschlusses vom 29.10.2004). Nach 3.3.1 des Beschlusses, der entsprechend gilt, wird die KV-bezogene arztgruppenspezifische Fallzahlobergrenze je Arzt mit 200% des Durchschnitts je Quartal auf der Grundlage des jeweiligen Vorjahresquartals festgelegt.

Im ab 01.01.2008 in Kraft gesetzten und bis zum 31.12.2008 geltenden Vertrag über den Honorarverteilungsmaßstab (HVM-V) zwischen der Beklagten und den Krankenkassenverbänden wurde hierauf eine Abstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Praxis festgelegt. Nach § 4 Nr. 6 HVM-V wird die für eine Arztpraxis zutreffende Fallpunktzahl für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe (Anlage 1) hinausgehenden Fall gemäß § 3 Nr. 2 um 25 % und für jeden über 200% hinausgehenden Fall um 50% gemindert. Nr. 7, 8 und 9 gelten entsprechend (Ermittlung der relevanten durchschnittlichen Fallzahl in Berufsausübungsgemeinschaften, medizinischen Versorgungszentren, Praxen mit angestellten Ärzten und bei Vertragsärzten, die ihre Tätigkeit unter mehreren Gebiets- oder Schwerpunktbezeichnungen ausüben, je Arzt). In § 4 Nr. 7 HVM-V wird die arztgruppenspezifische Fallzahlobergrenze je Vertragsarzt mit 300% des Arztgruppendurchschnitts nach Anlage 1 festgelegt. Überschreitet eine Arztpraxis die zutreffende Fallzahlobergrenze, wird anstelle der individuellen Fallzahl im jeweiligen Abrechnungsquartal die Fallzahlobergrenze für die Ermittlung des PZGV verwendet. Gemäß § 4 Nr. 2 sind Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV vorgesehen. Für die in Anlage 3 genannten Leistungsbereiche werden arztgruppenspezifische Zusatzmodule gebildet. Ein Vertragsarzt hat Anspruch auf die Zusatzmodule, wenn er die beim jeweiligen Zusatzmodul genannte Voraussetzung erfüllt. Sofern die Voraussetzungen nicht bereits nachgewiesen sind, können Zusatzmodule beantragt werden. Die Zusatzmodule werden als Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV gewährt. Darüber hinaus kann der Vorstand der

Kassenärztlichen Vereinigung zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung weitere Anpassungen des PZGV vornehmen (Satz 5).

Nach Anlage 1 des HVM-V beträgt die durchschnittliche PZGV-relevante Fallzahl für Fachärzte der Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde 1.129 im Jahresmittelwert. Nach Anlage 3 des HVM-V sind Zusatzmodule für diese Arztgruppe die Allergologie; Chirotherapie; Diagnostik von Schlafstörungen; Otoakustische Emissionen; Psychosomatik, Übende Verfahren; Sonographie und Teilradiologie.

Nach dem Beschluss des Vorstandes der Beklagten vom 13.02.2008 ist eine Erweiterung der Fallpunktzahlen des PZGV/eines Zusatzmoduls möglich, in denen ein besonderer Versorgungsbedarf (Praxisschwerpunkt) in einem beantragten Bereich nachgewiesen ist und strukturelle Besonderheiten der antragstellenden Praxis bzw. ein besonderes Patientenkontingent eine solche Maßnahme rechtfertigen. Sofern grundsätzlich die Notwendigkeit eines individuellen Aufschlags indiziert ist, muss der beantragte Leistungsbereich mindestens einen 20%-Anteil im Referenzzeitraum 1/2006 bis 4/2006 im Verhältnis zum budgetrelevant angeforderten Leistungsbedarf der Praxis einnehmen und für diesen Leistungsbereich eine mindestens 30%ige Überschreitung der Fallpunktzahl je Behandlungsfall der Praxis gegenüber den entsprechenden durchschnittlichen Fallgruppenwert vorliegen.

Nach dem weiteren Beschluss des Vorstands vom 22.10.2008 können die zugelassenen und in freier Praxis ermächtigten Ärzte und Psychotherapeuten schriftlich einen Antrag auf Anerkennung als Härtefall stellen. Die Voraussetzungen für die Anerkennung eines Härtefalls stehen unter Nr. 2 bis 4 des Beschlusses im Einzelnen angegebenen Voraussetzungen.

In den zwischen dem 01.01.2009 und 30.06.2012 geltenden Vereinbarungen wird der für einen Vertragsarzt zutreffende arztgruppenspezifische Fallwert für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall wie folgt gemindert: • um 25% für Fälle über 150% bis 170% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe • um 50% für Fälle über 170 bis 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe • um 75% für Fälle über 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

Für die Zeit vom 01.07.2012 bis 31.12.2012 erfolgt eine Minderung um 50% für Fälle über 175% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe und seither um 50% für Fälle über 200% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe.

Über die Regelungen des ab 01.01.2008 geltenden HVM-V und die gleichzeitige Ablösung der bisherigen regional unterschiedlichen Honorarverteilungsverträge durch eine landesweit einheitliche Honorarverteilung informierte die Beklagte nach ihren Angaben im Schreiben vom 22.01.2008 die Mitglieder vor dem 01.01.2008 schriftlich.

Mit Schreiben vom 21.12.2007 beantragte der Kläger bei der Beklagten eine individuelle Festlegung der Fallpunktzahlabstaffelung und der Fallzahlobergrenze. Durch den neuen HVM-V ab 01.01.2008 komme es in seinem Fall zu einer vollständigen Honorarverwerfung mit Honorarverlusten von 42% bis 50% des Kassenumsatzes. Durch die soziale Struktur seines Patientengutes handele es sich in seinem Fall um eine "soziale Brennpunktpraxis". Wenn er die betriebswirtschaftlich erforderlichen Konsequenzen aus dem HVM-V ziehe, müsse er 1000 bis 2000 Patienten in jedem Quartal abweisen, die dann größtenteils nicht von anderen Kollegen versorgt würden. Unter Zugrundelegung der Abrechnung des Quartals 2/2007 für die Zeit ab 01.01.2008 würden 1.693 Scheine mit 100% der Fallpunktzahl, 564 Scheine mit 75% der Fallpunktzahl und 1.129 Scheine lediglich mit der Hälfte der festgelegten Fallpunktzahl ausbezahlt. 214 Scheine würden nicht berücksichtigt. Für die Zukunft sei zu erwarten, dass zwischen 200 und 600 Scheine pro Quartal nicht vergütet würden. In der Vergangenheit hätte er Honorarverluste zumindest teilweise durch die eingetretene Fallzahlerhöhung kompensieren können. Seine Unkosten könne er nicht senken. Durch die soziale Struktur in seinem Patientengut habe er auch keine überdurchschnittlichen Privateinkünfte, mit denen er Verluste aus Kassenbehandlungen kompensieren könnte. Ein Betreiben der Praxis unter dem beschlossenen HVM-V würde ihn unweigerlich in die Illiquidität treiben. Der HVM-V sei für seine Praxis aufgrund der beschriebenen Honorarverwerfung existenziell bedrohlich, sodass er von der Beklagten eine gewisse Solidarität erwarte, um auch weiterhin an diesem System teilnehmen zu können.

Mit Bescheid vom 17.03.2008 lehnte die Beklagte den Antrag auf eine Ausnahmeregelung in Bezug auf die fallzahlabhängige Abstaffelung der Fallpunktzahlen des PGZV und den Antrag auf Anhebung der Fallpunktzahlen ab. Sie führte aus, sie könne von der Anwendung der Fallzahlabstaffelungsregelung nicht absehen und im Falle des Klägers keinen Ausnahmetatbestand generieren. Der Bewertungsausschuss habe in seinem Beschluss vom 29.10.2004 eine Abstaffelung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis als flankierende Maßnahme zu dem PZGV vorgegeben. Beschlüsse des Bewertungsausschusses seien als untergesetzliche Rechtsnormen für sie, die Beklagte, bindende Vorgaben, weshalb sich diese Regelung in dem ab 01.01.2008 gültigen HVM-V in § 4 Nr. 6 und 7 wiederfinde. Die Abstaffelung sei eine Fortführung der ehemals im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 99 als flankierende Maßnahme zu den Praxisbudgets verankerten Regelung über Fallzahlbereiche. Diese Regelung habe das Bundessozialgericht (BSG) in seinem Urteil vom 08.03.2000 ([B 6 KA 7/99 R](#) -, in juris) als rechtmäßig bestätigt. Auch eine Anhebung der Fallpunktzahlen des PGZV zur Kompensation der Absenkung durch die Anwendung der fallzahlabhängigen Abstaffelung sei nicht möglich. Dies würde die Regelung über die fallzahlabhängige Abstaffelung unterlaufen. Die Voraussetzungen für eine Erweiterung des PZGV/eines Zusatzmoduls gemäß § 4 Abs. 2 Satz 5 HVM-V lägen nicht vor.

Hiergegen legte der Kläger am 03.04.2008 Widerspruch ein und bat um Aussetzung des Verfahrens bis zur Vorlage der Quartalsabrechnung des Quartals 1/2008 im Juli 2008.

Im Honorarbescheid vom 14.07.2008 für das Quartal 1/2008 nahm die Beklagte eine fallzahlabhängige Abstaffelung vor. Sie legte eine PZGV-relevante Fallzahl von 3.772 zugrunde und berechnete bei einem Fallzahldurchschnitt der Fachgruppe von 1.129 1.693 Fallzahlen ohne Abstaffelung, 564 Fallzahlen mit einer Abstaffelung von 25% und 1.129 Fallzahlen mit einer Abstaffelung von 50%. 386 Scheine wurden nicht berücksichtigt. Die Gutschrift des Klägers belief sich auf 106.797,50 EUR.

Im Honorarbescheid vom 15.10.2008 für das Quartal 2/2008 nahm die Beklagte ebenfalls Kürzungen unter Berücksichtigung einer Fallzahlabstaffelung vor. Sie berücksichtigte bei einer anerkannten PZGV-relevanten Fallzahl von 3564 bei einem Fallzahldurchschnitt der Fachgruppe von 1.129 1.693 Fallzahlen ohne Abstaffelung, 564 Fallzahlen mit einer Abstaffelung von 25% und 1.129 Fallzahlen mit einer Abstaffelung von 50%. 178 Scheine wurden nicht berücksichtigt. Die Gesamtsumme der Gutschrift des Klägers betrug 105.278,41 EUR.

Gegen diese beiden Bescheide erhob der Kläger (nicht in der Akte befindliche) Widersprüche, über die die Beklagte noch nicht entschieden hat. Die weiteren Honorarbescheide des Jahres 2008 hat der Kläger nicht angegriffen.

Mit Schreiben vom 16.09.2009 erinnerte die Beklagte den Kläger an den Widerspruch gegen den Bescheid vom 17.03.2008. Nachdem der Kläger sich hierauf nicht äußerte, wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 17.03.2008 mit Widerspruchsbescheid vom 22.09.2011 zurück. Die erneute Prüfung des Sachverhalts habe ergeben, dass der Bescheid vom 17.03.2008 ordnungsgemäß (d.h. entsprechend den Vorgaben des HVM-V, des EBM, des Bundesmantelvertrages (BMV-Ä) sowie den Richtlinien des Vorstandes der Beklagten) erstellt worden sei.

Am 20.10.2011 erhob der Kläger Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG).

Zur Begründung trug er vor, die Regelungen des § 4 Nr. 6 HVM-V entbehrten einer ausreichenden Rechtsgrundlage. Gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 6](#) und 7 SGB V (idF des GKV-Modernisierungsgesetzes - GMG vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#); im Folgenden: a.F.) seien zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, sogenannte RLV. Gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) a.F. sei für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet werde. Hier sei nicht eine Überschreitung der Grenzwerte im Streit, sondern eine Abstufung der Fallpunktzahl unterhalb des Grenzwertes des RLV. Eine solche Abstufung stelle einen Bestandeingriff dar, der von der Regelung des [§ 85 Abs. 4](#) Sätze 6 - [8 SGB V](#) a.F. nicht gedeckt sei. Das von der Beklagten erwähnte Urteil des SG vom 19.01.2012 (S 11 KA 1221/10) sei insoweit nicht einschlägig; es betreffe den Fall einer Ausdehnung der Fallzahlen.

Abgesehen davon habe es der Bewertungsausschuss bei einer einfachen Abstufung, namentlich im Falle des Erreichens von 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe und dabei mit 25% der darüber hinausgehenden Fälle belassen. Nicht einmal an diesen vom Bewertungsausschuss - rechtsgrundlos - festgelegten Rahmen hielten sich jedoch § 4 Nr. 6 und 7 HVM-V. § 4 Nr. 6 und 7 HVM-V bestimmten vielmehr darüber hinaus eine Abstufung zusätzlich bei 200% mit 50% und schließlich bei 300%.

Selbst wenn [§ 85 SGB V](#) a.F. aber eine ausreichende Rechtsgrundlage darstelle, verstoße [§ 85 SGB V](#) a.F. gegen Artikel (Art.) 12 Abs. 1 Grundgesetz (GG) und [Art. 3 GG](#). Gemäß § 4 Nr. 2 HVM-V bestehe in seinem Fall auch Veranlassung eine Anpassung des PZGV vorzunehmen. Er erbringe für Bad C. atypische Leistungen. Seine Praxis sei zu einer sozialen Brennpunktpraxis geworden.

Darüber hinaus liege bei ihm ein Härtefall vor. Die Überprüfung hierzu werde beantragt. Die Härtefallregelung verlange jedenfalls im Falle eines Honorar- und Fallwertrückgangs um mehr als 20% gegenüber dem Vorjahresquartal eine Korrektur. Auch wenn die Grenze von 20% unterschritten sein sollte, stelle die fallzahlbedingte Abstufung gemäß § 4 Nr. 6 HVM-V eine die Existenz seiner Praxis gefährdende Regelung dar, was über kurz oder lang auch zu Lasten des in der sozialen Brennpunktpraxis zu versorgenden Patientengutes führen werde. Ergänzend trug der Kläger diesbezüglich vor, er habe - wie auch aus dem beigegeführten Schreiben der A. B.-W. vom 04.08.2008 hervorgehe - bereits einen von der Beklagten auch - negativ - beschiedenen Härtefallantrag gestellt. Er habe unter dem 21.12.2007 bezüglich seiner Praxis umfassend eine Prüfung von Ausnahmemöglichkeiten vom HVM-V ab 01.01.2008 beantragt. Auch wenn er als juristischer Laie das Wort "Härtefall" nicht genannt habe, sei das Schreiben nach entsprechender Auslegung auch unter Härtefallaspekten zu prüfen. Abgesehen davon sei ein Härtefallantrag auch von Amts wegen zu prüfen, wenn im Einzelfall Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Härtefalls gegeben seien. Ein Härtefall liege nach den im nachfolgenden dargestellten Umsatzrückgängen im Vergleich zum Referenzjahr 2006 vor:

Datum Umsatz EUR Kosten EUR

2006 514.717,79 314.036,67 2008 389.858,23 294.167,29 2009 357.949,07 278.151,77 2010 343.998,67 340.314,93

Im Übrigen sei auch der Widerspruch gegen die Honorarbescheide 1/2008 und 2/2008 als Härtefallantrag auszulegen. Dieser müsse in der Regel nicht jedes Quartal neu gestellt werden. Außerdem habe er bereits vor dem Schreiben vom 21.12.2007 bei den Telefonaten mit der für ihn zuständigen Sachbearbeiterin bei der Beklagten einen Härtefallantrag gestellt. Soweit nach dem Beschluss der Beklagten vom 22.10.2008 Härtefallanträge nur schriftlich gestellt werden könnten, sei anzumerken, dass ein Beschluss vom 22.10.2008 seinem Antrag vom 21.12.2007 nicht rückwirkend die Grundlage entziehen könne. Dem Beschluss sei auch nicht zu entnehmen, dass der schriftliche Antrag wörtlich den Begriff Härtefall enthalten müsse. Im Übrigen sei die Schriftformklausel deklaratorisch, diene also lediglich Beweis Zwecken. Schließlich werde auch eine Korrektur dem Urteil des BSG vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#) -, in juris) entsprechend beantragt.

Die Beklagte trat der Klage entgegen.

Das Urteil des BSG vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#) -, in juris) habe für den vorliegenden Fall keinerlei rechtliche Relevanz. Gegenstand des vorliegenden Verfahrens sei nicht die Anfechtung von Honorarbescheiden in dem seitens des BSG in dem oben genannten Urteil als relevant angesehenen Zeitraum der Quartale 2/2005 bis 4/2008.

Nicht streitrelevant sei auch die nur auf Antrag erfolgende Prüfung einer Honorarstützung unter Härtefallgesichtspunkten. Ein solcher Antrag sei dem Schreiben des Klägers vom 21.12.2007 nicht zu entnehmen. Der Kläger habe den Antrag auf eine "individuelle Festlegung der Fallpunktzahl Abstufung und Fallzahlbergrenze" konkretisiert. Dies habe auch die Prozessbevollmächtigte des Klägers in ihrem Schreiben vom 31.01.2012 an sie, die Beklagte, den Gegenstand ihrer Beauftragung mit der "Überprüfung der Rechtmäßigkeit des Honorarverteilungsmaßstabes 2008 für Gesamt-Baden-Württemberg, hier § 4 Punktzahl Grenzvolumen Nr. 6 Punktabstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis" bezeichnend, so gesehen. Eine verwaltungsmäßige Entscheidung ihrerseits über einen Härtefallantrag liege auch nicht vor. Der Antrag des Klägers vom 21.12.2007 habe auch nicht als antizipierter Härtefallantrag behandelt werden können, da zum damaligen Zeitpunkt die Auswirkungen des neuen HVM-V auf die Honorarentwicklung des Klägers überhaupt noch nicht bekannt oder absehbar gewesen seien. Etwas anderes folge auch nicht aus dem Schreiben der A.: Die A. spreche in ihrem Schreiben vom 04.08.2008 insoweit allgemein und untechnisch von "Härtefallklausel". Das bedeute nicht, dass dem Antrag des Klägers vom 21.12.2007 ein entsprechender Inhalt beizumessen gewesen wäre. Der innerhalb der Klagebegründung gestellte Antrag wirke nicht für den zurückliegenden Zeitraum. Er könne allenfalls für die Zukunft Relevanz haben.

Hier gehe es um Anträge auf eine Ausnahme von der fallzahlabhängigen Abstufung der Fallpunktzahlen des PZGV und auf eine Ausnahme von der Fallzahlobergrenze bzw. auf Anhebung der Fallpunktzahlen des PZGV. Eine isolierte rechtliche Überprüfung dieser rechtlichen Vorgaben im HVM-V sei möglich (Urteil des erkennenden Senats vom 26.10.2011 - [L 5 KA 4867/09](#) -, in juris). Die fallzahlbedingte Abstufung sei rechtmäßig. Insoweit werde auf das dies bestätigende Urteil des SG vom 19.01.2012 (S 11 KA 1221/10) verwiesen. Danach sei die Regelung in § 4 Nr. 6 HVM-V nicht zu beanstanden und stehe mit höherrangigem Recht im Einklang. Die Abstufungsregelung im HVM-V sei eine generelle Regelung, die grundsätzlich für alle Vertragsärzte gelte und im Zuge des ab 01.01.2008 einheitlich in Baden-Württemberg geltenden HVM-V statuiert worden sei, wobei vergleichbare Regelungen auch schon in den regional unterschiedlichen HVM-Vs gegolten hätten. Diese Regelung differenziere grundsätzlich nicht danach, in welcher Form der Vertragsarzt von der Regelung betroffen werde. Somit sei sowohl die Verhinderung einer fallzahlmäßigen Ausweitung der vertragsärztlichen Tätigkeit als auch ein Eingriff in den seitherigen fallzahlmäßigen "Bestand" denkbar, sofern die Tatbestandsvoraussetzungen der Abstufungsregelung erfüllt seien. Eine Anhebung der Fallpunktzahlen des PZGV zur Kompensation der Absenkung durch die Anwendung der fallzahlabhängigen Abstufung sei nicht möglich. Dies würde die beabsichtigte flankierende Maßnahme der Honorarbegrenzung faktisch außer Kraft setzen. Zudem sei gemäß § 4 Nr. 2 Satz 5 HVM-V nur in Ausnahmefällen eine Erweiterung des PZGV/eines Zusatzmoduls möglich, in denen ein besonderer Versorgungsbedarf (Praxisschwerpunkt) in einem beantragten Bereich nachgewiesen sei und strukturelle Besonderheiten der antragstellenden Praxis bzw. ein besonderes Patientenkontingent eine solche Maßnahme rechtfertigten. Sofern grundsätzlich die Notwendigkeit eines individuellen Aufschlags indiziert sei, müsse der beantragte Leistungsbereich mindestens einen 20%-igen Anteil im Referenzzeitraum 1/2006 bis 4/2006 im Verhältnis zum budgetrelevant angeforderten Leistungsbedarf der Praxis einnehmen und für diesen Leistungsbereich eine mindestens 30%-ige Überschreitung der Fallpunktzahl je Behandlungsfall der Praxis gegenüber dem entsprechenden durchschnittlichen Fachgruppenwert vorliegen. Diese Voraussetzungen seien entsprechend der beigelegten Anlage nicht erfüllt gewesen. Der Kläger habe nach gefestigter sozialgerichtlicher Rechtsprechung keinen Anspruch auf ein ärztliches Honorar in gleichbleibender Höhe. Er habe lediglich einen Anspruch auf angemessene Teilhabe an der Honorarverteilung.

Zur Erledigung der Widersprüche gegen die Honorarbescheide vom 14.07.2008 und 15.10.2008 unterbreitete die Beklagte dem Kläger unter dem 19.12.2011 ein Vergleichsangebot in Umsetzung der Rechtsprechung des BSG im Urteil vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#) -, in juris). Das Vergleichsangebot hatte folgenden Inhalt:

1. Die K. V. vergütet Ihnen 16.710,00 EUR unter Abzug von Verwaltungskosten. Die Auszahlung erfolgt mit der Schlusszahlung für das Quartal 4/2011 im April.
2. Etwaige noch anhängige Widerspruchsverfahren, die sich gegen den jeweiligen Honorarbescheid im Zeitraum der Quartale 2/2005 bis 4/2008 wenden, sind hiermit gegenstandslos, die Kosten dieser Verfahren trägt die Beklagte.
3. Etwaige noch anhängige Klagen, die den jeweiligen Honorarbescheid im Zeitraum der Quartale 2/2005 bis 4/2008 betreffen, erklären Sie für erledigt. Die beklagte K. V. erklärt den Rechtsstreit ebenfalls für erledigt und verpflichtet sich, unter Zugrundelegung des Regelstreitwerts je anhängiges Quartal die Kosten des Verfahrens zu tragen.
4. Sie verzichten auf eine Neubescheidung Ihrer Honoraransprüche bezüglich der Quartale 2/2005 bis 4/2008 und akzeptieren die betreffenden Honorarbescheide.

Dem Vergleichsangebot lag eine Festlegung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Auszahlungspunktwerte für die Quartale 2/2005 bis 4/2008 nachträglich als feste Punktwerte und eine Nachvergütung auf der Grundlage einer Erhöhung des zur Auszahlung gelangten arztgruppenspezifischen PZGV-Punktwertes um 0,1 Cent für die jeweiligen nicht bestandskräftig gewordenen Honorarbescheide zugrunde.

Der Kläger äußerte sich hierauf unter dem 20.01.2012 dahingehend, dass er den Vergleichsvorschlag vom 19.12.2011 annehme, gleichzeitig aber um Bestätigung bitte, dass von diesem Vergleichsabschluss selbstverständlich nicht das - hier streitige - Klageverfahren [S 20 KA 5998/11](#) beim SG umfasst sei. Mit Schriftsatz vom 20.11.2012 erneuerte die Beklagte ihr - so die Beklagte - bisher vom Kläger nicht angenommenes - unverändertes - Vergleichsangebot. Hierauf vertrat der Kläger die Auffassung, dass er den Vergleich mit Schriftsatz vom 20.01.2012 angenommen habe. Das Verfahren S 20 KA 5998/11 sei hiervon aber nicht betroffen. Dem entgegnete die Beklagte, dass mit der Annahme ihres Vergleichsangebots vom 19.12.2011 mit Schriftsatz vom 20.01.2012 auch das vorliegende Verfahren zwingend seine Erledigung erfahren habe. Dies ergebe sich aus Ziff. 3 des Vergleichs, wonach sich der Kläger verpflichtet habe, etwaige noch anhängige Klagen, die den jeweiligen Honorarbescheid im Zeitraum der Quartale 2/2005 bis 4/2008 betreffen, für erledigt zu erklären. Der vorliegende Rechtsstreit betreffe unstreitig die Honorarsituation ab dem Quartal 1/2008. Der Kläger vertrat zuletzt Auffassung, dass der Vergleich nicht einschränkungslos geschlossen worden sei.

Mit Urteil vom 06.03.2014 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung führte es aus, die Fortführung der Klage sei nicht arglistig und damit nicht unzulässig, da sich der Kläger insoweit im Rahmen von außergerichtlichen Vergleichsverhandlungen nicht wirksam zur Erledigung des vorliegenden Rechtsstreits verpflichtet habe. Er habe das Vergleichsangebot nur unter der Bedingung, dass davon nicht das hier anhängige Klageverfahren betroffen sei, angenommen. Demzufolge handele es sich um eine Änderung des von der Beklagten unterbreiteten Vergleichsvorschlags. Diesen "modifizierten Vergleichsvorschlag" habe die Beklagte nicht angenommen.

Die Klage sei aber unzulässig, soweit der Kläger die Umsetzung des BSG-Urteils vom 17.03.2010 sowie eine Härtefallprüfung begehre. Dies sei nicht Gegenstand des Verfahrens. Im Hinblick auf die Umsetzung der BSG-Rechtsprechung betreffend die Widersprüche gegen die Honorarbescheide für die Quartale 4/2007 bis 2/2008 seien Verwaltungsverfahren noch anhängig, sodass hieraus bereits die Unzulässigkeit des Begehrens folge. Ein Härtefallantrag sei dem Schreiben vom 21.12.2007 nicht zu entnehmen. Die Härtefallanerkennung müsse ausdrücklich beantragt werden. Dies folge bereits daraus, dass nach dem HVM-V über Sonderzahlungen in Härtefällen eigenständige Entscheidungen in eigenständigen Verwaltungsverfahren zu treffen seien. Des Weiteren setze eine Entscheidung über diese Sonderzahlung zunächst eine abschließende Entscheidung über den Honoraranspruch voraus (vgl. BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, in juris). Ein "Hineinlesen" des Antrags auf Härtefallantrag in den Antrag auf Erhöhung der Fallpunktzahlen sei nicht möglich.

Betreffend der Abstufung und das PZGV sei die Klage zulässig, aber unbegründet. Für die Quartale nach 4/2008 ergebe sich dies bereits aus dem Fehlen vergleichbarer Regelungen. Nach "Vollzug" der Honorarreform ab dem Quartal 1/2009 hätten sich die Honorarstrukturen

und damit einhergehend die Ausgestaltung des HVM-V grundlegend geändert, sodass der Antrag des Klägers gewissermaßen ins Leere laufe. Der Antrag wirke nicht unbegrenzt in die Zukunft fort, sondern wäre unter Berücksichtigung der geänderten Gegebenheiten zu modifizieren und neu zu stellen gewesen. In den Quartalen 1 bis 4/2008 sei die Anwendung der Regelung über die fallzahlbedingte Abstufung der Punktzahlen im Rahmen der streitgegenständlichen Bescheide zu Recht erfolgt. Die HVM-V-Regelungen der Beklagten stünden mit den sich aus [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) a.F. i.V.m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Anforderungen in Einklang. Nach § 4 Nr. 1 HVM-V würden die im EBM aufgeführten ärztlichen Leistungen nach dem HVM-V je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die Arztgruppen nach Anlage 2 einer fallzahlabhängigen Begrenzung (PZGV) unterliegen. Die das PZGV überschreitenden Leistungsmengen würden mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet. Die Höhe des PZGV einer Praxis ergebe sich für diese Arztgruppen aus der Multiplikation der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl (Anlage 2) und der nach Anwendung der Fallzahlzuwachsabgrenzungsregelung gemäß § 3 anerkannten Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Das in den streitigen Quartalen 1/2008 bis 4/2008 gültige PZGV des Klägers bestimme sich jeweils aus der Multiplikation der nach Anlage 2 ermittelten arztgruppenspezifischen Fallpunktzahlen und der Fallzahl der Praxis unter Beachtung der Aufteilung der kurativ-ambulant Fallzahlen in die verschiedenen Altersgruppen der Patienten. Nach § 4 Nr. 6 HVM-V werde die für eine Arztpraxis zutreffende Fallpunktzahl für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe (Anlage 1) hinausgehenden Fall um 25% und für jeden über 200% hinausgehenden Fall um 50% gemindert. Diese Regelung sei nicht zu beanstanden. Bei der Ausgestaltung des HVM-V hätten die Kassenärztlichen Vereinigungen einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine Maßnahme der Selbstverwaltung sei. Der HVM-V müsse mit der Ermächtigungsgrundlage in Einklang stehen und insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) a.F. angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars sowie den aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitenden Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit beachten. Mit diesen Maßgaben seien die vorliegenden Regelungen des § 4 Nr. 6 HVM-V vereinbar. Diese beruhten auf dem Beschluss des Bewertungsausschusses vom 29.10.2004 zur Festlegung von RLV durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. mit Wirkung zum 01.01.2005, mit denen dieser seinen Regelungsverpflichtungen nach [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) u.a. nachgekommen sei. In den Abschnitten 3.2.1 und III 3.3.1 des genannten Beschlusses des Bewertungsausschusses sei die Abstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis vorgegeben. Abstufungsregelungen dieser Art seien nach der Rechtsprechung auch mit höherrangigem Recht vereinbar (BSG, Urteile vom 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) -, 18/10 R, 19/10 R und 20/10 R -, LSG Hessen, Urteil vom 17.11.2011 - [L 4 KA 74/10](#) -, jeweils in juris). Damit stehe auch die vorliegende, hinsichtlich der fallzahlabhängigen Abstufung gleichlautende Regelung des § 4 Nr. 6 HVM-V mit höherrangigem Recht im Einklang. Soweit der Kläger vortrage, [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) a.F. erlaube nur eine Begrenzung der übermäßigen Ausdehnung, nicht aber wie bei ihm den Eingriff in den bestehenden Bestand, überzeuge dies die Kammer in dieser Allgemeinheit nicht. Richtig sei zwar, dass [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) a.F. den verbindlichen Auftrag an die Vertragspartner, Regelungen zur Begrenzung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit vorzusehen, beinhalte. Übermäßig sei das Praxisvolumen eines Arztes jedoch bereits dann, wenn angesichts des Umfangs der abgerechneten Leistungen davon auszugehen sei, dass die einzelnen Leistungen nicht mehr in einer der Leistungsbeschreibung entsprechenden Art und Weise erbracht worden sein könnten. Demnach sei es nicht zu beanstanden, dass die fallzahlbedingte Abstufung bereits dann greife, wenn die entsprechende Praxis im jeweiligen Quartal über dem Fachgruppendurchschnitt liege. Dies gelte unabhängig von der Frage, ob die Praxis im Vorjahresquartal höhere Fallzahlen unquotiert habe vergüten dürfen. Ein Bestandschutz dahingehend, dass zumindest bis zu der Höhe der im Vorjahresquartal unquotiert abgerechneten Fälle zukünftig auch keine Quotierung erfolgen dürfe, sei [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. lediglich insoweit zu entnehmen, als dass nicht jegliches Wachstum blockiert werden dürfe (BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) -, in juris). Die streitgegenständliche Regelung führe aber gerade nicht dazu, dass Leistungen oberhalb der Grenzen gar nicht mehr vergütet würden, sondern bewirke nur, dass bei Überschreiten der Fallzahlgrenze die Fallpunktzahl sinke. Ein generelles Wachstum sei demnach weiterhin, auch wenn dies bei gesunkenem Fachgruppendurchschnitt natürlich schwieriger werde, grundsätzlich möglich.

Dem Kläger stehe auch keine Anhebung der Fallpunktzahlen des PZGV zu. Die in § 4 Nr. 2 HVM-V vorgesehene Möglichkeit der Anpassung von PZGV sei grundsätzlich nicht zu beanstanden (vgl. SG, Urteil vom 26.08.2010 - [S 10 KA 8917/08](#) -, in juris). Eine Erhöhung des PZGV scheitere vorliegend jedoch bereits daran, dass die besondere Ausrichtung der klägerischen Praxis keinen Niederschlag im Praxiswert finde. Die durchschnittlichen individuellen Fallpunktzahlen im Vergleichszeitraum 2006 lägen insgesamt unter der für 2008 gewährten Fallpunktzahl, sodass sich kein Mehrbedarf ergebe.

Gegen das der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 07.04.2014 zugestellte Urteil richtet sich dessen Berufung vom 30.04.2014. Der Kläger wiederholt sein bisheriges Vorbringen und bekräftigt insbesondere noch einmal, dass sein Antrag vom 21.12.2007 umfassend eine zum 01.01.2008 eingeführte Abstufung mangels ausreichender Rechtsgrundlage habe zu Fall bringen sollen. Auch im Jahr 2009 hätten sich die Honorarstrukturen des HVM-V nicht derart grundlegend verändert, dass der Antrag gewissermaßen ins Leere laufe. Die Rechtsgrundlage, namentlich [§ 85 Abs. 4 Satz 6 bis 8 SGB V](#) a.F., sei bis heute nicht nachgebessert worden. Im Übrigen berufe er sich hinsichtlich der Quartale, in denen er die Honorarbescheide nicht angefochten habe, auf Vertrauensschutz. In der Vergangenheit seien Änderungen auch ohne Anfechtung der Honorarbescheide vorgenommen worden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 06.03.2014 und den Bescheid der Beklagten vom 17.03.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.09.2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, über seinen Antrag vom 21.12.2007 auf eine Ausnahme in Bezug auf die fallzahlabhängige Abstufung der Fallpunktzahlen des Punktzahlgrenzvolumens respektive auf Anhebung der Fallpunktzahlen und hilfsweise im Hinblick auf die Anwendung der Härtefallregelung für die Quartale ab 1/2008 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für rechtmäßig. Ergänzend weist sie unter Wiederholung ihres bisherigen Vorbringens darauf hin, dass die seitens des Klägers dargestellte Versorgungssituation im Bereich St.-Bad C., U., H. und die Beschreibung seiner Tätigkeit von ihr nicht in Zweifel gezogen. Dies vermöge aber nicht per se zu einer honorarmäßigen Besserstellung des Klägers zu führen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der

Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Vertragsärzte, da eine Angelegenheit der Vertragsärzte vorliegt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]).

Die Berufung des Klägers ist gemäß [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, aber nicht begründet. Die Beklagte hat es rechtsfehlerfrei abgelehnt, für das Jahr 2008 eine Ausnahme von der fallzahlabhängigen Abstufung der Fallpunktzahlen des PZGV vorzunehmen bzw. die Fallpunktzahlen anzuheben. Eine Härtefallprüfung hatte sie mangels Antrags nicht durchzuführen. Eine Korrektur dem Urteil des BSG vom 17.03.2010 ([B 6 KA 43/08 R](#) -, in juris) entsprechend wird im Berufungsverfahren nicht mehr weiterverfolgt.

1. a) Streitgegenstand des Verfahrens ist das Begehren des Klägers auf eine Ausnahmeregelung in Bezug auf die fallzahlabhängige Abstufung der Fallpunktzahlen des PZGV bzw. eine Anhebung der Fallpunktzahlen für das Jahr 2008. Ist das geschehen, soll ihm sodann für das Jahr 2008 ein entsprechend höheres Honorar ohne Abstufung der Fallpunktzahlen (nach-)gezahlt werden.

Der Antrag des Klägers bezog sich insoweit nur auf das Jahr 2008. Das SG hat diesbezüglich zu Recht ausgeführt, dass sich nach Vollzug der Honorarreform ab dem Quartal 1/2009 die Honorarstrukturen und damit einhergehend die Ausgestaltung des HVM-V grundlegend geändert haben, so dass der Antrag des Klägers auf eine Ausnahme bzw. Anhebung über das Jahr 2008 hinaus ins Leere läuft. Der Antrag ist auf die gleichbleibende Sach- und Rechtslage des Jahres 2008 bezogen (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 03.02.2010 - [B 6 KA 31/08 R](#) -, in juris). Die bisherige Vorschrift des § 4 Nr. 6 und 7 HVM-V erfuhr ab 01.01.2009 eine Änderung, es galt ab 01.01.2009 zunächst B § 6 Nr. 1 der Honorarverteilungsvereinbarung mit einer geänderten Abstufungsregelung. Zum 01.07.2012 und 01.01.2013 ergaben sich weitere Änderungen. Darüber hinaus hat der Kläger mit seinem Schreiben vom 21.12.2007 aber auch nur mit Blick auf das Jahr 2008 einen Antrag gestellt. Er wandte sich mit seinem Antrag vom 21.12.2007 gegen den ab 01.01.2008 geltenden neuen HVM-V, durch den es in seinem Fall zu einer vollständigen Honorarverwerfung komme. Dies hat er im zweiten Absatz seines Antrags so formuliert. Der ab 01.01.2008 geltende HVM-V hatte ausdrücklich nur eine Geltungsdauer bis 31.12.2008. Im Dezember 2007 war noch völlig offen, ob in den Folgeverträgen weitere Abstufungen enthalten sein werden und wie sich weitere HVM-V bzw. Honorarverteilungsvereinbarungen auf die Fallzahlen und das Honorar des Klägers auswirken werden. Bezüglich der nachfolgenden Jahre hätte jeweils ein neuer Antrag gestellt werden müssen. Die Beklagte hat auch nur auf der Grundlage des HVM-V 2008 und damit begrenzt auf das Jahr 2008 entschieden. Nur dies war Gegenstand des Verwaltungsverfahrens.

Sein Rechtsschutzziel für das Jahr 2008 kann der Kläger im Wege der Klagehäufung ([§ 56 SGG](#)) mit einer Anfechtungsklage gegen die seit dem Quartal 1/2008 ergangenen Honorarbescheide (kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gem. [§ 54 Abs. 4 SGG](#)) und einer Verpflichtungsklage auf eine Ausnahmeregelung in Bezug auf die fallzahlabhängige Abstufung der Fallpunktzahlen des PZGV bzw. auf Anhebung der Fallpunktzahlen ([§ 54 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) verfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 28.01.2009 - [B 6 KA 50/07 R](#) -, in juris). Der Kläger konnte sich aber auf der Grundlage des Urteils des BSG vom 24.09.2003 - [B 6 KA 37/02 R](#) -, in juris, auch - wie vorliegend geschehen - auf die letztgenannte Verpflichtungsklage beschränken, ohne zugleich die Honorarbescheide für jedes Behandlungsquartal anzugreifen. Statthaft war ein Bescheidungsantrag, wobei es nicht ausschlaggebend darauf ankam, ob und inwieweit der Beklagten für die Ausnahmeregelung in Bezug auf die fallzahlabhängige Abstufung der Fallpunktzahlen bzw. die Anhebung der Fallpunktzahlen ein Ermessens- oder Beurteilungsspielraum eröffnet war (vgl. zum Nichtvorliegen von Beurteilungsspielräumen etwa bei der Bestimmung eines Praxisschwerpunkts, BSG, Urteil vom 06.09.2000 - [B 6 KA 40/99 R](#) -, in juris). Hätte der Kläger mit der Bescheidungsklage Erfolg gehabt und hätte er eine Ausnahmeregelung in Bezug auf die fallzahlabhängige Abstufung erhalten bzw. wären die Fallpunktzahlen im Zuge der Neubescheidung des Antrags vom 21.12.2007 erhöht worden, hätte die Beklagte das Honorar des Klägers neu berechnen und ggf. Honorar ohne Abstufung oder mit einer geringeren Abstufungsquote nachzahlen müssen. Die Ausnahmeregelung und die Anhebung der Fallpunktzahl stellten einen eigenständigen, von der Honorarverteilung im Übrigen verschiedenen Streitgegenstand dar. Letztere war nicht Gegenstand des Rechtsstreits (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 26.10.2011, - [L 5 KA 4867/09](#) -, n. v.). An dieser prozessualen Vorgehensweise ist im vorliegenden Fall bezüglich des Jahres 2008 unter Vertrauensschutzaspekten weiterhin festzuhalten. Zwar fehlt dem Kläger für die Klage gegen die Ablehnung einer Ausnahme von der fallzahlabhängigen Abstufung der Fallpunktzahlen des PZGV bzw. die Anhebung der Fallzahlobergrenze mit Blick auf die insoweit mit Urteil des BSG vom 15.08.2012 - [B 6 KA 38/11 R](#) -, in juris geänderte Rechtsprechung bezüglich der Quartale 3/2008 und 4/2008 für die isolierte Klage das Rechtsschutzbedürfnis, weil er diese Honorarbescheide nicht angefochten hat und diese damit für diese Quartale bestandskräftig sind. Dies war dem Kläger bei Erlass und bis zum Eintritt der Bestandskraft der Honorarbescheide für das Jahr 2008 indessen nicht bekannt. Er hat sich im Vertrauen auf die (ältere) Rechtsprechung des BSG und die frühere Verwaltungspraxis der Beklagten darauf verlassen, dass es einer Anfechtung aller Honorarbescheide nicht bedarf. Es ist hier deshalb trotz der Bestandskraft der Honorarbescheide für die Quartale 3/2008 und 4/2008 die - isolierte - Verpflichtungsklage im Jahr 2008 zulässig.

Gegen die Zulässigkeit der Verpflichtungsklage mit Blick auf das Jahr 2008 bestehen im Übrigen keine Bedenken. Im Bescheid vom 17.03.2008 lehnte die Beklagte den Antrag auf eine Ausnahmeregelung bzw. Anhebung der Fallzahlobergrenze ab. Dagegen richtete sich der Widerspruch des Klägers vom 03.04.2008, der mit Widerspruchsbescheid vom 22.09.2011 zurückgewiesen wurde.

Der Beiladung der am HVM-V beteiligten Krankenkassenverbände bedurfte es nicht (ständige Rechtsprechung, zuletzt BSG, Beschluss vom 17.02.2016 - [B 6 KA 38/15 B](#) -, in juris).

b) Aus diesen Ausführungen folgt auch, dass das dem Berufungsverfahren zugrunde liegende Klageverfahren [S 20 KA 5998/11](#) nicht durch einen zwischen den Beteiligten geschlossenen Vergleich seine Erledigung fand. Es kann dahingestellt bleiben, ob mit der Formulierung in Ziff. 2 des Vergleichsangebots der Beklagten vom 19.12.2011, wonach etwaige noch anhängige Widerspruchsverfahren, die sich gegen den jeweiligen Honorarbescheid im Zeitraum der Quartale 2/2005 bis 4/2008 wenden, hiermit gegenstandslos seien, auch das hiesige Verfahren erfasst wird. Dem könnte entgegenstehen, dass es sich hier - teilweise - nicht um einen Widerspruch gegen einen Honorarbescheid handelt. In Ziff. 3 und 4 des Vergleichs ist jedoch aufgeführt, dass etwaige noch anhängige Klagen, die den jeweiligen Honorarbescheid im Zeitraum der Quartale 2/2005 bis 4/2008 betreffen, für erledigt erklärt werden und der Kläger auf eine Neubescheidung seiner Honoraransprüche bzgl. der Quartale 2/2005 bis 4/2008 verzichtet und die betreffenden Honorarbescheide akzeptiert. Damit erfasst das Vergleichsangebot der

Beklagten auch das hier streitige Verfahren, dessen Ziel - wie ausgeführt - ein höheres Honorar und damit auch eine Neubescheidung der Honoraransprüche ist. Dies sah letztendlich auch die Prozessbevollmächtigte des Klägers so, die das Vergleichsangebot nur nach Abgabe der Bestätigung, dass von diesem Vergleichsschluss das Klageverfahren [S 20 KA 5998/11](#) nicht umfasst sei, annehmen wollte und damit einen modifizierten Vergleichsvorschlag unterbreitete. Diese Bestätigung erteilte die Beklagte nicht. Sie hielt daran fest, dass es sich um eine umfassende Erledigung handeln sollte. Damit hat die Beklagte den modifizierten Vergleichsvorschlag des Klägers nicht angenommen. Dies folgt auch aus dem Vorbringen der Beklagten, dass mit der Annahme des Vergleichsangebots durch den Kläger das Verfahren [S 20 KA 5998/11](#) erledigt sei. Damit wird eindeutig klargestellt, dass die Beklagte das Verfahren [S 20 KA 5998/11](#) vom Vergleichsschluss nicht ausnehmen wollte. Sie hat das modifizierte Vergleichsangebot des Klägers nicht angenommen. Ein Vergleich kam damit nicht zu Stande. Das Verfahren [S 20 KA 5998/11](#) war weiter anhängig.

2. a) Mit Blick auf die Abweisung der Klage als unzulässig hinsichtlich einer Härtefallprüfung ist die Berufung nicht begründet. Das SG hat insoweit zu Recht entschieden, dass die vom Kläger vor Gericht begehrte Härtefallprüfung nicht Gegenstand des Klageverfahrens geworden ist und die Klage deshalb unzulässig ist. Gegenstand einer Verpflichtungsklage, hier auf eine Ausnahme von der Abstaffelung bzw. Anhebung der Fallpunktzahlen (vgl. 1.a)), kann in zulässiger Weise nur sein, was bereits Gegenstand des Verwaltungsverfahrens war. Dies ist wie das BSG in seinem Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, in juris - ausgeführt hat, die behördliche Regelung, die im Hinblick auf einen konkreten Lebenssachverhalt angestrebt wird. Über welche Aspekte dabei zu befinden ist, bestimmt sich maßgeblich nach dem auf die Sache anzuwendenden materiellen Recht. Nach dem Beschluss des Vorstands der Beklagten vom 22.10.2008 ist über Härtefälle auf Antrag eine eigenständige Entscheidung in einem eigenständigen Verwaltungsverfahren zu treffen. Die Praxis hat hierfür u.a. den Jahresabschluss 2007 und betriebswirtschaftliche Auswertungen der Gesamtpraxis aus dem Jahr 2008 zur Verfügung zu stellen (Ziff. 4 der ab 01.01.2008 geltenden Härtefallregelung). Voraussetzung für eine Prüfung des Härtefalls ist auch eine Entscheidung über den Honoraranspruch, wie er sich bei Anwendung der allgemein für die Honorarverteilung geltenden Vorschriften ergibt. Ohne einen Honorarbescheid unter Anwendung der beanstandeten Regelungen kann nicht festgestellt werden, ob die Voraussetzungen für einen Härtefall vorliegen, da ohne Honorarbescheid die Einbußen überhaupt nicht feststehen. Dies war - wie sich seinem Widerspruchsschreiben vom 03.04.2008 entnehmen lässt - auch dem Kläger bewusst. Sein Antrag auf Aussetzung des Verfahrens bis zur Vorlage der Quartalsabrechnung des Quartals 1/2008 zeigt, dass auch ihm klar war, dass erst nach Vorliegen des Honorarbescheids geprüft werden kann, ob und inwieweit eine Minderung vorliegt, und erst im Anschluss an den Honorarbescheid deshalb auch ein Härtefallantrag gestellt und geprüft werden kann. Im Hinblick darauf wollte er mit dem Schreiben vom 21.12.2007 "nur" eine individuelle Festlegung der Fallpunktzahlstaffelung und der Fallzahlobergrenze beantragen und (noch) keinen Härtefallantrag stellen. Etwas anderes ergibt sich auch unter Berücksichtigung des letzten Absatzes des Schreibens vom 21.12.2007 durch den Hinweis auf die existentielle Bedrohung nicht. Dieser Absatz ist vielmehr so zu verstehen, dass die Existenzbedrohung durch die Ausnahme von der Abstaffelung und die Erhöhung der Fallpunktzahl vermieden werden kann. Dass mit dem Schreiben vom 21.12.2007 noch kein Härteantrag gestellt wurde, wird auch aus dem Schreiben der Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 31.01.2012 an die Beklagte wegen einer Auskunft über den Honorarverteilungsmaßstab deutlich. Ein Härtefallantrag wird in diesem Schreiben nicht erwähnt. Etwas anderes lässt sich auch nicht auf das Schreiben der A. vom 04.08.2008 stützen. Auch wenn die A. in diesem Schreiben von einer Härtefallklausel spricht und ausführt, dass die Beklagte nach Rücksprache die Anwendung dieser Klausel auch im Fall des Klägers geprüft habe, bedeutet dies nicht, dass dem Antrag vom 21.12.2007 tatsächlich ein Härtefallantrag zu entnehmen wäre und die Beklagte hierüber entschieden hätte. Eine Härtefallentscheidung ist deshalb nicht Gegenstand des Verfahrens. Das SG hat die Klage insoweit zu Recht als unzulässig verworfen.

b) Bezüglich der Anwendung der Regelung über die fallzahlbedingte Abstaffelung der Punktzahlen im Rahmen der streitgegenständlichen Bescheide ist die Berufung ebenfalls unbegründet. Die eine Ausnahme ablehnenden Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Eine Ausnahmeregelung zugunsten des Klägers greift nicht ein. Der Kläger kann deshalb eine Neubescheidung seines Antrags vom 21.12.2007 unter diesem Gesichtspunkt nicht verlangen.

Nach § 4 Nr. 1 des im Jahr 2008 geltenden HVM-V unterliegen die im EBM aufgeführten ärztlichen Leistungen (neben dem (gem. [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) als mengensteuerndes Element "insbesondere" vorzusehenden) RLV) nach diesem HVM-V je Arztpraxis und Abrechnungsquartal für die Arztgruppen nach Anlage 2 einer fallzahlabhängigen Begrenzung (PZGV). Die das PZGV überschreitenden Leistungsmengen werden mit einem abgestaffelten Punktwert vergütet. Die Höhe des PZGV ergibt sich für diese Arztgruppen aus der Multiplikation der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl (Anlage 2) und der nach Anwendung der Fallzahlzuwachsbegrenzungsregelung gem. § 3 anerkannten Fallzahl der Arztpraxis im aktuellen Abrechnungsquartal. Nach § 4 Nr. 6 HVM-V wird die für eine Arztpraxis zutreffende Fallpunktzahl für jeden über 150% der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppen (Anlage 1) hinausgehenden Fall gemäß § 3 Nr. 2 um 25% und für jeden über 200% hinausgehenden Fall um 50% gemindert. Die Abstaffelung findet keine Anwendung, soweit für die Arztgruppe eine durchschnittliche Fallzahl kleiner 150 Fälle nach Anlage 1 ermittelt wurde. Nach § 4 Nr. 7 HVM-V wird die arztgruppenspezifische Fallzahlobergrenze je Vertragsarzt mit 300% des Arztgruppendurchschnitts nach Anlage 1 festgelegt.

Diese Regelung ist nicht zu beanstanden.

Die § 4 Nr. 1, 6 und 7 HVM-V zugrundeliegenden Vorgaben im Beschluss des Bewertungsausschusses gemäß [§ 85 Abs. 4a SGB V](#) a.F. in seiner 93. Sitzung vom 29.10.2004 zur Festlegung von RLV durch die Kassenärztlichen Vereinigungen gemäß [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) mit Wirkung vom 01.01.2005 sind mit höherrangigem Recht vereinbar; sie stehen mit den sich aus [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. i. V. m. dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit ergebenden Anforderungen in Einklang (vgl. hierzu auch LSG Hessen, Beschluss vom 17.11.2011 - [L 4 KA 74/10](#) -, in juris). Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) a.F. hat der Honorarverteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Insbesondere sind arztgruppenspezifische Grenzwerte festzulegen, bis zu denen die von einer Arztpraxis erbrachten Leistungen mit festen Punktwerten zu vergüten sind (RLV; [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) a.F.). Für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte ist vorzusehen, dass die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge mit abgestaffelten Punktwerten vergütet wird (Satz 8). Gemäß [§ 85 Abs. 4a Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) a.F. bestimmt der Bewertungsausschuss (erstmalig bis zum 29.02.2004) den Inhalt der nach [§ 85 Abs. 4 Satz 4](#), 6, 7 und 8 SGB V zu treffenden Regelungen. Damit ist der Bewertungsausschuss dazu ermächtigt, bundeseinheitlich den Inhalt mengensteuernder und gesamthonorarbegrenzender Instrumente festzulegen. Von dieser Ermächtigung hat er in dem genannten Beschluss Gebrauch gemacht. Dies gilt nicht nur bezüglich der Vorgaben zur Ermittlung des RLV, sondern auch mit Blick auf die Abstaffelung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis. Der Bewertungsausschuss hat damit neben dem in [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) a.F. zwingend und bundeseinheitlich vorgegebenen RLV ein weiteres Instrument zur Mengensteuerung und Gesamthonorarbegrenzung implementiert. Die rechtlichen Grenzen seiner Gestaltungsmacht sind dadurch nicht

verletzt. Angesichts des weit gespannten Regelungsauftrags in [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) a.F. wäre eher die Beschränkung auf das - nur "insbesondere", also neben anderen Instrumenten vorzusehende - RLV und der Verzicht auf weitere Steuerungsinstrumente bedenklich (so auch Urteil des erkennenden Senats vom 26.10.2011, [L 5 KA 4867/09](#) - zum Radiologiebudget gem. § 5 Abs. 3 HVM-V unter Hinweis auf Hauck/Engelhardt, SGB V [§ 85](#) Rdnr. 263, der weitere Steuerungsinstrumente neben den RLV für zulässig erachtet).

Nach [§ 85 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#) a.F. hat der Verteilungsmaßstab Regelungen zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der Tätigkeit des Vertragsarztes vorzusehen. Fallzahlgrenzen sind grundsätzlich zulässig. Jeder Arzt muss nur die Möglichkeit haben, durch Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Deshalb sind Ausnahmeregelungen für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, insbesondere für Praxen in der Aufbauphase, erforderlich. Spiegelbildlich zum Erfordernis von Wachstumsmöglichkeiten für unterdurchschnittliche Praxen können die überdurchschnittlichen jedoch stärker begrenzt werden, indem diesen die Zuwachsmöglichkeiten beschränkt oder Zuwächse überhaupt verwehrt werden. Dies gilt nicht nur für Zuwächse, sondern auch wenn bestimmte Grenzwerte überschritten werden. Ein übergroßer Praxisumfang ist jedenfalls dann anzunehmen, wenn die Fallzahl etwa 2,5 mal so groß ist wie der Durchschnitt vergleichbarer Kassenärzte (vgl. BSG, Urteil vom 28.09.2005 -, [B 6 KA 14/04 R](#) -, in juris). Eine Absenkung des Fallwertes bei einer überdurchschnittlichen Fallzahl ist nicht zu beanstanden (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) -, in juris). Dies gilt auch unter dem Gesichtspunkt, dass die Abstufung bei Überschreitung der durchschnittlichen Fallpunktzahl aus Gründen der Sicherstellung der ärztlichen Versorgung tunlich ist. Kernpunkt des [§ 85 Abs. 4 Satz 7 SGB V](#) a.F. ist insbesondere die Festlegung arztgruppenspezifischer Grenzwerte und fester Punktwerte. Gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 8 SGB V](#) a.F. kommt hinzu, dass für den Fall der Überschreitung der Grenzwerte für die den Grenzwert überschreitende Leistungsmenge abgestufte Punktwerte vorzusehen sind. Was unter arztgruppenspezifische Grenzwerte fällt, ist in [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. nicht im Einzelnen genannt. Da die Regelung jedoch so zu verstehen ist, dass es sich insgesamt um ein Instrument zur Mengensteuerung und Gesamthonorarbegrenzung handelt, gehört nach Auffassung des Senats auch die maximale Fallzahl einer einzelnen Arztgruppe zum möglichen Regelungsbereich. Auch die Überschreitung des arztgruppenspezifischen Grenzwertes führt zur Ausweitung des Budgets. Auch für den Fall der Überschreitung dieses Grenzwertes ist der Bewertungsausschuss deshalb ermächtigt, eine Abstufung vorzusehen. Die Abstufung greift nicht nur dann ein, wenn das insgesamt festgelegte RLV überschritten wird, sondern hat auch dann zur Anwendung zu kommen, wenn die einzelnen Elemente des RLV, hier die als Grenzwert festgelegte durchschnittliche Fallzahl einer einzelnen Arztgruppe, überschritten wird. Entgegen der Ansicht des Klägers gibt [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. nicht nur eine Steuerung außerhalb des RLV, sondern auch mit dem einzelnen Element des arztgruppenspezifischen Fallwerts vor.

In Umsetzung dieser gesetzlichen Vorgabe hat der Bewertungsausschuss in seinem Beschluss vom 29.10.2004 eine Abstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Arztpraxis dahingehend beschlossen, dass die für eine Arztpraxis zutreffende Fallpunktzahl für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Arztgruppe hinausgehenden Fall gem. 3.3 um 25 % gemindert wird (3.2.1 des Beschlusses). Nach 3.3.1 des Beschlusses wird die KV-bezogene, arztgruppenspezifische Fallzahlobergrenze je Arzt mit 200 % des Durchschnitts je Quartal auf der Grundlage des Vorjahresquartals festgelegt.

Diesen Beschluss haben die Beklagte und die Krankenkassenverbände im HVM-V für das Jahr 2008 in § 4 Nr. 6 und 7 umgesetzt. Es wurde eine Abstufung der Fallpunktzahl in Abhängigkeit von der Fallzahl der Praxis festgelegt. Danach wird die für eine Arztpraxis zutreffende Fallpunktzahl für jeden über 150 % der durchschnittlichen Fallzahl der Fachgruppe hinausgehenden Fall um 25 % und für jeden über 200 % hinausgehenden Fall um 50 % gemindert. Damit wurde der Beschluss des Bewertungsausschusses in nicht zu beanstandender Weise umgesetzt. Die Vertragspartner haben insoweit die Vorgaben des Bewertungsausschusses nicht komplett ausgeschöpft. Danach wäre es, nachdem eine Fallzahlobergrenze von 200% des Durchschnitts je Quartal auf der Grundlage des Vorjahresquartals genannt wird, auch möglich gewesen, alle über 200% hinausgehenden Fälle komplett zu streichen. Im HVM-V blieb man dahinter zurück und bestimmte, dass für jeden über 200% hinausgehenden Fall die Fallpunktzahl um 50% gemindert wird und erst ab 300% eine Kappung erfolgt.

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus Gründen des Bestandschutzes, weil der Kläger in den Vorjahresquartalen unquotiert den Fallgruppendurchschnitt übersteigende Fälle abrechnete. Einen solchen Bestandschutz sieht [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. nicht vor. [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) a.F. ist lediglich zu entnehmen, dass nicht jegliches Wachstum blockiert werden darf (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) -, in juris). Dies ist hier nicht der Fall. Leistungen werden erst bei Überschreiten des durchschnittlichen Fallgruppenwerts von 300% nicht mehr vergütet. Im Übrigen sind Honorarbegrenzungsregelungen zur Vermeidung einer übermäßigen Ausdehnung der Kassenpraxis verfassungsrechtlich zulässig. Sie stellen weder einen verfassungswidrigen Eingriff in das Grundrecht auf freie Berufsausübung dar noch tangieren sie die Eigentumsgarantie (BVerfG, Beschluss vom 10.05.1972 - [1 BvR 286/65](#), [1 BvR 293/65](#), [1 BvR 295/65](#) -, in juris).

Eine Ausnahme rechtfertigt auch nicht das Vorbringen des Klägers, wonach letztlich nur er die HNO-ärztliche Versorgung in St.-Bad C. übernimmt. Tatsächlich sind weitere Vertragsärzte vor Ort zugelassen und betreiben dort ihre Praxis. Wenn ein öffentliches Interesse daran bestanden haben sollte, dass er die große Zahl der versorgten Patienten betreut, hätte möglicherweise die Genehmigung eines sog. Entlastungsassistenten zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 32 Abs. 2 Satz 2 Ärzte-ZV in Betracht kommen können (vgl. hierzu auch BSG, Urteil vom 28.09.2005 - [B 6 KA 14/04 R](#) -, in juris).

Ein Anspruch auf eine Ausnahme von der fallzahlbedingten Abstufung besteht daher nicht.

c) Das SG hat auch zu Recht eine Anhebung der Fallpunktzahlen des PZGV des Klägers abgelehnt.

Gem. § 4 Nr. 2 HVM-V werden für die in Anlage 3 genannten Leistungsbereiche arztgruppenspezifische Zusatzmodule gebildet. Ein Vertragsarzt hat Anspruch auf die Zusatzmodule, wenn er die beim jeweiligen Zusatzmodul genannte Voraussetzung erfüllt. Sofern die Voraussetzungen nicht bereits nachgewiesen sind, können Zusatzmodule beantragt werden. Die Zusatzmodule werden als Aufschläge auf die Fallpunktzahl des PZGV gewährt. Darüber hinaus kann der Vorstand der Beklagten zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung weitere Anpassungen des PZGV vornehmen. In Anlage 3 sind als Leistungsbereiche für Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde die Allergologie; Chirotherapie; Diagnostik von Schlafstörungen; Otoakustische Emissionen; Psychosomatik, Übende Verfahren; Sonographie und Teilradiologie aufgeführt. Nach dem Beschluss des - nach ständiger Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 29.06.2011 - [B 6 KA 17/10 R](#) -, in juris) hierzu ermächtigten - Vorstandes der Beklagten vom 13.02.2008 ist eine Erweiterung der Fallpunktzahlen des PZGV/eines Zusatzmoduls möglich, in denen ein besonderer Versorgungsbedarf (Praxischwerpunkt) in einem beantragten Bereich nachgewiesen ist und strukturelle Besonderheiten der antragstellenden Praxis bzw. ein besonderes Patientenkontingent

eine solche Maßnahme rechtfertigen. Sofern grundsätzlich die Notwendigkeit eines individuellen Aufschlags indiziert ist, muss der beantragte Leistungsbereich mindestens einen 20%-Anteil im Referenzzeitraum 1/2006 bis 4/2006 im Verhältnis zum budgetrelevant angeforderten Leistungsbedarf der Praxis einnehmen und für diesen Leistungsbereich eine mindestens 30%-ige Überschreitung der Fallpunktzahl je Behandlungsfall der Praxis gegenüber den entsprechenden durchschnittlichen Fallgruppenwert vorliegen. Ein Aufschlag wird allerdings nur dann gewährt, wenn der Praxiswert - errechnet aus den individuellen Fallpunktzahlen des Jahres 2006 multipliziert mit dem Faktor 0,8 - höher ausfiel als der entsprechende Fachgruppenwert. Mit dem Vorstandsbeschluss vom 13.02.2008 berücksichtigte die Beklagte in Umsetzung des HVM-V individuelle Anpassungen der Fallpunktzahl zur Sicherstellung einer ausreichenden medizinischen Versorgung. Diese Regelung ist nicht zu beanstanden (vgl. hierzu SG Stuttgart, Urteil vom 26.08.2010 - [S 10 KA 8917/08](#) - mit weiteren Nachweisen zur Rechtsprechung des BSG, in juris), dies trägt auch der Kläger nicht vor.

Die Voraussetzungen einer solchen Erhöhung liegen hier indessen, wie das SG in nicht zu beanstandender Weise ausgeführt hat, nicht vor. Eines der in Anlage 3 genannten Zusatzmodule führt der Kläger nicht aus. Die besondere Ausrichtung der Praxis des Klägers durch den nach seinen Angaben hohen Anteil an Obdachlosen, Alkoholikern, Drogensüchtigen und Patienten aus sozial niedrigsten Schichten sowie die Durchführung von Hausbesuchen und Regelsprechstunden in Alten- und Behindertenheimen findet keinen Niederschlag in der individuellen Fallpunktzahl des Klägers. Die durchschnittliche individuelle Fallpunktzahl des Klägers im Vergleichszeitraum 2006 (errechnet aus dem angeforderten PZGV-relevanten Leistungsbedarf und der Anzahl der Fälle) lag im Jahr 2006 unter der arztgruppenspezifischen Fallpunktzahl im PZGV des Klägers für 2008. Auf das von der Beklagten vorgelegte Zahlenmaterial, das der Kläger nicht bestritten hat, wird insoweit verwiesen (Bl. 28 der SG-Akte).

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

4. Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 52 Abs. 1, 2](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Der Senat setzt mit Blick auf den Streitgegenstand einen Streitwert von 20.000,00 EUR an (Auffangstreitwert von 5.000,00 EUR/Quartal für das Jahr 2008).

5. Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-11-10