

L 1 KA 9/06

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

1

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 11 KA 653/04

Datum

22.02.2006

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KA 9/06

Datum

02.04.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zum Verhältnis von angegriffenem Honorarbescheid und bestandskräftigem Festsetzungsbescheid über das persönliche Punktmengenvolumen (Anschluss an BSG, Urteile vom 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - und - [B 6 KA 71/97 R](#) -).
2. Zur Kürzung der abgerechneten und anerkannten Punktmenge nach § 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003 (KÄV Sachsen) um 10 %.
3. Zur Regelung nach § 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 (KÄV Sachsen) über den Anstieg des persönlichen Punktmengenvolumens bei unterdurchschnittlich abrechnenden "Altpraxen".
- I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22. Februar 2006 wird zurückgewiesen.
- II. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.
- IV. Der Streitwert für das Berufungsverfahren wird auf 16.264,51 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung Hals-Nasen-Ohren-(HNO-)ärztlicher Leistungen im Quartal III/2003.

Die Klägerin ist Fachärztin für HNO-Heilkunde und nimmt seit 1991 in C. an der vertragsärztlichen Versorgung teil. Von Juni 1996 bis Juni 2004 beschäftigte sie eine angestellte Ärztin.

Der Honorarverteilungsmaßstab (HVM) der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) sah ab dem Quartal III/1996 fachgruppenbezogene Teilbudgets vor, darunter einen Fonds für "Fachärzte für Hals-Nasen-Ohrenheilkunde bzw. Phoniatrie und Pädaudiologie" (§ 2 Abs. 3 Satz 2 HVM vom 23.11.1996). Die Gesamtvergütung wurde – nach Bereinigung um Vorwegabzüge – auf die einzelnen Facharztgruppen nach deren Gesamtvergütungsanteil im Jahr 1995 aufgeteilt (§ 2 Abs. 4 Satz 1 HVM vom 23.11.1996 und 08.11.1997); dabei war die nach dem 31.12.1995 stattfindende Veränderung der Anzahl der in der jeweiligen Facharztgruppe zugelassenen Ärzte zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 4 Satz 2 HVM vom 08.11.1997). Ab dem Quartal I/2000 wurde die Gesamtvergütung – nach Bereinigung um allgemeine Abzüge und Zuführungen – getrennt für den haus- und fachärztlichen Versorgungsbereich verteilt (§ 3 HVM vom 24.06.2000). Im fachärztlichen Versorgungsbereich erfolgte die Aufteilung der Mittel – nach Vornahme weiterer Abzüge und Zuführungen – entsprechend dem um Vorwegabzüge bereinigten Gesamtvergütungsanteil der jeweiligen Honorargruppe im Jahr 1999 (§ 5 Abs. 4 HVM vom 24.06.2000); die nach dem 31.12.1999 stattfindende Arztzahlveränderung war zu berücksichtigen (§ 5 Abs. 5 HVM vom 24.06.2000). Mit Wirkung vom Quartal IV/2000 entfiel die Arztzahlveränderungsregelung. Für die Aufteilung der Mittel auf die Facharztgruppen war deren um Vorwegabzüge bereinigter Gesamtvergütungsanteil im Quartal III/2000 maßgebend (§ 5 Abs. 4 HVM vom 30.03.2001, 24.11.2001 und 16.11.2002). Eine Stützungsregelung sah vor, dass die Punktwerte in den einzelnen fachärztlichen Fonds den durchschnittlichen kurativen Punktwert über alle fachärztlichen Fonds – getrennt nach Honorarfonds mit budgetierten und unbudgetierten Leistungserbringern – um höchstens 10 % unterschreiten durften (§ 5 Abs. 6 Satz 3 und 4 HVM vom 30.03.2001, 24.11.2001 und 16.11.2002). Darüber hinaus war der Vorstand der Beklagten ermächtigt, bei Unterschreiten des Punktwert-durchschnitts der budgetierten bzw. unbudgetierten fachärztlichen Honorargruppen um 15 % eine Anpassung der auf die Fonds entfallenden Gesamtvergütungsanteile vorzunehmen (§ 5 Abs. 7 HVM vom 30.03.2001, 24.11.2001 und 16.11.2002). Ab dem Quartal III/2003 erfolgte die Aufteilung der Mittel entsprechend den Durchschnittsanteilen der fachärztlichen Honorargruppen an den um die Vorwegabzüge bereinigten Gesamtvergütungen der Quartale III/2001 bis II/2002 (§ 5 Abs. 4 HVM vom 11.06.2003 und 23.11.2003). Nach der neu gefassten Stützungsregelung durften die Punktwerte der fachärztlichen Honorargruppen nicht mehr als 15 % nach unten von dem Punktwertdurchschnitt des fachärztlichen Versorgungsbereichs abweichen (§ 5 Abs. 7 HVM vom 11.06.2003 und 23.11.2003).

Ebenfalls zum Quartal III/2003 unterwarf der HVM die Honoraranforderungen der Vertragsärzte einer Begrenzung. Jeder Praxis wurde ein persönliches Punktmengenvolumen (PMV) zugewiesen (§ 7 Abs. 1 Unterabs. 1 HVM vom 11.06.2003). Dieses errechnete sich bei den im Bemessungszeitraum (Quartale III/2001 bis II/2002) der Praxisbudgetierung unterliegenden Ärzten sowie den Radiologen und Nuklearmedizinern aus 90 % und bei den im Bemessungszeitraum nicht der Praxisbudgetierung unterliegenden Ärzten aus 75 % der von der jeweiligen Praxis im Bemessungszeitraum abgerechneten und anerkannten Punktmenge (§ 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003). Die innerhalb des PMV geltend gemachte Punktmenge wurde mit dem Honorarfondspunktwert – getrennt nach Primär- und Ersatzkassen – honoriert (§ 7 Abs. 2 Unterabs. 1 HVM vom 11.06.2003). Für die das PMV überschreitende Punktmenge war statt einer Vergütung eine Quotierung vorgesehen (§ 7 Abs. 2 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003). Bestimmte Leistungen und bestimmte Leistungserbringer waren von der Leistungssteuerung auf der Grundlage von PMV ausgenommen (§ 7 Abs. 3 und 4 HVM vom 11.06.2003). Eine Sonderregelung sah für Altärzte mit unterdurchschnittlichem PMV, für Jung- und Neuärzte sowie für Praxisübernahmen Zuwächse auf das durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe – für Jungärzte sogar auf ein überdurchschnittliches PMV – vor (§ 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003). Das durchschnittliche PMV betrug bei den HNO-Ärzten je Arzt 1.076.857,1 Punkte (§ 7 Abs. 7 lit. e HVM vom 11.06.2003). In besonderen Fallgestaltungen war die Neufestsetzung des PMV möglich (§ 7 Abs. 10 HVM vom 11.06.2003). Ab dem Quartal II/2005 wurden die PMV durch Regelleistungsvolumina (RLV) ersetzt (§ 7 HVM vom 14.04.2005).

Das auf 1.443.517,6 Punkte ermittelte PMV hatte die PMV-Kommission der Beklagten mit Bescheid vom 07.01.2004 auf Antrag der Klägerin wegen Übernahme von Patienten geschlossener Praxen ab dem Quartal III/2003 auf 1.660.637,0 Punkte erhöht. Der hiergegen gerichtete Widerspruch der Klägerin blieb ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 30.11.2004). Ein Rechtsmittel hat die Klägerin insoweit nicht eingelegt.

Die Beklagte berechnete das Honorar der Klägerin im streitigen Quartal III/2003 auf der Grundlage eines Punktwertes von 2,67 ct (Primärkassen) bzw. 3,67 ct (Ersatzkassen), wie folgt (Honorarbescheid vom 27.01.2004): Gesamtfallzahl (kurativ) Gesamtpunktzahl (kurativ) PMV-relevanter Leistungsbedarf Individuelles PMV PMV-Quote (in %) Gesamthonorar 1.580 2.303.680,0 2.263.825,0 1.660.637,0 73,4 52.903,86 EUR

Die Klägerin rügte mit ihrem Widerspruch insbesondere, mit dem ab dem Quartal III/2003 gültigen HVM würden die vorher bestehenden Verteilungsrelationen mit besonderer Benachteiligung der HNO-Ärzte im Wesentlichen beibehalten. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.07.2004 mit der Begründung zurück, mit den individuellen PMV habe sie auf die Abschaffung der Praxisbudgets zum 01.07.2003 reagiert, um eine ungebremsste Punktmengenentwicklung und einen damit einhergehenden Punktwertabsturz zu verhindern; sollte die PMV-Regelung im Einzelfall eine unzumutbare Härte bedeuten, sei nach § 7 Abs. 10 HVM vom 11.06.2003 eine Neufestsetzung möglich, über die jedoch gesondert entschieden werde.

Die Klägerin hat sich mit ihrer am 03.08.2004 beim Sozialgericht Dresden (SG) erhobenen Klage gegen den zu geringen Anteil der HNO-Ärzte an der Gesamtvergütung gewandt. Dieser sei Folge der Arztzahlveränderungsregelung, die in den Quartalen III/1996 bis III/2000 angewandt worden sei und deren Rechtswidrigkeit feststehe. Darüber hinaus verstießen die HVM-Regelungen zum PMV gegen den Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. Die Absenkung des Leistungsumfangs um 10 %, wie sie der HVM der Beklagten vornehme, sei nicht zu rechtfertigen. Bereits die Praxisbudgets ab dem Quartal III/1997 hätten zu einem um 15 % abgesenkten Punktmengenvolumen geführt. Bei einem darauf aufbauenden Abschlag um weitere 10 % würden auch die medizinisch notwendigen Leistungen betroffen. Im Übrigen müsse ihr die von der Beklagten ab dem Quartal I/2004 gewährte Erhöhung des PMV auf 1.695.015,1 Punkte bereits ab dem Quartal III/2003 zugewillt werden. Die Beklagte hat erwidert, die Rechtsprechung habe einen Abschlag um 10 % bei der Ermittlung von Individualbudgets für zulässig erachtet. Ein Verzicht auf Abschläge hätte auch keine Vorteile, da dann nur ein niedrigerer Punktwert zur Auszahlung kommen könne.

Mit Urteil vom 22.02.2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Einführung individueller PMV im HVM der Beklagten sei vom Ansatz her nicht zu beanstanden. Gerade die Abschaffung der Praxisbudgets bei weiterhin begrenzten Gesamtvergütungen habe einen sachlichen Grund dafür dargestellt, diese Begrenzung in Form von Individualbudgets an die einzelnen Vertragsärzte weiterzugeben. Das Fehlen einer Restleistungsvergütung führe nicht zur Rechtswidrigkeit der HVM-Bestimmungen. Die in § 7 Abs. 1 HVM vom 11.06.2003 vorgenommene Minderung um 10 % des im Bemessungszeitraum anerkannten Punktmengenvolumens sei ebenso nicht zu beanstanden. Minderungen um 8, 10 bzw. 15 % seien in der Rechtsprechung bereits als rechtmäßig beurteilt worden. Die weitere Begrenzung um 10 % in § 7 Abs. 1 HVM vom 11.06.2003 sei auch nicht deshalb rechtswidrig, weil als Bemessungsgrundlage die unter Geltung der Praxisbudgetierung vergüteten Punktmengenforderungen herangezogen worden seien. Dem Abschlag um 10 % könne auch nicht entgegeng gehalten werden, dass in der Vergangenheit ohnehin nur die medizinisch notwendigen Leistungen vergütet worden und mit der weiteren Absenkung Versorgungsengpässe entstanden seien. Hierfür bestehe kein Anhalt. Aus der Entwicklung des Leistungsbedarfs bei den HNO-Ärzten ergebe sich zwar, dass sich das Gesamtleistungsvolumen von durchschnittlich 293.365.096 Punkten in den Quartalen III/2001 bis II/2002 um 7,34 % auf 271.811.108 Punkte in den Quartalen III/2003 bis II/2004 verringert habe. Dies lasse indessen nicht auf einen durch die PMV-Regelungen bedingten Minderungsbedarf der Versicherten schließen. Dem verringerten Leistungsbedarf stehe ein Rückgang der Fallzahlen von durchschnittlich 1.271,1 Patienten in den Quartalen III/2001 bis II/2002 um 7,1 % auf 1.180,8 Patienten in den Quartalen III/2003 bis II/2004 gegenüber. Auch die von der Klägerin beanstandeten Regelungen für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen seien rechtmäßig. Zwar gewährleiste der den Altärzten mit unterdurchschnittlichem PMV unabhängig von der Fallzahl- und Fallwertentwicklung zugestandene Zuwachs von jährlich 2 % in § 7 Abs. 5 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003 allein nicht für jede Praxis, den Vergleichsgruppendurchschnitt innerhalb von 5 Jahren zu erreichen. Es handele sich hierbei jedoch nicht um die einzige Bestimmung, die einen Zuwachs erlaube. Die Fallzahlzuwachsregelung in § 7 Abs. 5 Unterabs. 3 HVM vom 11.06.2003 ermögliche in ausreichender Weise eine Erhöhung des PMV bei Fallzahlsteigerung infolge Zugewinns von Patienten. Darüber hinaus erlaube § 7 Abs. 10 HVM vom 11.06.2003 Ausnahmegenehmigungen in Sondersituationen. Dass diese Regelungen genügen, um unterdurchschnittlich abrechnenden Praxen ein Wachstum bis zum durchschnittlichen PMV der Vergleichsgruppe innerhalb kurzer Zeit zu ermöglichen, belege der Fall der Klägerin eindrucksvoll. Während ursprünglich das rechnerische PMV 1.443.517,6 Punkte betragen und damit das durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe, das wegen der Praxistätigkeit einer angestellten Ärztin mit dem Faktor 2 zu multiplizieren sei und bei 2.153.714,2 Punkte gelegen habe, um 32,97 % unterschritten habe, sei das PMV zum Quartal III/2003 wegen Übernahme von Patienten aus geschlossenen Praxen auf 1.660.637,0 Punkte erhöht worden. Ab dem Quartal I/2004 habe das PMV unter Anwendung der Fallzahlzuwachsregelung aufgrund einer Fallzahlsteigerung gegenüber der Vergleichsgruppe um 13,677 % nunmehr 1.695.015,1 Punkte betragen und den Vergleichsgruppendurchschnitt nur noch um 19,3 % unterschritten. Nach Ausscheiden der angestellten Ärztin sei das der Klägerin verbliebene – halbierte – PMV zum Quartal III/2004 auf

1.452.168,2 Punkte erhöht worden und habe den Vergleichsgruppendurchschnitt um etwa 25 % überschritten. Das von der Beklagten ab dem Quartal I/2004 gewährte PMV könne die Klägerin nicht bereits für das Quartal III/2003 beanspruchen. Nach dem ausdrücklichen Wortlaut des § 7 Abs. 5 Unterabs. 3 HVM vom 11.06.2003 sei diese von Amts wegen zu gewährende Erhöhung des PMV erstmals mit Wirkung vom 01.01.2004 möglich. Dies sei auch nicht zu beanstanden, weil der geforderte Vergleich des Bemessungszeitraums (Quartale III/2001 bis II/2002) mit den nächsten vier Quartalen (III/2002 bis II/2003) erst im Quartal IV/2003 durchgeführt werden könne, da dann erst die Abrechnungsergebnisse für das Quartal II/2003 vorlägen. Im Übrigen sei der Bescheid der PMV-Kommission der Beklagten vom 07.01.2004 über die Erhöhung des PMV ab dem Quartal III/2003 bestandskräftig geworden. Auch die Aufteilung der Gesamtvergütung auf die Honorargruppen entsprechend deren Durchschnittsanteilen in den Quartalen III/2001 bis II/2002 sei nicht zu beanstanden. Dem stehe nicht entgegen, dass die Anteile in diesen Bezugsquartalen auf Anteilen in Quartalen aufbauten, in denen die rechtswidrige Arztzahlveränderungsregelung gegolten habe. Die Honorargruppenanteile für das streitige Quartal seien maßgeblich durch die Honorarkontingente der Quartale III/2001 bis II/2002 geprägt gewesen, in denen die Arztzahlveränderungsregelung nicht mehr gegolten habe. Die mittelbare Auswirkung der Arztzahlveränderungsregelung, die mit der Bezugnahme auf das Basisquartal III/2000 vorliege, reiche nicht aus, rückwirkend eine neue Honorarkontingentbestimmung zu rechtfertigen. Eine Neuberechnung der Honorarfondsanteile für die in der Vergangenheit liegenden Quartale sei der Beklagten wegen des damit verbundenen Verwaltungsaufwandes unzumutbar. Es sei offen, ob sie für die Fachgruppe der Klägerin überhaupt von Vorteil wäre.

Hiergegen richtet sich die Klägerin mit ihrer am 11.05.2006 eingelegten Berufung. Bezüglich der von der Klägerin gerügten basiswirksamen Stützungs- und Korrekturmaßnahmen für die Honorargruppen der Anästhesisten, Radiologen und Pathologen/Zytologen haben die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung am 02.04.2008 einen Teilvergleich geschlossen.

Die Klägerin macht zuletzt noch geltend, dem Honorarfonds der HNO-Ärzte sei wegen der Folgewirkungen der rechtswidrigen Arztzahlveränderungsregelung ein zu geringer Anteil der Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt worden. Darüber hinaus seien die Regelungen über das individuelle PMV rechtswidrig. Sachlicher Grund für die in der Bildung von Individualbudgets liegende Ungleichbehandlung könne nur der Schutz der Erwartung des Vertragsarztes sein, mit einer bestimmten Leistungsmenge einen bestimmten Honorarumsatz erzielen zu können. Diese Verknüpfung zwischen Leistungsmenge und Honorarumsatz werde durch die 10 %ige Kürzung im HVM der Beklagten durchbrochen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sollten Individualbudgets vor unberechtigter Leistungsausweitung durch andere Leistungserbringer schützen, aber keineswegs einen Anspruch auf gleiches Geld für weniger Leistung begründen. In den Fällen, in denen das BSG bei Einführung von Individualbudgets Kürzungen der Leistungsmengen gebilligt habe, habe es eine Vergütung für die darüber hinausgehenden Leistungen gegeben oder seien die Leistungen neu zugelassener Leistungserbringer sowie Leistungsausweitungen unterdurchschnittlich abrechnender Praxen finanziert worden. Außerdem berührten die Regelungen über das PMV den Schutzbereich des [Art. 12 Grundgesetz \(GG\)](#). Vernünftige Gründe des Gemeinwohls lägen dafür nicht vor, weil die Reduktion der Leistungsmenge, für die eine Vergütung gezahlt werde, die Versorgungsqualität nicht verbessere, sondern verschlechtere. Höchstvorsorglich rüge sie, dass der HVM der Beklagten unterdurchschnittlichen Praxen zu geringe Steigerungsmöglichkeiten ihres PMV ermöglicht habe.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Dresden vom 22. Februar 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Abänderung ihres Honorarbescheides vom 27. Januar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Juli 2004 zu verpflichten, über den Honoraranspruch der Klägerin für das Quartal III/2003 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Hinter der Reduzierung der abrechenbaren Punktmenge stehe nicht das Prinzip "gleiches Geld für weniger Arbeit". Wer innerhalb seines PMV weniger Punkte abrechne, erhalte folgerichtig auch weniger vergütet. Dass sich innerhalb einer budgetierten Honorarverteilung Mehrarbeit nicht oder nur in geringem Maße auszahle, entspreche der Natur eines Budgets. Es habe ein Anreiz geschaffen werden sollen, noch vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu aktivieren und wirklich nur notwendige Leistungen zu erbringen. Dies werde mit einem höheren Punktwert belohnt. Auf die Reduzierung hätte auch verzichtet werden können, dann hätte sich der Punktwert jedoch verringert. Da zugunsten der Leistungserbringer anzunehmen sei, dass diese nur zulässige Leistungsreduktionen vornähmen, wirke sich das PMV auch nicht negativ auf die Versicherten aus. Die Wachstumsmöglichkeit stehe in Übereinstimmung mit der Rechtsprechung des BSG.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in den Gerichtsakten enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist unbegründet.

Zu Recht hat das SG die Klagen abgewiesen. Denn die Klägerin ist durch den Honorarbescheid für das Quartal III/2003, soweit sie diesen angefochten hat und ihrem Begehren nicht über den Teilvergleich hinaus entsprochen worden ist, nicht in rechtswidriger Weise beschwert.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung vertragsärztlichen Honorars ist [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) in der ab 01.01.2002 geltenden Fassung des Wohnortprinzipgesetzes vom 11.12.2001 ([BGBl. I S. 3526](#)). Danach steht jedem Vertragsarzt ein Anspruch auf Teilhabe an den von den Krankenkassen entrichteten Gesamtvergütungen entsprechend der Art und dem Umfang der von ihm erbrachten und abrechnungsfähigen Leistungen nach Maßgabe der Verteilungsregelungen im HVM zu. Die KÄV hat die Gesamtvergütungen gemäß [§ 85 Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 SGB V](#) getrennt für die Bereiche der hausärztlichen und der fachärztlichen Versorgung zu verteilen. Vertragsärzte, die – wie die Klägerin – an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen, können die Teilhabe am Honorarkontingent der Fachärzte beanspruchen.

Bei der Ausformung des HVM räumt das Gesetz den KÄVen einen Gestaltungsspielraum ein (siehe nur BSG, Urteil vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R](#) - [BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#), jeweils Rn. 18; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72](#)

[Nr. 2](#), jeweils Rn. 30, 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 10). Bei der Ausfüllung dieses Spielraums sind allerdings die gesetzlichen Vorgaben, insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars (vgl. BSG, Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 311; Urteil vom 03.12.1997 - [6 RKA 21/97](#) - [BSGE 81, 213](#), 217 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#); Urteil vom 29.09.1993 - [6 RKA 65/91](#) - [BSGE 73, 131](#), 136 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 4](#)), sowie die Anforderungen des Verfassungsrechts, vor allem der aus [Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408; Urteil vom 31.01.2001 - [B 6 KA 13/00 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 38](#) S. 310 f.; Urteil vom 03.03.1999 - [B 6 KA 8/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 30](#) S. 227), zu beachten. Das bedeutet indessen nicht, dass gleiche Leistungen stets gleich vergütet werden müssen. Beide Prinzipien stellen vielmehr nur Grundsätze dar, von denen aus sachlichem Grund abgewichen werden darf (BSG, Urteil vom 22.06.2005 - [B 6 KA 5/04 R](#) - [SozR 4-2500 § 85 Nr. 17](#) Rn. 11; Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50 f.; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 10).

Die Verteilungsregelungen im HVM der Beklagten, auf deren Grundlage der Honoraranspruch der Klägerin berechnet wurde, sind rechtlich nicht zu beanstanden. Entgegen ihrer Auffassung ist die Klägerin durch die Vorschriften über den Zuschuss des Honorarkontingents ihrer Fachgruppe nicht benachteiligt (1.). Die von der Klägerin angegriffene Begrenzung ihres PMV auf 1.660.637 Punkte ist schon deswegen unbeachtlich, weil insoweit für das streitige Quartal III/2003 ein eigenständiger, bestandskräftiger Feststellungsbescheid ergangen ist (2.). Im Übrigen wird die Klägerin durch die Regelungen über die Individual-budgetierung nicht in rechtswidriger Weise benachteiligt (3.).

1. Honorarkontingente können nach Arztgruppen, Versorgungsgebieten oder Leistungsbereichen gebildet werden; auch Mischsysteme sind zulässig (vgl. BSG, Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408 f.; Urteil vom 09.09.1998 - [B 6 KA 55/97 R](#) - [BSGE 83, 1](#), 2 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 26](#); Urteil vom 03.03.1999 - [B 6 KA 15/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 31](#) S. 237). Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die Obergrenzen für Erhöhungen der Gesamtvergütungen sich in den verschiedenen Arztgruppen bzw. Leistungsbereichen gleichmäßig auswirken und nicht die Anteile einzelner Arztgruppen an den Gesamtvergütungen verringert werden, weil andere Gruppen durch Mengenausweitungen ihre Anteile absichern oder sogar vergrößern. Dadurch werden die Punktwerte in den einzelnen Leistungsbereichen stabilisiert, sodass die Ärzte ihre vertragsärztlichen Einnahmen sicherer kalkulieren können (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 15). Der Zuordnung zu einem Honorar-kontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 15; Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408). Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt (BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 50; Urteil vom 20.10.2004 - [B 6 KA 30/03 R](#) - [BSGE 93, 258](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 12](#), jeweils Rn. 30). Gemessen an diesen Maßstäben bestehen gegen die Bildung eines Honorartopfes für die Facharztgruppe der HNO-Ärzte keine Bedenken.

Gegen die Bildung eines Honorartopfes für ihre Facharztgruppe wendet sich die Klägerin indessen nicht. Ihre Einwendungen richten sich vielmehr gegen den Zuschuss dieses Honorartopfes. Dabei rügt sie, dass § 5 Abs. 4 des HVM vom 11.06.2003, der gemäß seinem § 9 Abs. 1 Halbsatz 2 zum 01.07.2003 in Kraft trat, für die Aufteilung der Mittel auf die Facharztgruppen mittelbar an Zeiträume anknüpft, in denen die Arztzahlveränderungsregelung (§ 2 Abs. 4 HVM vom 08.11.1997, § 5 Abs. 5 HVM vom 24.06.2000) zur Anwendung gekommen ist. Doch bestehen gegen diese mittelbare Anknüpfung keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken.

Nach § 5 Abs. 4 HVM vom 11.06.2003 und 23.11.2003 wurden ab dem Quartal III/2003 die Mittel im fachärztlichen Bereich entsprechend den Durchschnittsanteilen der Honorargruppen an den um die Vorwegabzüge bereinigten Gesamtvergütungen der Quartale III/2001 bis II/2002 aufgeteilt. In diesen Quartalen galt die Arztzahlveränderungsregelung nicht mehr; diese war rückwirkend zum Quartal IV/2000 mit Neufassung des § 5 Abs. 5 durch den HVM vom 30.03.2001 entfallen. In den hier maßgeblichen Basisquartalen III/2001 bis II/2002 war jedoch nach § 5 Abs. 4 HVM vom 30.03.2001, 24.11.2001 und 16.11.2002 für die Aufteilung der Mittel auf die Facharztgruppen deren um Vorwegabzüge bereinigter Gesamtvergütungsanteil im Quartal III/2000 maßgebend. Dieses Quartal war das letzte Quartal, in dem die Arztzahlveränderungsregelung (§ 5 Abs. 5 HVM vom 24.06.2000) zur Anwendung kam. Wie der Senat bereits entschieden hat (Urteil vom 18.10.2006 - [L 1 KA 14/06](#) - juris Rn. 26), ordnete § 5 Abs. 4 HVM vom 30.03.2001 - und damit auch die textgleichen Bestimmungen im HVM vom 30.03.2001 und 16.11.2002 - nicht die normative Fortgeltung der Arztzahlveränderungsregelung des § 5 Abs. 5 HVM vom 24.06.2000 an, sondern ermöglichte lediglich die faktische Fortwirkung dieser Regelung, weil diese bei der Honorarverteilung für das Quartal III/2000 noch beachtet worden war. Denn gemäß § 5 Abs. 4 HVM vom 30.03.2001 erfolgte die Anknüpfung an die Anteile der einzelnen Honorargruppen an der Gesamtvergütung im Quartal III/2000 ohne Rücksicht darauf, ob diese rechtmäßig oder rechtswidrig war. Entscheidend waren allein die Summen der tatsächlich an die einzelnen Arztgruppen im Rahmen der Honorarverteilung für das Quartal III/2000 ausbezahlten Vergütungen. § 5 Abs. 4 HVM vom 30.03.2001 verlangte auch keine Korrektur der tatsächlichen Gesamtvergütungsanteile des Quartals III/2000 um rechtfertigbar versagte oder gewährte Honorare. Gleiches gilt für § 5 Abs. 4 HVM vom 11.06.2003 und 23.11.2003; auch danach kommt es lediglich auf die tatsächlich ausbezahlten Vergütungen für die Quartale III/2001 bis II/2002 an. Damit wirken auch über § 5 Abs. 4 HVM vom 11.06.2003 und 23.11.2003 die unter Anwendung der Arztzahlveränderungsregelung ermittelten Gesamtvergütungsanteile weiterhin fort - allerdings nur mittelbar, weil weder der HVM vom 11.06.2003 noch derjenige vom 23.11.2003 auf Quartale abstellt, in denen die Arztzahlveränderungsregelung noch angewandt worden war.

Eine derartige Vorgehensweise ist - wie das BSG in seinem Urteil vom 29.08.2007 ([B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 23 ff.) entschieden hat - nicht zu beanstanden.

Zwar ist es danach mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar, wenn ein im Referenzquartal zunächst rechtswidrig bestimmter Anteil der einzelnen Fachgruppentöpfe an den Gesamtvergütungen für Honorarverteilungen künftiger Quartale weiterhin maßgeblich sein soll. Denn die Anteile der einzelnen Fachgruppentöpfe an den Gesamtvergütungen müssen auf der Grundlage des tatsächlichen medizinischen Versorgungsbedarfs der Patienten in den jeweiligen Fachgebieten bzw. Leistungsbereichen bemessen werden, wobei auch an die in einem früheren Zeitraum ausbezahlten Abrechnungsvolumina und die sich daraus errechnenden Vergütungsanteile der einzelnen Fachgruppen angeknüpft werden darf (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 24). Die

Anknüpfung an Ergebnisse einer in einem früheren Zeitraum unter Außerachtlassung des medizinischen Versorgungsbedarfs materiell rechtswidrig vorgenommenen Honorarverteilung ist deshalb grundsätzlich ausgeschlossen (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 25). Dies hat zur Folge, dass im Falle einer Bestimmung der Honorarkontingente der einzelnen Arztgruppen nach Maßgabe ihrer Anteile in einem vorangegangenen Zeitraum möglicherweise später festgestellten materiellen Fehlern im Zuschnitt der Honoraranteile des Basisquartals grundsätzlich durch entsprechende Korrekturen Rechnung zu tragen und nur die korrigierte Basis den weiteren Honorarverteilungen zugrunde zu legen ist (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 27). Die Honoraranteile der einzelnen Facharztgruppen können durch den HVM-Normgeber auch unabhängig von den Abrechnungsergebnissen in einem Basiszeitraum auf der Grundlage fachkundiger Bewertungen des medizinischen Versorgungsbedarfs in Gestalt einer zahlenförmigen Norm eigenständig festgelegt werden (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 29).

Das BSG geht aber davon aus, dass die Verteilungsergebnisse von Quartalen, die – wie hier die Quartale III/2001 bis II/2002 – nicht mehr unmittelbar durch die rechtswidrige Verteilung aufgrund der Arztzahlveränderungsregelung beeinflusst waren, der Bemessung der Fachgruppenanteile zugrunde gelegt werden dürfen. Das BSG hat insoweit wörtlich ausgeführt (Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 30): "Außerdem ist zu beachten, dass sich der Aufwand für den Erlass neuer Honorarbescheide auf der Grundlage einer nunmehr in rechtmäßiger Weise ausgestalteten Aufteilungsregelung auf diejenigen Quartale beschränkt, für welche die als rechtswidrig beanstandete Regelung anzuwenden war - hier also auf die Quartale IV/2000 bis II/2003. Der Umstand, dass gemäß § 5 Abs 4 des für die Honorarverteilung bei der Beklagten ab dem Quartal III/2003 anzuwendenden HVM (idF vom 11.06.2003) die Aufteilung der Gesamtvergütungen auf die einzelnen Facharztstöpfe nach Maßgabe von deren Durchschnittsanteilen in den Quartalen III/2001 bis II/2002 zu erfolgen hatte, erfordert es nicht, allein deshalb auch alle unter diesem Regelwerk bereits vollzogenen Honorarverteilungen zu korrigieren. Denn die Verteilungsergebnisse in diesen neuen Basisquartalen waren nicht mehr unmittelbar durch die rechtswidrige Verteilung auf der Grundlage einer automatisierten Arztzahlveränderungsregelung im vormaligen Bezugsquartal III/2000 beeinflusst. Weitere maßgebliche Faktoren wie etwa die Morbiditätsentwicklung, das Leistungs- und Abrechnungsverhalten der Vertragsärzte oder Punktwertstützungsmaßnahmen waren in den späteren Quartalen gleichfalls für das Verteilungsergebnis zwischen den einzelnen Arztgruppen von Bedeutung. Wenn die KÄV angesichts dessen auf die tatsächlichen Umstände in einem nicht mehr unmittelbar von vorausgegangenem rechtswidrigen Regelungen infizierten Zeitraum abstellt und diese einer neuen normativen Regelung für künftige Honorarverteilungen zugrunde legt, ist das unter Beachtung des ihr zur Verfügung stehenden Gestaltungsermessens nicht zu beanstanden. Mithin wirken einmal - aus welchen Gründen auch immer - geschehene Anknüpfungen an materiell rechtswidrige Verteilungslagen über den eigentlichen Regelungszeitraum hinaus nicht ad infinitum fort; dies ist auch im Interesse der Funktionsfähigkeit des vertragsärztlichen Honorarverteilungssystems geboten."

Ausgehend hiervon bestehen gegen die Regelung in § 5 Abs. 4 HVM vom 11.06.2003 und 23.11.2003 keine durchgreifenden rechtlichen Bedenken. Nach dieser HVM-Regelung erfolgte ab dem Quartal III/2003 im fachärztlichen Versorgungsbereich die Aufteilung der Mittel entsprechend den Durchschnittsanteilen der Honorargruppen an den um die Vorwegabzüge bereinigten Gesamtvergütungen der Quartale III/2001 bis II/2002. In diesen Basisquartalen war die Verteilung der Gesamtvergütung nicht mehr unmittelbar durch die Arztzahlveränderungsregelung beeinflusst, die mit Wirkung vom Quartal IV/2000 entfallen war. Vielmehr wirkte die Arztzahlveränderungsregelung nur noch mittelbar dadurch fort, dass in den Quartalen III/2001 bis II/2002 Ausgangspunkt für die Verteilung der Mittel auf die fachärztlichen Honorargruppen deren Gesamtvergütungsanteile im Quartal III/2000 war (§ 5 Abs. 4 HVM vom 30.03.2001, 24.11.2001 und 16.11.2002). In den Quartalen III/2001 bis II/2002 waren jedoch noch weitere Faktoren, wie insbesondere – recht-mäßige – Punktwertstützungen auf der Grundlage von § 5 Abs. 6 Satz 3 und 4 HVM vom 30.03.2001, 24.11.2001 und 16.11.2002 sowie Anpassungen der Gesamtvergütungsanteile auf der Grundlage von § 5 Abs. 7 HVM vom 30.03.2001, 24.11.2001 und 16.11.2002, für das Verteilungsergebnis zwischen den Honorargruppen von Bedeutung. Angesichts dessen ist es nicht zu beanstanden, dass § 5 Abs. 4 HVM vom 11.06.2003 und 23.11.2003 in den hier streitigen Quartalen die Verteilungsergebnisse in den nicht mehr unmittelbar von der rechtswidrigen Arztzahlveränderungsregelung beeinflussten Quartalen III/2001 bis II/2002 zur Basis der Aufteilung der Mittel auf die Honorargruppen macht.

Zu einem anderen Ergebnis führt auch nicht der Umstand, dass der Arztzahlveränderungsregelung in § 2 Abs. 4 HVM vom 08.11.1997 bzw. § 5 Abs. 5 HVM vom 24.06.2000 vorgeworfen wurde, sie liefe auf die Anerkennung angebotsinduzierter Honorarvolumina hinaus (vgl. BSG, Beschluss vom 22.06.2005 - [B 6 KA 68/04 B](#) - juris Rn. 9). Hieraus folgt nicht, dass – wie der Prozessbevollmächtigte der Klägerin in einem anderen, ähnlich gelagerten Rechtsstreit vorgetragen hat – bei den Auswirkungen der Arztzahlveränderungsregelung zwischen Honorartransfers aufgrund angebotsinduzierter Leistungsausweitungen einerseits (mehr Ärzte und mehr Leistungen) und Honorartransfers ohne entsprechende Leistungsausweitung andererseits (mehr Ärzte ohne entsprechenden Anstieg der Leistungen) zu differenzieren und nur im erstgenannten Fall eine mittelbare Beeinflussung der Verteilungsergebnisse in den Basisquartalen nicht zu beanstanden sei, wenn und weil durch die bloß noch mittelbare Anknüpfung an Basisquartale, in denen die Arztzahlveränderungsregelung nicht mehr gelte, der Vertragsarzt die Angebotsinduziertheit der Leistungsausweitung beweisen müsse. Abgesehen davon, dass der Senat diese Differenzierung dem Urteil des BSG vom 29.08.2007 ([B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 30, oben wörtlich zitiert) nicht zu entnehmen vermag, gilt: Arztzahlveränderungsregelungen, wie diejenigen in § 2 Abs. 4 HVM vom 08.11.1997 und § 5 Abs. 5 HVM vom 24.06.2000, sind deshalb mit dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht vereinbar, weil bei ihnen allein die Erhöhung der Arztzahl einer Fachgruppe automatisch und unabhängig davon, ob damit eine bedarfsbedingte Veränderung des Leistungsgeschehens in medizinischer Hinsicht einhergeht, eine Steigerung ihres Honorarvolumens zulasten anderer nach sich zieht (BSG, Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 21; Urteil vom 29.08.2007 - [B 6 KA 36/06 R](#) - juris Rn. 22). Derartige Arztzahlveränderungsregelungen sind damit nicht allein dann rechtswidrig, wenn bei ihnen angebotsinduzierte und damit nicht bedarfsbedingte Nachfragesteigerungen zur Verschiebung von Gesamtvergütungsanteilen führen, sondern auch und erst recht dann, wenn den durch sie bewirkten Honorartransfers überhaupt keine Änderungen des Leistungsgeschehens zugrunde liegen. Denn auch im letztgenannten Fall erfolgte die Verteilung der Gesamtvergütung entgegen dem Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit nicht entsprechend dem medizinischen Leistungsbedarf und lieferte zudem auf eine auslastungsunabhängige Alimentierung hinaus (zu diesem Gesichtspunkt BSG, Beschluss vom 22.06.2005 - [B 6 KA 68/04 B](#) - juris Rn. 9).

Wenn aber das BSG in seinem Urteil vom 29.08.2007 ([B 6 KA 2/07 R](#) - juris Rn. 30) davon ausgeht, dass sich die Auswirkungen der mittelbar fortwirkenden rechtswidrigen Arztzahlveränderungsregelung durch Zeitablauf bei Hinzutreten weiterer die Honorarverteilung bestimmender Faktoren derart abschwächen, dass diese Auswirkungen keine rechtliche Relevanz mehr besitzen, gilt dies ebenso für die zweite oben genannte Fallgruppe (mehr Ärzte ohne entsprechenden prozentualen Anstieg der Leistungen).

2. Die Rügen der Klägerin gegen die in § 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003 angeordnete Kürzung der im Bemessungszeitraum abgerechneten und anerkannten Punktmenge um 10 % und gegen die Zuwachsregelung, die § 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 für Altärzte mit unterdurchschnittlichem PMV enthält, greifen schon deshalb nicht durch, weil der Bescheid vom 07.01.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.11.2004, mit dem die Beklagte das PMV der Klägerin ab dem Quartal III/2003 auf 1.660.637,0 Punkte festgesetzt hat, nicht mit der Klage angefochten und daher bestandskräftig geworden ist.

Bestandskräftige Verwaltungsakte sind für die erlassende Behörde und den Adressaten verbindlich ([§ 77 Sozialgerichtsgesetz \[SGG\]](#)). Sie gestalten, selbst wenn sie rechtswidrig sind, die Rechtslage. Denn sie werden mit ihrer Bekanntgabe wirksam ([§ 39 Abs. 1 Satz 1](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch [SGB X]) und bleiben – sofern sie nicht offensichtlich an einem besonders schwerwiegenden Fehler leiden ([§ 39 Abs. 3, § 40 Abs. 1 SGB X](#)) – wirksam, solange und soweit sie nicht zurückgenommen, widerrufen, anderweitig aufgehoben oder durch Zeitablauf oder auf andere Weise erledigt sind ([§ 39 Abs. 2 SGB X](#)).

Aufgrund des bestandskräftigen Festsetzungsbescheides vom 07.01.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.11.2004 steht zwischen den Beteiligten bindend fest, dass das PMV der Klägerin im streitigen Quartal III/2003 1.660.637,0 Punkte betragen hat. Der Festsetzungsbescheid ist auch nicht durch den hier angefochtenen Honorarbescheid hinfällig geworden. Denn Honorarbescheide einer KÄV, deren HVM Individualbudgets vorsieht, beruhen zwar auf der der eigentlichen Honorarverteilung vorausgehenden Festsetzung der für den einzelnen Vertragsarzt maßgeblichen Bemessungsgrenze, ersetzen diese Festsetzung jedoch nicht. Jedenfalls dann, wenn die KÄV über die für den einzelnen Vertragsarzt maßgebliche Bemessungsgrundlage einen Bescheid im Sinne des [§ 31 Satz 1 SGB X](#) erlässt und darüber nicht nur unverbindlich informiert, kommt dieser Regelung gegenüber späteren Honorarbescheiden eine eigenständige Bedeutung zu. Lässt der betroffene Vertragsarzt den Bescheid, in dem die Bemessungsgrundlage festgesetzt wurde, bestandskräftig werden, kann er die auf diesem Bescheid beruhenden Honorarbescheide nicht mehr mit der Begründung anfechten, die Bemessungsgrundlage sei fehlerhaft ermittelt worden (BSG, Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 65/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 27](#) S. 192 f.; Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [BSGE 83, 52](#), 52 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). So verhält es sich hier. Die Beklagte hat mit dem Festsetzungsbescheid vom 07.01.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.11.2004 nicht nur unverbindlich über das für die Klägerin auf der Grundlage des ab dem Quartal III/2003 gültigen HVM ermittelte PMV informiert, sondern auf einen entsprechenden Antrag der Klägerin hin in einem in diesem HVM vorgesehenen eigenen Verwaltungsverfahren (§ 7 Abs. 10 HVM vom 11.06.2003) das rechnerisch ermittelte PMV erhöht und damit eine Regelung über diese Bemessungsgrundlage für Honoraransprüche der Klägerin getroffen. Das auf diese Weise verbindlich (neu) festgesetzte PMV hat der streitgegenständliche Honorarbescheid nur übernommen, ohne insoweit eine eigenständige Regelung zu treffen.

Anhaltspunkte dafür, dass der Festsetzungsbescheid vom 07.01.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.11.2004 nichtig wäre und deshalb von vornherein keine Bindungswirkung entfaltet (vgl. [§ 39 Abs. 3 SGB X](#)), bestehen nicht. Selbst wenn – wie es von der Klägerin hinsichtlich der Kürzungs- und Zuwachsregelungen in § 7 Abs. 1 Unterabs. 2, Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 behauptet wird – die Rechtsgrundlagen dieses Bescheides unwirksam wären, führte dies nicht dazu, dass er deshalb offensichtlich an einem besonders schwerwiegenden Fehler litte und damit nichtig wäre. 3. Auch die Regelungen über die Individualbudgets im HVM der Beklagten verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten.

Regelungen über Honorarbegrenzungen durch Individualbudgets haben ihre Rechtsgrundlage in [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#). Danach haben die KÄVen die Gesamtvergütung nach Maßgabe des HVM an die Vertragsärzte zu verteilen; bei der Verteilung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen. Bei der Ausübung des Spielraumes, den die KÄVen bei der Ausgestaltung des HVM haben, ist insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars und der aus [Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit zu beachten. Honorarbegrenzungsregelungen können den sich daraus ergebenden Maßstäben widersprechen, weil Honorarkürzungen bei Überschreitung individueller Leistungsbudgets zur Folge haben, dass sich das Honorar vermindert, obwohl auch die Leistungen, die nicht in die Vergütung mit einbezogen sind, erbracht worden sind. Bei dem Gebot der leistungsproportionalen Verteilung des Honorars handelt es sich jedoch nur um einen Grundsatz. Von diesem darf abgewichen werden, wenn damit andere billigenswerte Zwecke verfolgt werden (BSG, Urteil vom 13.03.2002 - [B 6 KA 1/01 R](#) - [BSGE 89, 173](#), 175 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 45](#); Urteil vom 11.09.2002 - [B 6 KA 30/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 85 Nr. 48](#) S. 408). Solche aner kennenswerten Zielsetzungen können in einer Stabilisierung des Auszahlungspunktwertes durch die Begrenzung des Anstiegs der zu vergütenden Leistungsmenge liegen, weil auf diese Weise den Vertragsärzten für einen bestimmten Anteil des vertragsärztlichen Honorars eine gewisse Kalkulationssicherheit gewährleistet wird (BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), jeweils Rn. 6).

Die Rechtsprechung hat daher die Bildung von Individualbudgets grundsätzlich gebilligt (siehe nur BSG, Urteil vom 09.12.2004 - [B 6 KA 44/03 R](#) - [BSGE 94, 50](#) = [SozR 4-2500 § 72 Nr. 2](#), jeweils Rn. 53 ff.). Diese Budgets können sowohl nach den Abrechnungswerten des Fachgruppendurchschnitts (BSG, Urteil vom 03.12.1997 - [6 Rka 21/97](#) - [BSGE 81, 213](#), 220 ff. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 23](#)) als auch nach eigenen Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes in vergangenen Zeiträumen (BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), jeweils Rn. 10; Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [BSGE 83, 52](#), 54 ff. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)) bemessen sein. Dem liegt die berechnete Annahme zu Grunde, dass der in der Vergangenheit erreichte Praxisumsatz bei typisierender Betrachtung ein maßgebendes Indiz für den Umfang ist, auf den der Vertragsarzt seine vertragsärztliche Tätigkeit ausgerichtet hat. Die sachliche Rechtfertigung für solche Honorarkontingente ergibt sich aus dem Ziel, die Anreize zur Ausweitung der Leistungsmenge zu verringern, dadurch die Gesamthonorarsituation zu stabilisieren und damit die Kalkulierbarkeit der Einnahmen aus vertragsärztlicher Tätigkeit zu verbessern sowie die Versorgungsqualität zu steigern (BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), jeweils Rn. 10; Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [BSGE 83, 52](#), 56 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)).

Entsprechendes gilt für die Einführung der Individualbudgets durch die Beklagte. Mit den Regelungen in § 7 HVM vom 11.06.2003 sollten nach der Abschaffung der Praxisbudgets zum 01.07.2003 durch Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses vom 19.12.2002 (Deutsches Ärzteblatt, 2003, A-218) mit einer Begrenzung der zu vergütenden Punktmengen beim Großteil der Leistungen und der Leistungserbringer (vgl. § 7 Abs. 3 und 4 HVM vom 11.06.2003) eine Stabilisierung der Punktwerte erreicht werden. Dazu wurde ab dem Quartal III/2003 den Praxen ein individuelles PMV zugewiesen (§ 7 Abs. 1 Unterabs. 1 HVM vom 11.06.2003). Dieses bestimmte sich nach den in den Quartalen III/2001 bis II/2002 (Bemessungszeitraum) von der jeweiligen Praxis abgerechneten und anerkannten Punktmenge; diese Punktmenge wurde bei den im Bemessungszeitraum der Praxisbudgetierung unterliegenden Ärzten sowie den Radiologen und Nuklearmedizinern um 10 % und bei den übrigen Ärzten um 25 % gekürzt (§ 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003). Die innerhalb des

PMV geltend gemachte Punktmenge wurde mit dem Honorarfonds-punktwert – getrennt nach Primär- und Ersatzkassen – honoriert (§ 7 Abs. 2 Unterabs. 1 HVM vom 11.06.2003). Für die das PMV überschreitende Punktmenge war eine (Rest-) Vergütung ausgeschlossen und stattdessen eine Quotierung vorgesehen (§ 7 Abs. 2 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003). Eine Ausnahmeregelung ermöglichte Altärzten mit unterdurchschnittlichem PMV, Jung- und Neuärzten sowie bei Praxisübernahmen Zuwächse auf das durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe – für Jungärzte sogar auf ein überdurchschnittliches PMV (§ 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003). Darüber hinaus war in besonderen Fallgestaltungen die Neufestsetzung des PMV möglich (§ 7 Abs. 10 HVM vom 11.06.2003).

Diese Regelungen im HVM der Beklagten sind, soweit sie für den Honoraranspruch der Klägerin von Bedeutung sind, nicht zu beanstanden. Dies gilt – wie das SG zutreffend entschieden hat – nicht nur für die Wahl des Bemessungszeitraums, der bei Altärzten, wie der Klägerin, zeitnah vor der Einführung der Individualbudgets liegt, sondern auch für das Fehlen einer Restleistungsvergütung (zu letzterem BSG, Urteil vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R - BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#), jeweils Rn. 31; Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R - BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), jeweils Rn. 12). Indem der HVM vom 11.06.2003 in § 7 Abs. 2 Unterabs. 2 bei Überschreitung des PMV statt einer (Rest-) Vergütung eine Quotierung anordnet, macht er deutlich, dass auch für die Leistungen, die nach Erreichen des PMV erbracht werden, eine Vergütung erfolgt, mit Erreichen des PMV aber die Höhe der Vergütung sinkt. Darüber hinaus wird die Klägerin weder durch die Regelung über die Punktmengenkürzung (a) noch durch die Zuwachsregelung für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen (b) in rechtswidriger Weise benachteiligt.

a) Die Beklagte hat mit der in § 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003 angeordneten Kürzung der im Bemessungszeitraum abgerechneten und anerkannten Punktmenge um 10 % bei den – wie die Klägerin – der Praxisbudgetierung unterliegenden Ärzten ihren Gestaltungsspielraum nicht überschritten. In der Rechtsprechung des BSG sind Punktmengenkürzungen um 3 % (BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R - BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#)), um 8 bzw. 10 % (BSG Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R - BSGE 83, 52](#) = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#); Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 67/97 R - USK 98178](#); Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 68/97 R - SGB 1999, 524](#)) und sogar um 15 % (BSG, Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 35/98 R - MedR 1999, 472](#)) nicht beanstandet worden. Derartige Kürzungen sind erforderlich, um die mit Individualbudgets verfolgten Ziele zu erreichen, nämlich den Punktwert zu stabilisieren und Kalkulationssicherheit zu schaffen. Weil neuen Praxen und bestimmten bestehenden Praxen ein Zuwachs zumindest bis zum Fachgruppendurchschnitt erlaubt sein muss (siehe nur BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R - BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), jeweils Rn. 18 ff.), kann eine Punktwertstabilisierung durch Individualbudgets, die nach den Abrechnungsergebnissen des jeweiligen Arztes bemessen sind, ohne eine Punktmengenkürzung nicht erreicht werden. Vielmehr würden die Zuwachsmöglichkeiten ohne eine Punktmengenkürzung einen Punktwertverfall unausweichlich machen. Daher rechtfertigen dieselben Gründe, die für die Bildung von Individualbudgets sprechen, auch die Vornahme von Punkt-mengenkürzungen in diesem Zusammenhang. Entgegen der von Klägerseite vertretenen Auffassung dienen derartige Individualbudgets nicht der Besitzstandswahrung. Ein Besitzstand derart, dass die Chance erhalten bleiben müsste, alle Leistungen weiterhin im bishe-rigen Umfang honoriert zu erhalten, kommt keinem Vertragsarzt zu (BSG, Urteil vom 14.12.2005 - [B 6 KA 17/05 R - BSGE 96, 1](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 22](#) Rn. 30; Urteil vom 08.02.2006 - [B 6 KA 25/05 R - BSGE 96, 53](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 23](#) Rn. 27). Individualbudgets sollen dem Vertragsarzt vielmehr lediglich eine gewisse Planungs- und Kalkulationssicherheit verschaffen und damit zugleich die Anreize reduzieren, auf eine begrenzte Gesamtvergütung mit einer medizinisch nicht indizierten Leistungsmengenausweitung zu reagieren (BSG, Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R - BSGE 83, 52](#), 56 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). Diese Ziele stehen einer Punktmengenkürzung nicht entgegen. Auch eine gekürzte Punktmenge verschafft Planungssicherheit und reduziert nicht nur Anreize zu unwirtschaftlichem Verhalten, sondern setzt umgekehrt Anreize, die Wirtschaftlichkeit des eigenen Verhaltens zu erhöhen.

Auch gegen die Höhe der Punktmengenkürzung bestehen keine Bedenken. Wie bereits ausgeführt, sind in der Rechtsprechung Kürzungen bis 15 % nicht beanstandet worden. § 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003 nimmt bei Ärzten, die – wie die Klägerin – im Bemessungszeitraum der Praxisbudgetierung unterlagen, eine Punktmengenkürzung von 10 % vor. Zu einer anderen Beurteilung führt auch nicht der Umstand, dass die in die Bestimmung des PMV eingehenden Punktmengen bei der Klägerin im Bemessungszeitraum infolge der Praxisbudgetierung bereits Kürzungen unterlegen hatten. Hiervon ist die Beklagte bei der Schaffung des § 7 Abs. 1 Unterabs. 2 HVM vom 11.06.2003 selbst ausgegangen, wie sich daran zeigt, dass bei den Arztgruppen, die der Praxisbudgetierung nicht unterlegen haben – mit Ausnahme der Radiologen und Nuklearmediziner –, nicht nur eine Kürzung um 10 %, sondern um 25 % erfolgt ist. Hierdurch sollten in allen Facharztgruppen im Hinblick auf die neu gefasste Stützungsregelung in § 5 Abs. 7 HVM vom 11.06.2003 eine einheitliche Ausgangslage geschaffen werden. Denn danach wird bei der Stützung des Punktwerts in den einzelnen Honorarfonds nicht mehr – wie noch nach § 5 Abs. 6 Satz 3 und 4 HVM vom 16.11.2002 – zwischen budgetierten und unbudgetierten Facharztgruppen unterschieden. Vielmehr löst nach § 5 Abs. 7 HVM vom 11.06.2003 eine Abweichung um mehr als 15 % nach unten vom durchschnittlichen kurativen Punktwert über alle Honorarfonds der fachärztlichen Versorgung eine Stützungsverpflichtung aus. Durch den im Hinblick hierauf bei den Fachärzten, die nicht der Praxisbudgetierung unterlagen, höher angesetzten Kürzungssatz ist die Klägerin nicht selbst betroffen. Sie wird aber auch nicht dadurch in ihren Rechten verletzt, dass die Beklagte bei der Einführung der Individualbudgets an der Punktwertstabilisierung, die durch die Praxisbudgetierung erreicht worden war, festhalten und durch die PMV eine weitere Punktmengenstabilisierung erzielen wollte, die – wie oben dargelegt wurde – eine Punktwertkürzung erforderte. Ebenso wenig steht die Punktmengenkürzung um 10 % außer Verhältnis zu dem mit der Einföhrung der Individualbudgets verfolgten Ziel der Punktmengenstabilisierung bei gleichzeitiger Ermöglichung von Zuwächsen bis zum Fachgruppendurchschnitt (§ 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003) sowie von weitergehenden Steigerungen im Rahmen der Härtefallregelung (§ 7 Abs. 10 HVM vom 11.06.2003). Die Punktmengenkürzung hat, wie das SG eingehend dargelegt hat, auch nicht dazu geführt, dass Versorgungsengpässe entstanden sind. Demnach hat sich das Gesamtleistungsvolumen der HNO-Ärzte von durchschnittlich 293.365.096 Punkten in den Quartalen III/2001 bis II/2002 um 7,34 % auf durchschnittlich 271.811.108 Punkte in den Quartalen III/2003 bis II/2004 verringert. Gleichzeitig gingen bei den HNO-Ärzten die Fallzahlen von durchschnittlich 1.271,1 Patienten je Arzt in den Quartalen III/2001 bis II/2002 um 7,1 % auf 1.180,8 Patienten in den Quartalen III/2003 bis II/2004 zurück. Der Rückgang der Punktmengen korrespondiert folglich mit dem Rückgang der Patienten. Damit bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die HNO-Ärzte zu Fallwertsteigerungen, die auf eine nicht bedarfsgerechte Entwicklung des Leistungsgeschehens hinweisen, gegriffen hätten, wie sie bei der Einführung der PMV zum Quartal III/2003 befürchtet worden waren (vgl. den begleitenden Beschluss zur Beobachtung der Fallwertentwicklung in Anlage 6 zum HVM vom 11.06.2003).

b) Auch die Zuwachsregelung in § 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen kann die Klägerin nicht rechtswidrig beschweren.

Individualbudgets müssen so ausgestaltet sein, dass sie jedem Arzt die Möglichkeit eröffnen, durch Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen. Deshalb sind Ausnahmeregelungen für unterdurchschnittlich abrechnende Praxen, insbesondere Praxen in der Aufbauphase, erforderlich (BSG, Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [BSGE 83, 52](#), 57 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#); Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), jeweils Rn. 19 ff.; Urteil vom 10.03.2004 - [B 6 KA 3/03 R](#) - [BSGE 92, 233](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 9](#), jeweils Rn. 18 ff.). Diese Steigerung muss für Praxen in der Aufbauphase, die auf einen Zeitraum von drei, vier oder fünf Jahren bemessen werden kann, sofort möglich sein, für andere, noch nach der Aufbauphase unterdurchschnittlich abrechnende Praxen jedenfalls innerhalb von fünf Jahren (BSG, Urteil vom 10.12.2003 - [B 6 KA 54/02 R](#) - [BSGE 92, 10](#) = [SozR 4-2500 § 85 Nr. 5](#), jeweils Rn. 20 ff.).

Selbst wenn die Zuwachsregelung, die § 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 für Altärzte mit unterdurchschnittlichem PMV – wie die Klägerin in dem hier streitigen Quartal III/2003 – diesen Anforderungen nicht genügt, könnte die Klägerin dadurch nicht in ihren Rechten betroffen sein. Denn in dem ersten Quartal, in dem ein Individualbudget zur Anwendung kommt, kann eine unterdurchschnittlich abrechnende Praxis durch eine Zuwachsregelung niemals rechtswidrig beschwert sein. Jede Zuwachsregelung setzt dennotwendig einen Ausgangszustand voraus, von dem ausgehend ein Aufschließen mit dem Arztgruppendurchschnitt möglich sein muss.

Ungeachtet dessen ist die Zuwachsregelung für Altärzte in § 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 mit höherrangigem Recht vereinbar. Nach dieser Regelung wird dem Altarzt, der mit seinem PMV unter dem durchschnittlichen PMV der Vergleichsgruppe im Bemessungszeitraum liegt, in einem ersten Schritt ein Zuwachs von jährlich 2 % bezogen auf das durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe im Bemessungszeitraum zugeordnet. Diese (Teil-) Regelung würde für sich allein den Anforderungen an Zuwachsregelungen nicht genügen, da sie nur bei Altärzten, die mindestens 90 % des durchschnittlichen PMV ihrer Arztgruppe erreicht haben, innerhalb von 5 Jahren ein Aufschließen zum Fachgruppendurchschnitt ermöglicht. Die Klägerin unterschreitet aber im Quartal III/2003 mit ihrem PMV von 1.660.637,0 Punkten das – aufgrund der Beschäftigung einer angestellten Ärztin verdoppelte – durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe von 2.153.714,2 Punkten um 22,9 %. Der in § 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 ohne weitere Voraussetzungen zugestandene jährliche Zuwachs von 2 % des durchschnittlichen PMV der Vergleichsgruppe hätte der Klägerin daher das Erreichen des Fachgruppendurchschnitts innerhalb von 5 Jahren nicht ermöglicht. § 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 enthält jedoch eine weitere (Teil-) Regelung. Danach wird einem Altarzt mit unterdurchschnittlichem PMV eine zusätzliche Zuwachsmöglichkeit bis zum durchschnittlichen PMV der Vergleichsgruppe für den Fall eingeräumt, dass er eine Fallzahlsteigerung vorweist, die über 2 % über der Fallzahlsteigerung der Vergleichsgruppe liegt; in diesem Fall wird das PMV des Arztes um den über 2 % der allgemeinen Fallzahlsteigerung seiner Arztgruppe liegenden Prozentsatz multipliziert mit dem durchschnittlichen PMV der Fachgruppe erhöht. Beschränkt wird diese zusätzliche Zuwachsmöglichkeit lediglich durch das Erreichen des Vergleichsgruppendurchschnitts. Mit dieser zusätzlichen Zuwachsmöglichkeit genügt § 7 Abs. 5 HVM vom 11.06.2003 den Anforderungen an Zuwachsregelungen. Diese zusätzliche Zuwachsmöglichkeit ist zwar von einer Fallzahlsteigerung abhängig. Dies entspricht aber den von der Rechtsprechung entwickelten Anforderungen, wonach jeder Arzt die Möglichkeit haben muss, durch Erhöhung der Zahl der behandelten Patienten den durchschnittlichen Umsatz der Arztgruppe zu erreichen (BSG, Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [BSGE 83, 52](#), 57 f. = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)).

Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus der von der Klägerin herangezogenen Stelle in einem Urteil des BSG vom 21.10.1998 ([B 6 KA 35/98 R](#) - [MedR 1999, 472](#)). Denn danach müssen Fallwertsteigerungen nur – und zwar auch nur unter bestimmten Umständen – im Rahmen einer allgemein gehaltenen General- oder Härteregelung Berücksichtigung finden können (so textgleich auch BSG, Urteil vom 21.10.1998 - [B 6 KA 71/97 R](#) - [BSGE 83, 52](#), 61 = [SozR 3-2500 § 85 Nr. 28](#)). Eine allgemeine Härteklausel, die es erlaubt, in besonderen Fällen Ausnahmen zu bewilligen, enthält der HVM vom 11.06.2003 in § 7 Abs. 10. Aufgrund dieser Härteklausel war es der Klägerin möglich, bis zum Quartal III/2004 ein PMV von 1.452.168,2 Punkten zu erreichen und damit das durchschnittliche PMV der Vergleichsgruppe von 1.076.857,1 Punkte um 34,9 % zu überschreiten.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 155 Abs. 1 Satz 3](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Da die Klägerin mit dem Teilvergleich nur in einem geringen Teil obsiegt hat, waren ihr – unter Beibehaltung der Kostenentscheidung für das erstinstanzliche Verfahren – die Kosten des Berufungsverfahrens ganz aufzuerlegen.

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) bestehen nicht.

Die Festsetzung des Streitwerts beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Da im Berufungsverfahren der Streitgegenstand durch den Teilvergleich erweitert worden war, war die Streitwertfestsetzung gegenüber derjenigen im erstinstanzlichen Verfahren entsprechend zu erhöhen ([§ 47 Abs. 2 GKG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2008-06-02