

L 7 KA 19/04 -25

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

7

1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 1 KA 83/00

Datum
18.08.2004

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 7 KA 19/04 -25

Datum
09.07.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die im Bereich der KV Brandenburg geltenden Honorarverteilungsregelungen zur Vergütung radiologischer Leistungen (insbesondere der Großgeräteleistungen) verstießen im Jahre 2000 nicht gegen höherrangiges Recht

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. August 2004 aufgehoben, soweit es den Bescheid der Beklagten vom 4. Mai 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2001 aufgehoben und die Beklagte zur Neubeschcheidung verpflichtet hat. Die Klagen werden insgesamt abgewiesen. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts vom 18. August 2004 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind für beide Rechtszüge nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine höhere Vergütung des Klägers für die Quartale III/98 bis IV/99.

Der Kläger ist seit dem 15. Dezember 1992 als Facharzt für Radiologie zur vertragsärztlichen Versorgung in W zugelassen und erbrachte - nach eigenen Angaben - im streitgegenständlichen Zeitraum schwerpunktmäßig (über 40 % seines Leistungsbedarfs) Leistungen der Computertomographie (CT).

Mit Honorarbescheid vom 4. Februar 1999 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal III/98 eine Vergütung von 332.558,39 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 1 bis 26 der Verwaltungsakte verwiesen. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Februar 2000 zurück, da die Arztabrechnung des Klägers keiner Kürzung durch die Praxisbudgetierung oder durch die Begrenzungsmaßnahmen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) unterworfen sei.

Mit Honorarbescheid vom 5. Mai 1999 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal IV/98 eine Vergütung von 368.836,72 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 39 bis 70 der Verwaltungsakte verwiesen. Den hiergegen gerichteten Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Februar 2000 zurück, da auch der vom Kläger geltend gemachte umfangreichere Urlaub einen Vergleich mit dem Vorjahresquartal erlaube.

Mit Honorarbescheid vom 5. August 1999 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal I/99 eine Vergütung von 300.932,99 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 79 bis 108 der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Den Widerspruch des Klägers, mit dem dieser das Abweichen des Großgerätepunktwerts um mehr als 15 % vom allgemeinen Punktwert geltend machte, wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 17. Februar 2000 unter Hinweis auf die Regelungen des HVM und fehlende Praxisbesonderheiten zurück.

Mit Honorarbescheid vom 4. November 1999 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal II/99 eine Vergütung von 311.490,20 DM; wegen des weiteren Inhalts dieses Honorarbescheides wird Blatt 125 bis 153 der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Dem hiergegen gerichteten Widerspruch gab die Beklagte mit Widerspruchsbescheid ebenfalls vom 17. Februar 2000 insoweit statt, als "die Begrenzungsmaßnahme gemäß § 8 HVM aufgehoben" werde, im Übrigen wies hier sie auch diesen Widerspruch zurück und vergütete 6.714,83 DM nach.

Mit seiner gegen die vier o.g. Widerspruchsbescheide gerichteten Klage (Az: [S 1 KA 83/00](#)) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 7. Februar 2000 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal III/99 eine Vergütung von 295.499,53 DM;

wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 1 bis 29 der Verwaltungsakte verwiesen. Dem hiergegen gerichteten Widerspruch half die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 9. April 2001 insoweit ab, als "die Begrenzungsmaßnahme gemäß § 8 HVM auf 0,45 % begrenzt" werde, im Übrigen wies sie auch diesen Widerspruch zurück. Durch die Genehmigung der Gebührennummer (GNR) 5142 ab dem Quartal II/99 habe sich das Leistungsspektrum des Klägers verändert, sodass ein Vergleich mit dem Vorjahresquartal nur eingeschränkt möglich sei. Hieraus ergebe sich eine Nachvergütung von 382,50 DM.

Mit seiner hiergegen gerichteten Klage (Az: S 1 KA 53/01) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

Mit Honorarbescheid vom 4. Mai 2000 bewilligte die Beklagte dem Kläger für das Quartal IV/99 eine Vergütung von 308.731,52 DM; wegen der Einzelheiten dieses Honorarbescheides wird auf Blatt 166 bis 184 der Verwaltungsakte verwiesen. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 5. Juli 2001 zurück, da die Arztabrechnung des Klägers keiner Kürzung durch die Praxisbudgetierung oder durch die Begrenzungsmaßnahmen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) unterworfen sei.

Mit seiner dagegen erhobenen Klage (Az: S 1 KA 149/01) hat der Kläger sein Anliegen weiter verfolgt.

In den vom Sozialgericht verbundenen erstinstanzlichen Verfahren hat der Kläger mit dem Ziel einer Neubescheidung bezüglich aller Quartale vorgebracht, die gerügten Benachteiligungen beruhten insbesondere auf der unzulässigen Ausgestaltung und der unzureichenden finanziellen Ausstattung des "Zentralen Honorarfonds-Großgeräteleistungen" gem. § 4 Abs. 3 Ziff. 1 c) HVM, der Nichteinbeziehung dieses Honorarfonds in die so bezeichneten "Interventionsregelungen" gem. § 9 HVM, sowie die Anwendung der so bezeichneten Regelungen "Mengenwuchsbegrenzung" in § 8 HVM und - mittelbar - der Fallwertbegrenzungsregelung in § 7 HVM auf die von ihm erbrachten computertomographischen Leistungen des zentralen Honorarfonds "Großgeräteleistungen". Im zentralen Honorarfonds "Großgeräteleistungen", dessen finanzielle Ausstattung seit 1995 nicht aufgebessert worden sei, seien unzulässigerweise vollkommen unterschiedliche, medizinisch in keinem Zusammenhang stehende Leistungsbereiche zusammengefasst worden. Außerdem sei dieser Honorarfonds gleichheitswidrig als einziger aus dem Geflecht der Topf-Stützungsmechanismen in § 9 HVM ausgenommen worden und unterliege somit als einziger dem freien Punktwertverfall. Die Einbeziehung in die "Mengenwuchsbegrenzung" des § 8 HVM lasse außer Betracht, dass Radiologen als Überweisungsempfänger auf das Überweisungsverhalten der anderen Fachgruppen keinen Einfluss hätten. Es fehle an einem sachlich gerechtfertigten Grund für die im HVM vorgenommene Topfbildung. Die vom Bundessozialgericht (BSG) entwickelte 15 %-Grenze für Abweichung unterschiedlicher Punktwerte führe zu einer Reaktionsobliegenheit der Beklagten. Der Vergleich der Verhältnisse zwischen Radiologen und den anderen Fachgruppen gehe fehl, denn die vom Zentralinstitut (ZI) der Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) erarbeiteten Zahlen seien nur eingeschränkt aussagekräftig, weil auch für die neuen Bundesländer ein mit den alten Bundesländern vergleichbarer, tatsächlich jedoch nicht annähernd erreichter Privatpatientenanteil miteinkalkuliert sei. Ferner sei die Kostenstruktur innerhalb der Fachgruppe stark indifferent.

Die Beklagte hat die angegriffenen Bescheide verteidigt. § 6 Abs. 6 HVM garantiere den Radiologen für 900.000 Punkte einen festen Punktwert in Höhe von 7,49 DPf wie für praxisbudgetierte Leistungen. Für den Kläger seien je Quartal 5 unterschiedliche Auszahlungspunktwerte maßgebend, die wegen der die vertragsärztliche Versorgung prägenden Mischkalkulation in ihrer Komplexität zu betrachten seien, sodass es sich verbiete, auf einzelne Auszahlungspunktwerte abzustellen. Bis zum Jahre 1999 habe die Fachgruppe der Radiologen überdurchschnittliche Überschüsse aus ihrer vertragsärztlichen Tätigkeit (Honorar abzüglich Betriebskosten) im Vergleich zu allen anderen Fachgruppen erzielt. Die erhebliche Mengenentwicklung im Honorarfonds Großgeräte sei unbestritten. Sowohl die Umsatz- als auch die Fallwertentwicklung seit 1995 ergebe für die Fachgruppe der Radiologen keinerlei Benachteiligung:

Umsatzveränderung in % Fallwertänderung in % 1998 1999 1998 1999 Radiologen 8,0 9,2 - 1,3 - 4,9 Niedergelass. Ärzte 6,2 6,3 - 2,6 - 4,3
Fachärzte 8,1 10,8 - 8,1 - 9,0

Mit Urteil vom 18. August 2004 hat das Sozialgericht den Bescheid der Beklagten vom 4. Mai 2000 (Quartal IV/99) in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2001, "aufgehoben" und die Beklagte verpflichtet, den Vergütungsanspruch des Klägers für die Leistungen des Quartals IV/99 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden. Die anderen Klagen wies es ab. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt: Die in den angefochtenen Bescheiden angewandten HVM-Bestimmungen zur "Mengenwuchsbegrenzung" seien rechtmäßig. In Anknüpfung an die Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 9. September 1998, Az: [B 6 KA 55/97 R](#)) sei auch für die Zeit bis 1999 unstreitig, dass die Ausweitung der CT- und MRT-Leistungen auf dem medizinisch-technischen Fortschritt beruhe. Sei die Ausweitung der Großgeräteleistungen seit 1996 somit nicht von den Radiologen mitzuverantworten, sei ein Regelfall anzunehmen, der Anlass zur Korrektur der Honorarverteilung biete, wenn der Punktwert des Honorarfonds für Großgeräteleistungen um 15 % und mehr unter den "Punktwert für den größten Teil der sonstigen Leistungen" absinke. Vergleichspunktwert sei nicht der durchschnittliche Punktwert aller Fachgruppen, sondern der Punktwert des Fachgruppen-Honorarfonds der Radiologen/Nuklearmediziner. Dieser und der Punktwert des Honorarfonds für Großgeräteleistungen hätten sich wie folgt entwickelt (in Klammern die Abweichung in Prozentpunkten):

Primärkassen Ersatzkassen III/98 5,5 zu 6,3 (-11,11 %) 6,6 zu 6,7 (-1,5 %) IV/98 5,6 zu 6,6 (-15,15 %) 6,6 zu 7,1 (-7,04 %) I/99 4,5 zu 5,8 (-22,41 %) 5,3 zu 6,1 (-13,11 %) II/99 4,5 zu 5,8 (-22,41 %) 5,6 zu 6,3 (-15,87 %) III/99 4,7 zu 6,1 (-22,95 %) 5,5 zu 6,4 (-14,06 %) IV/99 4,4 zu 5,9 (-25,42 %) 6,2 zu 7,3 (-15,07 %) I/00 3,9 zu 4,8 (-18,75 %) 4,6 zu 6,5 (-29,23 %) II/00 3,9 zu 4,9 (-17,02 %) 5,5 zu 6,2 (-11,29 %) III/00 4,3 zu 5,0 (-14,00 %) 5,1 zu 6,5 (-21,54 %) IV/00 4,2 zu 4,9 (-14,29 %) 5,6 zu 6,5 (-13,85 %)

Unter Berücksichtigung eines bis einschließlich des Quartals III/99 dauernden Beobachtungszeitraums sei die Beklagte verpflichtet, den Großgeräte-Punktwert für die Quartale IV/99, I und II/00 zumindest soweit zu stützen, dass die Differenz kleiner als 15 % Punkte sei. Für das Quartal III/99 bestehe eine solche Verpflichtung nicht, weil der Punktwert (Primärkassen) aus dem Großgeräte-Fonds in diesem Quartal nicht 15 % Punkte oder mehr unter den Punktwert aus dem Fachgruppen/Honorarfonds gesunken sei. Daher sei der Kläger bezüglich des Quartals IV/99 stattzugeben, bezüglich der Quartale III/98 bis III/99 hingegen sei die Klage als unbegründet abzuweisen.

Gegen dieses den Beteiligten am 4. November 2004 (Klägerbevollmächtigte) bzw. 8. November 2004 (Beklagte) zugestellte Urteil haben beide Beteiligte - die Beklagte am 3. Dezember 2004, die Klägerseite am 6. Dezember 2004 (Montag) - Berufung eingelegt.

Der Kläger wiederholt sein erstinstanzliches Vorbringen und macht darüber hinaus geltend: die geltend gemachten Ansprüche würden nicht auf den Grundsatz der angemessenen Vergütung gem. [§ 72 SGB V](#) gestützt. Es bestehe Einigkeit mit der Beklagten, dass die Vermischung von konkret-individuellen Zahlen des Klägers mit den abstrakt-generellen Zahlen der KBV keine relevante Aussage zur tatsächlichen Einkommensentwicklung ermögliche. Das Urteil des Sozialgerichts sei fehlerhaft und werde bezüglich aller Quartale angegriffen. Soweit das Sozialgericht offenbar eine Verpflichtung der Beklagten zum Einschreiten erst dann annehme, wenn der Punktwert des Großgeräte-Honorarfonds in vier aufeinander folgenden Quartalen um mehr als 15 % Punkte hinter dem Punktwert für die sonstigen Leistungen zurück bleibe, sei diese Rechtsauffassung durch das o.g. Urteil des BSG nicht gedeckt. Seit 1995 - dieses Jahr stelle in der den Honorartopf für Großgeräteleistungen betreffenden HVM-Regelung den Referenzzeitraum dar - hätten signifikante Veränderungen stattgefunden - Zunahme der im Land Brandenburg vorgehaltenen MR-Tomografen von 4 (ein niedergelassener Radiologe, 3 Ermächtigungen) im Jahre 1995 auf 11 (6 niedergelassene Radiologen, 5 Ermächtigungen) im Jahre 2000; Zunahme der CT-Leistungserbringer im gleichen Zeitraum von 51 auf 65 -, worauf spätestens ab dem Quartal III/98 seitens der Beklagten hätte reagiert werden müssen. Das Urteil des BSG vom 20. Oktober 2004 stehe der Anwendung der 15 %-Rechtsprechung nicht entgegen, denn der im HVM vorgesehene durchschnittliche Punktwert über alle Leistungen, der von der Beklagten als repräsentativ angesehen werde, da er Basis für die Stützungsregelungen in § 9 HVM sei, könne als Vergleichspunkt herangezogen werden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam 18. August 2004 sowie den Honorarbescheid vom 4. Februar 1999, vom 5. Mai 1999, vom 5. August 1999, vom 4. November 1999 in der Gestalt der Widerspruchsbescheide vom 17. Februar 2000, den Honorarbescheid vom 7. Februar 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. April 2001 und den Honorarbescheid vom 4. Mai 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2001 abzuändern und die Beklagte zu verpflichten über das Honorar des Klägers in den Quartalen III/1998 bis IV/1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden,

weiterhin,

die Berufung der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 18. August 2004 abzuändern soweit darin der Bescheid der Beklagten vom 4. Mai 2000 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 5. Juli 2001 aufgehoben und die Beklagte zur Neubeschcheidung verpflichtet worden ist, und die Klagen insgesamt abzuweisen,

hilfsweise,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Unter Berufung auf neuere Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 20. Oktober 2004, Az: [B 6 KA 30/03 R](#)) vertritt sie die Auffassung, dass wenn - wie im vorliegend maßgebenden HVM - zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden seien, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdeckten, es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr gebe, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könne. Daher habe das Sozialgericht den Punktwert der Fachgruppe der Radiologen nicht als heranzuziehenden Vergleichspunkt definieren dürfen. Die gesamte Vergütungssituation sowohl des Klägers als auch der Fachgruppe der Radiologen - dieser habe das Bundessozialgericht wesentliche Bedeutung beigemessen - stelle sich seit 1998 wie folgt dar:

Erzielte Einnahmen (vor Steuern) lt. Quartalsstatistiken Radiologen Alle niedergelassenen Gebietsärzte (Durchschnitt ohne Lab., Rad., Nukl., Path) Kläger Honorar minus BK- Honorar minus BK- Honorar minus BK- 1998 80,30 % 60,50 % 80,30 % 73.965,43 66.898,95 137.185,53 Abweichung Durchschnitt Ä 10,56 % 105,06 % 1999 81,80 % 60,90 % 81,80 % 67.019,32 66.593,17 116.116,36 Abweichung Durchschnitt Ä 0,64 % 74,37 % - KBV Grunddaten zur vertragsärztlichen Versorgung in Deutschland 1999, 2000, 2001 - Quartal I/1998-IV/1998 Blatt 4 Quartalsauswertung 10.05.2002, Quartal I/1999-IV/2001 Blatt 4 Quartalsauswertung 21.05.2003 - Honorare Dr. Schniewind

In den beiden vorangegangenen Jahren habe die Fachgruppe der Radiologen den zweit- (1996) bzw. fünft- (1997) höchsten Überschuss (Honorar abzüglich Betriebskosten) im Vergleich aller Arztgruppen erzielt. Darüber hinaus sei festzustellen, dass sämtliche fünf im Land Brandenburg auf Großgeräteleistungen spezialisierte Praxen - dies seien Vertragsärzte mit mindestens 2/3 aller Leistungen im Bereich CT/MRT - bei Annahme des gleichen Betriebskostensatzes erheblich höhere Gewinne von Steuern erzielen konnten als ihre Fachkollegen, die ausschließlich konventionelle Radiologie oder beides anbieten. Anders als in dem vom BSG entschiedenen Fall würden aus dem Honorarfonds Großgeräteleistungen der Beklagten nicht nur wenige Ärzte und Einrichtungen vergütet: während die Zahl der aus dem Honorarfonds Großgeräte zu vergütenden Vertragsärzte von 58 im Jahre 1995 auf 94 im Jahre 1999 - jeweils inklusive Doppelzählung - angestiegen sei, habe sich die Zahl der MRT-/CT-Leistungserbringer von 54 (im Jahre 1995) auf 81 (im Jahre 1999) - jeweils inklusive Doppelzählung - erhöht. Der prozentuale Anteil von MRT-/CT-Leistungen am Gesamtleistungsvolumen des Honorarfonds Großgeräte habe sich gegenüber von 88 % (im Jahre 1995) über 90,5 % (im Jahre 1998) auf 82,7 % (im Jahre 1999) verringert.

Die Fallzahlen und Fallwerte des Klägers ergäben sich aus folgender Tabelle:

Quartal	Fallzahl	Fallwert	Quartal	Fallzahl	Fallwert	DM EUR	DM EUR
I/1996	4.829	72,44	37,04	I/1998	5.424	64,08	32,76
II/1996	4.200	71,98	36,80	II/1998	4.613	68,41	34,98
III/1996	4.221	77,46	39,61	III/1998	4.406	75,27	38,48
IV/1996	4.051	75,78	38,74	IV/1998	4.674	78,57	40,17
I/1997	4.747	70,31	35,97	I/1999	4.892	63,41	32,42
II/1997	4.386	68,39	34,97	II/1999	4.916	66,90	34,20
III/1997	4.137	81,08	41,46	III/1999	4.319	70,66	36,13
IV/1997	4.237	86,70	44,33	IV/1999	4.299	70,62	36,11

Wegen des Sach- und Streitstandes im Einzelnen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte sowie die beigezogene Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung war, verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Die gleichfalls zulässige Berufung der Beklagten ist hingegen begründet, denn das Urteil des Sozialgerichts ist rechtswidrig, soweit es der das Quartal IV/99 betreffende Klage stattgegeben hat. Auch diese Klage ist unbegründet und daher abzuweisen.

1. Die begründete Berufung der Beklagten führt zur teilweisen Aufhebung des erstinstanzlichen Urteils und zur Abweisung aller Klagen. Unrecht hat das Sozialgericht den das Quartal IV/99 betreffenden Honorarbescheid "aufgehoben" und die Beklagte zur Neubeschcheidung verpflichtet. Denn die einschlägigen Bestimmungen des Honorarverteilungsmaßstabs (HVM) erweisen sich als rechtmäßig.

a) Rechtsgrundlage für Honorarverteilungsbestimmungen ist [§ 85 Abs. 4 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#). Danach verteilt die Kassenärztliche Vereinigung (KV) die Gesamtvergütungen an die Vertragsärzte. Sie wendet dabei den im Benehmen mit den Verbänden der Krankenkassen festgesetzten Verteilungsmaßstab an. Bei der Verteilung der Gesamtvergütung sind Art und Umfang der Leistungen der Vertragsärzte zu Grunde zu legen ([§ 85 Abs. 4 Sätze 1-3 SGB V](#)).

Die KVen haben bei der Ausformung des HVM einen Gestaltungsspielraum, weil die Honorarverteilung eine in der Rechtsform einer Norm, nämlich einer Satzung, ergehende Maßnahme der Selbstverwaltung ist. Zu beachten sind dabei allerdings insbesondere das in [§ 85 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) angesprochene Gebot leistungsproportionaler Verteilung des Honorars sowie der aus [Art. 12 Abs. 1 i.V.m. Art. 3 Abs. 1 GG](#) herzuleitende Grundsatz der Honorarverteilungsgerechtigkeit. 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. Die Bildung von Honorarkontingenten für die einzelnen Arztgruppen ist daher rechtmäßig. Dabei können Arztgruppen, die - wie z. B. diagnostisch und strahlentherapeutisch tätige Radiologen und Nuklearmediziner - gewisse Ähnlichkeiten aufweisen, getrennt geführt oder zu einer einheitlichen Gruppe zusammengefasst werden. Die sachliche Rechtfertigung für die Bildung von Honorartöpfen folgt aus dem Bestreben, dass die in [§ 85 Abs. 3 bis 3c SGB V](#) normierten 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. Der Zuordnung zu einem Honorarkontingent steht nicht entgegen, dass Leistungen betroffen sind, die überweisungsgebunden sind. Ein Honorartopf kann auch Leistungen erfassen, die einer Mengenausweitung nicht zugänglich sind. Die Zuordnung zu einem Honorarkontingent wird auch nicht ohne Weiteres dadurch rechtswidrig, dass die Leistungsmengen erkennbar durch andere Ärzte und deren Überweisungsaufträge - im Gefolge medizinisch-technischer Fortschritte mit der Entwicklung aussagekräftigerer und schonenderer Diagnose- und Behandlungsverfahren - ausgeweitet werden und dadurch ein Punktwertverfall eintritt. Bei der Bildung von Honorarkontingenten kann grundsätzlich an die Verhältnisse in einem früheren Quartal angeknüpft werden.

Auch die fehlende Einbeziehung der Radiologen in die Praxisbudgets des EBM-Ä begründet kein Verbot, für diese Fachgruppe im HVM einen Honorartopf zu schaffen und eine individuelle Budgetierung vorzunehmen. Die zum 1. Juli 1997 eingeführten Praxisbudgets haben grundsätzlich nichts an der Berechtigung der KVen geändert, im HVM auch mengensteuernde Regelungen zu treffen, um so eine gerechte Honorarverteilung zu erreichen und zugleich ihrer gesetzlichen Verantwortung für die Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung gerecht zu werden ([BSGE 94, 50; 93, 258](#), jeweils m.w.N.).

b) Die für den Bereich der Beklagten geltende, hier anzuwendenden HVM vom 14. März 1997 - die jedoch nur in für die Beurteilung der Rechtmäßigkeit nicht ausschlaggebenden Punkten mehrfach geändert wurden - sahen für den Primär- und Ersatzkassenbereich übereinstimmend vor, dass die Gesamtvergütung nach Abzug von Rückstellungen zunächst auf die sog. zentralen Honorarfonds - u. a. für Großgeräteleistungen/ Leistungen der Strahlentherapie (§ 4 Abs. 3 Nr. 1 c HVM) - verteilt wurde. Der danach verbleibende Teil der Gesamtvergütung wurde gem. § 6 Abs. 1 HVM auf die Fachgruppenhonorarfonds - ein solcher wurde nach § 4 Abs. 3 Nr. 1 Satz 3 Nr. 12 HVM auch für "Nuklearmediziner/Radiologen" gebildet - aufgeteilt.

Nach § 5 Abs. 4 HVM ergab sich der Honorarfonds für Großgeräteleistungen / Leistungen der Strahlentherapie aus dem auf diese Leistungen im Jahr 1995 entfallenden Anteil an der Gesamtvergütung bereichseigener Ärzte lt. Anlage 1. Der Leistungsbedarf Großgeräteleistungen/ Leistungen der Strahlentherapie für bereichseigene Beteiligte wurde mit dem Punktwert vergütet, der sich aus dem Verhältnis des zur Verfügung stehenden Honorarfonds zu den anerkannten Punktzahlen errechnete.

Die in § 6 Abs. 1 HVM vorgesehene Aufteilung auf die Fachgruppenhonorarfonds erfolgte in mehreren Schritten: zunächst wurden nach näheren Maßgaben die Leistungen des Fachgruppenhonorarfonds "Sonstige" mit dem durchschnittlichen Punktwert über alle Leistungen der Fachgruppenhonorarfonds bzw. mit einem Punktwert von 7,49 DPf vergütet (§ 6 Abs. 2 HVM). Der verbleibende Teil der Gesamtvergütung wurde auf die speziellen Fachgruppenhonorarfonds aufgeteilt (§ 6 Abs. 3 HVM), wobei Leistungen von Vertragsärzten des Fachgruppenhonorarfonds Nuklearmedizin/Radiologie bis zu einer bestimmten Fall- und Fallpunktzahl mit einem Punktwert von 7,49 DPf vergütet wurde, der darüber hinaus anerkannte Leistungsbedarf mit dem Punktwert, der sich aus dem Verhältnis des verbleibenden Teils des Honorarfonds zu den anerkannten Punktzahlen errechnete (§ 6 Abs. 6 HVM).

In diesem Rahmen wurden gem. § 7 Abs. 2 bis 7 HVM - allerdings nur in den Quartalen III/98 und IV/98 - die angeforderten Punktzahlen nur maximal bis zur einer Punktzahlbergrenze vergütet, welche sich aus dem Produkt von arztindividueller Fallzahl und nach näheren Maßgaben abgestaffelten Fallpunktzahlen ergab. Nach einer ähnlichen Berechnung sah § 8 HVM zusätzlich eine "Mengenwachsbeschränkung" vor. Ferner enthielt § 9 HVM diverse Interventionsregelungen, die u.a. bei Unterschreiten eines unteren Interventionspunktwertes (90 % des durchschnittlichen Punktwerts über alle Leistungen der Fachgruppenhonorarfonds) eine "verursacherbezogene Stützung bis zu dessen Höhe" vorsah.

c) Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerseite sind die von der Beklagten zur Anwendung gebrachten Honorarverteilungsregelungen rechtmäßig, denn sie stehen nicht in Widerspruch zu den unter a) genannten Anforderungen.

Insbesondere steht der Schaffung des Honorarfonds Großgeräte, aus dem die CT- und MRT-Leistungen vergütet werden, weder entgegen,

dass der Kläger diese Leistungen nur auf Überweisung anderer Ärzte erbringen darf und daher nicht steuern kann, noch dass der in den 90er Jahren des letzten Jahrhunderts eingetretene medizinisch-technische Fortschritt den Bedarf an CT-/MRT-Leistungen erheblich erhöht hat.

aa) Nicht zu beanstanden ist auch, dass im zentralen Honorarfonds Großgeräteleistungen nach Auffassung der Klägerseite "vollkommen unterschiedliche, medizinisch in keinem Zusammenhang stehende Leistungsbereiche" zusammengefasst worden seien. Dass ein Honorartopf nur gleichartige oder in einem medizinischen Zusammenhang stehende Leistungen enthalten dürfe, wurde in der Rechtsprechung des BSG zu keiner Zeit gefordert. Unzulässig dürften allenfalls unter keinem Gesichtspunkt gerechtfertigte und somit willkürliche Zusammenfassungen sein (z. B. Wegepauschalen mit CT-Leistungen). Hierfür ist im vorliegenden Fall nichts ersichtlich. Weshalb CT-Leistungen in Abhängigkeit von ihrer Anwendung - radiologische Diagnostik oder Strahlentherapie - unterschiedlich vergütet werden müssten, ist nicht nachvollziehbar. Auch der Umstand, dass Leistungen unterschiedlicher Arztgruppen in einem Honorartopf zusammengefasst werden - wovon die Beklagte, z. B. bei mehreren der anderen zentralen Honorarfonds, umfangreich Gebrauch gemacht hat -, begegnet keinerlei rechtlichen Bedenken. Die Alternative wäre eine noch weitergehende Aufsplitterung der zur Verfügung stehenden Gesamtvergütungen in eine wenig überschaubare Zahl von Honorartöpfen mit kaum mehr zu bewältigenden Koordinationsregelungen. Dass der Anteil der MRT-/CT-Leistungen an diesem Honorarfonds von 90,5 % im Jahre 1998 auf 82,5 % im Jahre 1999 sank - nach Angaben der Beklagten beruht dies auf der Aufnahme der Strahlentherapeuten in der Großgerätefond ab dem Quartal I/99 -, ändert i. Ü. nichts daran, dass MRT-/CT-Leistungen diesem Honorartopf das Gepräge geben, so dass der Ursache für das u.U. punktwertrelevante Absinken dieses Anteils nicht nachgegangen werden muss.

bb) Auch die Rüge der Klägerseite, für den zentralen Honorarfonds Großgeräteleistungen seien im Gegensatz zu allen anderen Honorarfonds keine Interventionsregelungen geschaffen worden, greift nicht durch. Denn wenn der Kläger, dessen Leistungsbedarf nach eigenen Angaben nur zu ca. 40 % aus diesem Honorarfonds befriedigt wird, dennoch weit über dem Durchschnitt seiner Fachgruppe liegende Überschüsse erzielen kann, ist die von ihm vermisste Interventionsregelung offensichtlich nicht erforderlich.

d) Dem Kläger steht auch nicht wegen des bei den Großgeräteleistungen zu verzeichnenden Punktwertabfalls bzw. wegen der Punktwertdifferenz gegenüber anderen Leistungen ein Anspruch auf höheres Honorar zu, weder unter dem Gesichtspunkt der Versorgungsgefährdung (hierzu unter aa), noch unter demjenigen eines gravierenden dauerhaften Punktwertabfalls (hierzu unter bb), noch unter dem Gesichtspunkt einer erheblichen Leistungsausweitung in Folge medizinisch-technischen Fortschritts bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern zugeordnet sind (hierzu unter cc).

Der Schutz des [Art. 12 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) umfasst grundsätzlich den Anspruch des Arztes auf Honorierung seiner vertragsärztlichen Tätigkeit ([BVerfGE 88, 145](#), 159; [101, 331](#), 346). Dieser Schutz kann jedoch gemäß [Art. 12 Abs. 1 Satz 2 GG](#) auf gesetzlicher Grundlage eingeschränkt werden, wie das hier durch die Regelungen des [§ 72 Abs. 2](#) und des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) erfolgt ist. Diese ergeben spezifisch vertragsarztrechtliche Begrenzungen der Honorierung. Die Vorschrift des [§ 85 Abs. 3 SGB V](#) enthält Vorgaben für die Bemessung der Gesamtvergütungen und die Zuweisung dieser Aufgabe an die dort genannten Vertragsparteien. Das so festgelegte Gesamtvergütungsvolumen haben die KVen und die Krankenkassenverbände zu beachten, wenn sie gemäß [§ 72 Abs. 2 SGB V](#) ("im Rahmen der gesetzlichen Vorschriften und der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses" bzw. früher: des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen) die weiteren Regelungen für die vertragsärztliche Versorgung treffen. Dabei haben sie zwei Ziele zu realisieren. Sie müssen zum einen eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleisten und zum anderen für eine angemessene Vergütung der ärztlichen Leistungen Sorge tragen. Die u.U. bestehenden Schwierigkeiten, im Rahmen des begrenzten Gesamtvergütungsvolumens diesen beiden Zielen zugleich in vollem Umfang gerecht zu werden, können es notwendig machen, diese in einen verhältnismäßigen Ausgleich zueinander zu bringen. Hierfür hat der Gesetzgeber des SGB V ineinander greifende Zuständigkeiten verschiedener Institutionen vorgesehen. Die Festlegung der Angemessenheit einer Vergütung ist vorrangig den Kompetenzen von Bewertungsausschuss ([§ 87 SGB V](#) - Bestimmung von Inhalt und Punktzahlen der abrechenbaren Leistungen), Gesamtvertragsparteien ([§ 85 Abs. 3 SGB V](#) - Bemessung der Gesamtvergütungen) und KVen ([§ 85 Abs. 4 SGB V](#) - Verteilung der Gesamtvergütungen) überantwortet ist ([BSGE 93, 258](#)).

aa) Der danach erforderliche Ausgleich zwischen dem Ziel der Gewährung angemessener Vergütungen und dem besonders hochrangigen Ziel der Gewährleistung einer ordnungsgemäßen Versorgung ist - erst - dann nicht mehr verhältnismäßig (mit der Folge eines Anspruchs der Ärzte auf höheres Honorar bzw. eine Honorarstützung aus dem Gesichtspunkt angemessener Vergütung), wenn in einem - fachlichen und/oder örtlichen - Teilbereich kein ausreichender finanzieller Anreiz mehr besteht, vertragsärztlich tätig zu werden, und dadurch in diesem Bereich die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung gefährdet ist (BSG a.a.O., ständige Rechtsprechung).

Greifbare Anhaltspunkte dafür, dass die vom Kläger angeführten Honorarrückgänge die Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Bereich der CT-/MRT-Leistungen gefährdet haben könnten, bestehen nicht. Weder hat sich feststellen lassen, dass eine ökonomisch geführte Praxis mit dem Schwerpunkt auf CT-/MRT-Leistungen im Bereich der Beklagten insolvent geworden wäre, noch ergibt sich aus den o.g. Einkommensstatistiken, dass die Einnahme-/ Ausgabesituation für solche Radiologen problematisch geworden sein könnte.

Nach den von der Beklagten in das Verfahren eingeführten Statistiken überstiegen in den Jahren 1998 und 1999 im vertragsärztlichen Bereich die durchschnittlichen Gewinne in der Fachgruppe der Radiologen diejenigen aller niedergelassenen Gebietsärzte (ohne Laborärzte, Radiologen, Nuklearmediziner und Pathologen) um 10,56 % (73.965,43 Euro gegenüber 66.898,95 Euro) im Jahre 1998 und 0,64 % (67.019,32 Euro gegenüber 66.593,17 Euro) im Jahre 1999. Damit waren nicht nur die im EBM vom 1. Juli 1997 kalkulierten Durchschnittseinkommen von unter 70.000,00 Euro je Arzt (vgl. BSG a.a.O.) annähernd erreicht. Vielmehr übertrafen diese durchschnittlichen Gewinne der Radiologen in Brandenburg auch diejenigen ihrer Kollegen im KV-Bezirk Süd-Württemberg (dort: 62.188 Euro im Jahre 1998, 66.545,00 Euro im Jahre 1999, die Zahlen sind dem o. g. Urteil des BSG entnommen), so dass auch der Einwand der Klägerseite entkräftet ist, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ermittelten, von der Beklagten herangezogenen Betriebskostensätze von 80,3 % bzw. 81,8 % in den hier betrachtenden Jahren dürften in den neuen Bundesländern wegen der erheblichen ungünstigeren Kostenstruktur auf die dort niedergelassenen Radiologen nicht angewandt werden.

Die Bedenken der Klägerseite, das von der KBV bzw. dessen ZI ermittelte Zahlenmaterial berücksichtige die Besonderheiten der neuen Bundesländer nicht, teilt der Senat in Übereinstimmung mit der Beklagten nicht. Konkrete Umstände, die zu Unrecht den Berechnungen der

KBV zugrunde gelegt worden seien, hat die Klägerseite auch nicht benannt. Erheblich voneinander abweichende Kostenstrukturen sind grundsätzlich in allen Arztgruppen denkbar - z. B. beim Vorhalten eines eigenen Labors, bei Abrechnungsgenehmigungen für Sonographie- oder Röntgen-Leistungen, bei ambulantem Operieren - und entgegen der klägerischen Auffassung keine zur Unverwertbarkeit der von der KBV ermittelten Betriebskostenanteile führende Besonderheit der Fachgruppe der Radiologen. Angesichts dieser Gesamtsituation, die für die hier maßgeblichen Zeiträume keinen Ansatzpunkt für einen Anspruch auf höheres Honorar unter dem Gesichtspunkt mangelnden Anreizes für die vertragsärztliche Tätigkeit mit der Folge einer Versorgungsgefährdung gibt, bedarf es keiner Ermittlung oder Beweiserhebung darüber, ob CT-/MRT-Leistungen erst bei einem bestimmten Punktwert kostendeckend erbracht werden können (vgl. BSG a.a.O.).

bb) Ein Anspruch auf höheres Honorar ergibt sich auch nicht unter dem Gesichtspunkt, dass die Unterschiede zu anderen Punktwerten zu groß geworden seien. Weder war der Fall eines dauerhaften gravierenden Punktwertabfalls im Sinne der Rechtsprechung des BSG gegeben noch bestand ein anderer rechtlich zwingender Anlass zu einer Punktwertkorrektur.

Nach der Rechtsprechung des BSG ([BSGE 83, 1](#)) - ergangen zu dem Fall eines Honorartopfes für CT-/MRT-Leistungen - besteht eine Beobachtungs- und Reaktionspflicht derart, dass die KV zu regelmäßiger Überprüfung der Honorar- und Punktwertentwicklung verpflichtet ist und im Falle eines gravierenden Punktwertabfalls in bestimmten Bereichen u.U. stützend eingreifen muss. Voraussetzung ist, dass ein dauerhafter Punktwertabfall vorliegen und die Arztgruppe in einem vom Umsatz her wesentlichen Leistungsbereich betroffen sein muss, dass die zum Punktwertverfall führende Mengenausweitung nicht von der betroffenen Arztgruppe mit zu verantworten ist sowie dass der Honorarrückgang nicht durch Rationalisierungseffekte auf Grund von Mengensteigerungen und/oder beim Kostenfaktor kompensiert wird. Ein gravierender Punktverfall ist erst dann gegeben, wenn der Punktwert für die aus dem Honorartopf vergüteten Leistungen mindestens 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen liegt (BSG a.a.O.).

Die Anwendung dieser Grundsätze vermag für den Kläger keinen Anspruch auf höheres Honorar zu begründen. Ein Absinken des Punktwertes auf 15 % unter demjenigen für den größten Teil der sonstigen Leistungen kann nicht festgestellt werden. Dieses in der Rechtsprechung des BSG zunächst herausgearbeitete Kriterium passt auf Honorarverteilungsregelungen der hier zu beurteilenden Art nicht. Sind wie im vorliegend maßgebenden HVM zahlreiche Honorarkontingente geschaffen worden, die alle Fachgruppen und alle Leistungen abdecken, so gibt es keinen "Restbereich sonstiger Leistungen" mehr, dessen Punktwert als Vergleichsbasis herangezogen werden könnte (BSG a.a.O.).

Als ersatzweise heranzuziehende Vergleichsbasis eignet sich auch keiner der sonstigen im Rahmen der Honorarverteilung dieses Quartals angewandten Punktwerte. Die Punktwerte, die auf der Grundlage der durch die EBM-Budgetierungen gekürzten Punktmengen errechnet wurde - und dadurch "künstlich erhöht" waren -, bilden schon deswegen keine brauchbare Vergleichsbasis, weil vorliegend Leistungen im nicht-budgetierten Bereich betroffen sind. Als Maßstab für die Feststellung eines um 15 % abgesunkenen Punktwerts eignet sich aber auch nicht der durchschnittliche Punktwert der nicht-budgetierten Leistungen, weil dieser nur einen verhältnismäßig kleinen Teil aller Leistungen erfassen würde (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 87 Nr. 2](#) RdNr. 6: ca. 20 %), also kaum als repräsentativ angesehen werden kann (vgl. [BSGE 93, 258](#)).

Dass entgegen der klägerischen Auffassung auch der durchschnittliche Punktwert über alle Leistungen in Höhe von 6,5 Dpf. als Vergleichspunktwert ungeeignet ist, ergibt sich zum einen daraus, dass dieser Punktwert tatsächlich nicht zur Auszahlung gelangt, zum anderen aus folgender Überlegung: Die Frage, ob aus dem Punktwertverfall in einem wesentlichen Leistungsbereich eine Verpflichtung der KV zur Korrektur der Honorarverteilung folgt, kann nur im Rahmen einer Gesamtbetrachtung, also unter Einbeziehung aller einer Arztgruppe zuzuordnenden Honorarkontingente bzw. der daraus resultierenden Punktwerte und Honorarbeträge, ermittelt werden. Das beruht darauf, dass sich der Anspruch eines Vertragsarztes auf Honorarteilhabe aus [§ 72 Abs. 1 Satz 2](#) i.V.m. [§ 85 Abs. 4 Satz 1 bis 3 SGB V](#) unter der Geltung begrenzter Gesamtvergütungen erst durch sämtliche, einem bestimmten Leistungsbereich zuzuordnenden Honorarkontingente und die für diese Honorarkontingente berechneten Verteilungspunktwerte zu einem der Höhe nach individualisierten Honoraranspruch konkretisiert. Die isolierte Betrachtung einzelner Honorarkontingente und der dafür auszahlenden Punktwerte hingegen kann die tatsächliche Höhe der Vergütung einer Arztgruppe für deren vertragsärztliche Leistungen regelmäßig nur unzureichend widerspiegeln. Demgemäß ist bei der Prüfung, ob eine Stützungspflicht der KV gegeben sein könnte, entscheidend auf die durchschnittlichen Gesamteinkünfte einer Arztgruppe in einem Bezugszeitraum abzustellen (BSG vom 29. August 2007, Az.: [B 6 KA 43/06 B](#) - veröffentlicht in Juris - m.w.N.) Unter Beachtung dieser Prämissen waren die Voraussetzungen für eine Reaktionspflicht der Beklagten in den streitbefangenen Quartalen nicht gegeben.

cc) Unter dem Gesichtspunkt der Honorarverteilungsgerechtigkeit aus [Art. 12 Abs. 1](#) i.V.m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ist aber zu berücksichtigen, dass die KV bei einem Honorartopf, dem nur eine geringe Zahl von Leistungserbringern - aber mit einem relevanten Leistungsbereich - zugeordnet und der zudem in besonderem Maße von Leistungsausweitungen durch medizinisch-technischen Fortschritt betroffen ist, eine gesteigerte Beobachtungspflicht trifft. Zeigt sich hier eine dauerhafte Steigerung der Leistungsmenge und zugleich ein dauerhafter Punktwertabfall bis deutlich unter andere vergleichbare Durchschnittspunktwerte, ohne dass dies von den Betroffenen selbst zu verantworten ist, so ist darauf durch angemessene Erhöhung des Honorarkontingents zu reagieren (BSG a.a.O.).

Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall bereits deswegen nicht erfüllt, weil nach den von der Beklagten in den Rechtsstreit eingeführten Daten in den streitgegenständlichen Jahren 1998 bzw. 1999/90 bzw. 94 (jeweils incl. Doppelzählungen) Vertragsärzte aus dem Honorarfonds Großgeräte vergütet wurden, von einer nur geringen Zahl an aus diesem Honorarfonds vergüteten Leistungserbringern somit nicht die Rede sein kann.

dd) Angesichts der oben geschilderten individuellen Gewinnsituation der klägerischen Praxis ist daher ein Punktwertabfall im Bereich der Großgeräteleistungen ohne rechtliche Bedeutung.

2. Die Berufung des Klägers ist zwar zulässig, aber unbegründet.

a) Obwohl der Kläger bezüglich des streitgegenständlichen Quartals IV/99 im erstinstanzlichen Verfahren obsiegt hat, fehlt seiner Berufung, auch soweit sie sich auf dieses Quartal bezieht, nicht die für jedes Rechtsmittel erforderliche formelle Beschwerde. Denn bei

Beschheidungsurteilen nach [§ 131 Abs. 3 SGG](#) - ein solches stellt die Entscheidung des Sozialgerichts bezüglich der beiden genannten Quartale dar - kann die Beschwer eines Klägers auch darin liegen, dass die von ihm vertretene Rechtsauffassung von der Vorinstanz nicht geteilt wird und sich dies für den Kläger negativ auswirkt (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer Sozialgerichtsgesetz, 8.A., vor § 143 RdNr. 5 a m.w.N.). Dies ist hier der Fall, da der Kläger die das Quartale IV/99 betreffenden Bescheide der Beklagten aus über die Entscheidung des Sozialgerichts hinaus gehenden Gründen für rechtswidrig hält und er im Falle des Obsiegens mit einer noch höheren Vergütung rechnen dürfte.

b) Die Berufung ist jedoch unbegründet. Da sich die streitgegenständlichen Honorar- und Widerspruchsbescheide als insgesamt rechtmäßig erweisen (siehe hierzu I.), kann dem Kläger auch kein über das erstinstanzliche Urteil hinausgehender Anspruch auf Neubeschcheidung zustehen.

3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1](#), 2. Hs. SGG i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) und 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreites.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2008-11-24