

## L 5 KA 4267/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 1 KA 1540/08  
Datum  
30.06.2010  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KA 4267/10  
Datum  
26.10.2011  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30.06.2010 wird zurückgewiesen.

Die Kläger tragen auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen Ziff. 2 bis 7, die diese selbst tragen.

Der Streitwert wird auch für das Berufungsverfahren auf 52.105,72 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Kläger sind Fachärzte für Innere Medizin, der Kläger zu 1 ist als solcher zur hausärztlichen Versorgung vertragsärztlich zugelassen, der Kläger zu 2 ist als fachärztlich tätiger Internist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Sie begehren die rückwirkende Erhöhung der quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina für ihre Gemeinschaftspraxis ab dem 01.04.2005.

Mit Bescheid des Zulassungsausschusses vom 27.08.1999 wurde der Gemeinschaftspraxis der Kläger die Genehmigung zur Ganztagsanstellung der Fachärztin für Innere Medizin Dr. D. gemäß [§ 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) in i.V.m. den Angestellte-Ärzte-Richtlinien (AÄRL) nach § 32b Ärzte-ZV erteilt. Als Obergrenzen wurden (ausweislich der Angaben im Widerspruchsbescheid) damals folgende quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina festgelegt:

2.857.108,0 Punkte für das I. Quartal 2.624.257,3 Punkte für das II. Quartal 2.985.079,9 Punkte für das III. Quartal 3.085.633,7 Punkte für das IV. Quartal (11.552.078,9 Punkte gesamt).

Diese Obergrenzen wurden in der Folge anhand der Anpassungsfaktoren nach Ziff. 3.4 Angestellte-Ärzte Richtlinien um rund 700.000 Punkte und wegen der Steigerungen der Gebührennummern für Koloskopien ab dem Quartal 2/05 um 324.581,0 Punkte pro Quartal erhöht.

Die Kläger erzielten in den Quartalen 2/04 bis einschließlich 1/05 Umsätze von insgesamt 614.764 EUR bei Fallwerten zwischen 67,19 EUR und 73,85 EUR, für die Quartale 2/05 bis 1/06 belief sich der Gesamtumsatz aus vertragsärztlicher Tätigkeit auf 702.596 EUR bei Fallwerten von 70,40 EUR bis 76,82 EUR.

Mit Rückforderungsbescheid vom 27.10.2006 forderte die Beigeladene Ziff. 1 von den Klägern wegen Überschreitung der Gesamtpunktzahlvolumina in den Quartalen 1/05 bis IV/05 26.052,86 EUR zurück. Die Berechnung dieses Betrages erfolgte - jeweils quartalsbezogen - anhand der nach Ziff. 3.4 der Angestellten-Ärzte-Richtlinie vom 01.10.1997 (in der zuletzt am 22.10.2001 geänderten Fassung - BAnZ v. 30.01.2002) ermittelten Anpassungsfaktoren, mit Hilfe derer, ausgehend von dem Punktzahlvolumendurchschnitt der Fachgruppe, die Punktzahlvorgaben für die Praxis der Kläger errechnet wurden. Diese wurden von den Klägern in den Quartalen 01/05 bis 04/05 jeweils überschritten. Im Einzelnen stellen sich diese Beträge wie folgt dar (Angaben aus dem Rückforderungsbescheid):

Quartal	Punktzahldurchschnitt der Fachgruppe	Anpassungsfaktor	errechnete Punktzahl	Obergrenze	angeforderte Punktzahl	Differenz
01/2005	1.416.932,5	2,24028	3.181.689,0	3.332.678,1	150.989,1	02/2005 1.516.293,2
02/2005	1.516.293,2	2,16099	3.276.694,4	4.226.565,0	949.870,6	03/2005 1.364.193,4
03/2005	1.364.193,4	2,57279	3.509.783,1	3.916.951,0	407.167,9	04/2005 1.474.143,1
04/2005	1.474.143,1	2,52480	3.721.916,5	4.300.528,7	576.612,2	Gesamt: 13.690.083,0
		15,776	722,8	2.084.639,8		

Nach erfolglosem Widerspruch erhoben die Kläger gegen den Rückforderungsbescheid Klage beim Sozialgericht Stuttgart (S 5 KA 3221/07).

Das Klageverfahren ruht derzeit im Hinblick auf den vorliegenden Rechtsstreit.

Am 07.11.2006 beantragten die Kläger beim Zulassungsausschuss für Ärzte die Neufestsetzung der Punktzahlobergrenzen in Bezug auf die Job-Sharing-Anstellung von Dr. D. rückwirkend zum 01.04.2005 auf 17.161.162,0 Punkte p.a ... Zur Begründung führten sie aus, bis zum Inkrafttreten des EBM 2000plus ab 01.04.2005 hätten sie die festgesetzten Punktzahlobergrenzen nicht überschritten. Erst mit Inkrafttreten des EBM 2000plus hätten sie die Punktzahlobergrenzen um 2.086.639,8 Punkte überschritten und deshalb einen Rückforderungsbescheid über 26.052,86 EUR erhalten. Bei gleichbleibender Scheinzahl sei der Anstieg ihres Gesamtpunktzahlvolumens vorwiegend auf die strukturellen Änderungen in der neuen Gebührenordnung zurückzuführen.

Mit Bescheid des Zulassungsausschusses vom 07.12.2006 wurde die Genehmigung zur Beschäftigung von Frau Dr. D. als ganztags angestellte Ärztin in der Praxis der Kläger zum 01.01.2007 widerrufen. Frau Dr. D. erhielt eine Zulassung in eigener Praxis.

Die Beigeladene Ziff. 1 nahm zu dem Änderungsantrag der Kläger mit Schreiben vom 01.12.2006 Stellung und führte aus, nach der Auffassung des Vorstandes der KV werde den Änderungen durch den neuen EBM 2000plus und der damit einhergehenden Entwicklung der Fachgruppe durch die Anpassungsfaktoren Rechnung getragen. Dies gelte auch für die Praxis der Kläger. Dem Kläger Ziff. 1 sei im Rahmen eines Beratungsgesprächs die Veränderung des Abrechnungsverhaltens dargelegt worden. Dabei sei auch eine Fallzahlsteigerung zu verzeichnen gewesen. Eine generelle Neufestsetzung der Obergrenzen aufgrund der durch den EBM 2000plus eingetretenen Änderungen komme daher nicht in Betracht.

Mit Bescheid vom 28.12.2006 lehnte der Zulassungsausschuss für den Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg im Regierungsbezirk F. den Antrag der Kläger ab mit der Begründung, eine rückwirkende Genehmigung eines höheren Grenzwertvolumens könne nicht erteilt werden, da eine solche Entscheidung nur in die Zukunft gerichtet sein könne und die angestellte Ärztin Frau Dr. D. seit dem 01.01.2007 nicht mehr in der Praxis der Kläger beschäftigt sei.

Zur Begründung ihres dagegen eingelegten Widerspruchs machten die Kläger geltend, sie hätten nach Nr. 3.3 Satz 2 der Angestellte-Ärzte-Richtlinien Anspruch auf Neubestimmung des Gesamtpunktzahlvolumens, weil durch die Einführung des EBM 2000plus eine gravierende Umstellung des Abrechnungssystems im Vergleich zum bisherigen EBM eingetreten sei. Auch die gesetzlich veranlasste Trennung in Hausarzt/Facharzt habe ihrer Praxis eine Strukturänderung aufgezwungen. Die Trennung des hausärztlich-fachärztlichen Versorgungsbereiches sei auch im EBM 2000plus vollzogen worden. Auch existiere die Fachgruppe nicht mehr, die 1999 die Basis für die Berechnung ihrer Punktzahlobergrenzen gewesen sei. Die Basis für eine Neuberechnung müsse ein Kollektiv aus hausärztlich-/fachärztlich-internistischen Gemeinschaftspraxen bilden. Eine wesentliche Fallzahlerhöhung habe es in ihrer Praxis nicht gegeben. Die KV habe insoweit bei der Fallzahlermittlung auch die Früherkennungen und die Schutzimpfungen mitgezählt. Im rein kurativen Bereich bewegten sich die Fallzahlen ausweislich der Honorarkarte der KV zwischen 8.246 Fällen im Jahr 1992 und 7.979 Fällen im Jahr 2005. Allerdings habe sich die Altersstruktur ihrer Patienten deutlich verändert. So sei der Rentneranteil von 36 % im Quartal 01/2002 auf 44,8 % im Quartal 03/2006 gestiegen. Sie hätten mehrfach mit Herrn J. von der Beigeladenen Ziff. 1 gesprochen, der ihnen auf die Frage, was sie tun sollten, geantwortet habe, man solle in aller Ruhe abwarten, bis im September 2006 die Abrechnungsdaten eines ganzen Jahres unter Geltung des EBM 2000plus vorliegen würden. Als diese Daten vorgelegen hätten, habe man ihnen einen Rückforderungsbescheid angekündigt.

Mit Beschluss vom 14.03.2007/Widerspruchsbescheid vom 12.07.2007 wies der Beklagte den Widerspruch der Kläger zurück. Die Voraussetzungen von Nr. 3.1 der Angestellte-Ärzte-Richtlinien für die Neubestimmung der quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina würden nicht vorliegen. Die mit dem EBM 2000plus verbundenen Strukturänderungen wirkten sich bei der Praxis der Kläger als fachübergreifende Gemeinschaftspraxis auf die Berechnungsgrundlagen nicht aus. Das Anwachsen der Gesamtpunktzahlen in der Praxis der Kläger habe seine Ursache nicht im neuen EBM 2000plus, sondern in den nicht unerheblichen Fallzahlsteigerungen im präventiven Bereich (Früherkennung und Schutzimpfung) in den betreffenden Quartalen. Die Steigerungen der Fallzahlen in den Quartalen 3/2005 bis 1/2006 um 716 Fälle gegenüber den Quartalen 3/2004 bis 1/2005 beruhten nach der beigezogenen Honorarkarte im wesentlichen darauf, dass allein auf Früherkennungsmaßnahmen und Schutzimpfungen 514 Steigerungsfälle entfielen. Hinzu komme, dass sich der Rentneranteil von 36 % im ersten Quartal 2002 auf 44,8 % im dritten Quartal 2006 erhöht habe. Aus dem Vergleich der Gebührennummernübersichten vor und nach dem 2. Quartal 2005 hätten sich keine Hinweise auf eine Entstehung von individuellen Praxisbesonderheiten nach dem EBM 2000plus ergeben, die zur Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens geführt hätte. Nur dieser Fall würde es rechtfertigen, die Punktzahlobergrenzen zu korrigieren. Die Praxis der Kläger nehme nach den Angestellte-Ärzte-Richtlinien an der Entwicklung der Fachgruppe dadurch teil, dass die Punktzahlobergrenzen mit dem jeweils im ersten Leistungsjahr der Job-Sharing-Praxis festgelegten Anpassungsfaktoren je Quartal von Amts wegen multipliziert würden. Dies habe zwischen dem IV. Quartal 1999 und dem IV. Quartal 2005 zu einer Erhöhung der Gesamtpunktzahl in der Praxis der Kläger um etwa 700.000 Punkte geführt.

Am 31.07.2007 erhoben die Kläger Klage beim Sozialgericht Freiburg.

Mit Beschluss des Sozialgerichts vom 15.08.2007 wurde auf übereinstimmenden Antrag der Beteiligten im Hinblick auf das vor dem Sozialgericht Stuttgart anhängige Klageverfahren betreffend den Rückforderungsbescheid das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Nachdem im dortigen Verfahren darauf hingewiesen worden war, dass eine inzidente Prüfung der Rechtmäßigkeit des Antrags auf Erweiterung des Gesamtpunktzahlvolumens nicht erfolgen könne, wurde das Verfahren vor dem Sozialgericht Freiburg wieder angerufen und unter dem Aktenzeichen [S 1 KA 1540/08](#) fortgeführt.

Zur Begründung ihrer Klage ließen die Kläger vorgetragen, nicht erhöhte Fallzahlen, sondern der neue EBM 2000plus sei der Grund für die erhöhte Punktzahlanforderung gewesen. Ausweislich der Honorarkarte habe sich die Zahl der Fälle im Quartal 02/2005 um 2,7 % gegenüber dem Vorjahresquartal erhöht (von 1.850 auf 1.900 Fälle). Demgegenüber habe sich das angeforderte Punktzahlvolumen um 24 % erhöht. Auch die Arzt-Patienten-Kontakte hätten sich vor und nach Einführung des EBM 2000plus auf ähnlichem Niveau bewegt. Dennoch habe die Praxis im Quartal 02/2005 insgesamt 858.777,7 Punkte mehr angefordert als im entsprechenden Quartal des Vorjahres. Durch die im EBM 2000plus neu geschaffenen Gebührennummern hätten viele schon bisher erbrachte Leistungen nunmehr gesondert abgerechnet werden können. Dies betreffe etwa Leistungen wie Behandlung chronischer internistischer Grunderkrankungen und chronischer degenerativer/entzündlicher Erkrankungen (EBM 03210 und 03211), den fachinternistischen Basiskomplex (EBM 13250), OP-Vorbereitungen (EBM 31011 bis 31013) und versorgungsbereichsspezifische Bereitschaft (EBM 03005). Allein aus diesen neu geschaffenen

Gebührennummern ergebe sich ein zusätzliches Aufkommen von 1.023.713,0 Punkten/Quartal, obwohl das Leistungsspektrum der Praxis nicht ausgeweitet worden sei. Somit hätten sich die Berechnungsgrundlagen geändert und sie hätten einen Anspruch auf Neubestimmung gemäß Nr. 3.3 der Angestellte-Ärzte-Richtlinien. Zwar habe sich die Anzahl der Früherkennungsuntersuchungen von durchschnittlich 80 Fällen/Quartal vor dem 01.04.2005 auf durchschnittlich 209 Fälle/Quartal erhöht. Darauf entfalle aber nur eine durchschnittlich Erhöhung um 55.615 Punkte pro Quartal. Die Kläger hätten aber durchschnittlich 1.035.925,4 Punkte pro Quartal mehr angefordert, die sich allein mit den Früh-erkennungsuntersuchungen nicht erklären ließen. Der Anstieg der Rentnerzahlen belaufe sich seit Einführung des EBM 2000 plus auf ca. 3 % pro Quartal. Wie dies eine Ausweitung der angeforderten Punktzahlen um 33 % verursacht haben soll, habe der Beklagte bisher nicht erklärt. Soweit der Beklagte im Widerspruchsbescheid die Auffassung vertreten habe, der Änderung des EBM sei bereits durch die Anpassungsfaktoren Rechnung getragen, sei dem entgegenzuhalten, dass eine beschränkte Praxis an der Entwicklung der Fachgruppe teilhaben könne, dass diese Anpassung den Klägern aber ohnehin und unabhängig von der Änderung des EBM zustehe. Abgesehen davon, dass es für die Praxis der Kläger keine ausreichend große Vergleichsgruppe gebe, habe die Entwicklung der Fachgruppe nichts mit der Änderung der Berechnungsgrundlagen i.S.v. Nr. 3.4 der Angestellte-Ärzte-Richtlinien zu tun. Auch könne den Klägern die rückwirkende Anpassung des Gesamtpunktzahlvolumens nicht verwehrt werden, weil das Gesamtpunktzahlvolumen erst nach Ablauf eines jeden Leistungsjahres erfolge und ihnen die letzte Quartalsabrechnung erst vier Monate nach Ablauf dieses Quartal zugestellt worden sei. Sie hätten deshalb erst über ein Jahr nach Einführung des neuen EBM 2000plus erkennen können, dass sich dieser spürbar auf die Berechnungsgrundlagen ausgewirkt habe.

Der Beklagte trat der Klage entgegen und führte aus, ein Vergleich der beiden Gebührenordnungen sei nicht möglich. Die Änderungen der Gebührenordnungen und deren Leistungsbeschreibungen im EBM 2000plus würden alle internistischen Gemeinschaftspraxen gleichermaßen betreffen. Unabhängig von der festgestellten Fallzahlerhöhung im Bereich der Früherkennung sei eine eindeutige Zuordnung der noch übrigen Steigerungen nicht möglich. Die Veränderungen des EBM im Rahmen der vergleichbaren Leistungsinhalte würden durch die Anwendung der Anpassungsfaktoren ausgeglichen, nicht jedoch durch Erhöhung der Punktzahlobergrenzen, die nur bei bestimmten Praxisbesonderheiten, die bei Fachkollegen nicht gegeben seien und die von den EBM-Veränderungen betroffen seien, anzupassen seien. Sinn und Zweck der mit Ausnahmezulassungen bzw. Job-Sharing-Angestellten-Verhältnissen verbundenen Leistungsbeschränkungen liege gerade darin, dass die jeweilige Praxis sich im Rahmen des Leistungsgefälles der Fachkollegen halte. Eine Leistungsvermehrung insbesondere bei den Leistungen, die von den Fachkollegen im Wesentlichen auch erbracht würden, sollte gerade vermieden werden, um die Eindämmung der Überversorgung auch durchzusetzen. Veränderungen im Bereich des EBM dürften nach den einschlägigen Vorschriften nur dann durch eine Erhöhung der Punktzahlobergrenzen berücksichtigt werden, wenn es sich nicht um Leistungen handle, die von den übrigen Fachkollegen als zum entsprechenden Leistungsspektrum gehörig und damit als Regelleistungen anzusehen seien. Die von den Klägern genannten Leistungen entsprächen denen der Fachkollegen und stellten keine Besonderheit dar, auf die sich gerade die Änderung des EBM beziehe. Daher komme es nicht darauf an, dass sich die EBM-Bewertungen veränderten, oder dass etwa die Praxis bei bestimmten Leistungen, die auch in anderen Praxen von Fachkollegen normalerweise erbracht würden, ein erheblicher Zuwachs festzustellen sei, dessen Multiplikation mit den EBM-Veränderungen dann zu der erhöhten Punktzahl führe. Soweit die Kläger beanstandet hätten, dass als Fachgruppendurchschnitt nicht derjenige der Fachinternisten heranzuziehen sei, sondern derjenige der Hausärzte, sei dem entgegenzuhalten, dass die Anknüpfung an die Gruppe der Fachinternisten die Kläger besser stelle als die Anknüpfung an den hausärztlichen Bereich, da dort die vom Kläger genannten fachspezifischen Leistungen nicht enthalten seien und die erheblichen Punktzahlausweitungen nicht zur Folge haben könnten.

Die Beigeladene Ziff. 1 teile die Zahlen der von den Klägern in der Zeit vom 01.04.2004 bis zum 30.03.2006 über den Anpassungsfaktor errechneten Gesamtpunktzahlvolumina wie folgt mit: 2/04 2.903.593,6 Punkte 3/04 3.525.120,3 Punkte 4/04 3.636.986,7 Punkte 1/05 3.181.689,0 Punkte 2/05 3.276.694,4 Punkte 3/05 3.509.783,1 Punkte 4/05 3.721.916,5 Punkte 1/06 3.668.348,1 Punkte

Die Kläger teilten hierzu mit, dass sich diese an der Fachgruppe orientierten Zahlen der vier Quartale nach Einführung des EBM 2000plus um durchschnittlich 7,02 % gegenüber den Vorjahresquartalen erhöht hätten, während sich die von ihnen angeforderten Punktwerte durchschnittlichen um 33,01 % erhöht hätten. Weiter ließen die Kläger noch ausführen, dass sich die Abrechnungsverhältnisse, die durch die Änderung des EBM zum 01.04.2005 und die zeitgleiche Änderung der Honorarverteilungsverträge eingetreten seien, sich für einen durchschnittlichen Vertragsarzt anders darstellten als für eine leistungsbegrenzte Praxis. Während der neue EBM zu einer Bewertung der einzelnen Leistung mit mehr Punkten führe und in der neuen Honorarverteilung der einzelne Punkt niedriger bewertet werde, ändere sich für den durchschnittlichen Vertragsarzt gar nichts. Bei einer leistungsbegrenzten Praxis werde die Leistungsbegrenzung aber in Punkten vorgenommen, so dass bei gleicher Leistung die Vergütung sinke. Denn es würden nur die Punkte im bisherigen Umfang, aber zu einem geringeren Punktwert vergütet. Während also der Fachgruppendurchschnitt insgesamt trotz der Änderungen des EBM und der Honorarverteilung die gleiche Vergütung erhalten könne, müsse eine leistungsbegrenzte Praxis plötzlich Vergütungsrückgänge hinnehmen. Diese Systematik führe dazu, dass durch die Änderung des EBM zum 01.04.2009 (gemeint 01.04.2005 Anm. d. Senats) und der ab dann gültigen Honorarverteilungsverträge die Berechnungsgrundlagen für das Gesamtpunktzahlvolumen der klägerischen Praxis erheblich geändert worden und deshalb anzupassen seien.

Mit Urteil vom 30.06.2010 wies das Sozialgericht die Klage ab.

Die Kläger hätten keinen Anspruch auf Erhöhung der Gesamtpunktzahlvolumina. Nach § 23e Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte (vor dem 01.04.2007 Nr. 3.3 Angestellte-Ärzte-Richtlinien) sei sowohl für die Berechnung des Ausgangs-Punktzahlvolumens als auch des Vergleichs-Punktzahlvolumens nach § 23c Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte das im Zeitpunkt der Abrechnung jeweils geltende Berechnungssystem für die vertragsärztlichen Leistungen maßgeblich (Satz 1). Auf Antrag des Vertragsarztes seien die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich seien, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen hätten. Nach § 23f Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte (vor dem 01.04.2007 Nr. 3.4 Angestellte-Ärzte-Richtlinien) folgten die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor). Unter Heranziehung dieser rechtlichen Maßstäbe hätten die Kläger keinen Anspruch auf Neubestimmung der Gesamtpunktzahlvolumina. Voraussetzung hierfür sei nach § 23e Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinie-Ärzte, dass mit Inkrafttreten des EBM 2000plus Änderungen eingetreten seien, die sich auf die damalige - im Jahr 1999 - Berechnungsgrundlage spürbar auswirkten. Solche Änderungen seien nicht zu erkennen. Mit der Genehmigung zur Ganztagsanstellung der Fachärztin für Innere Medizin Dr. D. seien quartalbezogene Gesamtpunktzahlvolumina als Obergrenzen festgelegt worden. Sinn und Zweck dieser Obergrenzen sei die Verhinderung von Punktzahlausweitungen durch ein größeres Leistungsangebot in

Folge der Mitarbeit des angestellten Arztes. Berechnungsgrundlagen für die quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina seien das damalige Ausgangspunktzahlvolumen sowie das Vergleichspunktzahlvolumen. Für die Praxis der Kläger spürbare Auswirkungen auf diese Grundlagen im Sinne von § 23e Satz 2 Bedarfsplanungs-Richtlinien-Ärzte durch den EBM 2000plus setzten nach Auffassung der Kammer voraus, dass nicht allgemein von der Fachgruppe der haus- und fachärztlich tätigen Internisten erbrachte Leistungen nach dem EBM 2000plus sich verändert hätten, sondern nur solche Änderungen eingetreten seien, die sich speziell auf die Praxis der Kläger auswirkten. Nur in diesem Fall seien die Berechnungsgrundlagen überholt. Die Leistungen, die nach dem EBM 2000plus an die Stelle der Ordinationsgebühr nach dem EBM 1996 getreten seien, würden von der Fachgruppe der Kläger allgemein erbracht, weshalb die Kammer keine spürbaren Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen erkennen könne. Hiervon abgesehen belege das Leistungsverhalten der Kläger im II. Quartal 2005 in Bezug auf die fraglichen Leistungen keinesfalls, dass sie auch im Jahre 1999 zum Zeitpunkt der Festlegung der Obergrenzen der quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina ein entsprechendes Leistungsverhalten gezeigt hätten.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 10.08.2010 zugestellte Urteil haben die Kläger am 09.09.2010 Berufung eingelegt.

Zur Begründung wiederholen sie ihr Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren und machen ergänzend geltend, das Sozialgericht habe sich in seinem Urteil nicht im Einzelnen mit der Leistungsanforderung der klägerischen Praxis vor und nach Einführung des neuen EBM zum 01.04.2005 auseinandergesetzt, sondern lediglich einige allgemeine "Gründe" angeführt. Die Auffassung des Sozialgerichts, dass auch eine umfassende Änderung des EBM keine Änderungen der Berechnungsgrundlage nach Nr. 3.3 Angestellte-Ärzte-Richtlinie sei, sei nicht zutreffend. Die Gesamtpunktzahlvolumina würden nach Nr. 3.1 Angestellte-Ärzte-Richtlinie anhand der Punktzahlanforderung des jeweiligen Vorjahresquartals zuzüglich 3% des Fachgruppenschmitts ermittelt. Die Punktzahlanforderung des jeweiligen Vorjahresquartals folge aus dem dort geltenden EBM. Damit sei klar, dass der EBM eine Berechnungsgrundlage des Gesamtpunktzahlvolumens sei. Entscheidende Änderungen des EBM wie zum 01.04.2005 begründeten also einen Anspruch des Vertragsarztes auf Neuberechnung der Gesamtpunktzahlvolumina gem. Nr. 3.3 Angestellte-Ärzte-Richtlinie. Für die Auffassung des Sozialgerichts, dass nur Änderungen zu berücksichtigen seien, die sich speziell auf die Praxis der Kläger auswirkten, gebe es keine rechtliche Grundlage. Es sei nicht ersichtlich, warum den Klägern ein Anspruch auf Neuberechnung nur dann zustehen solle, wenn sich der EBM in Bezug auf ihre Fachgruppe ändere, nicht aber, wenn sich der EBM insgesamt ändere. Entgegen der Auffassung des Beklagten würden diese Änderungen nicht bereits durch die Anpassungsfaktoren ausgeglichen. Zum einen stünden die Regelungen der Nr. 3.3 und Nr. 3.4 der Angestellte-Ärzte-Richtlinie nebeneinander, sodass ein Anspruch auf Neuberechnung der Gesamtpunktzahlvolumina gemäß Nr. 3.3 auch dann bestehen könne, wenn zugleich gemäß Nr. 3.4 an der Entwicklungsgruppe teilgenommen werde. Nur dann, wenn die Regelung der Nr. 3.4 bereits zu einer Erhöhung der Gesamtpunktzahlvolumina führe, welche die aus dem neuen EBM folgende erhöhte Leistungsanforderung zumindest annähernd abdecke, sei für eine Neuberechnung nach Nr. 3.3. kein Raum mehr. Hier liege der Fall aber anders: Die Änderungen des EBM zum 01.04.2005 hätten zu einer erhöhten Punktzahlanforderung von mehr als 33 % gegenüber dem Vorjahr geführt. Demgegenüber seien die Punktzahlanforderungen der Fachgruppe zum 01.04.2005 bei weitem nicht in einem vergleichbaren Umfang gestiegen: Hätte schon die Entwicklung der Fachgruppe zu einer ausreichenden Anpassung des Gesamtpunktzahlvolumens der Kläger gemäß Nr. 3.4 der Angestellte-Ärzte-Richtlinie geführt, wäre es nicht ab dem 01.04.2005 zu einer erstmaligen signifikanten Überschreitung des Gesamtpunktzahlvolumens durch die Kläger gekommen. Die Gesamtpunktzahlvolumina wären dann zum 01.04.2005 so angepasst worden, dass die unveränderten Leistungen der klägerischen Praxis auch nach dem 01.04.2005 nicht zu einer nennenswerten Überschreitung der Gesamtpunktzahlvolumina geführt hätten. Mit diesen Argumenten habe sich das Sozialgericht nicht einmal ansatzweise auseinandergesetzt. Es werde auch bestritten, dass die Beigeladene Ziff. 1 und der Beklagte bei den Klägern überhaupt die richtige Fachgruppe zur Grunde gelegt hätten. Die klägerische Praxis sei als eine der ganz wenigen Praxen in Baden-Württemberg eine haus- und fachärztliche internistische Gemeinschaftspraxis. Die Besonderheit der klägerischen Praxis liege darin, dass neben den üblichen haus- und fachärztlichen internistischen Leistungen auch Koloskopien und Gastroskopien erbracht würden. Im Quartal 2/2005 habe es in ganz Südbaden nur 12 Praxen gegeben, die als haus- und fachärztliche Gemeinschaftspraxis Koloskopie und Gastroskopie erbracht hätten. Damit sei die klägerische Praxis nicht mit einer Prüfgruppe aus 360 haus- und fachärztlichen Gemeinschaftspraxen vergleichbar, welche in der überwiegenden Zahl derartige Zusatzleistungen nicht erbringen würden. Insbesondere Leistungen der Gastroskopie seien mit dem neuen EBM zum 01.04.2005 ganz erheblich aufgewertet worden. Allein dies führe dazu, dass die Punktzahlanforderung der Klägerin zum 01.04.2005 wegen der koloskopischen und gastroskopischen Leistungen und wegen deren neuer Bewertung ganz erheblich gestiegen sei. Demgegenüber sei die Punktzahlanforderung der Fachgruppe bei weitem nicht in diesem Umfang gestiegen, da die von der KV herangezogene Vergleichsgruppe ganz überwiegend derartige Leistungen nicht erbringen würde.

Die Kläger beantragen, das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 30.06.2010 und den Bescheid des Beklagten vom 12.07.2007 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, über den Antrag der Kläger auf Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens ab dem 01.04.2005 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu entscheiden.

Der Beklagte und die Beigeladenen Ziff. 1 beantragen, die Berufung zurückzuweisen.

Die übrigen Beigeladenen haben keine Anträge gestellt und sich im Berufungsverfahren auch nicht geäußert.

Der Beklagte hält das angefochtene Urteil für zutreffend und nimmt auf die Ausführungen im Bescheid vom 12.07.2007 und in seinen Stellungnahmen im erstinstanzlichen Verfahren sowie auf die Stellungnahme der Beigeladenen Ziff. 1 aus dem Widerspruchsverfahren vom 06.03.2007 Bezug. Es sei unbestritten, dass der EBM 2005 erhebliche Veränderungen für das Abrechnungsverhalten mit sich gebracht habe, wobei neben Zunahmen im Abrechnungsvolumen der Gesundheitsuntersuchungen, beim Ganzkörperstatus, bei Hausbesuchen, auch eine Fallzahlsteigerung eine Rolle spiele. Entscheidend sei jedoch, ob die Praxis der Kläger gegenüber der Vergleichsgruppe der hausärztlich und fachärztlich tätigen Internisten - Nr. 19 bis 20 - so aus dem Rahmen falle, dass die Veränderungen im EBM sich gegenüber der Fachgruppe bei besonderen Leistungen für die Praxis erkennbar und erheblich auswirkten. Dies sei indes nicht der Fall. Die Änderungen des EBM betrafen alle hausärztlich und fachärztlich tätigen internistischen Praxen einschließlich derer, die Koloskopieleistungen im Rahmen der Früherkennung sowie auch der kurativen Leistungen durchführten. Die Praxis nehme nach den Vorschriften der Nr. 3.3 der Angestellten-Ärzte-Richtlinien über die Anpassungsfaktoren an der Entwicklung der Fachgruppe teil, so dass es einer Neubestimmung der Punktzahlobergrenzen nicht bedürfe. Folge man den Argumenten der Berufungskläger, müsse praktisch für jede internistisch fachärztlich und hausärztlich tätige Praxis eine Neubestimmung der Obergrenzen erfolgen, da die EBM-Veränderungen sich auf all diese Praxen beziehen würden. Dies sei nicht Sinn und Zweck der Bedarfsplanungsrichtlinien. Soweit die Kläger auf Praxisbesonderheiten im koloskopischen und gastroskopischen Bereich abstellten, sei dies nicht zutreffend. Die Vergleichsgruppe - fachärztliche und hausärztliche

Internisten -, die als die günstigste Fachgruppe zur Bewertung herangezogen worden sei, erbringe ebenfalls koloskopische und gastrokopische Leistungen im Vorsorge- wie im kurativen Bereich. Ein Wachstum der Praxis sei im Rahmen des 3 %-igen Fachgruppendurchschnitts möglich.

Die Kläger haben hierzu Stellung genommen und der Schlussfolgerung der Beklagten zugestimmt, dass, wenn man den Argumenten der Kläger folge, für praktisch jede fachärztlich und hausärztlich tätige Gemeinschaftspraxis zum 01.04.2005 eine Neubestimmung der Obergrenzen hätte erfolgen müssen. Es sei völlig unstreitig, dass die Vergütungsreform zum 01.04.2005 jedenfalls für die haus- und fachärztlichen Gemeinschaftspraxen einschneidend gewesen sei, wobei die Kläger zum damaligen Zeitpunkt möglicherweise die einzige haus- und fachärztliche internistische Gemeinschaftspraxis mit einer Leistungsbeschränkung nach § 101 Abs. 1 Nr. 4/5 SGB im Bezirk der Beklagten gewesen sei. Im Übrigen sei bei der Vergütungsreform zum 01.01.2009 durch die Beigeladene zu 1) für sämtliche Jobsharing-Praxen eine Neuberechnung der Gesamtpunktzahlvolumina vorgenommen worden, da die ursprüngliche Systematik (Leistungsobergrenzen nach Punkten) mit der neuen Vergütungssystematik ab dem 01.01.2009 (feste Euro-Gebührenordnung gem. § 87b Abs. 5 SGB V) nicht mehr kompatibel gewesen sei. Genau dies hätte auch zum 01.04.2005 - jedenfalls für die Praxis der Kläger, möglicherweise aber auch für viele weitere vergleichbare Jobsharing Praxen - geschehen müssen.

Die Beigeladene Ziff. 1 hat hierzu vorgetragen, sie habe zwar für den Zeitraum ab 01.01.2009 die Obergrenzen auf der Basis der Bruttohonorarumsätze des Jahres 2009 neu berechnet und diese zur entsprechenden Festsetzung an die Zulassungsgremien weitergeleitet. Eine Neuberechnung habe hier erfolgen müssen, da sich die Honorarverteilungs-/Abrechnungssystematik ab diesem Zeitpunkt grundlegend geändert habe - Abkehr von einem nach Punkten bewerteten EBM hin zu einer Eurogebührenordnung mit festen Preisen (§ 87 a SGB V). Die noch nach Punktzahlen festgesetzten Obergrenzen seien mit diesem völlig neuen System nicht mehr kompatibel und deren Weiterführung deshalb unmöglich gewesen. Diese Situation sei mit derjenigen zum Zeitpunkt des Inkrafttretens des EBM 2000plus zum 01.04.2005, der noch nach Punktzahlen bewertet worden sei, in keiner Weise vergleichbar.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Akten des Sozialgerichts Freiburg zum vorliegenden Verfahren und des Sozialgerichts Stuttgart zum Verfahren S 5 KA 3221/07 und auf die Akten des Senats des Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet über die Berufung in der Besetzung mit ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Krankenkassen und der Vertragsärzte, weil es sich vorliegend um eine Angelegenheit des Vertragsarztrechts handelt (§ 12 Abs. 3 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz - SGG -). Streitgegenstand ist allein der Bescheid des paritätisch besetzten Berufungsausschusses. Der Bescheid des Zulassungsausschusses ist nicht Gegenstand des Verfahrens (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. etwa BSG Ur. v. 28.08.1996 - 6 RKa 37/95 sowie zuletzt für den Beschwerdeausschuss, BSG, Ur. v. 29.06.2011, - B 6 KA 16/10 R -).

Die Berufung der Kläger ist gem. §§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG statthaft und gem. § 151 SGG auch sonst zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet. Der angefochtene Bescheid der Beklagten ist im Ergebnis rechtmäßig. Die Kläger haben schon aus Rechtsgründen keinen Anspruch auf rückwirkende Erhöhung der Punktzahlobergrenze ab dem 01.04.2005. Für die beantragte Neubescheidung ist deswegen kein Raum.

Die Kläger unterlagen während des bestehenden Anstellungsverhältnisses der Frau Dr. D., die seit August 1999 bis zum 31.12.2006 bei ihnen angestellt war, einer Leistungsbegrenzung nach Nr. 3 der bis zum Quartal 01/2007 geltenden Angestellten-Ärzte-Richtlinien - AÄRL - (vom 01.10.2007 - BAnz. Nr. 9 S. 372 vom 15.01.1998 -, zuletzt geändert am 22.10.2001 - BAnz. Nr. 20 vom 30.01.2002 Seite 1618-, nunmehr ersetzt durch §§ 23 c bis f der Bedarfsplanungs-Richtlinie) in Form der Festlegung von quartalsbezogenen Gesamtpunktzahlvolumina.

Gemäß § 95 Abs. 9 SGB V in der hier maßgebenden Fassung des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der gesetzlichen Krankenversicherung vom 28. Juni 1997 (BGBl I, S. 1520) kann der Vertragsarzt einen ganztags beschäftigten Arzt oder höchstens zwei halbtags beschäftigte Ärzte einstellen. Gemäß § 101 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien Regelungen für die Anstellung derartiger Ärzte bei einem Vertragsarzt desselben Fachgebiets, sofern sich der Vertragsarzt gegenüber dem Zulassungsausschuss zu einer Leistungsbegrenzung verpflichtet, die den bisherigen Praxisumfang nicht wesentlich überschreitet. Hiervon hatte der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in den genannten Richtlinien über die Beschäftigung von angestellten Praxisärzten in der Vertragsarztpraxis (AÄRL) Gebrauch gemacht.

Nach Nr. 3.1 AÄRL legt der Zulassungsausschuss bei Anstellung eines Arztes die Leistungsbeschränkung für die Arztpraxis fest. Vor der Genehmigung des angestellten Arztes legt der Zulassungsausschuss in einer verbindlichen Feststellung zur Beschränkung des Praxisumfangs auf der Grundlage der gegenüber dem Vertragsarzt (den Vertragsärzten) in den vorausgegangenen mindestens vier Quartalen ergangenen Abrechnungsbescheiden quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumina fest, welche bei der Abrechnung der ärztlichen Leistungen im Rahmen der Gemeinschaftspraxis von dem Vertragsarzt nach Beschäftigung des angestellten Praxisarztes als Leistungsbeschränkung (Obergrenze) maßgeblich sind. Diese Gesamtpunktzahlvolumina sind so festzulegen, dass die in einem entsprechenden Vorjahresquartal gegenüber dem erstzugelassenen Vertragsarzt anerkannten Punktzahlanforderungen um nicht mehr als 3 v. H. überschritten werden. Das Überschreitungs-volumen von 3 v. H. wird jeweils auf den Fachgruppendurchschnitt des Vorjahresquartals bezogen. Das quartalsbezogene Gesamtpunktzahlvolumen (Punktzahlvolumen zuzüglich Überschreitungs-volumen) wird nach Nr. 3.4 AÄRL durch die Kassenärztliche Vereinigung angepasst.

Nr. 3.4 AÄRL (nunmehr § 23 f Bedarfsplanungsrichtlinie) sah vor, dass die Gesamtpunktzahlvolumina zur Beschränkung des Praxisumfangs der Entwicklung des Fachgruppendurchschnitts durch Festlegung eines quartalsbezogenen Prozentwertes (Anpassungsfaktor) folgen. Die Anpassungsfaktoren werden im ersten Leistungsjahr von der Kassenärztlichen Vereinigung errechnet. Die dafür maßgebliche Rechenformel lautet:  $PzVol$  (Quartalsbezogenes Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis)  $\cdot$   $PzFg$  (Quartalsbezogener Punktzahlvolumendurchschnitt der jeweiligen Fachgruppe) = Fakt (Quartalsbezogener Anpassungsfaktor). Sie stellen die Grundlage zur Ermittlung der Gesamtpunktzahlvolumina für die Folgejahre dar. Der jeweilige Anpassungsfaktor wird ab dem zweiten Leistungsjahr mit dem bisherigen

Punktzahlvolumen der Praxis multipliziert und ergibt die quartalsbezogene Obergrenze für die Praxis. Die Kassenärztliche Vereinigung teilt dem Vertragsarzt die für ihn verbindlichen Anpassungsfaktoren mit. Anpassungen nach dieser Vorschrift sind bei den Klägern in der Vergangenheit regelmäßig von der Beigeladenen Ziff. 1 bei Erstellung der Honorarabrechnungen durchgeführt worden, auch hinsichtlich des hier streitigen Zeitraums vom Quartal 2/05 bis 4/06.

Neben dieser generellen Anpassung sah Nr. 3.3 AÄRL in Satz 2 ferner vor, dass auf Antrag des Vertragsarztes die Gesamtpunktzahlvolumina neu zu bestimmen sind, wenn Änderungen des EBM oder vertragliche Vereinbarungen, die für das Gebiet der Arztgruppe maßgeblich sind, spürbare Auswirkungen auf die Berechnungsgrundlagen haben. Hierauf stützen die Kläger den von ihnen geltend gemachten Anspruch auf rückwirkende Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens ab dem 01.04.2005.

Die Kläger haben ausweislich des Rückforderungsbescheids der Beigeladenen Ziff. 1 vom 27.10.2006 in den Quartalen 02/2005 bis 04/2005 die ihnen zustehende, über den quartalsbezogenen Anpassungsfaktor errechnete Obergrenze des Punktzahlvolumens mit den von ihnen angeforderten Punktmengen jeweils überschritten. Gegen die daraus folgende Rückforderung des bereits ausbezahlten Honorars in Höhe von 26.052,86 EUR, welche allerdings auch eine Punktzahlüberschreitung im ersten Quartal 2005 umfasst, haben sich die Kläger nicht nur mit Widerspruch und Klage gegen den Rückforderungsbescheid selbst gewandt, sondern am 07.11.2006 zugleich auch die Erhöhung des Punktzahlvolumens rückwirkend ab dem 01.04.2005 beantragt.

Eine Erhöhung des Gesamtpunktzahlvolumens kann aber nicht rückwirkend erfolgen. Die Zulassung des Anstellungsverhältnisses einschließlich der Festsetzung der Punktzahlbergrenze stellt einen statusbegründenden Verwaltungsakt dar, der keine Rückwirkung entfaltet. Deshalb ist auch eine Abänderung mit Rückwirkung ausgeschlossen. Das Bundessozialgericht hat in ständiger Rechtsprechung entschieden, dass die Berechtigung zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung, auch soweit sie sich nur auf bestimmte Bereiche oder Leistungen der ambulanten Versorgung erstreckt, nicht rückwirkend zuerkannt bzw. in Kraft gesetzt werden kann. Die Unzulässigkeit rückwirkender Statusbegründungen ergibt sich aus dem System des Vertragsarztrechts, das nach wie vor durch das Naturalleistungsprinzip in Verbindung mit der Beschränkung der Leistungserbringung auf einen umgrenzten Kreis dafür qualifizierter Leistungserbringer geprägt ist. Mit dieser Beschränkung ist verbunden, dass diesen die Berechtigung zur Erbringung von Leistungen - abgesehen von Notfällen - förmlich zuerkannt worden sein muss. Dies gilt für alle Arten der Statusbegründung im Vertragsarztrecht, also für Zulassungen von Vertragsärzten, für Ermächtigungen von Krankenhausärzten wie auch für Genehmigungen zur Anstellung von Ärzten und ebenso für weitere - nicht auf der Ebene des Status angesiedelte - Genehmigungen. Denn zum Schutz aller zur Leistungserbringung Berechtigter und aus ihr Verpflichteter und insbesondere zum Schutz der Versicherten muss zu Beginn einer vertragsärztlichen Behandlung feststehen, ob die zu erbringenden Leistungen innerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden oder als privatärztliche Leistungen anzusehen und zu vergüten sind (vgl. BSG, Urt. v. 11.03.2009 - [B 6 KA 15/08](#) - in Juris, Rdnr. 15 f., [BSGE 20, 86](#), 90 = SozR Nr. 25 zu § 368a RVO (Zulassung); BSG [SozR 3-2500 § 116 Nr. 5](#) S 33 ff (Ermächtigung); BSG [SozR 3-5525 § 32b Nr. 1](#) S 4 ff sowie BSG [SozR 4-2500 § 98 Nr. 4](#) Rdnr. 11 ff (Genehmigung zur Anstellung), ebenso für weitere - nicht auf der Ebene des Status angesiedelte - Genehmigungen (BSG [SozR 3-1500 § 97 Nr. 3](#) S 5 f). Dies gilt auch für Anstellungsgenehmigungen nach [§ 95 Abs. 9 SGB V](#); auch diese Genehmigungen haben statusbegründenden Charakter (vgl. BSG [SozR 3-5525 § 32b Nr. 1](#) S 4 f).

Auch aus dem Wortlaut der Nr. 3.3 Satz 2 AÄRL folgt, dass die Festsetzung einer Punktzahlbergrenze aufgrund eines Anstellungsverhältnisses nicht für die Vergangenheit aufgehoben werden kann. Diese Regelung stellt auf Änderungen des EBM oder vertraglicher Vereinbarungen ab, also auf Umstände, die nach der früheren Festsetzung eintreten. Bei der Festsetzung einer Punktzahlbergrenze handelt es sich um einen Dauerwaltungsakt. Bei wesentlichen Änderungen ("spürbare Auswirkungen") ermöglicht Nr. 3.3 Satz 2 AÄRL eine Neufestsetzung. Aus dem Antragserfordernis folgt zudem, dass diese Neufestsetzung auf die Zukunft gerichtet ist, da eine ausdrückliche Regelung bzgl. einer Rückwirkung fehlt (vgl. SG Marburg, Urteil vom 23.02.2011 - [S 12 KA 605/10](#) - in Juris).

Der Zulassungsausschuss hat in seiner Entscheidung vom 28.12.2006 daher zu Recht darauf abgestellt, dass eine höhere Obergrenze nur für die Zukunft beansprucht werden kann, und es mit Blick auf den Wegfall der Leistungsbegrenzung durch Beendigung des Anstellungsverhältnisses von Frau Dr. D. zum 01.01.2007 einer solchen Entscheidung nicht mehr bedarf.

Nichts anderes folgt aus der Regelung der Nr. 3.4 AÄRL über die automatische Anpassung der Punktzahlbergrenze an den Fachgruppendurchschnitt mit Hilfe des Anpassungsfaktors. Zwar kann damit das zulässige höhere Abrechnungsvolumen erst im Nachhinein - nach der Ermittlung des Fachgruppendurchschnitts - festgestellt werden; allerdings beruht dies auf einer die anstellende Praxis begünstigenden Regelung. Denn damit sollen vor allem Änderungen im Vergütungsregelwerk, die nicht zwingend auf einer Leistungsvermehrung beruhen, abgefangen werden. Die Begrenzung der anstellenden Praxis wird nicht auf die tatsächlichen ärztlichen Leistungen festgelegt, sondern auf eine Punktzahlbergrenze, die als Äquivalent für den Umfang der ärztlichen Leistungen gelten kann. Insofern handelt es sich nicht um eine nachträgliche Festsetzung einer Leistungsbergrenze, sondern um die Anpassung der Leistungsbergrenze an Veränderungen im Vergütungsregelwerk (vgl. SG Marburg, a.a.O.).

Schließlich können die Kläger aus den mündlichen Äußerungen des Mitglieds des damaligen KV-Vorstands J. nichts herleiten. Abgesehen davon, dass diese Äußerungen bestritten worden sind, ist darauf hinzuweisen, dass die für eine Zusicherung gemäß [§ 34 SGB X](#) erforderliche Schriftform nicht vorliegt und nach den eigenen Angaben der Kläger gerade kein Antrag gestellt wurde.

Entgegen der Auffassung des Beklagten ist aber mit der Anwendung des Anpassungsfaktors nicht ohne weiteres gewährleistet, dass dadurch auch der grundlegenden Veränderung des Punktebewertungssystems im EBM 2000plus ausreichend Rechnung getragen wurde. Im Ausgangspunkt ist allerdings anzunehmen, dass durch den neuen EBM bedingte Änderungen im Punktzahlvolumen des Fachgruppendurchschnitts sich bei vergleichbarer Leistungserbringung proportional in der Abrechnung der Kläger wiederfinden müssten. Die Kläger behaupten demgegenüber, nach Einführung des EBM 2000plus sei trotz gleich gebliebenen Leistungsumfangs allein aufgrund der völlig anders strukturierten Punktbewertung einschließlich der Einführung neuer Gebührennummern ein deutlich höheres Punktaufkommen entstanden. Dies lasse sich weder durch die Zunahme der Fallzahlen im Bereich der Früherkennungen und der Schutzimpfungen erklären noch durch den Anstieg des Rentneranteils. Den Klägern ist einzuräumen, dass sich eine wirklich überzeugende Erklärung für die erhöhten Punktzahlansforderungen in den Akten trotz umfangreicher Berechnungen nicht finden lässt. Es ist insoweit nicht von vornherein auszuschließen, dass sie Leistungen, deren Erbringung im neuen EBM durch bessere Bewertung besonders gefördert werden, im Gegensatz zur Fachgruppe bislang schon häufiger erbracht haben und deren Höherbewertung im EBM 2000plus zu Verschiebungen in ihrem

Abrechnungsspektrum geführt haben, die bei der Fachgruppe in dieser Weise nicht aufgetreten sind. Ein aussagekräftiger Leistungsvergleich kann nach Auffassung des Senats wegen der fehlenden Vergleichbarkeit der Bewertungsstruktur des EBM 1999 mit dem EBM 2000plus aber nur durch eine Transcodierung der in den Quartalen 02/04 bis 04/04 von der Gemeinschaftspraxis der Kläger abgerechneten Leistungen auf das Bewertungssystem des EBM 2000plus auf der Basis des Transcodierungsprogramms der Kassenärztlichen Bundesvereinigung erbracht werden. Eventuell hervortretende Verschiebungen im Leistungsspektrum der Kläger ließen sich dann genauer erfassen und bewerten. Erst wenn dadurch vergleichbare Punktzahlen für die entsprechenden Vergleichs quartale des Vorjahres vorliegen, kann festgestellt werden, ob die in den Quartalen 02/05 bis 04/05 abgerechneten Leistungen auf einer Leistungsausweitung oder auf der Umstellung des Punktbewertungssystems des EBM 2000plus beruhen. Allerdings weist der Senat darauf hin, dass eine derartige Vergleichsberechnung nicht zu einer generellen rückwirkenden Erhöhung der Punktzahlbergrenze führen kann, sondern vielmehr lediglich zu Zwecken der Überprüfung des Leistungsumfangs erfolgt. Den von den Klägern geltend gemachten Neubescheidungsanspruch über die Erhöhung der Punktzahlbergrenze vermag die Notwendigkeit der Transcodierung daher nicht zu begründen.

Das Urteil des Sozialgerichts hat damit im Ergebnis Bestand, so dass die Berufung der Kläger zurückzuweisen war.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 154 Abs. 2](#) und 3 sowie [§ 162 Abs. 3 VwGO](#). Es entspricht nicht der Billigkeit, den Klägern auch die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen, da diese keine Sachanträge gestellt und damit kein Prozessrisiko übernommen haben.

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

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 52 Abs. 1 GKG](#). Das von den Klägern letztlich erstrebte Honorar und - daran orientiert - ihr wirtschaftliches Interesse am vorliegenden Rechtsstreit beläuft sich - ausgehend von dem für das Jahr 2005 festgesetzten Rückforderungsbetrag von 26.052,86 EUR und einer lediglich für ein weiteres Jahr bis zum Ende 2006 bestehenden Leistungsbegrenzung - insgesamt auf 52.105, 72 EUR.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-11-08