

## B 6 KA 16/99 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Hamburg (HAM)  
Aktenzeichen  
-

Datum  
06.01.1999  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 6 KA 16/99 R

Datum  
08.03.2000  
Kategorie  
Urteil

Auf die Revision der Kläger wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 6. Januar 1999 geändert, soweit es die Klage gegen die Berichtigungsbescheide der Beklagten vom 27. August 1996 und 29. November 1996 idF des Widerspruchsbescheides vom 3. September 1997 hinsichtlich der Honorarberichtigungen bei Leistungen nach den Nrn 17 und 851 EBM-Ä abgewiesen hat. Insoweit werden die angefochtenen Bescheide aufgehoben. Soweit das Sozialgericht die Klage hinsichtlich der Leistungen nach Nr 215 und 801 EBM-Ä abgewiesen hat, wird der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurückverwiesen. Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts geändert, soweit es die angefochtenen Berichtigungsbescheide hinsichtlich der Leistungen der Kläger nach den Nrn 246, 301, 303, 2401 EBM-Ä aufgehoben hat. Insoweit wird der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurückverwiesen. Im übrigen werden die Revisionen der Kläger und der Beklagten zurückgewiesen.

Gründe:

I

Umstritten ist die Rechtmäßigkeit von Honorarberichtigungen in den Quartalen I/1996 bis III/1996 sowie von Budgetierungsregelungen im Quartal III/1996.

Die Kläger sind seit 1983 als Ärzte für Orthopädie mit den Zusatzbezeichnungen Sportmedizin und Chirotherapie in einer Gemeinschaftspraxis zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) prüfte die Plausibilität ihrer Abrechnung im Quartal I/1996 und führte als Ergebnis dieser Prüfung - soweit im Revisionsverfahren noch streitig - Berichtigungen bei den Nrn 17, 215, 246, 256, 301, 303, 801, 851, 2401, 3210 und 3211 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für die ärztlichen Leistungen (EBM-Ä) wegen implausibler Abrechnung durch. Sie stützte sich dabei auf eine Vorschrift in den Gesamtverträgen, nach der im Rahmen von Plausibilitätskontrollen festgestellte offensichtliche Implausibilitäten eine sachlich unrichtige Abrechnung vermuten lassen und zu entsprechenden Berichtigungen führen, sofern der Arzt die sachliche Richtigkeit der Abrechnung nicht nachweisen kann. Die Honorarberichtigung belief sich insgesamt auf 871.980 Punkte. Im Quartal II/1996 wurde die Honoraranforderung der Kläger ebenfalls als Ergebnis einer Plausibilitätsprüfung hinsichtlich derselben Leistungsziffern mit Ausnahme der Nrn 303 und 2401 EBM-Ä berichtigt; gekürzt wurden hier 851.290 Punkte.

Im Quartal III/1996 reduzierte die Beklagte als Ergebnis der Plausibilitätsprüfung die Honoraranforderungen der Kläger bei den Leistungen Nrn 3210/3211 EBM-Ä um insgesamt 91.440 Punkte. Zudem kürzte sie die Abrechnung unter Anwendung der ab dem 1. Juli 1996 maßgeblichen Bestimmungen über Teilbudgets im EBM-Ä um weitere ca 310.000 Punkte. Von den zuletzt genannten Kürzungen waren im wesentlichen die Gesprächsleistungen sowie die klinisch-neurologische Basisdiagnostik betroffen. Bei den Gesprächsleistungen wurden von 205.070 angeforderten Punkten 154.700 und bei der klinisch-neurologischen Basisdiagnostik von 167.790 angeforderten Punkten 134.210 Punkte nicht vergütet. Darüber hinaus blieben 12.510 Punkte für Verbände, Injektionen und Punktionen sowie 5.680 Punkte für physikalisch-medizinische Leistungen unvergütet.

Die Beklagte wies die Widersprüche - soweit im Revisionsverfahren noch von Bedeutung - zurück. Es sei nicht nachvollziehbar, daß der Leistungszuwachs bei den von der Kürzung betroffenen Leistungen auf medizinischen Gründen beruhe. Vielmehr hätten die Kläger bei gleichem Patientengut und im wesentlichen unveränderten Praxisgegebenheiten den zum 1. Januar 1996 neu gestalteten EBM-Ä vermutlich fehlerhaft angewandt. Ihre Abrechnung sei nicht nur mit ihrer eigenen aus dem Quartal I/1995, sondern mit den Abrechnungen aller Quartale des Vorjahres verglichen worden. Bei dem Vergleich der Abrechnungsfrequenzen in den drei streitbefangenen Quartalen einerseits und in der Vergangenheit andererseits sei für jede Leistung das Quartal mit der höchsten Abrechnungsfrequenz, bezogen auf die einzelne

Leistungsposition herangezogen worden. Soweit dieser Vergleichswert nicht schon erheblich über dem Fachgruppendurchschnitt gelegen habe, sei noch ein Zuschlag von 10%, mindestens von 10 Leistungen, vorgenommen worden. Bei gänzlich neuen bzw stark veränderten Leistungsbeschreibungen sei ein Vergleich mit dem unberichtigten und unbudgetierten Fachgruppendurchschnitt des entsprechenden Quartals vorgenommen worden. Die Leistungen nach den Nrn 17 und 851 EBM-Ä seien wegen der teilweisen Austauschbarkeit zwischen alten und neuen Gesprächsleistungen im Rahmen einer Gesamtbetrachtung gewürdigt worden. Im abrechnungsstärksten Quartal des Vorjahres hätten die Kläger zB die Nrn 11 und 851 EBM-Ä aF vierzehnmal pro hundert Behandlungsfälle in Ansatz gebracht; die Ansatzfrequenz der Nrn 17 und 851 EBM-Ä 1996 sei dann im Quartal I/1996 auf 66 und im Quartal II/1996 auf 75 je 100 Behandlungsfälle gesteigert worden. Bei den anderen berichtigten Positionen seien die Verhältnisse ähnlich. Gründe für den erheblichen Mehrbedarf seien nicht erkennbar und von den Klägern nicht vorgebracht worden.

In dem hiergegen angestregten Klageverfahren haben die Kläger geltend gemacht, sowohl die Honorarberichtigungen auf der Grundlage der Plausibilitätsprüfung als auch die Budgetierung wichtiger Leistungsbereiche im EBM-Ä seien rechtswidrig. Der Vorwurf massiver Ausweitung der Leistungen sei nicht gerechtfertigt. Das angeforderte Punktzahlvolumen ihrer Praxis habe sich in den Jahren 1995 und 1996 kaum verändert und durchweg zwischen 2,2 und 2,5 Millionen Punkte pro Quartal gelegen. Sie hätten im Hinblick auf das Inkrafttreten des neuen EBM-Ä zum 1. Januar 1996 den veränderten Gegebenheiten insbesondere bei den Gesprächsleistungen Rechnung getragen. Daraus könne jedoch nicht geschlossen werden, daß sie die neue Fassung der entsprechenden Leistungslegenden falsch angewandt hätten. Für die Plausibilitätsprüfungen fehle es an einer zureichenden rechtlichen Grundlage, da weder im Gesetz selbst noch in den maßgeblichen gesamtvertraglichen Vereinbarungen die wesentlichen Grundlagen einer solchen Prüfung und einer darauf gestützten Honorarberichtigung geregelt seien. Dasselbe gelte für die im Quartal III/1996 erstmals angewandte (Teil-)Budgetierung wichtiger Leistungsbereiche. Infolge dieser Budgetierung seien die Umsätze in den orthopädischen Praxen bis zu 40% zurückgegangen, was nicht hinnehmbar sei.

Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide teilweise aufgehoben und die Klage im übrigen abgewiesen. Es hat - bezogen auf das Quartal III/1996 - die Bildung von Teilbudgets ua für Gesprächsleistungen und für die klinisch-neurologische Basisdiagnostik im EBM-Ä für rechtmäßig gehalten und die Beklagte grundsätzlich auch für befugt angesehen, auf der Grundlage gesamtvertraglicher Vereinbarungen die Plausibilität der Abrechnung der Vertragsärzte zu prüfen. In diesem Rahmen sei die Beklagte berechtigt, die Abrechnung des einzelnen Arztes mit seinen eigenen Abrechnungen in vorangegangenen Zeiträumen zu vergleichen (Vertikalvergleich). Dies sei jedoch nur statthaft, wenn eine fehlerhafte Anwendung der Gebührenordnung, insbesondere eine nicht vollständige Erfüllung der Leistungslegende, wahrscheinlicher sei als eine unwirtschaftliche Leistungserbringung. Für eine Berichtigung seitens der KÄV sei nur Raum, wenn zu einem auffälligen, implausiblen Abrechnungsverhalten besondere Umstände hinzukämen, die eine nicht ordnungsgemäße Abrechnung nahelegten. Als solcher Umstand erweise sich eine grundlegende Änderung der Gebührenordnung. Insbesondere bei den zum 1. Januar 1996 neu geregelten bzw neu eingeführten Gesprächsleistungen liege die Vermutung nahe, daß gerade in der Anfangszeit Anwendungsfehler vorgekommen und vorgegebene Zeitlimits nicht eingehalten worden seien. Augenscheinlich sei es in den ersten Quartalen des Jahres 1996 zu einem nicht der Leistungslegende entsprechenden Ansatz von Gesprächsleistungen gekommen. Dies sei wahrscheinlicher als die Annahme, daß in vermehrtem Umfang unwirtschaftliche Gesprächsleistungen erbracht worden seien.

Bei Anwendung dieses Prüfungsmaßstabes seien die Kürzungen bei den Leistungen nach den Nrn 17, 251, 801 und 851 EBM-Ä nicht zu beanstanden. Die Erhöhung der Abrechnungsfrequenzen um mehrere Hundert bzw mehrere Tausend Prozent gegenüber den Vergleichsquartalen sei medizinisch nicht begründbar. Dasselbe gelte hinsichtlich der Nr 801 EBM-Ä für Überschreitungen des Fachgruppendurchschnitts um 45% bzw 75%. Insoweit dürfe jedoch nicht die gesamte über dem Durchschnitt der Fachgruppe liegende Leistungsmenge im Rahmen der Honorarberichtigung gestrichen werden, vielmehr sei eine angemessene Toleranzzone von etwa 50% gegenüber dem Fachgruppendurchschnitt erforderlich.

Im übrigen, dh hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn 256, 246, 301/303, 2401 sowie 3210/3211 EBM-Ä, habe die Beklagte jedoch ihre Zuständigkeit überschritten. Hier sei eine unwirtschaftliche Leistungserbringung wahrscheinlicher als eine Falschabrechnung bzw eine fehlerhafte Anwendung der Gebührenordnung (Urteil vom 6. Januar 1999).

Gegen dieses Urteil richten sich die Sprungrevisionen der Kläger und der Beklagten.

Die Kläger wenden sich gegen die Anwendung der Bestimmungen über die Teilbudgets im EBM-Ä in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung. Sie halten diese formell und materiell für verfassungswidrig. Die formelle Verfassungswidrigkeit ergebe sich aus dem Fehlen einer gesetzlichen Grundlage. Eine solche bestehe erst seit dem 1. Juli 1997 in [§ 87 Abs 2a Satz 8](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) i d F des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997. Die Einführung von Obergrenzen für - rechnerisch oder tatsächlich - pro Behandlungsfall abrechenbare Punkte in bestimmten Leistungsbereichen sei vor Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht zulässig gewesen. Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Abrechnungsobergrenzen und der in [Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) geschützten Berufswahl- bzw Berufsausübungsfreiheit der Vertragsärzte müsse der Gesetzgeber die Grundstrukturen von Abrechnungsbeschränkungen ihrem wesentlichen Inhalt nach selbst regeln. Dazu rechne die Teilbudgetierung als solche, die Bezugnahme auf die jeweilige Fachgruppe, die Bestimmung der Zuständigkeit (Bewertungsausschuß oder Kassenärztliche Vereinigung) sowie der normative Standort der erforderlichen untergesetzlichen Regelung (EBM-Ä).

Entgegen der Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) sei der Bewertungsausschuß nicht für die Schaffung ergänzender Bewertungsformen im EBM-Ä zuständig. Insbesondere habe das BSG Unrecht mit seiner Annahme, die Festlegung eines Praxisbudgets stelle sich als "ergänzende" Bewertung eines Leistungskomplexes i S des [§ 87 Abs 2a Satz 1 SGB V](#) dar. Diese Auffassung sei mit dem Bestimmtheitsgebot nicht vereinbar, das wiederum Teil des Rechtsstaatsprinzips sei.

Auch materiell sei die Einführung der Teilbudgets verfassungswidrig. Sie verstoße gegen den Grundsatz der Verhältnismäßigkeit. Es sei schon nicht möglich zu bestimmen, welchem Zweck die Teilbudgetierung habe dienen sollen, weil eine gesetzliche Regelung, die auf ihre Intention hin untersucht werden könne, gerade nicht vorhanden sei. Im Schutzbereich des [Art 12 Abs 1 GG](#) müsse die Zwecksetzungskompetenz bei dem parlamentarischen Gesetzgeber bleiben. Selbst wenn dies anders beurteilt werde, könne man allenfalls unterstellen, der Gesetzgeber habe ein Absinken des Punktwertes durch die Einführung von Obergrenzen der für bestimmte Leistungen pro Fall abrechenbaren Punkte erreichen wollen. Dazu seien die Teilbudgets jedoch ungeeignet, weil innerhalb des Budgets keinerlei Sparanreize bestünden. Die über die Budgetgrenze hinaus abgerechneten Leistungen würden allenfalls mit einem sehr niedrigen Punktwert

honoriert, so daß - bezogen auf die gesamte Breite der von einem Arzt erbrachten Leistungen - eine Punktwertstabilisierung nicht eintreten könne. Im übrigen sei die einzelne KÄV an die Vorgaben des EBM-Ä nicht gebunden und könne in ihrem Honorarverteilungsmaßstab (HVM) abweichende Regelungen treffen. Schließlich hätten andere Maßnahmen, wie die Abstufung der Honorierung bei Überschreiten bestimmter Grenzwerte, die Festlegung von Richtgrößen, Festbeträgen und Positivlisten weniger schwerwiegende Eingriffe in die Berufsausübungs- bzw die Berufswahlfreiheit der Ärzte dargestellt.

Die Arztgruppe der Orthopäden sei durch die fachgruppenbezogenen Teilbudgets in besonderer Weise benachteiligt. Das ergebe sich zum einen aus fehlenden Ausnahmeregelungen und im übrigen daraus, daß infolge der Teilbudgetierung zahlreiche Leistungen nicht einmal mehr kostendeckend erbracht werden könnten. Ausnahmeregelungen, die der Spezialisierung innerhalb einer bestimmten Arztgruppe ausreichend Rechnung trügen, seien erst zum 1. Juli 1997 in den EBM-Ä eingeführt worden. Die Teilbudgetierung habe bewirkt, daß der durchschnittliche Fallwert der Orthopäden im Bereich der Beklagten von 119,01 DM im Quartal III/1995 auf 91,65 DM im Quartal III/1996 abgesunken sei. Einzelne Praxen hätten Umsatzeinbußen von 40% zu verzeichnen gehabt und könnten bei einem Betriebskostenanteil von 63,6% nicht mehr kostendeckend arbeiten.

Die Quote der in Folge der Teilbudgetierung nicht honorierten, aber erbrachten und abgerechneten Leistungen schwanke in ihrer Praxis zwischen knapp 80% im Bereich der klinisch-neurologischen Basisdiagnostik, über 75% im Bereich der Gesprächsleistungen, sowie 4,73% bei Injektionen und Punktionen und 2,21% für physikalisch-medizinische Leistungen. Insgesamt seien in den budgetierten Bereichen allenfalls zwei Drittel der Leistungen honoriert worden, was unter keinem denkbaren Gesichtspunkt zumutbar sei. Auch [Art 14 Abs 1 GG](#) sei durch die Einführung der Teilbudgets verletzt, weil es an einer hinreichend bestimmten Gesetzesgrundlage und an einem rechtfertigendem Grund für die Nichthonorierung bestimmter Leistungen fehle. Im übrigen sei die Schaffung von Teilbudgets den KÄVen im Rahmen der Honorarverteilung vorbehalten. Schließlich sei das Gebot der angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen verletzt und die Verweisung des [§ 81 Abs 3 SGB V](#) bezüglich der Einbeziehung der auf Bundesebene vereinbarten Verträge in das Satzungsrecht der einzelnen KÄV verfassungswidrig.

Die Berichtigungsbescheide für die Quartale I/1996 und II/1996 seien nicht nur - wie das SG angenommen habe - teilweise, sondern in vollem Umfange rechtswidrig. Für Honorarberichtigungen auf der Grundlage von Plausibilitätsprüfungen fehle es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. Plausibilitätsprüfungen mit der Folge von Honorarberichtigungen stellten Berufsausübungsregelungen iS des [Art 12 Abs 1 Satz 2 GG](#) dar. Soweit ein bestimmtes Abrechnungsverhalten des Arztes nach der Verwaltungspraxis der Beklagten die Vermutung begründe, es sei falsch abgerechnet worden, müsse der Arzt Honorareinbußen hinnehmen, weil ihm faktisch nicht möglich sei, den Beweis zu führen, korrekt abgerechnet zu haben. Eine Beweislastverteilung von dieser Tragweite bedürfe der Regelung in einem formellen Gesetz, das hier nicht vorhanden sei. [§ 83 Abs 2 SGB V](#) sei insoweit unzureichend, weil die Vorschrift die wesentlichen Elemente der Plausibilitätsprüfung nicht regele.

Im Zuständigkeitsbereich der Beklagten habe eine gesamtvertragliche Vereinbarung über die Durchführung von Plausibilitätsprüfungen erstmals 1997 gegolten. Für die zuvor durchgeführten Prüfungen habe sich die KÄV lediglich auf die von ihrem Vorstand erlassenen "Grundsätze über das Berichtigungsverfahren wegen Implausibilitäten für die ersten Abrechnungsquartale nach dem EBM 1996" vom 22. August 1996 gestützt. Diese Grundsätze stellten lediglich verwaltungsinterne Richtlinien dar, die den Anforderungen des [§ 83 Abs 2 SGB V](#) von vornherein nicht genügen könnten. Soweit im übrigen in den Gesamtverträgen 1997/1998 Plausibilitätsprüfungen rückwirkend vereinbart worden seien, seien diese wegen eines Verstoßes gegen das verfassungsrechtliche Verbot der Rückwirkung belastender Normen unwirksam.

Im übrigen stehe die in Ziff 5 der Gesamtverträge enthaltene Beweislastumkehr mit [§ 83 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) nicht in Einklang. Die vom Arzt gegebenenfalls zu entkräftende Vermutung einer inkorrekten Abrechnung könne nicht mehr als Regelung "zur Ausgestaltung des Verfahrens" der Plausibilitätsprüfung angesehen werden, sondern beinhalte den Ausschluß der Vergütung für tatsächlich erbrachte Leistungen, was nicht statthaft sei.

Auch materiell-rechtlich seien die durchgeführten Plausibilitätsprüfungen wegen eines unverhältnismäßigen Eingriffs in die Berufsausübungsfreiheit der betroffenen Ärzte zu beanstanden. Der EBM-Ä in der ab Quartal II/1994 geltenden Fassung sei zum 1. Januar 1996 grundlegend umgestaltet worden. Von daher seien Vergleiche der Abrechnungsfrequenzen früherer Leistungspositionen mit den 1996 neu formulierten schon im Ansatz wenig aussagekräftig. Im übrigen gehe es nicht an, den Ärzten zu unterstellen, neu geschaffene Leistungslegenden nicht lesen, verstehen und korrekt anwenden zu können. Der EBM-Ä 1996 habe deutliche Anreize gesetzt und setzen wollen, Leistungen der "sprechenden Medizin" besser zu honorieren. Wer diesen Anreizen gefolgt sei, dürfe nicht dem Vorwurf implausibler Abrechnungen ausgesetzt sein.

Selbst auf der Grundlage der (fehlerhaften) Rechtsauffassung des SG von der prinzipiellen Zulässigkeit von Abrechnungsberichtigungen nach Durchführung eines Vertikalvergleichs im Rahmen einer Plausibilitätsprüfung seien die vom SG gebilligten Kürzungen der Leistungen nach den Nrn 17 und 851, 215 und 801 EBM-Ä nicht gerechtfertigt. Die Leistungslegenden seien nicht in besonderem Maße unverständlich und auslegungsbedürftig, sondern hinreichend klar und deutlich, so daß kein Anhaltspunkt für die Annahme bestehe, der einzelne Arzt habe aus Unverständnis die Leistungslegende nicht richtig angewandt. Die Nr 17 EBM-Ä in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung sei gegenüber der früher geltenden Nr 11 EBM-Ä idF ab 1. Oktober 1994 insoweit erheblich erweitert worden, als auch die sozialen und beruflichen Auswirkungen einer Erkrankung Gegenstand der Beratung sein könnten. Anders als nach Nr 11 aF sei der unmittelbare Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung nicht mehr erforderlich, so daß es verständlich sei, daß die Nr 17 EBM-Ä häufiger als die Nr 11 EBM-Ä aF abgerechnet worden sei. Ähnliches gelte auch bei den anderen betroffenen Leistungspositionen.

Die Kläger beantragen,  
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 6. Januar 1999 zu ändern und die Bescheide der Beklagten vom 27. August 1996 und 29. November 1996 idF des Widerspruchsbescheides vom 3. September 1997 auch insoweit aufzuheben, als Leistungen nach den Nrn 17, 851, 215 und 801 EBM-Ä berichtigt worden sind, und den Bescheid der Beklagten vom 25. Februar 1997 idF des Widerspruchsbescheides vom 3. September 1997 zu ändern, soweit das Honorar der Kläger für Gesprächsleistungen, für klinisch-neurologische Basisuntersuchungen, für Verbände und Injektionen sowie für physikalisch-medizinische Leistungen als Folge der Bestimmungen über Teilbudgetierungen nach Abschn A I Ziff 5.6.1., 5.6.3., 5.7.1. und 5.7.3. des EBM-Ä in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung begrenzt worden ist, und die Beklagte zu

verpflichten, den Klägern die infolge der Anwendung dieser Bestimmungen gekürzten Honorarbeträge auszus zahlen, sowie die Revision der Beklagten zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 6. Januar 1999 abzuändern und die Klage gegen die Abrechnungsbescheide für die Quartale I/1996, II/1996 und III/1996 vom 27. August 1996, 29. November 1996 und 25. Februar 1997 sowie den Widerspruchsbescheid vom 3. September 1997 in vollem Umfang abzuweisen und die Revision der Kläger zurückzuweisen.

Sie rügt eine fehlerhafte Anwendung des [§ 75 Abs 1](#), [§ 83 Abs 2](#) und [§ 106 SGB V](#) durch das SG.

Nach Einführung des zum 1. Januar 1996 weitgehend umgestalteten EBM-Ä sei es bundesweit zu einem extremen Anstieg des Leistungsbedarfs gekommen, der zu erheblichen strukturellen Verwerfungen innerhalb der Fachgruppen und zwischen den einzelnen Fachgruppen mit teilweise existenzgefährdenden Umsatzrückgängen geführt habe. Dies habe insbesondere Ärzte bzw Arztgruppen betroffen, die an der Mengenentwicklung nicht hätten teilnehmen wollen oder können. Deshalb hätten die Partner der Selbstverwaltung die erst zu einem späteren Zeitpunkt vorgesehenen Teilbudgets rückwirkend zum 1. Januar 1996 eingeführt, was das BSG mit Urteil vom 17. September 1997 für rechtmäßig erklärt habe. Daneben sei in unterschiedlicher Form auf den Zuwachs des Leistungsbedarfs reagiert worden. Sie - die Beklagte - habe sich entschlossen, in Wahrnehmung der gesetzlichen Verpflichtung zur Gewährleistung sachlich-richtiger Abrechnungen flächendeckend Plausibilitätsprüfungen durchzuführen und bei Implausibilitäten Abrechnungen zu berichtigen. Grundlage dafür seien die auf der Basis des [§ 83 Abs 2 SGB V](#) mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge. Im Rahmen der gesetzlich zugelassenen Plausibilitätsprüfung seien Vertikalvergleiche in der Weise durchgeführt worden, daß die Abrechnungshäufigkeit einzelner Leistungen jeweils an dem Quartal der höchsten Abrechnungshäufigkeit des Vorjahres gemessen worden sei. Der Anstieg der Abrechnungshäufigkeit über diesen gegebenenfalls um einen Zuschlag von 10 % erhöhten Wert hinaus sei als Indiz für eine Falschabrechnung zu werten. Deshalb gelte für diesen Zuwachs die widerlegbare Vermutung einer sachlich falschen Abrechnung, die mit einer Berichtigung der Honorarabrechnung verbunden sei. Für einen Leistungszuwachs, für den sich keine plausible Erklärung finde, sei die Vermutung, der Arzt habe die einzelnen Leistungen so abgerechnet, wie er sie erbracht habe, nicht mehr gültig.

Die in [§ 83 Abs 2 SGB V](#) geregelte Plausibilitätsprüfung stelle den Dualismus zwischen der Kompetenz der KÄV zur Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der vertragsärztlichen Abrechnung und derjenigen der Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfungen zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlungs- und Ordnungsweise nicht in Frage. Der Gesetzgeber habe lediglich eine pauschalierte Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mit einer Beweiserleichterung bei offensichtlich nicht plausiblen Abrechnungen eingeführt. Die Norm sei so zu verstehen, daß bei Erfüllung der Voraussetzungen der gesamtvertraglich vereinbarten Kriterien für eine Implausibilität die widerlegbare Vermutung einer sachlich unrichtigen Abrechnung ausgelöst werde. Die klare Trennung zwischen korrekter Abrechnung und unwirtschaftlicher Leistungserbringung sei in der Praxis nur schwer durchführbar. Entscheidend für die Effektivität einer Abrechnungsprüfung sei stets, nach welchen Beweismethoden sie durchgeführt werde, und welche Schlüsse aus einem bestimmten Beweisergebnis gezogen werden dürften. Insoweit sei von Bedeutung, daß es im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten mit der Vermutung der Unwirtschaftlichkeit bei Vorliegen eines offensichtlichen Mißverhältnisses ein gesichertes Prüfverfahren mit Beweiserleichterung gebe. Ein derartiges Verfahren einer pauschalierenden Prüfung im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung habe sich bisher noch nicht durchsetzen können. Diese Lücke habe sie durch die von ihr mit den Verbänden der Krankenkassen geschlossenen Gesamtverträge auf der Grundlage des [§ 83 Abs 2 SGB V](#) schließen wollen.

Die eindeutige Zuordnung der Plausibilitätsprüfung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung schließe die Annahme eines Eingriffs in die Zuständigkeit der Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung aus. Die KÄV besitze nach der Rechtsprechung des BSG keine Randzuständigkeit, im Einzelfall auch unwirtschaftliche Abrechnungen zu beanstanden, wie sie umgekehrt den Prüfungsgremien hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit der Abrechnung zustehen könne. Die gesamtvertraglich vereinbarte Beweiserleichterung hinsichtlich der Vermutung einer sachlich-rechnerisch falschen Abrechnung solle eine entsprechende Randzuständigkeit der KÄV nicht begründen. Es sei selbstverständlich, daß dann, wenn der Vertragsarzt die Vermutung der Implausibilität und damit der Fehlerhaftigkeit seiner Abrechnung widerlegt habe, seine dann als richtig zu behandelnde Abrechnung der Wirtschaftlichkeitsprüfung zugeführt werden könne und evtl zugeführt werden müsse.

Das SG setze sich mit seiner Forderung, ggf müßten im Anschluß an die Plausibilitätsprüfung auf der Grundlage des Vertikalvergleichs einzelfallbezogene Abrechnungsprüfungen stattfinden, in Widerspruch zu seiner (zutreffenden) Grundthese, daß die Plausibilitätsprüfung ein speziell geregeltes Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung darstelle. Wenn das richtig sei, seien in einem Berichtigungsverfahren, das durch eine Plausibilitätsprüfung in Gang gesetzt worden sei, sämtliche Argumente zuzulassen, die geeignet seien, den aus der implausiblen Abrechnung gewonnenen Eindruck der sachlich falschen Abrechnung und damit dessen Indizwirkung zu stützen. Deshalb sei es fehlerhaft, ihr - der Beklagten - im Verfahren der Plausibilitätsprüfung die Darstellung zu versagen, die Durchsicht der Behandlungsausweise habe Hinweise auf klare Fehler der Abrechnung ergeben.

II

Die Revisionen der Kläger und der Beklagten sind, soweit Honorarberichtigungen in den Quartalen I und II/1996 betroffen sind, erfolgreich. Hinsichtlich der Honorarberichtigungen im Quartal III/1996 haben beide Revisionen keinen Erfolg.

Mit den angefochtenen Bescheiden berichtigte die Beklagte die Honoraranforderungen der Kläger in den Quartalen I bis III/1996 wegen fehlerhafter Abrechnung einzelner Leistungspositionen. Rechtsgrundlage hierfür kann nur § 45 Abs 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) und § 34 Abs 4 Sätze 1 und 2 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen - EKV-Ä) in der 1996 geltenden Fassung sein. Nach diesen im wesentlichen übereinstimmenden Vorschriften berichtigt die KÄV die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Diese Regelungen berechtigen die Beklagte nicht zur Berichtigung bei allein implausibler Abrechnung. Voraussetzung der Berichtigung ist vielmehr das Vorliegen von Fehlern der Abrechnung.

Die Beklagte beruft sich für ihr Vorgehen auf die Vorschriften in Nr 5 der von ihr mit den Krankenkassen bzw den Krankenkassenverbänden geschlossenen gesamtvertraglichen Vereinbarungen vom 11. bzw. 18. April 1996 ("Verfahren zur Durchführung von Plausibilitätskontrollen

gemäß [§ 83 Abs 2 SGB V](#)"). Ihr kann insoweit nicht gefolgt werden. Diese Vorschriften sind unwirksam. Sie führen ohne ausreichende Ermächtigungsgrundlage neue, die Vertragsärzte belastende Elemente in das Verfahren der Honorarberichtigung ein.

Nach den wörtlich übereinstimmenden Vorschriften der Nr 5 der jeweiligen gesamtvertraglichen Vereinbarung bewirken offensichtliche Implausibilitäten, die im Rahmen der beschriebenen Plausibilitätskontrollen festgestellt werden, die Vermutung einer sachlichen Unrichtigkeit der Abrechnung. Sie haben danach entsprechende Berichtigungen zur Folge, sofern der betroffene Arzt nicht nachweisen kann, daß die Abrechnung trotz der offensichtlichen Implausibilität sachlich richtig ist. Der Begriff der Implausibilität wird in Nrn 3 und 4 der Vereinbarungen näher umschrieben. Einschlägig ist vorliegend die Regelung der Nr 4 der gesamtvertraglichen Vereinbarungen. Hiernach können aus besonderem Grund über den Umfang der Nr 3 aaO hinaus weitere Plausibilitätskontrollen durchgeführt werden, so zB bei eingreifenden Änderungen des EBM-Ä (insbesondere Budgetierung von Leistungen, Fortfall der Abrechenbarkeit von Leistungen im Zusammenhang mit Bildung von Komplexgebühren, Veränderung der Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen usw). Entsprechende Auffälligkeiten können Anlaß zu Abrechnungsberichtigungen sein, weil sie berechtigte Zweifel an der richtigen Anwendung der geänderten Gebührenordnung begründen. Hinweise auf solche unzutreffenden Anwendungen neuer/geänderter Bestimmungen des EBM-Ä können nach den gesamtvertraglichen Vereinbarungen beispielsweise geben ein "offenbares Ausweichen auf bisher nicht oder nur selten abrechnete Leistungen, insbesondere dann, wenn die Empfehlung entsprechender Ausweichstrategien bekannt ist und ein Vergleich der Abrechnungen des Arztes vor und nach der EBM-Änderung erhebliche absolute oder relative Abweichungen in den Zahlen der abgerechneten Leistungen ergibt (Vertikalvergleich)" (Nr 4 aaO).

Wesentlicher Inhalt der aufgezeigten Vorschriften ist somit, daß bei berechtigten Zweifeln an der richtigen Anwendung der Gebührenordnung, dem Vorliegen von offensichtlichen Implausibilitäten also, die Unrichtigkeit der Abrechnung des Arztes vermutet wird. Diese Vermutung der Unrichtigkeit ist verknüpft mit einer Umkehr der Beweislast zu Lasten des betroffenen Arztes. Bei implausiblen Abrechnungen muß nicht die KÄV nachweisen, daß diese inkorrekt sind. Der Arzt muß vielmehr seinerseits den Nachweis für die sachliche Richtigkeit seiner Honorarforderungen führen, um einer Berichtigung seiner Honoraranforderungen wegen berechtigter Zweifel an der richtigen Anwendung der geänderten Gebührenordnung zu entgehen. Insoweit liegt ein gravierender Unterschied zum Institut der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vor, bei der die KÄV die Fehlerhaftigkeit der Honorarabrechnung beweisen muß. Eine Ausnahme hiervon ist allein gegeben, wenn feststeht, daß ein Arzt vorsätzlich oder zumindest grob fahrlässig falsch abgerechnet hat (zu den Auswirkungen einer falschen Abrechnungs-Sammelerklärung durch den Vertragsarzt s BSG-Urteil vom 17. September 1997 - [SozR 3-5550 § 35 Nr 1](#)). Nur in diesem Fall hat der Arzt die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen nachzuweisen. Die fragliche gesamtvertragliche Regelung der Nr 5 aaO senkt demgegenüber die Schwelle, ab der Honorarberichtigungen vorgenommen werden dürfen, ab. Ausreichen sollen danach schon berechtigte Zweifel an der Richtigkeit einer Abrechnung. Die Berichtigung wegen implausibler Abrechnung unterscheidet sich in diesem Punkt auch wesentlich von den Kriterien der - von den Prüfungs- und Beschwerdeausschüssen durchzuführenden - Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten gemäß [§ 106 Abs 2 Nr 1 SGB V](#). Bei ihr gilt die Vermutung, daß der Arzt nicht wirtschaftlich behandelt hat, erst ab einem bestimmten Umfang der Überschreitung der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe, regelmäßig ab der Grenze zum offensichtlichen Mißverhältnis.

Der dargestellte Vergleich zeigt, daß die auf Nr 5 der gesamtvertraglichen Vereinbarungen gegründete Berichtigung der Honorarabrechnungen des Arztes wegen Implausibilitäten dessen Rechtsstellung im Verhältnis zur Honorarberichtigung und zur Wirtschaftlichkeitsprüfung erheblich verschlechtert. Für derartige Eingriffe in die durch [Art 12 Abs 1 Satz 2 Grundgesetz \(GG\)](#) geschützte Berufsausübung des Arztes bedarf es einer ausdrücklichen Ermächtigungsgrundlage. Eine solche ist nicht gegeben.

Die Regelungen in Nr 5 der gesamtvertraglichen Vereinbarungen gehen zurück auf § 46 BMV-Ä bzw § 42 EKV-Ä in der 1996 geltenden Fassung. Nach diesen Vorschriften obliegt den KÄVen auch die Prüfung der ärztlichen Abrechnung durch Plausibilitätskontrollen nach den in den Gesamtverträgen vereinbarten Verfahren, zB durch Stichproben (Sätze 1 aaO). Darüber hinaus sollen gezielte Plausibilitätskontrollen insbesondere dann durchgeführt werden, wenn ein Prüfungsgremium, eine Krankenkasse oder eine KÄV begründete Zweifel an der Rechtmäßigkeit der Abrechnung eines Vertragsarztes haben (Sätze 2 aaO). In den Gesamtverträgen ist auch zu regeln, wie die Landesverbände bzw die Ersatzkassen und ihre Verbände über die Ergebnisse der Plausibilitätskontrollen informiert werden (Sätze 3 aaO). Die dargestellten Bestimmungen wiederum beruhen auf [§ 83 Abs 2 SGB V](#) i d F des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I 2477](#)). Danach sind in den Gesamtverträgen auch Verfahren zu vereinbaren, die die Prüfung der Abrechnungen auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen der KÄVen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben, ermöglichen (Satz 1 aaO). Dabei sind Anzahl und Häufigkeit der Prüfungen festzulegen (Satz 2 aaO).

Bereits aus dem Wortlaut des [§ 83 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) mit seiner Formulierung "Prüfung der Abrechnung auf Rechtmäßigkeit durch Plausibilitätskontrollen" folgt, daß es insoweit nur eine Berichtigung der Abrechnung wegen fehlender Rechtmäßigkeit und nicht schon wegen fehlender Plausibilität geben kann. Allerdings liegt die auch vom SG geteilte Vorstellung, neben der Richtigstellung wegen fehlerhafter Abrechnung und der Wirtschaftlichkeitsprüfung gebe es mit der Plausibilitätskontrolle ein eigenständiges, drittes Honorarberichtigungsverfahren, erkennbar der Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge zur Reform des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM-Ä) vom 6. August 1996 (Deutsches Ärzteblatt (DÄ) 1996, A-2815 f) zugrunde. Dort werden die ergänzenden Umsetzungsvereinbarungen zur Neufassung des EBM-Ä zum 1. Juli 1996 (und teilweise rückwirkend zum 1. Januar 1996) unter dem Eindruck der unter Mengengesichtspunkten problematischen Abrechnungsergebnisse des Quartals I/1996 dargestellt. Unter Ziff 3 der Vereinbarung heißt es: "Die Kassenärztlichen Vereinigungen werden aufgefordert, alle ihnen zur Verfügung stehenden Möglichkeiten der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, der Plausibilitätskontrolle und der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu nutzen, um fehlerhafte oder nicht plausible Abrechnungen im I. und II. Quartal 1996 so weit wie möglich zu korrigieren". In der Aufzählung von sachlich-rechnerischer Richtigstellung, Plausibilitätskontrolle und Wirtschaftlichkeitsprüfung kommt die Vorstellung zum Ausdruck, die Plausibilitätskontrolle sei ein drittes Verfahren der Kürzung vertragsärztlichen Honorars. In der Konsequenz dieser Auffassung liegt es, daß die gesetzliche Formulierung, wonach die Abrechnungen "auf Rechtmäßigkeit" zu prüfen sind ([§ 83 Abs 2 Satz 1 SGB V](#)), in den diese Vorschrift umsetzende Bestimmungen des § 46 BMV-Ä bzw des § 42 EKV-Ä nicht mehr enthalten sind. Damit ist die gesetzlich vorgegebene Zielsetzung der Plausibilitätskontrollen, nämlich die Prüfung der "Rechtmäßigkeit" der Abrechnung, von den Partnern der Bundesmantelverträge nicht hinreichend aufgegriffen worden.

Die Auffassung von der Plausibilitätskontrolle als eigenständigem Honorarberichtigungsverfahren widerspricht Sinn und Zweck der Ermächtigungsgrundlage des [§ 83 Abs 2 SGB V](#), wie er sich bereits aus der Begründung der Vorschrift im Gesetzentwurf der

Bundesregierung für ein GRG vom 29. April 1988 erschließt. Zu dem später als § 83 Gesetz gewordenen § 91 des Entwurfs wird formuliert, Abs 2 verpflichte die Partner der Gesamtverträge, die Prüfungen ärztlicher Abrechnungen so auszugestalten, daß Abrechnungsmanipulationen verhindert werden (BR-Drucks 200/88, S 193). Angesprochen wird damit allein die Prüfung von Abrechnungen, nicht aber die Berechtigung, ohne den Nachweis fehlerhafter Abrechnung Honorarberichtigungen vorzunehmen.

Dieses Verständnis von Plausibilitätskontrollen als Abrechnungsprüfung ist nunmehr durch Art 1 Nr 34 des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000 (GKV-Gesundheitsreformgesetz 2000 vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I S 2626](#))) wieder aufgenommen und [§ 83 Abs 2 SGB V](#) um folgenden Satz 3 ergänzt worden: "Gegenstand der Prüfungen nach Satz 1 ist insbesondere die Überprüfung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistung im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand". Diese Regelung ist erst im Vermittlungsausschuß beschlossen worden. Im Gesetzesentwurf der Fraktionen von SPD und Bündnis 90/DIE GRÜNEN war noch die Streichung des [§ 83 Abs 2 SGB V](#) vorgesehen. Die Abrechnungsprüfung sollte in [§ 106a SGB V](#) in einer eigenen Vorschrift normiert werden, deren Abs 1 Satz 2 lautete: "Insbesondere sind Verfahren zu vereinbaren, die eine regelmäßige Überprüfung des Umfangs der pro Tag abgerechneten Leistung unter Plausibilitäts Gesichtspunkt auf der Grundlage von Annahmen hinsichtlich des Zeitbedarfs für die abgerechneten Leistungen vorsehen". Wie in der Begründung ausgeführt wird, sollten die Ergebnisse dieser Prüfungen den Prüfungsausschüssen nach § 106 zur Verfügung gestellt und in die Prüfungen nach § 106 Abs 2 einbezogen werden ([BT-Drucks 14/1245, S 17](#)), also nur als Aufgreifkriterium dienen. Der Bundestagsausschuß für Gesundheit hat in der von ihm vorgeschlagenen Gesetzesfassung an [§ 106a SGB V](#) als eigenständiger Regelung über die Abrechnungsprüfung festgehalten und den Entwurf der Regierungsfractionen und der Bundesregierung lediglich durch die Klarstellung in Abs 1 Satz 1 geändert, wonach die Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage gesamtvertraglich vereinbarter Verfahren durch die KÄVen zu erfolgen habe ([BT-Drucks 14/1977, S 43](#)). Im Vermittlungsverfahren ist dann auf die Regelung einer Abrechnungsprüfung ([§ 106a SGB V](#) idF des Gesetzesentwurfs) vollständig verzichtet und die Vorschrift über die Prüfung der Plausibilität der ärztlichen Abrechnung in Bezug auf den Zeitaufwand als Satz 3 in [§ 83 Abs 2 SGB V](#) eingefügt worden ([BT-Drucks 14/2369, S 10](#)). Der Gesetzgeber hat dabei in erster Linie an die in der Rechtsprechung des BSG bereits als Beweisverfahren für Abrechnungsmanipulationen zugelassenen "Tagesprofile" (vgl [BSGE 73, 234, 238 = SozR 3-2500 § 95 Nr 4 S 13 f](#)) angeknüpft (vgl Begründung des Gesetzesentwurfs, [BT-Drucks 14/1245, S 81](#), zu Nr 57). Wenn die Prüfung der von einem Vertragsarzt an einem beliebigen Tag abgerechneten Leistungen erkennen läßt, daß diese unter Berücksichtigung des für die einzelnen Leistungen erforderlichen persönlichen Arbeitsaufwands, so, wie sie abgerechnet worden sind, nicht erbracht sein können, ist die Abrechnung falsch. Die anhand von gesamtvertraglich zu vereinbarenden Kriterien begründete Vermutung der Implausibilität kann zur Erstellung von Tagesprofilen Anlaß geben. Deren Auswertung kann dann die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung aufdecken, wobei der Nachweis nicht notwendig ist, welche einzelne abgerechnete Leistung gegenüber welchem Patienten nicht - wie abgerechnet - erbracht worden ist. Der Vertragsarzt versichert mit seiner Unterschrift unter die Quartalsabrechnungen die Richtigkeit seiner Abrechnung insgesamt. Er hat die Erbringung der Leistungen nachzuweisen, wenn feststeht, daß diese Unterschrift falsch war, weil die Leistungen, so wie sie abgerechnet worden sind, nicht erbracht worden sein können (BSG, Urteil vom 17. September 1997 - [SozR 3-5550 § 35 Nr 1](#)).

Plausibilitätsprüfungen stellen mithin nach der Intention des Gesetzes ein Verfahren dar, aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen im Ergebnis die Fehlerhaftigkeit ärztlicher Abrechnungen aufzudecken. [§ 83 Abs 2 SGB V](#) ermächtigt aber nicht zu der in den gesamtvertraglichen Vereinbarungen über die Plausibilitätsprüfungen zwischen der Beklagten und den Verbänden der Kranken- bzw Ersatzkassen normierten Beweislastumkehr. Ergibt eine Plausibilitätskontrolle für sich oder iVm anderen Verfahren zur Prüfung vertragsärztlicher Abrechnungen, daß die Abrechnung des Vertragsarztes ganz oder teilweise unrichtig ist, so ist für eine Widerlegung dieser "Vermutung" durch den Arzt kein Raum. Kann sich die KÄV eine solche Überzeugung von der Fehlerhaftigkeit der Abrechnung nicht bilden, kann der erforderliche Nachweis nicht durch eine "Vermutung" ersetzt und der Nachweis der ordnungsgemäßen Abrechnung im Wege der Beweislastumkehr auf den Vertragsarzt verlagert werden. Ungeachtet aller in der Praxis vorkommenden und unvermeidlichen Abgrenzungsschwierigkeiten muß klar unterschieden werden, ob dem Arzt vorgehalten wird, Leistungen falsch abgerechnet oder lediglich bestimmte Leistungen in einem unwirtschaftlichen Ausmaß erbracht und abgerechnet zu haben.

Durch diese strikte Trennung wird entgegen der Auffassung der Beklagten weder die Kontrolle vertragsärztlicher Abrechnungen auf ihre Plausibilität behindert noch wird der KÄV verwehrt, aus den Ergebnissen von Plausibilitätsprüfungen die gebotenen Konsequenzen zu ziehen. Zum einen hat der Senat mit Urteil vom 9. Juni 1999 - [B 6 KA 21/98 R - \(BSGE 84, 85\)](#) hinsichtlich der auch hier streitigen Quartale I/1996 und II/1996 die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Rahmen der Prüfung nach Durchschnittswerten ([§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#)) für berechtigt gehalten, eine unwirtschaftliche Behandlungsweise auch durch einen Vergleich der Abrechnungswerte einzelner Gebührensätze in den Quartalen I/1996 und II/1996 mit den eigenen Abrechnungswerten des betroffenen Arztes in der Vergangenheit nachzuweisen und entsprechende Kürzungen vorzunehmen. Zum anderen dürfen in einem Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung, auch wenn dieses zunächst nach gesamtvertraglich vereinbarten Grundsätzen der Plausibilitätskontrolle durchgeführt wird, alle Gesichtspunkte eingebracht werden, die auch sonst im Rahmen von Berichtigungsverfahren von Bedeutung sind. Die Auffassung des SG, in einem von ihm als mehr oder weniger eigenständig verstandenen Plausibilitätsprüfungsverfahren könne das Ergebnis einer Prüfung der Behandlungsausweise des betroffenen Arztes nicht berücksichtigt werden, trifft nicht zu. Der KÄV ist es vielmehr durchaus gestattet, im einzelnen zu untersuchen, worauf etwa ein als implausibel bewerteter Anstieg der Ansatzhäufigkeit einer EBM-Ä-Position beruht und darauf ggf mit einer Korrektur der Abrechnung zu reagieren. Dies zu ermöglichen, ist gerade ein Zweck von Plausibilitätskontrollen.

Das SG hat - von seinem rechtlichen Ausgangspunkt folgerichtig - nicht geprüft, ob die von der Beklagten vorrangig mit Implausibilität begründeten Honorarkürzungen als sachlich-rechnerische Berichtigungen iS des § 45 Abs 2 BMV-Ä bzw § 34 Abs 4 EKV-Ä rechtmäßig sind. Zu einer derartigen Prüfung besteht immer dann Anlaß, wenn der Berichtigungsbescheid selbst, der Widerspruchsbescheid und seine Begründung sowie ggf der auf das Vorbringen der Kläger in der Tatsacheninstanz reagierende Vortrag der Beklagten hinreichende Anhaltspunkte dafür ergeben, daß aufgrund der durchgeführten Plausibilitätskontrolle Falschabrechnungen nicht nur zu vermuten, sondern nachzuweisen sind. Diese Prüfung ist hier bei den Leistungen der Kläger nach den Nrn 215, 246, 301, 303, 801 und 2401 EBM-Ä 1996 geboten.

Ob die Kläger den EBM-Ä hinsichtlich der genannten Positionen tatsächlich fehlerhaft angewendet haben, vermag der Senat aufgrund der bisherigen Feststellungen des SG nicht abschließend zu beurteilen. Das beruht in erster Linie darauf, daß sich die Beklagte erstmals im Klageverfahren eingehend auf die Einzelheiten der Abrechnung der Kläger eingelassen und die Ergebnisse der Plausibilitätsprüfung bezogen auf die konkrete Abrechnungsweise der Kläger erläutert hat. Zu diesem Vortrag haben sich die Kläger indessen im einzelnen nicht in dem gebotenen Umfang äußern können, weil der maßgebliche Schriftsatz der Beklagten ihnen erst in der mündlichen Verhandlung vor dem SG

übergeben worden ist. Dementsprechend muß beiden Beteiligten die Möglichkeit offengehalten werden, hierzu vorzutragen.

Eine fehlerhafte Anwendung des EBM-Ä kommt zunächst bei der mit 500 Punkten bewerteten Leistung Nr 215 EBM-Ä in Betracht. Danach ist das Anlegen eines "fixierenden Verbandes an einer Extremität mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierter, nicht weiter verwendbarer Materialien" abrechenbar. Diese Leistungsziffer haben die Kläger in den streitbefangenen Quartalen signifikant häufiger als die frühere Position Nr 232 EBM-Ä aF abgerechnet, was die Beklagte als implausibel beanstandet und zum Anlaß einer Honorarberichtigung genommen hat. Im erstinstanzlichen Verfahren hat die Beklagte als Ergebnis der Durchsicht der einschlägigen Behandlungsscheine mitgeteilt, daß die 339 mal bzw 162 mal erfolgte Abrechnung der Nr 215 EBM-Ä nur auf einem sachlich falschen Ansatz der neugefaßten Position beruhen könne. Die Kläger hätten die Leistung nach Nr 215 EBM-Ä praktisch ausschließlich bei Erkrankungen des oberen Sprunggelenks (vorwiegend Distorsion), zum Teil auch bei Kniegelenkerkrankungen abgerechnet. In diesen beiden Fällen würden aber Verbände angelegt, die nur ein großes Gelenk einschließen und deswegen nicht nach Nr 215 EBM-Ä abgerechnet werden könnten. Diesen Sachverhalt haben die Kläger in der Revisionsbegründung der Sache nach eingeräumt, indem sie ihr Abrechnungsverhalten damit erklärt haben, sie seien der Auffassung, das Sprunggelenk bestehe aus zwei großen Gelenken iS der Ziff 215 EBM-Ä, so daß ein Verband, der allein das Sprunggelenk fixiere, nach dieser Leistungsposition abrechenbar sei. Das trifft nicht zu, wie der Senat mit Urteil vom 25. August 1999 ([B 6 KA 32/98 R](#) = SozR 3-5533 Nr 2449 Nr 1) im Hinblick auf die vergleichbare Situation beim Schultergelenk entschieden hat. Die von der Beklagten als implausibel hoch bewertete Ansatzhäufigkeit der Nr 215 EBM-Ä kann danach auf einer fehlerhaften Anwendung der Gebührenordnung seitens der Kläger beruhen.

Eine ähnliche Situation kann hinsichtlich der Nr 246 EBM-Ä gegeben sein. Nach dieser Position war in den ersten beiden Quartalen 1996 die "Abnahme eines zirkulären Gipsverbandes" abrechenbar. Die Abnahme anderer, nicht zirkulärer Verbände (zB Tape) erfüllt den Inhalt der Leistungslegende nicht (Wezel/Liebold, Handkommentar BMÄ, E-GO, GOÄ, Anm zu Nr 246 in der ab 1. Juli 1996 geänderten Textfassung). Da nach Mitteilung der Beklagten die Durchsicht der Behandlungsausweise Hinweise darauf ergeben hat, daß die Kläger die Nr 246 EBM-Ä auch für die Abnahme von Schienen - und damit falsch - angesetzt haben, kann insoweit eine sachlich-rechnerische Berichtigung geboten sein.

Dasselbe gilt auch für die Punktions- bzw Injektionsleistungen nach Nrn 301/303 EBM-Ä. Die Beklagte hat hier unter Bezugnahme auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid in der Klageerwiderung eingehend Gründe dafür dargelegt, daß zwar zur Kontrolle der Lage einer Kanüle vor einer Gelenksinjektion gegebenenfalls auch Gelenkflüssigkeit aspiriert und sodann die Applikation des Medikaments in das Gelenk durchgeführt wird, daß diese Leistung aber nicht als Gelenkpunktion nach Nr 301 EBM-Ä nF abrechenbar ist. Nach ihrer Beurteilung soll lediglich eine Punktion abrechenbar sein, die die Entnahme vom Körpermaterial zu diagnostischen und therapeutischen Zwecken zum Ziel hat. Sowohl die Abrechnung dieser Leistung als auch diejenige der Punktion von Lymphknoten und Schleimbeuteln nach Nr 303 EBM-Ä lassen es zumindest möglich erscheinen, daß die Kläger die entsprechenden Positionen der Gebührenordnungen für Verrichtungen angesetzt haben, die davon nicht erfaßt sind, so daß der Tatbestand einer sachlich unrichtigen Anwendung des maßgeblichen Regelwerks vorliegen kann. Auch hier wird wiederum die Funktion der Plausibilitätsprüfung deutlich, nämlich durch das Aufzeigen überraschend ansteigender Frequenzen bei bestimmten, typischerweise eher selten abgerechneten Leistungen, konkret zu fragen, bei welchen Diagnosen mit welcher Begründung welche Leistung erbracht worden ist und ob diese unter der angesetzten Leistungsziffer tatsächlich abrechenbar ist.

Zu den Leistungen nach Nr 801 EBM-Ä (gründliche neurologische Untersuchung) hat die Beklagte im ersten Rechtszug vorgetragen, nach den Erläuterungen der Kläger zu ihrer Behandlungsweise und den Eintragungen in den Behandlungsausweisen sei die Position regelmäßig vor chirotherapeutischen Eingriffen angesetzt worden. Wenn es weiterhin zutrifft, daß vor einem chirotherapeutischen Eingriff üblicherweise eine gründliche neurologische Untersuchung nicht stattfindet, handelt es sich entweder um einen Fehlsatz der Kläger oder um ein evident unwirtschaftliches Verhalten. Das ist auf der Grundlage einer Auswertung der Behandlungsausweise und des Vorbringens der Kläger zu beurteilen. Entweder ist dann die Abrechnung zu berichtigen oder die Sache ist an den Prüfungsausschuß zur Durchführung einer Wirtschaftlichkeitsprüfung abzugeben.

Zu der Abrechnung der Nr 2401 EBM-Ä (Einrenkung der Luxation eines eingeklemmten Meniskus sowie ua einer Kniescheibe) hat die Beklagte ermittelt, die Kläger hätten diese Leistung auch bei Diagnosen wie "Verdacht auf Meniskusschädigung" oÄ abgerechnet. Darin läge eine unzutreffende Anwendung der Gebührenordnung.

Da das SG die Klage hinsichtlich der Berichtigung der Geb-Nrn 215 und 801 abgewiesen hat, war insoweit auf die Revision der Kläger das angefochtene Urteil zu ändern und der Rechtsstreit zurückzuverweisen. Hinsichtlich der Geb-Nrn 246, 301/303 und 2401 hat das SG hingegen der Klage stattgegeben. Daher war auf die Revision der Beklagten der Rechtsstreit unter Abänderung des angefochtenen Urteils ebenfalls an das SG zurückzuverweisen.

Die Revision der Kläger hat auch Erfolg, soweit Honorarberichtigungen bei den Geb-Nrn 17 und 851 betroffen waren. Die Honorarberichtigungen sind nicht rechtmäßig, was der Senat auf der Grundlage der Feststellungen des SG abschließend zu beurteilen vermag. Das führt dazu, daß das Urteil des SG abzuändern ist, soweit die Klage bezüglich der Berichtigungen der Geb-Nrn 17 und 851 abgewiesen worden ist. Die angefochtenen Bescheide waren insoweit aufzuheben. Zu Recht hatte bereits das SG die Bescheide hinsichtlich der Berichtigungen bei den Geb-Nrn 256 und 3210/3211 aufgehoben. Soweit sich die Revision der Beklagten dagegen wendet, ist sie zurückzuweisen.

Anhaltspunkte dafür, daß die Kläger den Inhalt der Leistungslegenden der Nrn 17 und 851 EBM-Ä falsch verstanden haben könnten, bzw dafür, daß insoweit Mißverständnisse und Fehlsätze möglich sind, sind weder vorgetragen noch ersichtlich. Haben die Kläger die Beratungs- und Gesprächsleistungen nach Nrn 17 und 851 EBM-Ä in dem abgerechneten Umfang tatsächlich erbracht und sich auch an die strikten Zeitvorgaben (15 Minuten) gehalten, ist für eine sachlich-rechnerische Berichtigung kein Raum. Es ist vielmehr eine Wirtschaftlichkeitsprüfung, gegebenenfalls mit Hilfe der Methode des Vertikalvergleichs, durchzuführen (vgl Senatsurteil vom 9. Juni 1999 - [B 6 KA 21/98 R](#) = [BSGE 84, 85](#)). Ergeben die weiteren Prüfungen, etwa die Erstellung eines Tagesprofils für bestimmte ausgewählte Tage der betroffenen Quartale, daß neben den anderen abgerechneten Leistungen die Beratungs- und Gesprächsleistungen nach Nrn 17, 851 EBM-Ä in der abgerechneten Menge nicht erbracht worden sein können, ist eine Berichtigung möglich. Die Beklagte hat aber weder in den angefochtenen Bescheiden noch im erstinstanzlichen Verfahren Gesichtspunkte dafür genannt, daß entsprechende Umstände vorliegen können. Es ist ihre Aufgabe, die durchgeführten Plausibilitätskontrollen zum Anlaß etwa der Erstellung von Tagesprofilen zu nehmen und

dann ggf erneut Berichtigungsbescheide zu erlassen. Im Hinblick auf die bloße Möglichkeit, daß hier Falschabrechnungen durch die Kläger in Form der Unterschreitung des jeweils vorgegebenen Zeitlimits vorliegen könnten, besteht für das Gericht kein Anlaß zu weiterer Sachaufklärung. Auf den Sachverhalt, auf den die Beklagte bis zum Abschluß des erstinstanzlichen Verfahrens ausschließlich abgestellt hat, können die Berichtigungsbescheide nicht gestützt werden, so daß sie insoweit aufzuheben sind. Entsprechendes gilt für die Leistungen nach Nr 256 EBM-Ä (Injektion in den Periduralraum) und Nrn 3210/3211 EBM-Ä (gezielte chirotherapeutische Eingriffe).

Zu Recht hat das SG die Klage gegen den Honorarbescheid für das Quartal III/1996 abgewiesen, soweit die Kläger die Anwendung der Bestimmungen über die Teilbudgets im EBM-Ä angegriffen haben. Die Revision der Kläger war in diesem Umfang ebenfalls zurückzuweisen.

Die Beklagte hat bei der Honorarabrechnung im Quartal III/1996 die Regelung in Abschnitt A I Nr 5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996, Beilage zu Heft 26 des Deutschen Ärzteblattes vom 28. Juni 1996) zugrunde gelegt. Nach Nr 5 aaO galten für die in den Absätzen 5.6.1., 5.6.3., 5.7.1. und 5.7.3. genannten Leistungen fallzahlabhängige arztgruppenbezogene Teilbudgets ua für die Gesprächsleistungen der Nrn 10, 11, 17, 18, 42, 44 und 851, für die klinisch neurologische Basisdiagnostik nach Nr 801 EBM-Ä, für Leistungen nach den Abschnitten C I und C II, C III und D I sowie für physikalisch medizinische Leistungen nach den Nrn 505, 514, 530, 533, 534 und 535 EBM-Ä. Nach Nr 5.1 ergab sich die Höhe der jeweiligen rechnerischen Teilbudgets aus dem Produkt der zutreffenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl für die in Teilbudgets aufgeführten Leistungen und der Zahl der kurativ-ambulanten Fälle. Nach Abs 8 der Präambel zu Abschnitt B II EBM-Ä beträgt die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl für Gesprächsleistungen für bestimmte Arztgruppen 220 Punkte, für weitere Arztgruppen 60 Punkte und für die übrigen Arztgruppen, zu denen auch die Orthopäden rechnen, 30 Punkte. Nach der Anm zu Nr 801 EBM-Ä beträgt die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl für die Leistungen nach Nr 801 ua für die Arztgruppe der Orthopäden 20 Punkte. Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl für das Teilbudget Injektionen ua beläuft sich nach der Präambel zu Abschnitt C EBM-Ä für Chirurgen und Orthopäden sowie für Ärzte für physikalische Medizin auf 150 und für die übrigen Arztgruppen auf 25 Punkte. Das Teilbudget für Injektionen ua Leistungen findet auf Vertragsärzte, die von der zuständigen KÄV die Berechtigung zur Teilnahme an der Vereinbarung über die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten erhalten haben oder die nach der Onkologie-Vereinbarung als onkologisch verantwortliche Ärzte tätig sind, keine Anwendung. Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl für die physikalisch medizinischen Leistungen nach Nrn 505, 514, 530, 533, 534 und 535 EBM-Ä beträgt nach Abs 3 der Präambel zu Abschnitt E EBM-Ä für Orthopäden, Chirurgen, Ärzte für physikalische und rehabilitative Medizin und Ärzte mit der Zusatzbezeichnung physikalische Therapie 150 und für die übrigen Arztgruppen 20 Punkte.

Diese vom Bewertungsausschuß teilweise bereits zum 1. Januar 1996 eingeführten und im Hinblick auf das Urteil des Senats vom 17. September 1997 ([BSGE 81, 86](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr 18](#)) erst ab dem 1. Juli 1996 anwendbaren Budgetierungsregelungen sind durch [§ 87 Abs 2a](#) Sätze 1 und [2 SGB V](#) in der Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)) gedeckt.

Die Vorschrift stellt im Satz 1 das Gebot auf, die im EBM-Ä aufgeführten Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Nach [§ 87a Abs 2a Satz 2 SGB V](#) können Einzelleistungen vorgesehen werden, sofern dies medizinisch erforderlich ist. Gemäß der Absicht des Gesetzgebers sollte die gemeinsame Selbstverwaltung hierdurch veranlaßt werden, der durch eine ständig zunehmende Zahl von Vergütungspositionen eingetretenen Zergliederung und Unübersichtlichkeit des EBM-Ä durch eine Zusammenfassung von Gebührensätzen zu Leistungskomplexen entgegenzuwirken (Begründung des Gesetzentwurfs in [BT-Drucks 12/3608 S 89](#) f, zu Nr 42 des Entwurfs). Nach dem Urteil des Senats vom 20. März 1996 ([BSGE 78, 98](#), 106 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12 S 42](#) f) enthält [§ 87 Abs 2a SGB V](#) die Rechtsgrundlage auch dafür, mit der Bildung von Komplexgebühren die bei bestimmten typischen Untersuchungs- und Behandlungsabläufen anfallenden Leistungen pauschal abzugelten und damit der Tendenz zu Leistungsausweitungen und einem hierdurch herbeigeführten Punktwertverfall entgegenzuwirken. Die Festlegung eines Praxisbudgets stellt sich letztlich als - wenn auch nur ergänzende - Bewertung eines Leistungskomplexes dar, wie der Senat zu den Budgets für Leistungen des Basislabors nach Abschnitt O I EBM-Ä bereits entscheiden hat. Der Senat hat seine Auffassung damit begründet, daß der Bewertungsausschuß auf der Grundlage des [§ 87 Abs 2a Satz 1](#) und [2 SGB V](#) ohne weiteres für jeden Behandlungsfall eine arztgruppenspezifische, behandlungsfallbezogene Laborgebühr hätte schaffen können, die als Pauschale den durchschnittlichen Aufwand an Basislaboruntersuchungen pro Fall abgilt. Der gewählte Weg des fallzahlabhängigen Praxisbudgets unterscheidet sich davon nur insoweit, als die für den Leistungskomplex festgelegte Fallpunktzahl nicht unabhängig vom tatsächlichen Leistungsaufwand abgerechnet werden könne, sondern den berechnungsfähigen Betrag im Sinne eines Höchstwertes begrenze. Die im Durchschnitt pro Behandlungsfall zur Verfügung stehende Punktzahl müsse nicht ausgeschöpft werden. Vielmehr würden nur die tatsächlich erbrachten Leistungen vergütet, wenn die Zahl der O-I-Laborleistungen hinter den dem Arzt zur Verfügung stehenden Gesamtpunktzahlen zurückgeblieben sei. Insgesamt führe die Regelung wertungsmäßig lediglich dazu, daß bei Überschreitung des Grenzwertes die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung sinke ([BSGE 78, 98](#), 107 f = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12 S 43](#) f). Die Teilbudgets in den Quartalen III/1996 bis II/1997 weisen dieselbe Struktur auf wie das Laborbudget nach Abschnitt O I EBM-Ä. Ihre Einführung ist deshalb im Hinblick auf die allgemeine Zielrichtung des EBM-Ä, über Definition und Bewertung ärztlicher Verrichtungen auch das Leistungsverhalten der Vertragsärzte zu steuern (in diesem Sinne bereits BSG [SozR 3-1500 § 96 Nr 3 S 8](#) sowie [BSGE 78, 98](#), 105 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12 S 41](#); [BSGE 79, 239](#), 242 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 14 S 49](#); [BSGE 81, 86](#), 94 f = [SozR 2500 § 87 Nr 18 S 90](#)), vom Handlungsauftrag des [§ 87 Abs 2 a SGB V](#) mitumfaßt (vgl. [BSGE 78, 98](#), 108 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12 S 44](#) zu dem Laborbudget, für das allerdings [§ 87 Abs 2 b SGB V](#) die speziellere Ermächtigungsgrundlage enthält, sowie BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr 16 S 69](#)).

Der Gesetzgeber hat die Rechtsprechung des Senats in der Folgezeit ausdrücklich bestätigt, indem er die Vorschrift des [§ 87 Abs 2a SGB V](#) mit Wirkung vom 1. Juli 1997 durch das 2. GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 ([BGBl I 1520](#)) um die Sätze 7 und 8 ergänzt hat. Darin werden Abstufungsregelungen explizit anerkannt (aaO Satz 7) und Obergrenzen für die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen vorgesehen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, wobei diese für die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden können (aaO Satz 8). Ausweislich der Gesetzesmaterialien soll die Regelung "klarstellen", daß die Vertragspartner des EBM-Ä Instrumente zur Vermeidung einer übermäßigen Ausweitung der Menge abgerechneter vertragsärztlicher Leistungen einführen können. Zugleich sollte "für die von der Selbstverwaltung bereits beschlossenen Maßnahmen auch im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG zu den sog Praxisbudgets für Laborleistungen eine tragfähige Rechtsgrundlage geschaffen" werden (so die Gesetzesbegründung der Regierungsfractionen von CDU/CSU und F.D.P. in [BT-Drucks 13/6087 S 28](#), zu Nr 24 des Entwurfs). Mit der Neufassung des Gesetzes wurde mithin die vorgefundene, durch die Rechtsprechung des Senats im Wege der Auslegung konkretisierte Rechtslage bestätigt und zusätzlich durch einen Legislativakt formell bekräftigt (ebenso: Schirmer, [MedR 1997, 431, 444 f](#); Engelhard in Hauck, [SGB V, K § 87 RdNrn 106-109](#)). Aus der Ergänzung des [§ 87 Abs 2a SGB V](#) um die Sätze 7 und 8 kann daher nicht abgeleitet werden, in der Zeit vor dem Inkrafttreten dieser Gesetzesänderung habe es für die Bildung von Teilbudgets durch den EBM-Ä an einer wirksamen



gesetzlichen Grundlage gefehlt (so aber Schnapp NZS 1997, 152, 153).

Der Senat hat dementsprechend in seinem Urteil vom 17. September 1997 die Einführung von Punktzahlenobergrenzen für das Teilbudget "Beratungs-, Betreuungs- und Untersuchungsleistungen" gemäß Abschnitt A I Nr 5.6.2 EBM-Ä lediglich unter dem Gesichtspunkt unzulässiger Rückwirkung beanstandet, aber keine Bedenken gegen die grundsätzliche Zulässigkeit dieser Bewertungsform erhoben ([BSGE 81, 86](#), 94 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 18](#) S 90). Auch gegen die anderen, von den Klägern beanstandeten Teilbudgets für Leistungen nach Nr 801 EBM-Ä sowie für bestimmte Injektionen und physikalisch-medizinische Leistungen bestehen solche Bedenken nicht.

Soweit die Kläger rügen, [§ 87 Abs 2a SGB V](#) sei als Ermächtigungsgrundlage für die mit der Teilbudgetierung verbundenen Eingriffe in die Umsatzentwicklung ihrer Praxis nicht bestimmt genug, beachten sie nicht hinreichend, daß der Erlaß des Bewertungsmaßstabs nach [§ 87 Abs 2 SGB V](#) kein bloßer Gesetzesvollzug in dem Sinne ist, daß die Vertragspartner des EBM-Ä nur Detailregelungen eines im Gesetz angelegten Konzeptes zu verwirklichen berechtigt wären. Diese Vorstellung ist mit der Funktion des EBM-Ä, der als zentrales Steuerungsinstrument für die Versorgung der Versicherten ausgestaltet ist und eine angemessene Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen ermöglichen soll (vgl [BSGE 78, 98](#), 105 = [SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#) S 41), nicht vereinbar. Die Auswirkungen von Neuregelungen im EBM-Ä auf die Höhe des Umsatzes einzelner Praxen, die im übrigen stets auch von der seitens der einzelnen KÄV praktizierten Honorarverteilung und den zur Auszahlung gelangenden Punktwerten abhängt, sind kein angemessener Maßstab dafür, ob der Bewertungsausschuß den ihm kraft Gesetzes zukommenden Gestaltungsspielraum eingehalten hat. Das folgt schon daraus, daß die Folgen von Regelungen des EBM-Ä wie der hier zu beurteilenden Budgetierung von Leistungsbereichen für die einzelnen Arztgruppen und sogar für einzelne Praxen je nach Praxisausrichtung ganz unterschiedlich sein können. Eine orthopädische Praxis mit dem Schwerpunkt ambulanter Operationen ist durch ein Teilbudget für Gesprächs- und Beratungsleistungen sehr viel weniger betroffen als eine, in der bevorzugt konservative Behandlungen angeboten werden. Diese wiederum wäre durch eine nachhaltige Absenkung der Bewertungszahlen für operative Eingriffe kaum tangiert, die dagegen eine darauf spezialisierte Praxis hart treffen könnte (vgl zum Zusammenhang von Leistungsbewertung im EBM-Ä und Spezialisierung allgemein [BSG SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1](#)).

Soweit die Kläger geltend machen, die Motive zur Einführung der Teilbudgets seien nicht erkennbar, so daß eine Prüfung ihrer Verhältnismäßigkeit von vornherein ausgeschlossen sei, trifft das nicht zu. Die Vertragspartner des EBM-Ä haben sich bei der Einführung der Teilbudgets zum 1. Juli 1996 von dem Bestreben leiten lassen, die Menge der von den Vertragsärzten erbrachten und von den KÄVen zu honorierenden Punkte zu begrenzen. Bereits in einer "Ergänzenden Vereinbarung zur Reform des EBM-Ä" vom 14. September 1995 (DÄ 1995, A-2585) ist von ihnen darauf hingewiesen worden, daß die Zielvorgaben des ab 1. Januar 1996 im Sinne einer Förderung der "Sprechenden Medizin" neu ausgestalteten EBM-Ä verfehlt werden könnten. Insoweit waren unter Punkt 2.1 "Maßnahmen zur unverzüglichen Korrektur bzw Weiterentwicklung der Reform" und für den Fall von "gravierenden Abweichungen" Korrekturen bereits zum 1. Juli 1996 nach Vorliegen der Abrechnungsergebnisse des Quartals I/1996 in Aussicht gestellt worden. Unter Punkt 2.3 dieser Vereinbarung waren ferner bei einem - hinsichtlich des Ausmaßes nicht festgelegten - Anstieg der Punktzahlmenge im Vergleich einander entsprechender Quartale der Jahre 1996 und 1994 "lineare Punktwertabsenkungen" oder "geeignete strukturelle Maßnahmen" vorgesehen (letztere, soweit dadurch "eine (der linearen Absenkung) vergleichbare Absenkung des Punktzahlvolumens zeitgleich erreicht wird").

Frühe Hochrechnungen der Ergebnisse des ersten unter Geltung des neu gestalteten EBM-Ä abgerechneten Quartals (I/1996) haben Ärzten und Krankenkassen deutlich gemacht, daß eine überproportionale Punktmengenzunahme eintreten würde. Während der erwartete Zuwachs der Punktmenge infolge einer Leistungsausweitung ursprünglich auf 8 bis 10% veranschlagt worden war (Hess in Kasseler Kommentar, [§ 87 SGB V RdNr 17a](#)), machte er bezogen auf die Vergleichs quartale I/1994 bzw I/1995 tatsächlich mehr als 30 % aus (Woggon, KrV 1996, 169, 170; ders/Metzinger, KrV 1996, 228 (schon "erste Hochrechnungen" hätten einen um etwa 1/3 bzw 30% gegenüber dem Quartal I/1994 angestiegenen Leistungsbedarf ergeben); dieselben KrV 1997, 12, 13 und 15; Schauenburg, BKK 1996, 426 und 1997, 193; Jeschke, DOK 1996, 613; Schmidt, Der Kassenarzt 41/1996, 20, 21 sowie Ballast, ErsK 1997, 440 ("Steigerung der Abrechnungsfrequenzen bzw Leistungsvermehrung um 30 bzw 40%"); Kölner Kommentar zum EBM, (Hrsg: Köhler/Hess), S 53; Engelhard in Hauck, SGB V, K § 87 RdNr 119).

Als nach Auswertung der Abrechnungen des Quartals I/1996 gegenüber dem Quartal I/1995 tatsächlich ein Anstieg der Punktzahlanforderungen um mehr als 30% festgestellt worden war, galt es, eine Situation zu bewältigen, mit deren kritischem Ausmaß keiner der Beteiligten gerechnet hatte. Es erschien nicht mehr möglich, das abgerechnete Punktzahlvolumen zu einem akzeptablen Punktwert zu vergüten (Schorre, DÄ 1996, C-1109). Die für den Bewertungsausschuß verantwortlichen Partner der Bundesmantelverträge (vgl [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#)) sahen sich deshalb zu unverzüglichem Handeln gezwungen, um zu vermeiden, daß einzelne Arztgruppen oder eine große Zahl von Ärzten in ernsthafte wirtschaftliche Schwierigkeiten gebracht würden (so ausdrücklich Maus, DÄ 1996, C-820). Insbesondere zugunsten der ca 30% Ärzte aller Fachgebiete, die ihre Leistungsmenge im Quartal I/1996 nicht ausgeweitet hatten, waren schnell greifende Maßnahmen geboten (vgl Kölner Kommentar, aaO, S 54; Ballast, ErsK 1997, 441).

Die sich abzeichnende prekäre Entwicklung veranlaßte den Bewertungsausschuß, bereits am 28. März 1996 - anknüpfend an Punkt 2.3 der Ergänzenden Vereinbarung vom 14. September 1995 - strukturelle mengenbegrenzende Maßnahmen mit Wirkung zum 1. Juli 1996 anzukündigen. Für den Fall, daß die Überschreitung des Punktzahlvolumens des Quartals I/1996 im Vergleich zum Quartal I/1994 mehr als 20% ausmachen würde, waren zudem Maßnahmen zur Budgetierung von Gesprächsleistungen und klinischen Untersuchungsleistungen vorgesehen (Beschluss veröffentlicht in DÄ 1996, C-756 f). In diesem Beschluss wird die Absicht bekundet, nach Vorliegen repräsentativer Abrechnungsergebnisse für das Quartal I/1996 für fünf Komplexe Teilbudgets einzuführen. Am 13. Juni 1996 kam es dann zu dem oben dargestellten Beschluss des Bewertungsausschusses über die Bildung von Teilbudgets mit Wirkung vom 1. Juli 1996. Diesem hat neben dem Ziel der Mengenbegrenzung die Absicht zugrunde gelegen, jedem Arzt in bestimmten, für seine Praxisführung wichtigen Leistungsbereichen eine verlässliche Kalkulationsgrundlage zu geben. Derartige Zielsetzungen hat der Senat für Honorarverteilungsregelungen bereits mehrfach gebilligt ([BSGE 83, 52](#), 56 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 28](#) S 205; [BSGE 81, 213](#), 220 = [SozR 3-2500 § 85 Nr 23](#) S 155). Für entsprechende Gestaltungen im EBM-Ä gilt im rechtlichen Ausgangspunkt nichts anderes.

Zu Unrecht machen die Kläger schließlich geltend, die Regelung über die Teilbudgets ab dem 1. Juli 1996 sei wegen des Fehlens von Ausnahmebestimmungen für besonders gelagerte Einzelfälle rechtswidrig. Vielmehr haben die Partner der Bundesmantelverträge in einer Vereinbarung vom 6. August 1996 zu den Beschlüssen des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 in Ziff 4 ausdrücklich bestimmt, daß die KÄV Ausnahmen von der Teilbudgetierung zulassen kann (DÄ 1996, A-2815). Damit ist für die Situation, daß eine Praxis mit ganz

spezifischer Ausrichtung allein in Folge der Anwendung des Teilbudgets in existenzbedrohende Schwierigkeiten gerät, hinreichend Vorsorge getroffen worden. Im übrigen ist nicht erkennbar, daß die Einführung von Punktzahlenobergrenzen für bestimmte Leistungsbereiche deshalb rechtswidrig sein könnte, weil der Bewertungsausschuß andere, weniger einschneidende Maßnahmen hätte ergreifen können. Die von den Klägern in diesem Zusammenhang genannte Einführung von Richtgrößen, Festbeträgen und Positivlisten bedarf keiner näheren Erörterung, weil ein Zusammenhang dieser Instrumente mit der Steuerung der ärztlichen Behandlung und ihrer Honorierung nicht ersichtlich ist. Die weiterhin angesprochene Abstufung der Honorierung bei Überschreitung bestimmter Grenzwerte hat der Bewertungsausschuß zum 1. Januar 1996 im Bereich der konventionellen Radiologie realisiert (Abschnitt Q I.2.1 EBM-Ä in der bis zum 30. Juni 1997 geltenden Fassung; dazu vgl Senatsbeschuß vom 29. September 1999 - [B 6 KA 34/99 B](#) - nicht veröffentlicht). Es ist weder erkennbar, daß eine Abstufung auch bei den Gesprächs- und Beratungsleistungen sowie bei Leistungen nach Nr 801 EBM-Ä umsetzbar gewesen wäre, noch, daß eine entsprechende Regelung den Umsatz der Kläger bei diesen Leistungen weniger beeinträchtigt hätte als die Teilbudgetierung, für die sich der Bewertungsausschuß entschieden hat.

Nähere Bedenken gegen die Ausgestaltung der für sie relevanten Teilbudgets im einzelnen haben die Kläger nicht geltend gemacht. Ausführungen des Senats dazu sind deshalb nicht veranlaßt (vgl aber Senatsurteil [B 6 KA 8/99 R](#) vom heutigen Tage zum Teilbudget für Leistungen der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde).

Das SG wird bei seiner neuen Entscheidung auch über die gesamten Kosten des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben. Der Senat hat im Interesse einer einheitlichen Kostenentscheidung davon abgesehen, für den Teil des Streitstoffs, der durch das Urteil des Senats endgültig erledigt ist und dem SG nach der Zurückverweisung nicht mehr anfällt, eine Teilkostenentscheidung zu treffen.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-28