
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	06.01.2000

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	30.08.2000

3. Instanz

Datum	12.12.2001
-------	------------

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 30. August 2000 wird zurückgewiesen. Der Kläger hat die außergerichtlichen Kosten des Beklagten auch für das Revisionsverfahren zu erstatten. Im übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Die Beteiligten streiten über die Rechtmäßigkeit von Honorarärztungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung.

Der als Arzt für Orthopädie an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Kläger behandelte in den Quartalen I bis III/1996 ohne Vertretungen und Notdienstfälle 2.030, 1.999 und 2.072 Patienten. Er lag damit um etwa ein Drittel über dem Durchschnitt der Fachgruppe. Er erzielte Quartalshonorare von ca 423.500 DM, 452.400 DM bzw 316.400 DM und überschritt den durchschnittlichen Fallwert der Fachgruppe um 9 %, 28 % und 29 %. Auf Antrag der zu 8. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) überprüfte der Prüfungsausschuss die

Wirtschaftlichkeit seines Behandlungs- und Abrechnungsverhaltens hinsichtlich einzelner Positionen der GebÄ¼hrenordnungen, und zwar einerseits im Vergleich zum Abrechnungsverhalten der Fachgruppe (sog Horizontalvergleich) und andererseits â bezogen auf andere Positionen der GebÄ¼hrenordnung â durch Vergleich mit den eigenen Abrechnungswerten des KlÄ¼rgers (sog Vertikalvergleich) aus der Zeit vor der Umgestaltung des Einheitlichen Bewertungsmastabs fÄ¼r vertragsÄ¼rztliche Leistungen (EBM-Ä¼) zum 1. Januar 1996.

Die PrÄ¼fungen im Horizontalvergleich ergaben im Quartal I/1996 bei der Nr 212 EBM-Ä¼ Ä¼berschreitungen des Durchschnitts der Vergleichsgruppe um 400 % und bei der Nr 223 EBM-Ä¼ um 333 %. Im Quartal II/1996 beliefen sich die Ä¼berschreitungen bei der Nr 205 EBM-Ä¼ auf 1.380 %, bei der Nr 212 EBM-Ä¼ auf 900 %, bei der Nr 223 EBM-Ä¼ auf 250 % und bei der Nr 431 EBM-Ä¼ auf 475 %. Im Quartal III/1996 betragen die Ä¼berschreitungen bei der Nr 5021 EBM-Ä¼ 700 % und bei der Nr 5032 EBM-Ä¼ 120 %. Der PrÄ¼fungsausschu kÄ¼rzte auf der Grundlage des Horizontalvergleichs im Quartal I/1996 die Honorarforderung fÄ¼r Leistungen nach Nr 212 EBM-Ä¼ um 60 % und fÄ¼r Leistungen nach Nr 223 um 40 %. Im Quartal II/1996 kÄ¼rzte er die Honorarforderung fÄ¼r Leistungen nach Nr 205 EBM-Ä¼ um 87,5 %, fÄ¼r Leistungen nach Nr 212 um 80 %, fÄ¼r Leistungen nach Nr 223 EBM-Ä¼ um 40 % und fÄ¼r Leistungen nach Nr 431 um 70 %. Im Quartal III/1996 kÄ¼rzte er die Honorarforderung fÄ¼r Leistungen nach Nr 5021 EBM-Ä¼ um 80 %.

Auf der Grundlage des Vertikalvergleichs kÄ¼rzte der PrÄ¼fungsausschu die Honorarforderungen des KlÄ¼rgers fÄ¼r Leistungen nach den Nrn 21, 256, 273, 290, 419, 422 und 505 EBM-Ä¼ in einzelnen der drei Quartale.

Der beklagte Beschwerdeausschu reduzierte die KÄ¼rzung der Nr 5021 EBM-Ä¼ im Quartal III/1996 auf 75 % und wies im Ä¼brigen die WidersprÄ¼che des KlÄ¼rgers â soweit hier noch von Bedeutung â zurÄ¼ck. Im Zuge der Umstrukturierung des EBM-Ä¼ zum 1. Januar 1996 hÄ¼tten einzelne Arztgruppen, ua die OrthopÄ¼den, Leistungen nach bestimmten Positionen der GebÄ¼hrenordnung in einem Umfang abgerechnet, fÄ¼r den im Hinblick auf das Abrechnungsverhalten in der Vergangenheit medizinische GrÄ¼nde nicht angefÄ¼hrt werden kÄ¼nnten. Wegen des unwirtschaftlichen Leistungs- bzw Abrechnungsverhalten der Fachgruppe insgesamt sei die DurchfÄ¼hrung der WirtschaftlichkeitsprÄ¼fung allein im Wege des Vergleichs des einzelnen Arztes mit seiner Fachgruppe (HorizontalprÄ¼fung) nicht ausreichend. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) seien die PrÄ¼fgremien deshalb berechtigt und ggf verpflichtet, die Wirtschaftlichkeit des Leistungsverhaltens des einzelnen Arztes auch durch den Vergleich mit seinem Abrechnungsverhalten in der Vergangenheit zu prÄ¼fen.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen. Auch im Berufungsrechtszug ist der KlÄ¼ger erfolglos geblieben. Das Landessozialgericht (LSG) hat die KÄ¼rzungen der Honoraranforderungen fÄ¼r einzelne Positionen des EBM-Ä¼ fÄ¼r rechtmÄ¼ig gehalten. Soweit den KÄ¼rzungsentscheidungen ein Vergleich der Abrechnungswerte des KlÄ¼rgers mit denjenigen seiner Fachgruppe zugrunde liege

(Horizontalvergleich), habe die Prüfung den gesetzlichen Vorgaben entsprochen. Hinweise auf Praxisbesonderheiten oder auf kompensatorische Einsparungen seien weder vom Kläger vorgebracht noch ersichtlich. Nicht zu beanstanden seien auch die auf dem Vertikalvergleich beruhenden Kürzungen. Die Voraussetzungen, unter denen Honorarkürzungen auch auf einen Vergleich der aktuellen Abrechnungswerte des Arztes mit seinen eigenen Abrechnungswerten aus der Vergangenheit gestützt werden könnten, liegen vor. Der Beklagte habe hinreichend deutlich gemacht, dass im Hinblick auf bestimmte Leistungen die Annahme, die Ärzte einer Fachgruppe würden insgesamt wirtschaftlich behandeln, nicht mehr gerechtfertigt gewesen sei. Die Leistungsmengen hätten im Zuge der Umstrukturierung des EBM zum ersten Quartal 1996 bei allen von Kürzungen betroffenen Positionen des EBM um mehr als 20 % zugenommen. Daher könnten medizinisch-fachliche Gründe des Behandlungsbedarfs nicht angeführt werden und seien auch vom Kläger nicht geltend gemacht worden. Eine Vermischung der beiden Prüfungsarten könne dem Beklagten nicht vorgeworfen werden, weil er die Leistungsanforderung des Klägers hinsichtlich jeder einzelnen Leistungsposition entweder im Horizontal- oder im Vertikalvergleich geprüft habe. Schließlich sei es nicht zu beanstanden, dass der Beklagte den Vertikalvergleich bei solchen Leistungspositionen, die der Kläger vor der Neugestaltung des EBM zum 1. Januar 1996 überhaupt nicht abgerechnet habe, die aber mit Abrechnungspositionen des bis zum 31. Dezember 1995 geltenden EBM identisch oder nahezu identisch seien, auf den entsprechenden Durchschnittswert der Fachgruppe bezogen habe (Urteil vom 30. August 2000).

Mit seiner Revision macht der Kläger in erster Linie geltend, die Kombination von Horizontal- und Vertikalvergleich sei hinsichtlich desselben Zeitraums unzulässig. Die Prüfung nach Durchschnittswerten als Regelprüfungsform ist des [§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) setze nach der Rechtsprechung des BSG notwendigerweise voraus, dass die Arztgruppe insgesamt wirtschaftlich handle. Dabei könne es sich nur um eine Vermutung handeln, die im Einzelfall aufgrund besonderer Umstände widerlegt werden könne. Die Position des Beklagten zur Frage, ob die Fachgruppe der Orthopäden in den drei betroffenen Quartalen des Jahres 1996 insgesamt wirtschaftlich behandelt habe, sei widersprüchlich. Einerseits habe er sein Amt des Klägers Amt Abrechnungsverhalten nach den Grundsätzen des Horizontalvergleichs geprüft, was voraussetze, dass der Beklagte insoweit von einer insgesamt wirtschaftlichen Leistungserbringung ausgegangen sei. Auf der anderen Seite habe der Beklagte in großem Umfang Vertikalprüfungen durchgeführt und dies gerade damit begründet, die Vermutung einer insgesamt wirtschaftlichen Behandlungs- und Abrechnungsweise der Arztgruppe sei im Hinblick auf die hohen Steigerungsraten bei einzelnen Leistungspositionen der Gebührenordnung widerlegt. In diesem Fall sei aber einer Prüfung nach Durchschnittswerten die Grundlage entzogen. Die Wirtschaftlichkeit des Behandlungs- und Abrechnungsverhaltens einer Arztgruppe beziehe sich immer auf das gesamte Behandlungsverhalten und nicht nur auf einzelne Teile. Es sei ausgeschlossen anzunehmen, dass Ärzte einer Fachgruppe insgesamt und bezogen auf einzelne Sparten wirtschaftlich, im Hinblick auf einzelne Leistungen jedoch in der Weise unwirtschaftlich gehandelt hätten, dass für einen Vergleich nach Durchschnittswerten keine Grundlage mehr vorhanden sei.

â□□ Die auf der Grundlage eines Vertikalvergleichs durchgefÃ¼hrten KÃ¼rzungen seien ebenfalls rechtswidrig. Der Beklagte und das Berufungsgericht hÃ¤tten angenommen, die VerÃ¤nderung des Leistungs- und Abrechnungsverhaltens des KlÃ¤gers zum Quartal I/1996 beruhe auf einer unwirtschaftlichen Anwendung der umgestalteten GebÃ¼hrenordnung. Das sei jedoch nicht der Fall, weil im Zuge der Reform des EBM-Ã¼ zum 1. Januar 1996 mit einer Ã¼nderung des Behandlungs- und Abrechnungsverhaltens der Ã¼rzte habe gerechnet werden mÃ¼ssen und dies sogar â□□ in begrenztem Umfang â□□ Ziel der Ã¼nderung des EBM-Ã¼ gewesen sei. Der einzelne Arzt sei im Hinblick auf das Grundrecht der Berufsfreiheit ([Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#)) auch aus AnlaÃ¼ von Umgestaltungen der vertragsÃ¤rztlichen GebÃ¼hrenordnung berechtigt, sein Behandlungsverhalten zu Ã¤ndern. Im Ã¼brigen hÃ¤tten seine â□□ des KlÃ¤gers â□□ Abrechnungen insbesondere der Leistungen nach Nrn 21, 290, 256, 273, 422 EBM-Ã¼ in den streitbefangenen drei ersten Quartalen des Jahres 1996 schon deshalb nicht mit seinem Abrechnungsverhalten im Jahre 1995 verglichen werden kÃ¶nnen, weil er diese Leistungen in der Vergangenheit Ã¼berhaupt nicht abgerechnet habe. Vergleichbares gelte hinsichtlich der Leistung nach Nr 419 EBM-Ã¼, die er in den Quartalen III und IV/1995 ein- bzw zweimal angesetzt habe. Der Beklagte habe dadurch, daÃ¼ er seine Abrechnungsfrequenzen mit dem Abrechnungsverhalten der Arztgruppe in der Vergangenheit verglichen habe, die GrundsÃ¤tze des Horizontal- und des Vertikalvergleichs unzulÃ¤ssig vermischt. Nach der Rechtsprechung des BSG kÃ¶nnten die zentralen Kategorien einer PrÃ¼fung nach Durchschnittswerten wie Streubreite, Ã¼bergangszone und offensichtliches MiÃ¼verhÃ¼ltnis im Rahmen eines Vertikalvergleichs nicht herangezogen werden. SchlieÃ¼lich habe der Beklagte in von ihm selbst aufgestellten "GrundsÃ¤tzen der PrÃ¼fpraxis" formuliert, daÃ¼ KÃ¼rzungen im Vertikalvergleich aufgehoben werden sollten, wenn die zu prÃ¼fende GebÃ¼hrennummer erst ab dem drittletzten Quartal des Jahres 1995 abgerechnet worden sei. Das seien FÃ¤lle, in denen der Arzt die im Vertikalvergleich geprÃ¼fte GebÃ¼hrenposition vorher "Null" abgerechnet habe. Von diesen "GrundsÃ¤tzen" sei eine Selbstbindung ausgegangen, gegen die der Beklagte verstoÃ¼en habe.

Der KlÃ¤ger beantragt,
die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 30. August 2000 und des Sozialgerichts Dortmund vom 6. Januar 2000 sowie den Bescheid des Beklagten vom 10. November 1997 aufzuheben und den Beklagten zu verpflichten, Ã¼ber seine â□□ des KlÃ¤gers â□□ WidersprÃ¼che gegen die Bescheide des PrÃ¼fungsausschusses aus den Sitzungen vom 25. Juni 1996, 18. September 1996 und 14. Dezember 1996 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats neu zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Er hÃ¤lt seine MaÃ¼nahme â□□ soweit sie nicht in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem LSG aufgehoben worden ist â□□ nach wie vor fÃ¼r zutreffend. Er stellt im einzelnen dar, daÃ¼ wichtige Leistungsbereiche im Hinblick auf die Abrechnungswerte der ersten Quartale des Jahres 1996 ohne Anwendung des

Vertikalvergleichs nicht effektiv hätten geprüft werden können, weil die Voraussetzungen für einen Horizontalvergleich nicht vorgelegen hätten. Eine Analyse des Abrechnungsverhaltens habe als Hauptursache für den Anstieg der Leistungsanforderungen ergeben, daß in Reaktion auf die Zusammenfassung bestimmter Leistungen zu Komplexgebühren systematisch auf andere, weiterhin gesondert abrechenbare Leistungspositionen ausgewichen worden sei. Die Anwendungshäufigkeit bisher zumeist wenig abgerechneter Leistungen sei teilweise exorbitant angestiegen. Ein Fallkostenvergleich zwischen den Abrechnungswerten des einzelnen Arztes und seiner Fachgruppe habe keine besonderen Auffälligkeiten, der Vergleich mit den Anwendungsfrequenzen in früheren Quartalen aber deutliche prozentuale Überschreitungen weit im Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses erkennen lassen. Er hat der Beklagte habe sich bei der Durchführung des Vertikalvergleichs genau an die Vorgaben der Rechtsprechung des BSG gehalten und nur solche Leistungen geprüft, die in den Vorquartalen des Jahres 1995 unbeeinflusst durch die Umgestaltung wichtiger Leistungsbereiche im EBM abgerechnet worden seien.

Die Beigeladenen zu 1., 2., 3., 6., 7. und 8. beantragen ebenfalls, die Revision zurückzuweisen.

Sie halten das Urteil des LSG für zutreffend.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Der angefochtene Bescheid des Beklagten ist, soweit er noch im Streit steht, rechtmäßig, wie bereits die vorinstanzlichen Gerichte zutreffend erkannt haben.

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungs- oder Ordnungsweise ist die Regelung des [§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I 2266](#)). Danach wird die Wirtschaftlichkeit der Versorgung durch arztbezogene Prüfungen ärztlicher und ärztlich verordneter Leistungen nach Durchschnittswerten beurteilt. Nach den hierzu von der Rechtsprechung entwickelten Grundsätzen ist die statistische Vergleichsprüfung die Regelprüfmethode (stRspr, vgl zB [BSGE 84, 85, 86](#) = [SozR 3-2500 § 106 Nr 47](#) S 250; [SozR aaO Nr 50](#) S 263; [SozR aaO Nr 51](#) S 272). Die Abrechnungswerte des Arztes werden mit denjenigen der Fachgruppe oder mit denen einer nach verfeinerten Kriterien gebildeten engeren Vergleichsgruppe im selben Quartal verglichen. Ergänzt durch die sog intellektuelle Betrachtung, bei der medizinisch-ärztliche Gesichtspunkte berücksichtigt werden, ist dies die Methode, die typischerweise die umfassendsten Erkenntnisse bringt (dazu zuletzt BSG [SozR 3-2500 § 106 Nr 49](#) S 257; [SozR aaO Nr 50](#) S 263 f; BSG Urteil vom 27. Juni 2001 hat [B 6 KA 43/00 R](#) -, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Ergibt die Prüfung, daß der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder bei Einzelleistungswerten in offensichtlichem Mißverhältnis zum durchschnittlichen Aufwand der Vergleichsgruppe steht, ihn nämlich in einem Ausmaß überschreitet, das sich im Regelfall nicht mehr durch

Unterschiede in der Praxisstruktur oder in den Behandlungsnotwendigkeiten erklären lässt, hat das die Wirkung eines Anscheinsbeweises der Unwirtschaftlichkeit (stRspr, vgl zB BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 50](#) S 263 f; [SozR aaO Nr 51](#) S 272).

Die arztbezogene Prüfung nach Durchschnittswerten ist unter der Voraussetzung ausreichender Vergleichbarkeit entgegen den Bedenken der Revision nach wie vor auch zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit des Ansatzes einzelner Leistungspositionen des EBM-Är heranzuziehen ([BSGE 71, 194](#), 196 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 88; [BSGE 74, 70](#), 71 = [SozR aaO Â§ 106 Nr 23](#) S 124; vgl auch [BSGE 84, 85](#), 88 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 47](#) S 252). Der Ansatz einzelner Leistungspositionen kann Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten sein, soweit es sich um Leistungen handelt, die für die betreffende Arztgruppe typisch sind, also von einem größeren Teil der Fachgruppenmitglieder regelmäßig in nennenswerter Zahl erbracht werden und damit eine ausreichende Vergleichsgrundlage abgeben. Bei den Einzelleistungsvergleichen ist deshalb zu prüfen, ob die zur Verfügung stehenden Daten einen statistischen Vergleich zulassen und, wenn ja, ob und unter welchen Voraussetzungen sich darauf verlässliche Aussagen zur Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ableiten lassen. Der Beklagte hat im Rahmen des ihm insoweit zustehenden Beurteilungsspielraums (s dazu [BSGE 71, 194](#), 197 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 88; BSG [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 31](#) S 177) angenommen, daß bei den Leistungen nach den Nrn 205, 212, 223, 431 und 5021 EBM-Är 1996 die Voraussetzungen für eine Einzelleistungskürzung nach Durchführung eines Vergleichs zwischen der Ansatzhäufigkeit des Klägers und derjenigen der Fachgruppe der Orthopäden (Horizontalvergleich) erfüllt sind. Das läßt Rechtsfehler nicht erkennen.

Betroffen von den auf der Grundlage des Horizontalvergleichs festgesetzten Honorarkürzungen sind in den streitbefangenen Quartalen die Leistungen nach Nr 205 (entstauer phlebologischer Fußverband), Nr 212 (fixierender Verband mit Einschluß von mindestens zwei großen Gelenken), Nr 223 (Streckverband), Nr 431 (Sympathikusblockade) sowie Nr 5021 EBM-Är (Zuschlag zu bestimmten Röntgenleistungen für eine oder mehrere zusätzliche Aufnahmen zur Funktionsprüfung des Bandapparates eines Daumengrund-, Schultergelenk-, Knie- oder Sprunggelenks). Bei diesen Leistungspositionen handelt es sich um Leistungen, deren näherer Darlegung nicht bedarf um für Orthopäden typische Leistungen. Der Kläger überschreitet bei ihnen die Ansatzhäufigkeit seiner Fachgruppe um Werte zwischen 250 % und 1.380 %. Der Beklagte hat dem Kläger nach Kürzung Restüberschreitungen bei den betroffenen Leistungspositionen zwischen 73 % und 160 % belassen und damit im Ergebnis auch den Gesichtspunkten Rechnung getragen, die der Senat für die Beschreibung des offensichtlichen Mißverhältnisses bei der vergleichenden Prüfung der Ansatzhäufigkeit von Einzelleistungen herausgestellt hat ([BSGE 76, 53](#), 58 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 26](#) S 149; [BSGE 71, 194](#), 198 = [SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15](#) S 89). Der Kläger räumt selbst ein, daß er mit der Umstrukturierung des EBM-Är zum 1. Januar 1996 sein Leistungsverhalten hinsichtlich einzelner Positionen der Gebührenordnung geändert und deutlich mehr Leistungen als in der Vergangenheit abgerechnet hat.

Er ist lediglich der Auffassung, im Hinblick auf die Einschätzung des Beklagten zur Wirtschaftlichkeit des Verhaltens der Arztgruppe insgesamt in den betroffenen Quartalen sei für eine horizontale Vergleichsprüfung einzelner Leistungspositionen kein Raum. Dem ist in Übereinstimmung mit den vorinstanzlichen Entscheidungen nicht zu folgen.

Allerdings liegt es darauf, worauf der Kläger zutreffend hinweist, der Prüfung nach Durchschnittswerten die Annahme zugrunde, dass die Vergleichsgruppe im Durchschnitt insgesamt wirtschaftlich handelt ([BSGE 84, 85, 86 = SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 47 S 250](#); [SozR aaO Nr 49 S 257](#); zuletzt Senatsurteil vom 27. Juni 2001 [â§ B 6 KA 43/00 R -](#), zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Es bedarf in diesem Zusammenhang keiner näheren Darlegung, ob es sich insoweit um eine gesetzliche Fiktion, eine widerlegliche Vermutung oder lediglich eine "Annahme" handelt, wie in verschiedenen Entscheidungen des Senats in der Vergangenheit in jeweils unterschiedlichen Formulierungen zum Ausdruck gekommen ist. In der Sache wird eine Funktionsbedingung der Wirtschaftlichkeitsprüfung in Form des Vergleichs ärztlicher Leistungen nach Durchschnittswerten benannt. Ausgehend von einem bestimmten, empirisch ermittelten Behandlungs- und Abrechnungsverhalten einer Gruppe von Ärzten wird untersucht, wie sich das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes zu diesem verhält. Die Ergebnisse dieser Prüfung können notwendigerweise nur relativ sein, also Aufschluss darüber geben, wie das Leistungsverhalten des einzelnen Arztes sich bezogen auf das Verhalten seiner Arztgruppe in einem bestimmten Zeitraum darstellt. Eine Bewertung des Leistungsverhaltens der Arztgruppe insgesamt als wirtschaftlich oder unwirtschaftlich ist auf diese Weise nicht zu gewinnen.

Zu keinem Zeitpunkt ist in der Rechtsprechung des Senats erwogen worden, dass die Annahme bzw. Fiktion oder Vermutung eines wirtschaftlichen Verhaltens der Arztgruppe insgesamt positive Voraussetzung einer Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten in dem Sinne sein können, so dass dann, wenn Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Abrechnungsverhaltens der Arztgruppe insgesamt bestehen, eine solche Prüfung ausgeschlossen sei. Der Senat hat vielmehr lediglich formuliert, dass einer Prüfung nach Durchschnittswerten im Sinne des Horizontalvergleichs die Grundlage entzogen ist, wenn der Vergleich mit dem durchschnittlichen Abrechnungsverhalten der Fachgruppe zur Überprüfung der Wirtschaftlichkeit unergiebig ist. Dafür sind zwei mögliche Ursachen benannt worden. Die eine bezieht sich auf die Praxisausrichtung des einzelnen Arztes, soweit diese nämlich mit derjenigen der Vergleichsgruppe so wenig vereinbar ist, dass ein rein statistischer Vergleich keine zutreffenden Hinweise auf die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise des betroffenen Arztes geben kann. Die andere Ursache liegt in dem Verhalten der Arztgruppe insgesamt, wenn sich nämlich die Vermutung einer wirtschaftlichen Behandlungstätigkeit der Arztgruppe im Einzelfall als unzutreffend erweist ([BSGE 84, 85, 86, 87 = SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 47 S 251](#)). Von diesen beiden Gründen scheidet hier der auf die Sphäre des einzelnen Arztes und seine Praxisstruktur bezogene Aspekt von vornherein aus. Es ist nämlich weder vom Kläger geltend gemacht worden noch sonst ersichtlich, dass seine Praxisstruktur und/oder Behandlungsweise so signifikant von derjenigen der typischen Praxis seiner Arztgruppe abweichen, dass

ein Vergleich entweder generell oder zumindest im Hinblick auf einzelne Leistungssparten oder Einzelleistungen ausgeschlossen ist. Soweit der Aspekt des wirtschaftlichen bzw unwirtschaftlichen Verhaltens der Arztgruppe insgesamt betroffen ist, spielt dieser im Bezug auf die hier auf der Grundlage eines Horizontalvergleichs als unwirtschaftlich beurteilten Leistungsanforderungen des Klägers keine Rolle.

Der Beklagte ist zu der Auffassung gelangt, daß bei den hier betroffenen Verbands-, Injektions- und Röntgenleistungen aus einem Vergleich zwischen den Abrechnungswerten der Arztgruppe und denjenigen des Klägers ungeachtet einer Leistungsausweitung der Arztgruppe insgesamt auf eine individuelle Unwirtschaftlichkeit des Klägers hinsichtlich der Erbringung und Abrechnung dieser Leistungen geschlossen werden kann. Dagegen bestehen keine rechtlichen Bedenken. Selbst wenn ein generell durch steigende Fallwerte bei unveränderter Mobilitätsstruktur geprägtes Abrechnungsverhalten Zweifel an einer hinreichenden Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes der gesamten Arztgruppe weckt, hindert das die Praxismittelverbände nicht, als Ergebnis einer horizontalen Vergleichsprüfung die Honorarforderungen derjenigen Vertragsärzte zu kürzen, die ihre Leistungen noch über das insgesamt schon problematische Niveau ihrer Arztgruppe hinaus beträchtlich ausgeweitet haben. Die Wendung in der Senatsrechtsprechung, die Grundlagen einer Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten könnten entfallen, wenn die Annahme eines insgesamt wirtschaftlichen Verhaltens der Arztgruppe nicht (mehr) gerechtfertigt sei, hat den Umstand im Blick, daß in dieser Lage das Ausmaß der Unwirtschaftlichkeit von einem Vergleich zwischen dem einzelnen Arzt und seiner Gruppe nicht hinreichend erfaßt werden kann. Steigert zB eine Arztgruppe insgesamt über vermehrt abgerechnete Leistungen ihre Punktmengenanforderung um 50 % gegenüber dem entsprechenden Vorjahresquartal, so könnte die Unwirtschaftlichkeit der Behandlungsweise eines Arztes, der sich in diesem Rahmen hält, nicht durch einen Vergleich mit seiner Arztgruppe begründet werden. Die Folgerung der Unwirtschaftlichkeit ist aber dann denkbar, wenn ein Arzt seine Leistungsanforderung gegenüber dem Vorjahresquartal um 100 % steigert und hierbei das ausgeweitete Volumen der Arztgruppe insgesamt noch um Werte übersteigt, die dem Bereich des offensichtlichen Mißverhältnisses zuzurechnen sind. Die betroffenen Ärzte werden dadurch ausschließlich begünstigt, weil ihre Leistungsanforderungen nicht mit einem möglicherweise normativ als wirtschaftlich zu wertenden niedrigeren fiktiven Leistungsniveau der Arztgruppe, sondern "nur" mit einem in sich schon problematisch hohen realen Leistungsniveau verglichen werden.

Wenn allein Zweifel an der Wirtschaftlichkeit des Behandlungsverhaltens der Arztgruppe insgesamt Anlaß geben, die Durchführbarkeit von Horizontalvergleichen in Frage zu stellen, wäre die vom Gesetz als Regelprüfungsmethode vorgesehene Vergleichsprüfung nach Durchschnittswerten praktisch kaum noch nutzbar. Verlässliche Anhaltspunkte dafür, wann das Leistungsniveau einer Arztgruppe generell oder in bezug auf einzelne Leistungssparten oder Einzelleistungen als in sich unwirtschaftlich bzw überhöht zu werten ist, lassen sich kaum gewinnen; jede Steigerung der Abrechnungswerte

kÄ¶nnte AnlaÄ¶ sein, an der Annahme der Wirtschaftlichkeit des Behandlungsverhaltens der Arztgruppe insgesamt zu zweifeln. Das entspricht nicht der Zielsetzung des Gesetzes, die der Senat in stÄ¶ndiger Rechtsprechung dahin formuliert, daÄ¶ das Abrechnungs- und Ordnungsverhalten aller Ä¶rzte zu jeder Zeit einer effektiven WirtschaftlichkeitsprÄ¶fung unterliegen muÄ¶ ([BSGE 84, 85, 87 = SozR 3-2500 Ä¶ 106 Nr 47](#) S 250 f; BSG [SozR 3-2500 Ä¶ 106 Nr 51](#) S 274; zuletzt Senatsurteil vom 27. Juni 2001 â¶¶ [B 6 KA 66/00 R](#) â¶¶ zur VerÄ¶ffentlichung in [SozR 3-2500 Ä¶ 106 Nr 53](#) vorgesehen).

Auch soweit sich der KlÄ¶ger gegen die KÄ¶rzungen weiterer Leistungen auf der Grundlage eines Vertikalvergleichs wendet, ist der angefochtene Bescheid nicht zu beanstanden. GemÄ¶Ä¶ [Ä¶ 106 Abs 3 Satz 1](#) iVm Abs 2 Satz 3 SGB V (in der bis zum 31. Dezember 1999 geltenden Fassung; seit 1. Januar 2000 iVm Abs 2 Satz 4 idF des "Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahr 2000" vom 22. Dezember 1999, [BGBl I 2626](#)) vereinbaren die LandesverbÄ¶nde der Krankenkassen und die VerbÄ¶nde der Ersatzkassen mit den KÄ¶Ven "die Verfahren zur PrÄ¶fung der Wirtschaftlichkeit nach Abs 2" gemeinsam und einheitlich. Von dieser gesetzlichen ErmÄ¶chtigung haben die zu 8. beigeladene KÄ¶V und die zu 1. bis 7. beigeladenen Kranken- und Ersatzkassen bzw KassenverbÄ¶nde mit der "ErgÄ¶nzungsvereinbarung der Vertragspartner vom 26. April 1996 zur gemeinsamen PrÄ¶fvereinbarung vom 1. Juli 1993" mit Wirkung ab dem 1. Januar 1996 Gebrauch gemacht. Ä¶ 18a Abs 1 der neu gefÄ¶ten gemeinsamen PrÄ¶fvereinbarung bestimmt nach den Feststellungen des SG, die sich das LSG zu eigen gemacht hat, daÄ¶ als ergÄ¶nzende PrÄ¶fmethode ein Vertikalvergleich zulÄ¶ssig ist. Voraussetzung dafÄ¶r ist die Feststellung der Antragsberechtigten iS des Ä¶ 13 Abs 1 der gemeinsamen PrÄ¶fvereinbarung, daÄ¶ seit Inkrafttreten des EBM-Ä¶ vom 1. Januar 1996 die AnwendungshÄ¶ufigkeit der Arztgruppe bei einzelnen GebÄ¶hrennummern, deren Leistungsinhalt vergleichbar geblieben ist, in einem Umfang angestiegen ist, der vermuten lÄ¶Ä¶t, daÄ¶ nicht die medizinische Notwendigkeit dieser Leistung Ursache fÄ¶r das Ansteigen ist. Nach Ä¶ 18a Abs 2 aaO wird der einzelne Arzt in diesen FÄ¶llen bei der jeweiligen GebÄ¶hrennummer mit seinem eigenen Durchschnittswert aus den Vorquartalen verglichen. Dieser Durchschnittswert wird fÄ¶r das Quartal I/1996 aus mindestens vier aufeinanderfolgenden Vorquartalen, ab dem zweiten Quartal 1996 aus den vier Quartalen des Jahres 1995 und ab dem ersten Quartal 1997 aus den vier Quartalen des Jahres 1996 gebildet. Nach Ä¶ 18a Abs 3 aaO kann die PrÄ¶fung anhand eines Vertikalvergleichs beantragt werden, wenn der Arzt seinen eigenen Durchschnittswert aus den Vorquartalen um mindestens 5 % Ä¶berschreitet; der unwirtschaftliche Mehraufwand kann bis zum Durchschnittswert nach Abs 2 gekÄ¶rzt werden. Diese Regelung steht mit der ErmÄ¶chtigungsnorm des [Ä¶ 106 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) in Einklang und ist vom Beklagten korrekt angewandt worden.

Der Senat hat in seinem bereits mehrfach zitierten Urteil vom 9. Juni 1999 ([BSGE 84, 85 ff = SozR 3-2500 Ä¶ 106 Nr 47](#)) entschieden, daÄ¶ WirtschaftlichkeitsprÄ¶fungen ausnahmsweise durch Vergleich mit eigenen Abrechnungswerten des Arztes aus frÄ¶heren Quartalen erfolgen dÄ¶rfen, wenn sich die fÄ¶r aussagekrÄ¶ftige Horizontalvergleiche mit der Fachgruppe unerlÄ¶Ä¶liche Annahme, der Durchschnitt der Fachgruppe handele wirtschaftlich,

wegen einer allgemeinen Steigerung der Leistungsmengen nicht als zutreffend erweist. In dem diesem Senatsurteil zugrundeliegenden Fall hatte der Senat die PrÄ¼fgremien zur DurchfÄ¼hrung von Vertikalvergleichen hinsichtlich bestimmter augenÄ¼rztlicher Leistungen in den Quartalen I/1996 und II/1996 sogar ohne spezielle ErmÄ¼chtigung in der PrÄ¼fvereinbarung fÄ¼r berechtigt gehalten. Nichts anderes gilt hier, wo eine ausdrÄ¼ckliche gesamtvertragliche Regelung zu AnlaÄ¼, DurchfÄ¼hrung und Grenzen des Vertikalvergleichs im Hinblick auf die Umstrukturierung des EBM-Ä¼ zum ersten Quartal 1996 vereinbart worden ist.

Die Voraussetzungen fÄ¼r die DurchfÄ¼hrung der WirtschaftlichkeitsprÄ¼fung nach Durchschnittswerten ([Ä¼ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V](#) idF des GSG) im Wege eines Vertikalvergleichs liegen vor. Ausgangspunkt der den Vertikalvergleich regelnden Vorschrift des Ä¼ 18a der gemeinsamen PrÄ¼fvereinbarung war der Umstand, daÄ¼ die Leistungsmengen der VertragsÄ¼rzte generell mit der Umgestaltung des EBM-Ä¼ zum 1. Januar 1996 signifikant angestiegen waren. So hat nach den Feststellungen des Beklagten die hier betroffene Arztgruppe der OrthopÄ¼den zahlreiche Leistungen, ua diejenigen, die Gegenstand der HonorarkÄ¼rzungen bei dem KIÄ¼ger sind, in einem Umfang von mehr als 20 % in ihrer AbrechnungshÄ¼ufigkeit zum ersten Quartal 1996 gegenÄ¼ber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres gesteigert, ohne daÄ¼ dafÄ¼r plausible medizinische GrÄ¼nde angefÄ¼hrt werden konnten. UrsÄ¼chlich hierfÄ¼r ist, daÄ¼ zahlreiche Einzelleistungen seit der EinfÄ¼hrung der OrdinationsgebÄ¼hr (Nr 1 EBM-Ä¼) zum 1. Januar 1996 nicht mehr gesondert abgerechnet werden konnten. In Abs 4 der Leistungslegende zu Nr 1 EBM-Ä¼ 1996 ist bestimmt, daÄ¼ mit der Berechnung der Leistungen nach den Nrn 1 bis 4 alle Leistungen abgegolten sind, die im Anhang zum EBM-Ä¼ im "Verzeichnis nicht gesondert abrechnungsfÄ¼higer Leistung" aufgefÄ¼hrt sind. Das betrifft insbesondere Beratungsleistungen, die Leistungen nach Nr 10 EBM-Ä¼ aF (ErÄ¼rterung, Planung, Koordination gezielter therapeutischer MaÄ¼nahmen bei schwerwiegenden Erkrankungen), die vollstÄ¼ndige Untersuchung nach Nr 61 EBM-Ä¼ aF sowie zahlreiche Verbands- und Injektionsleistungen, die auch der KIÄ¼ger erbracht hat und erbringt. Die von der Ä¼berdurchschnittlichen Mengensteigerung betroffenen Leistungen sind demgegenÄ¼ber gerade nicht in dem Katalog der "nicht gesondert abrechnungsfÄ¼higen Leistungen" enthalten gewesen. Ihre gesonderte Berechnung neben der OrdinationsgebÄ¼hr ist also mÄ¼glich und auch geeignet gewesen, die Summe der insgesamt berechnungsfÄ¼higen Punkte entsprechend zu erhÄ¼hen. Um auf diese medizinisch nicht plausibel erklÄ¼rbare Entwicklung reagieren zu kÄ¼nnen, haben die Partner der GesamtvertrÄ¼ge die DurchfÄ¼hrung von Vertikalvergleichen in Ä¼ 18a Abs 1 der gemeinsamen PrÄ¼fvereinbarung erÄ¼ffnet und die dafÄ¼r maÄ¼geblichen Auswahlkriterien formuliert.

Nach den Feststellungen des Beklagten hat der KIÄ¼ger an der Steigerung der Leistungsmenge ab dem 1. Januar 1996 teilgenommen. Das wird durch seine Abrechnungswerte belegt. In den vier Quartalen des Jahres 1995 hat sein Gesamtfallwert bei jeweils ca 2.000 BehandlungsfÄ¼llen im Quartal zwischen 154 DM und 173 DM betragen. Er ist im Quartal I/1996 auf 208 DM und im zweiten Quartal auf 226 DM angestiegen. Das entspricht einer absoluten Steigerung des Honorars in Recheneinheiten von zwischen 292.000 DM und 394.000 DM pro

Quartal im Jahr 1995 auf Beträge von 423.000 DM bzw 452.000 DM, letzteres sogar bei leicht gesunkener Fallzahl. Aus diesen Abrechnungsergebnissen hat der Beklagte den Schluß ziehen dürfen, daß das Abrechnungsverhalten des Klägers nicht dem Behandlungsbedarf seiner Patienten Rechnung getragen hat, sondern gezielt auf die Veränderungen im EBM-  eingestellt worden ist.

Der Durchführung der Wirtschaftlichkeitsprüfung im Wege des Vertikalvergleiches steht nicht entgegen, daß der Kläger   anders als im dem Senatsurteil vom 9. Juni 1999 ([BSGE 84, 85](#) = [SozR 3-2500   106 Nr 47](#)) zugrundeliegenden Sachverhalt   die Leistungen, die Gegenstand der im Revisionsverfahren noch streitigen Kürzungen sind, in der Zeit bis zum 31. Dezember 1995 überhaupt nicht bzw lediglich  erst selten erbracht und abgerechnet hatte. Das bezieht sich, wie im Berufungsverfahren klargestellt worden ist, nicht nur auf die Leistungsbezeichnung in der alten bzw neuen Fassung des EBM- . Der Kläger hatte vielmehr den Leistungsinhalt der Positionen Nr 21 (sofortige ärztliche Intervention bei akuter psychischer Dekompensation), Nr 256 (Injektion in den Periduralraum), Nr 273 (intravenöse Infusion), Nr 419 (Anleitung des Patienten zur Selbstanwendung der transkutanen elektrischen Nervenstimulation) bzw der Nr 422 EBM-  (Analgesie eines Hirnnerven) in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung in der Vergangenheit nicht bzw nur ein- oder zweimal pro Quartal abgerechnet. Vergleichsmaßstab für die ab dem 1. Januar 1996 in besonders hohen Frequenzen abgerechneten Leistungen sind daher nicht die fehlenden oder niedrigen Abrechnungswerte in der Vergangenheit, sondern der Umstand, daß der Kläger bis zum 31. Dezember 1995 seine Patienten behandelt hat, ohne daß offenbar ein Bedarf für die Erbringung bzw Abrechnung der betroffenen Leistungen bestanden hat, die schon damals hätten erbracht und berechnet werden können. Es ist nicht zu beanstanden, daß der Beklagte auf die erstmalige Abrechnung dieser Leistungsposition unter den geänderten Abrechnungsbedingungen des EBM-  1996 mit Honorarkürzungen in der Weise reagiert hat, daß er das Honorar des Klägers für die betroffenen Leistungen auf das Niveau gekürzt hat, das die Arztgruppe in der Vergangenheit mit diesen Leistungen erzielt hatte.

Bei Beachtung der Zielsetzung des Gesetzes, daß alle Ärzte in gleicher Weise der Wirtschaftlichkeitsprüfung unterliegen sollen, kann es keinen Unterschied machen, ob ein Arzt in der Vergangenheit bestimmte Leistungen nur in einem geringfügigen Umfang und ab dem 1. Januar 1996 vermehrt erbracht bzw abgerechnet hat, oder ob er ab dem 1. Januar 1996 erstmals auf die Berechnung solcher Leistungen zurückgegriffen hat bzw ausgewichen ist. Es würde der Zielsetzung einer effizienten Wirtschaftlichkeitsprüfung widersprechen, zwar Ärzte, die im Referenzzeitraum 1995 ein einziges Mal eine bestimmte, nach dem 1. Januar 1996 neben der Ordinationsgebühr berechnungsfähige Leistung erbracht und abgerechnet haben, ab 1996 auf diesem Leistungsniveau im wesentlichen festzuhalten, während Ärzte, die bis Ende 1995 entsprechende Leistungen überhaupt nicht erbracht hatten, diese nunmehr ab dem 1. Quartal 1996 ohne Reaktion der Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung ansetzen können. In der besonderen Situation nach der Einführung des EBM-  1996, die den Senat bereits mehrfach beschäftigt hat (vgl. [BSGE 81, 86](#) = [SozR 3-2500   87 Nr 18](#) zur

rückwirkenden Budgetierung; [BSGE 84, 85 = SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 47](#) zum Vertikalvergleich; [BSGE 86, 30 = SozR 3-2500 Â§ 83 Nr 1](#) zu PlausibilitÄtsprüfungen; Senatsurteile vom 31. Oktober 2001 (u.a. [B 6 KA 16/00 R](#), zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen) zur Korrektur von Honorarbescheiden), war es jedenfalls nicht zu beanstanden, daß der Beklagte auf die Situation von "Nullanwendern" in der Vergangenheit und deren "Einstieg" in die Abrechnung bestimmter Leistungen am 1. Januar 1996 in der Weise reagiert hat, daß er die Abrechnungswerte des einzelnen Arztes in den ersten Quartalen des Jahres 1996 mit den durchschnittlichen Ansatzhöufigkeiten der Arztgruppe in der Vergangenheit verglichen hat. Dadurch ist dem einzelnen Arzt ermöglicht worden, ohne Gefahr von Honorarkürzungen bei den von der Ordinationsgebühr oder anderen Komplexleistungen nicht erfaßten Einzelleistungen das Honorarvolumen des Arztgruppendurchschnitts in der Vergangenheit in Anspruch zu nehmen. Hinsichtlich weiterer Steigerungen wird der betroffene Arzt jedoch nicht anders behandelt als die Ärzte seiner Arztgruppe insgesamt. Im Hinblick hierauf ist das vom Beklagten selbst zu Recht als grundsätzlich nicht systemkonform gewertete Abstellen auf den Arztgruppendurchschnitt im Rahmen eines individuellen Vertikalvergleichs ausnahmsweise zulässig gewesen. [Art 12 Abs 1 GG](#) ist dadurch nicht verletzt, weil dem Arzt nicht die Veränderung seines Behandlungsverhaltens angelastet, sondern lediglich auf ein medizinisch nicht erklärbares, ersichtlich interessengeleitetes Abrechnungsverhalten reagiert wird.

Soweit die Praxismitglieder danach ausnahmsweise berechtigt sind, im Rahmen eines Vertikalvergleichs Abrechnungswerte der Arztgruppe heranzuziehen, müssen sie allerdings sorgfältig untersuchen, ob die Vermutung einer nicht in erster Linie medizinisch, sondern abrechnungstechnisch motivierten Änderung des Ansatzes von Positionen der Gebührenordnung zutrifft. Ein Arzt ist berechtigt, etwa nach Anschaffung neuer medizinisch-technischer Geräte oder der Schaffung der Voraussetzungen für das ambulante Operieren in seiner Praxis, Gebührenpositionen in Ansatz zu bringen, die in der Vergangenheit nicht angefallen sind. Anhaltspunkte dafür, daß hier ein solcher Sachverhalt gegeben sein könnte, sind nicht ersichtlich. In der Situation der Neustrukturierung des EBM-Ä und im Hinblick auf die betroffenen Leistungen, die weder auf medizinisch-technische Innovationen noch auf Änderungen von Behandlungskonzepten hindeuten, ist es Sache des einzelnen Arztes, die medizinischen Gründe für den erstmaligen und sogleich signifikant häufigen Ansatz der betroffenen Leistungen darzustellen. Ein entsprechender Vortrag ist hier nicht erfolgt. Der Kläger hat zu keinem Zeitpunkt im Verwaltungsverfahren bzw. in den Vorinstanzen erläutert, weshalb er die ab dem 1. Januar 1996 vermehrt abgerechneten Leistungen hat ansetzen müssen, obwohl er in der Vergangenheit entsprechende Leistungen bei offenbar nicht veränderten Patientengut nicht benützt hat.

Soweit der Kläger schließlich auf nicht näher präzisierete "Grundsätze der Praxis" des Beklagten zur Gestaltung der Vertikalprüfungen hinweist, ist das ohne Bedeutung. Rechtliche Verbindlichkeit im Verhältnis zu den Beteiligten des Prüfungsverfahrens können solche "Grundsätze" nicht beanspruchen. Sie können allenfalls Indizwirkung hinsichtlich einer bestimmten Praxis des Beklagten haben, die wiederum über das Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#) Einfluß auf

die Rechtmäßigkeit einzelner Entscheidungen des Beklagten gewinnen könnte. Der Kläger hat jedoch nicht geltend gemacht, der Beklagte habe generell auf die Vertikalprüfung hinsichtlich solcher Leistungen verzichtet, die der betroffene Arzt im Referenzzeitraum nicht abgerechnet hat. Der Beklagte seinerseits hat eine Prüfungspraxis in dieser Situation geschildert, was die Vermutung begründet, dass nicht nur im Fall des Klägers so verfahren worden ist.

Nach alledem ist nicht zu beanstanden, dass der Beklagte dem Kläger nur das Honorarvolumen für Leistungen nach den Nrn 21, 256, 273, 419 und 422 EBM belassen hat, das die Arztgruppe der Orthopäden während des Referenzzeitraumes im Durchschnitt für diese Leistungen erzielt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 Abs 1](#) und 4 Sozialgerichtsgesetz.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024