-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	06.01.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	08.03.2000

Auf die Revision der KlÃ¤ger wird das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 6. Januar 1999 geÃ¤ndert, 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-Ã abgewiesen hat. Insoweit werden die angefochtenen Bescheide aufgehoben. Soweit das Sozialgericht die Klage hinsichtlich der Leistungen nach Nr 215 und 801 EBM-Ã abgewiesen hat, wird der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurÃ¼ckverwiesen. Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts geÃ¤ndert, soweit es die angefochtenen Berichtigungsbescheide hinsichtlich der Leistungen der KlÃ¤ger nach den Nrn 246, 301, 303, 2401 EBM-Ã aufgehoben hat. Insoweit wird der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Sozialgericht zurÃ¼ckverwiesen. Im Ã¼brigen werden die Revisionen der KlÃ¤ger und der Beklagten zurÃ¼ckgewiesen.

GrÃ¼nde:

I

Umstritten ist die RechtmÃ¤Ã□igkeit von Honorarberichtigungen in den Quartalen I/1996 bis III/1996 sowie von Budgetierungsregelungen im Quartal III/1996.

Die KlÃ¤ger sind seit 1983 als Ã□rzte fÃ¼r OrthopÃ¤die mit den Zusatzbezeichnungen Sportmedizin und Chirotherapie in einer Gemeinschaftspraxis zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen. Die beklagte KassenÃ¤rztliche Vereinigung (KÃ□V) prÃ¼fte die PlausibilitÃ¤t ihrer Abrechnung im Quartal I/1996 und fÃ¼hrte als Ergebnis dieser PrÃ¼fung â□□ soweit im Revisionsverfahren noch streitig â□□ Berichtigungen bei den Nrn 17, 215, 246, 256, 301, 303, 801, 851, 2401, 3210 und 3211 des Einheitlichen BewertungsmaÃ□stabs fÃ¼r die Ã¤rztlichen Leistungen (EBM-Ã□) wegen implausibler Abrechnung durch. Sie stÃ¼tzte sich dabei auf eine Vorschrift in den GesamtvertrÃ¤gen, nach der im Rahmen von PlausibilitÃ¤tskontrollen festgestellte offensichtliche ImplausibilitÃ¤ten eine sachlich unrichtige Abrechnung vermuten lassen und zu entsprechenden Berichtigungen fÃ¼hren, 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 KlÃ¤ger ebenfalls als Ergebnis einer PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung hinsichtlich derselben Leistungsziffern mit Ausnahme der Nrn 303 und 2401 EBM-Ã□ berichtigt; gekÃ¼rzt wurden hier 851.290 Punkte.

Im Quartal III/1996 reduzierte die Beklagte als Ergebnis der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung die Honoraranforderungen der KlÃ¤ger bei den Leistungen Nrn 3210/3211 EBM-Ã□ um insgesamt 91.440 Punkte. Zudem kÃ¼rzte sie die Abrechnung unter Anwendung der ab dem 1. Juli 1996 maÃ□geblichen Bestimmungen Ã¼ber Teilbudgets im EBM-Ã□ um weitere ca 310.000 Punkte. Von den zuletzt genannten KÃ¼rzungen waren im wesentlichen die GesprÃ¤chsleistungen sowie die klinisch-neurologische Basisdiagnostik betroffen. Bei den GesprÃ¤chsleistungen wurden von 205.070 angeforderten Punkten 154.700 und bei der klinisch-neurologischen Basisdiagnostik von 167.790 angeforderten Punkten 134.210 Punkte nicht vergÃ¼tet. DarÃ¼ber hinaus blieben 12.510 Punkte fÃ¼r VerbÃ¤nde, Injektionen und Punktionen sowie 5.680 Punkte fÃ¼r physikalisch-medizinische Leistungen unvergÃ¼tet.

Die Beklagte wies die WidersprÃ¼che â□□ soweit im Revisionsverfahren noch von Bedeutung â□□ zurÃ¼ck. Es sei nicht nachvollziehbar, daÃ□ der Leistungszuwachs bei den von der KÃ¼rzung betroffenen Leistungen auf medizinischen GrÃ¼nden beruhe. Vielmehr hÃ¤tten die KlÃ¤ger bei gleichem Patientengut und im wesentlichen unverÃ¤nderten Praxisgegebenheiten den zum 1. Januar 1996 neu gestalteten EBM-Ã□ 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 fÃ¼r jede Leistung das Quartal mit der hÃ¶chsten Abrechnungsfrequenz, bezogen auf die einzelne Leistungsposition herangezogen worden. Soweit dieser Vergleichswert nicht schon erheblich Ã¼ber dem Fachgruppendurchschnitt gelegen habe, sei noch ein Zuschlag von 10%, mindestens von 10 Leistungen, vorgenommen worden. Bei gÃ¤nzlich neuen bzw stark verÃ¤nderten Leistungsbeschreibungen sei ein Vergleich mit dem

unberichtigten und unbudgetierten Fachgruppendurchschnitt des entsprechenden Quartals vorgenommen worden. Die Leistungen nach den Nrn 17 und 851 EBM-Ã seien wegen der teilweisen Austauschbarkeit zwischen alten und neuen GesprÃ¤chsleistungen im Rahmen einer Gesamtbetrachtung gewÃ¼rdigt worden. Im abrechnungsstÃ¤rksten Quartal des Vorjahres hÃ¤tten die KlÃ¤ger zB die Nrn 11 und 851 EBM-Ã aF vierzehnmal pro hundert BehandlungsfÃ¤lle in Ansatz gebracht; die Ansatzfrequenz der Nrn 17 und 851 EBM-Ã 1996 sei dann im Quartal I/1996 auf 66 und im Quartal II/1996 auf 75 je 100 BehandlungsfÃ¤lle gesteigert worden. Bei den anderen berichtigten Positionen seien die VerhÃ¤ltnisse Ã¤hnlich. GrÃ¼nde fÃ¼r den erheblichen Mehrbedarf seien nicht erkennbar und von den KlÃ¤gern nicht vorgebracht worden.

In dem hiergegen angestrengten Klageverfahren haben die KlÃ¤ger geltend gemacht, sowohl die Honorarberichtigungen auf der Grundlage der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung als auch die Budgetierung wichtiger Leistungsbereiche im EBM-Ã 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 verÃ¤ndert und durchweg zwischen 2,2 und 2,5 Millionen Punkte pro Quartal gelegen. Sie hÃ¤tten im Hinblick auf das Inkrafttreten des neuen EBM-Ã zum 1. Januar 1996 den verÃ¤nderten Gegebenheiten insbesondere bei den GesprÃ¤chsleistungen Rechnung getragen. Daraus kÃ¶nne jedoch nicht geschlossen werden, daÃ sie die neue Fassung der entsprechenden Leistungslegenden falsch angewandt hÃ¤tten. FÃ¼r die PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen fehle es an einer zureichenden rechtlichen Grundlage, da weder im Gesetz selbst noch in den maÃgeblichen gesamtvertraglichen Vereinbarungen die wesentlichen Grundlagen einer solchen PrÃ¼fung und einer darauf gestÃ¼tzten Honorarberichtigung geregelt seien. Dasselbe gelte fÃ¼r die im Quartal III/1996 erstmals angewandte (Teil-)Budgetierung wichtiger Leistungsbereiche. Infolge dieser Budgetierung seien die UmsÃ¤tze in den orthopÃ¤dischen Praxen bis zu 40% zurÃ¼ckgegangen, was nicht hinnehmbar sei.

Das Sozialgericht (SG) hat die angefochtenen Bescheide teilweise aufgehoben und die Klage im Ã¼brigen abgewiesen. Es hat â bezogen auf das Quartal III/1996 â die Bildung von Teilbudgets ua fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen und fÃ¼r die klinisch-neurologische Basisdiagnostik im EBM-Ã fÃ¼r rechtmÃ¤Ãig gehalten und die Beklagte grundsÃ¤tzlich auch fÃ¼r befugt angesehen, auf der Grundlage gesamtvertraglicher Vereinbarungen die PlausibilitÃ¤t der Abrechnung der VertragsÃ¤rzte zu prÃ¼fen. In diesem Rahmen sei die Beklagte berechtigt, die Abrechnung des einzelnen Arztes mit seinen eigenen Abrechnungen in vorangegangenen ZeitrÃ¤umen zu vergleichen (Vertikalvergleich). Dies sei jedoch nur statthaft, wenn eine fehlerhafte Anwendung der GebÃ¼hrenordnung, insbesondere eine nicht vollstÃ¤ndige ErfÃ¼llung der Leistungslegende, wahrscheinlicher sei als eine unwirtschaftliche Leistungserbringung. FÃ¼r eine Berichtigung seitens der KÃV sei nur Raum, wenn zu einem auffÃ¤lligen, implausiblen Abrechnungsverhalten besondere UmstÃ¤nde hinzukÃ¤men, die eine nicht ordnungsgemÃ¤Ãe Abrechnung nahelegten. Als solcher Umstand erweise sich eine grundlegende Ãnderung der GebÃ¼hrenordnung. Insbesondere bei den zum 1. Januar 1996 neu geregelten bzw neu eingefÃ¼hrten GesprÃ¤chsleistungen

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 GesprÃ¤chsleistungen gekommen. Dies sei wahrscheinlicher als die Annahme, daß in vermehrtem Umfang unwirtschaftliche GesprÃ¤chsleistungen erbracht worden seien.

Bei Anwendung dieses PrÃ¼fungsmaßstabes seien die KÃ¼rzungen bei den Leistungen nach den Nrn 17, 251, 801 und 851 EBM-Ä nicht zu beanstanden. Die ErhÃ¶hung der Abrechnungsfrequenzen um mehrere Hundert bzw mehrere Tausend Prozent gegenÃ¼ber den Vergleichsquartalen sei medizinisch nicht begrÃ¼ndbar. Dasselbe gelte hinsichtlich der Nr 801 EBM-Ä fÃ¼r Ãberschreitungen des Fachgruppendurchschnitts um 45% bzw 75%. Insoweit dÃ¼rfe jedoch nicht die gesamte Ã¼ber dem Durchschnitt der Fachgruppe liegende Leistungsmenge im Rahmen der Honorarberichtigung gestrichen werden, vielmehr sei eine angemessene Toleranzzone von etwa 50% gegenÃ¼ber dem Fachgruppendurchschnitt erforderlich.

Im Ã¼brigen, dh hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn 256, 246, 301/303, 2401 sowie 3210/3211 EBM-Ä, habe die Beklagte jedoch ihre ZustÃ¤ndigkeit Ã¼berschritten. Hier sei eine unwirtschaftliche Leistungserbringung wahrscheinlicher als eine Falschabrechnung bzw eine fehlerhafte Anwendung der GebÃ¼hrenordnung (Urteil vom 6. Januar 1999).

Gegen dieses Urteil richten sich die Sprungrevisionen der KlÃ¤ger und der Beklagten.

Die KlÃ¤ger wenden sich gegen die Anwendung der Bestimmungen Ã¼ber die Teilbudgets im EBM-Ä in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung. Sie halten diese formell und materiell fÃ¼r verfassungswidrig. Die formelle Verfassungswidrigkeit ergebe sich aus dem Fehlen einer gesetzlichen Grundlage. Eine solche bestehe erst seit dem 1. Juli 1997 in Â§ 87 Abs 2a Satz 8 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) idF des 2. GKV-Neuordnungsgesetzes vom 23. Juni 1997. Die EinfÃ¼hrung von Obergrenzen fÃ¼r â rechnerisch oder tatsÃ¤chlich â pro Behandlungsfall abrechenbare Punkte in bestimmten Leistungsbereichen sei vor Inkrafttreten dieses Gesetzes nicht zulÃ¤ssig gewesen. Im Hinblick auf den Zusammenhang zwischen Abrechnungsobergrenzen und der in Art 12 Abs 1 Grundgesetz (GG) geschÃ¼tzten Berufswahl- bzw BerufsausÃ¼bungsfreiheit der VertragsÃ¤rzte mÃ¼sse der Gesetzgeber die Grundstrukturen von AbrechnungsbeschrÃ¤nkungen ihrem wesentlichen Inhalt nach selbst regeln. Dazu rechne die Teilbudgetierung als solche, die Bezugnahme auf die jeweilige Fachgruppe, die Bestimmung der ZustÃ¤ndigkeit (BewertungsausschuÃ oder KassenÃ¤rztliche Vereinigung) sowie der normative Standort der erforderlichen untergesetzlichen Regelung (EBM-Ä).

Entgegen der Auffassung des Bundessozialgerichts (BSG) sei der BewertungsausschuÃ nicht fÃ¼r die Schaffung ergÃ¤nzender Bewertungsformen im EBM-Ä zustÃ¤ndig. Insbesondere habe das BSG Unrecht mit seiner Annahme, die Festlegung eines Praxisbudgets stelle sich als "ergÃ¤nzende" Bewertung eines

Leistungskomplexes iS des Â§ 87 Abs 2a Satz 1 SGB V dar. Diese Auffassung sei mit dem Bestimmtheitsgebot nicht vereinbar, das wiederum Teil des Rechtstaatsprinzips sei.

Auch materiell sei die EinfÃ¼hrung der Teilbudgets verfassungswidrig. Sie verstoÃe gegen den Grundsatz der VerhÃ¤ltnismÃ¤Ãigkeit. Es sei schon nicht mÃ¶glich zu bestimmen, welchem Zweck die Teilbudgetierung habe dienen sollen, weil eine gesetzliche Regelung, die auf ihre Intention hin untersucht werden kÃ¶nne, gerade nicht vorhanden sei. Im Schutzbereich des Art 12 Abs 1 GG mÃ¼sse die Zwecksetzungskompetenz bei dem parlamentarischen Gesetzgeber bleiben. Selbst wenn dies anders beurteilt werde, kÃ¶nne man allenfalls unterstellen, der Gesetzgeber habe ein Absinken des Punktwertes durch die EinfÃ¼hrung von Obergrenzen der fÃ¼r bestimmte Leistungen pro Fall abrechenbaren Punkte erreichen wollen. Dazu seien die Teilbudgets jedoch ungeeignet, weil innerhalb des Budgets keinerlei Sparanreize bestÃ¼nden. Die Ã¼ber die Budgetgrenze hinaus abgerechneten Leistungen wÃ¼rden allenfalls mit einem sehr niedrigen Punktwert honoriert, so daÃ â bezogen auf die gesamte Breite der von einem Arzt erbrachten Leistungen â eine Punktwertstabilisierung nicht eintreten kÃ¶nne. Im Ã¼brigen sei die einzelne KÃV an die Vorgaben des EBM-Ã nicht gebunden und kÃ¶nne in ihrem HonorarverteilungsmaÃstab (HVM) abweichende Regelungen treffen. SchlieÃlich hÃ¤tten andere MaÃnahmen, wie die Abstaffelung der Honorierung bei Ãberschreiten bestimmter Grenzwerte, die Festlegung von RichtgrÃ¶Ãen, FestbetrÃ¤gen und Positivlisten weniger schwerwiegende Eingriffe in die BerufsausÃ¼bungs- bzw die Berufswahlfreiheit der Ãrzte dargestellt.

Die Arztgruppe der OrthopÃ¤den sei durch die fachgruppenbezogenen Teilbudgets in besonderer Weise benachteiligt. Das ergebe sich zum einen aus fehlenden Ausnahmeregelungen und im Ã¼brigen daraus, daÃ infolge der Teilbudgetierung zahlreiche Leistungen nicht einmal mehr kostendeckend erbracht werden kÃ¶nnten. Ausnahmeregelungen, die der Spezialisierung innerhalb einer bestimmten Arztgruppe ausreichend Rechnung trÃ¼gen, seien erst zum 1. Juli 1997 in den EBM-Ã eingefÃ¼hrt worden. Die Teilbudgetierung habe bewirkt, daÃ der durchschnittliche Fallwert der OrthopÃ¤den im Bereich der Beklagten von 119,01 DM im Quartal III/1995 auf 91,65 DM im Quartal III/1996 abgesunken sei. Einzelne Praxen hÃ¤tten UmsatzeinbuÃen von 40% zu verzeichnen gehabt und kÃ¶nnten 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, Ã¼ber 75% im Bereich der GesprÃ¤chsleistungen, sowie 4,73% bei Injektionen und Punktionen und 2,21% fÃ¼r 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 EinfÃ¼hrung der Teilbudgets verletzt, weil es an einer hinreichend bestimmten Gesetzesgrundlage und an einem rechtfertigendem Grund fÃ¼r die Nichthonorierung bestimmter Leistungen fehle. Im Ã¼brigen sei die Schaffung von

Teilbudgets den KÃ□Ven im Rahmen der Honorarverteilung vorbehalten. SchlieÃ□lich sei das Gebot der angemessenen VergÃ¼tung der Ã¤rztlichen Leistungen verletzt und die Verweisung des Â§ 81 Abs 3 SGB V bezÃ¼glich der Einbeziehung der auf Bundesebene vereinbarten VertrÃ¤ge in das Satzungsrecht der einzelnen KÃ□V verfassungswidrig.

Die Berichtigungsbescheide fÃ¼r die Quartale I/1996 und II/1996 seien nicht nur â□□ wie das SG angenommen habe â□□ teilweise, sondern in vollem Umfange rechtswidrig. FÃ¼r Honorarberichtigungen auf der Grundlage von PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen fehle es an einer wirksamen Rechtsgrundlage. PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen mit der Folge von Honorarberichtigungen stellten BerufsausÃ¼bungsregelungen iS des Art 12 Abs 1 Satz 2 GG dar. Soweit ein bestimmtes Abrechnungsverhalten des Arztes nach der Verwaltungspraxis der Beklagten die Vermutung begrÃ¼nde, es sei falsch abgerechnet worden, mÃ¼sse der Arzt HonorareinbuÃ□en hinnehmen, weil ihm faktisch nicht mÃ¶glich sei, den Beweis zu fÃ¼hren, korrekt abgerechnet zu haben. Eine Beweislastverteilung von dieser Tragweite bedÃ¼rfe der Regelung in einem formellen Gesetz, das hier nicht vorhanden sei. Â§ 83 Abs 2 SGB V sei insoweit unzureichend, weil die Vorschrift die wesentlichen Elemente der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung nicht regele.

Im ZustÃ¤ndigkeitsbereich der Beklagten habe eine gesamtvertragliche Vereinbarung Ã¼ber die DurchfÃ¼hrung von PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen erstmals 1997 gegolten. FÃ¼r die zuvor durchgefÃ¼hrten PrÃ¼fungen habe sich die KÃ□V lediglich auf die von ihrem Vorstand erlassenen "GrundsÃ¤tze Ã¼ber das Berichtigungsverfahren wegen ImplausibilitÃ¤ten fÃ¼r die ersten Abrechnungsquartale nach dem EBM 1996" vom 22. August 1996 gestÃ¼tzt. Diese GrundsÃ¤tze stellten lediglich verwaltungsinterne Richtlinien dar, die den Anforderungen des Â§ 83 Abs 2 SGB V von vornherein nicht genÃ¼gen kÃ¶nnten. Soweit im Ã¼brigen in den GesamtvertrÃ¤gen 1997/1998 PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen rÃ¼ckwirkend vereinbart worden seien, seien diese wegen eines VerstoÃ□es gegen das verfassungsrechtliche Verbot der RÃ¼ckwirkung belastender Normen unwirksam.

Im Ã¼brigen stehe die in Ziff 5 der GesamtvertrÃ¤ge enthaltene Beweislastumkehr mit Â§ 83 Abs 2 Satz 1 SGB V nicht in Einklang. Die vom Arzt gegebenenfalls zu entkrÃ¤ftende Vermutung einer inkorrekten Abrechnung kÃ¶nne nicht mehr als Regelung "zur Ausgestaltung des Verfahrens" der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung angesehen werden, sondern beinhalte den AusschluÃ□ der VergÃ¼tung fÃ¼r tatsÃ¤chlich erbrachte Leistungen, was nicht statthaft sei.

Auch materiell-rechtlich seien die durchgefÃ¼hrten PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen wegen eines unverhÃ¤ltnismÃ¤Ã□igen Eingriffs in die BerufsausÃ¼bungsfreiheit der betroffenen Ã□rzte zu beanstanden. Der EBM-Ã□ in der ab Quartal II/1994 geltenden Fassung sei zum 1. Januar 1996 grundlegend umgestaltet worden. Von daher seien Vergleiche der Abrechnungsfrequenzen frÃ¼herer Leistungspositionen mit den 1996 neu formulierten schon im Ansatz wenig aussagekrÃ¤ftig. Im Ã¼brigen gehe es nicht an, den Ã□rzten zu unterstellen, neu geschaffene Leistungslegenden nicht lesen, verstehen und korrekt anwenden zu kÃ¶nnen. Der EBM-Ã□ 1996 habe

deutliche Anreize gesetzt und setzen wollen, Leistungen der "sprechenden Medizin" besser zu honorieren. Wer diesen Anreizen gefolgt sei, dÃ¼rfe nicht dem Vorwurf implausibler Abrechnungen ausgesetzt sein.

Selbst auf der Grundlage der (fehlerhaften) Rechtsauffassung des SG von der prinzipiellen ZulÃ¤ssigkeit von Abrechnungsberichtigungen nach DurchfÃ¼hrung eines Vertikalvergleichs im Rahmen einer PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung seien die vom SG gebilligten KÃ¼rzungen der Leistungen nach den Nrn 17 und 851, 215 und 801 EBM-Ã nicht gerechtfertigt. Die Leistungslegenden seien nicht in besonderem Maße unverstÃ¤ndlich und auslegungsbedÃ¼rftig, sondern hinreichend klar und deutlich, so daß kein Anhaltspunkt fÃ¼r die Annahme bestehe, der einzelne Arzt habe aus UnverstÃ¤ndnis die Leistungslegende nicht richtig angewandt. Die Nr 17 EBM-Ã in der ab 1. Januar 1996 geltenden Fassung sei gegenÃ¼ber der frÃ¼her geltenden Nr 11 EBM-Ã idF ab 1. Oktober 1994 insoweit erheblich erweitert worden, als auch die sozialen und beruflichen Auswirkungen einer Erkrankung Gegenstand der Beratung sein kÃ¶nnten. Anders als nach Nr 11 aF sei der unmittelbare Zusammenhang mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung nicht mehr erforderlich, so daß es verstÃ¤ndlich sei, daß die Nr 17 EBM-Ã hÃ¤ufiger als die Nr 11 EBM-Ã aF abgerechnet worden sei. Ähnliches gelte auch bei den anderen betroffenen Leistungspositionen.

Die KlÃ¤ger beantragen,
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 6. Januar 1999 zu Ã¤ndern 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-Ã berichtigt worden sind, und den Bescheid der Beklagten vom 25. Februar 1997 idF des Widerspruchsbescheides vom 3. September 1997 zu Ã¤ndern, soweit das Honorar der KlÃ¤ger fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen, fÃ¼r klinisch-neurologische Basisuntersuchungen, fÃ¼r VerbÃ¤nde und Injektionen sowie fÃ¼r physikalisch-medizinische Leistungen als Folge der Bestimmungen Ã¼ber Teilbudgetierungen nach Abschn A I Ziff 5.6.1., 5.6.3., 5.7.1. und 5.7.3. des EBM-Ã in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung begrenzt worden ist, und die Beklagte zu verpflichten, den KlÃ¤gern die infolge der Anwendung dieser Bestimmungen gekÃ¼rzten HonorarbetrÃ¤ge auszuzahlen, sowie die Revision der Beklagten zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Hamburg vom 6. Januar 1999 abzuÃ¤ndern und die Klage gegen die Abrechnungsbescheide fÃ¼r 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 KlÃ¤ger zurÃ¼ckzuweisen.

Sie rÃ¼gt eine fehlerhafte Anwendung des Â§ 75 Abs 1, Â§ 83 Abs 2 und Â§ 106 SGB V durch das SG.

Nach EinfÃ¼hrung des zum 1. Januar 1996 weitgehend umgestalteten EBM-Ã 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 existenzgefÃ¤hrdenden UmsatzrÃ¼ckgÃ¤ngen gefÃ¼hrt habe. Dies habe insbesondere Ãrzte bzw Arztgruppen betroffen, die an der Mengenentwicklung nicht hÃ¤tten teilnehmen wollen oder kÃ¶nnen. Deshalb hÃ¤tten die Partner der Selbstverwaltung die erst zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt vorgesehenen Teilbudgets rÃ¼ckwirkend zum 1. Januar 1996 eingefÃ¼hrt, was das BSG mit Urteil vom 17. September 1997 fÃ¼r rechtwidrig erklÃ¤rt habe. Daneben sei in unterschiedlicher Form auf den Zuwachs des Leistungsbedarfs reagiert worden. Sie â die Beklagte â habe sich entschlossen, in Wahrnehmung der gesetzlichen Verpflichtung zur GewÃ¤hrleistung sachlich-richtiger Abrechnungen flÃ¤chendeckend PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen durchzufÃ¼hren und bei ImplausibilitÃ¤ten Abrechnungen zu berichtigen. Grundlage dafÃ¼r seien die auf der Basis des Â§ 83 Abs 2 SGB V mit den Krankenkassen abgeschlossenen VertrÃ¤ge. Im Rahmen der gesetzlich zugelassenen PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung seien Vertikalvergleiche in der Weise durchgefÃ¼hrt worden, daÃ die AbrechnungshÃ¤ufigkeit einzelner Leistungen jeweils an dem Quartal der hÃ¶chsten AbrechnungshÃ¤ufigkeit des Vorjahres gemessen worden sei. Der Anstieg der AbrechnungshÃ¤ufigkeit Ã¼ber diesen gegebenenfalls um einen Zuschlag von 10 % erhÃ¶hten Wert hinaus sei als Indiz fÃ¼r eine Falschabrechnung zu werten. Deshalb gelte fÃ¼r diesen Zuwachs die widerlegbare Vermutung einer sachlich falschen Abrechnung, die mit einer Berichtigung der Honorarabrechnung verbunden sei. FÃ¼r einen Leistungszuwachs, fÃ¼r den sich keine plausible ErklÃ¤rung finde, sei die Vermutung, der Arzt habe die einzelnen Leistungen so abgerechnet, wie er sie erbracht habe, nicht mehr gÃ¼ltig.

Die in Â§ 83 Abs 2 SGB V geregelte PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung stelle den Dualismus zwischen der Kompetenz der KÃV zur PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der vertragsÃ¤rztlichen Abrechnung und derjenigen der Gremien der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen zur PrÃ¼fung der Wirtschaftlichkeit der Ã¤rztlichen Behandlungs- und Verordnungsweise nicht in Frage. Der Gesetzgeber habe lediglich eine pauschalierte PrÃ¼fung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mit einer Beweiserleichterung bei offensichtlich nicht plausiblen Abrechnungen eingefÃ¼hrt. Die Norm sei so zu verstehen, daÃ bei ErfÃ¼llung der Voraussetzungen der gesamtvertraglich vereinbarten Kriterien fÃ¼r eine ImplausibilitÃ¤t die widerlegbare Vermutung einer sachlich unrichtigen Abrechnung ausgelÃ¶st werde. Die klare Trennung zwischen korrekter Abrechnung und unwirtschaftlicher Leistungserbringung sei in der Praxis nur schwer durchfÃ¼hrbar. Entscheidend fÃ¼r die EffektivitÃ¤t einer AbrechnungsprÃ¼fung sei stets, nach welchen Beweismethoden sie durchgefÃ¼hrt werde, und welche SchlÃ¼sse aus einem bestimmten Beweisergebnis gezogen werden dÃ¼rften. Insoweit sei von Bedeutung, daÃ es im Rahmen der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung nach Durchschnittswerten mit der Vermutung der Unwirtschaftlichkeit bei Vorliegen eines offensichtlichen MiÃverhÃ¤ltnisses ein gesichertes PrÃ¼fverfahren mit Beweiserleichterung gebe. Ein derartiges Verfahren einer pauschalierenden PrÃ¼fung im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung habe sich bisher noch nicht durchsetzen kÃ¶nnen. Diese LÃ¼cke habe sie durch die von ihr mit den VerbÃ¤nden der Krankenkassen geschlossenen GesamtvertrÃ¤ge auf der Grundlage

des Â§ 83 Abs 2 SGB V schlieÃen wollen.

Die eindeutige Zuordnung der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung zur sachlich-rechnerischen Berichtigung schlieÃe die Annahme eines Eingriffs in die ZustÃ¤ndigkeit der Gremien der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung aus. Die KÃV besitze nach der Rechtsprechung des BSG keine RandzustÃ¤ndigkeit, im Einzelfall auch unwirtschaftliche Abrechnungen zu beanstanden, wie sie umgekehrt den PrÃ¼fgremien hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Unrichtigkeit der Abrechnung zustehen kÃ¶nne. Die gesamtvertraglich vereinbarte Beweiserleichterung hinsichtlich der Vermutung einer sachlich-rechnerisch falschen Abrechnung solle eine entsprechende RandzustÃ¤ndigkeit der KÃV nicht begrÃ¼nden. Es sei selbstverstÃ¤ndlich, daÃ dann, wenn der Vertragsarzt die Vermutung der ImplausibilitÃ¤t und damit der Fehlerhaftigkeit seiner Abrechnung widerlegt habe, seine dann als richtig zu behandelnde Abrechnung der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung zugefÃ¼hrt werden kÃ¶nne und evtl zugefÃ¼hrt werden mÃ¼sse.

Das SG setze sich mit seiner Forderung, ggf mÃ¼Ãten im AnschluÃ an die PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung auf der Grundlage des Vertikalvergleichs einzelfallbezogene AbrechnungsprÃ¼fungen stattfinden, in Widerspruch zu seiner (zutreffenden) Grundthese, daÃ die PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung ein speziell geregeltes Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung darstelle. Wenn das richtig sei, seien in einem Berichtigungsverfahren, das durch eine PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung in Gang gesetzt worden sei, sÃ¤mtliche Argumente zuzulassen, die geeignet seien, den aus der implausiblen Abrechnung gewonnenen Eindruck der sachlich falschen Abrechnung und damit dessen Indizwirkung zu stÃ¼tzen. Deshalb sei es fehlerhaft, ihr â der Beklagten â im Verfahren der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung die Darstellung zu versagen, die Durchsicht der Behandlungsausweise habe Hinweise auf klare Fehler der Abrechnung ergeben.

II

Die Revisionen der KlÃ¤ger 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 KlÃ¤ger in den Quartalen I bis III/1996 wegen fehlerhafter Abrechnung einzelner Leistungspositionen. Rechtsgrundlage hierfÃ¼r kann nur Â§ 45 Abs 2 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ãrzte (BMV-Ã) und Â§ 34 Abs 4 SÃ¤tze 1 und 2 Arzt-/Ersatzkassen-Vertrag (Bundesmantelvertrag-Ãrzte/Ersatzkassen â EKV-Ã) in der 1996 geltenden Fassung sein. Nach diesen im wesentlichen Ã¼bereinstimmenden Vorschriften berichtigt die KÃV 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 fÃ¼r ihr Vorgehen auf die Vorschriften in Nr 5 der von ihr

mit den Krankenkassen bzw den KrankenkassenverbÃ¤nden geschlossenen gesamtvertraglichen Vereinbarungen vom 11. bzw. 18. April 1996 ("Verfahren zur DurchfÃ¼hrung von PlausibilitÃ¤tskontrollen gemÃ¤Ã Â§ 83 Abs 2 SGB V"). Ihr kann insoweit nicht gefolgt werden. Diese Vorschriften sind unwirksam. Sie fÃ¼hren ohne ausreichende ErmÃ¤chtigungsgrundlage neue, die VertragsÃ¤rzte belastende Elemente in das Verfahren der Honorarberichtigung ein.

Nach den wÃ¶rtlich Ã¼bereinstimmenden Vorschriften der Nr 5 der jeweiligen gesamtvertraglichen Vereinbarung bewirken offensichtliche ImplausibilitÃ¤ten, die im Rahmen der beschriebenen PlausibilitÃ¤tskontrollen festgestellt werden, die Vermutung einer sachlichen Unrichtigkeit der Abrechnung. Sie haben danach entsprechende Berichtigungen zur Folge, sofern der betroffene Arzt nicht nachweisen kann, daÃ die Abrechnung trotz der offensichtlichen ImplausibilitÃ¤t sachlich richtig ist. Der Begriff der ImplausibilitÃ¤t wird in Nrn 3 und 4 der Vereinbarungen nÃ¤her umschrieben. EinschlÃ¤gig ist vorliegend die Regelung der Nr 4 der gesamtvertraglichen Vereinbarungen. Hiernach kÃ¶nnen aus besonderem Grund Ã¼ber den Umfang der Nr 3 aaO hinaus weitere PlausibilitÃ¤tskontrollen durchgefÃ¼hrt werden, so zB bei eingreifenden Ãnderungen des EBM-Ã (insbesondere Budgetierung von Leistungen, Fortfall der Abrechenbarkeit von Leistungen im Zusammenhang mit Bildung von KomplexgebÃ¼hren, VerÃ¤nderung der Voraussetzungen fÃ¼r die Abrechnung von Leistungen usw). Entsprechende AuffÃ¤lligkeiten kÃ¶nnen AnlaÃ zu Abrechnungsberichtigungen sein, weil sie berechtigte Zweifel an der richtigen Anwendung der geÃ¤nderten GebÃ¼hrenordnung begrÃ¼nden. Hinweise auf solche unzutreffenden Anwendungen neuer/geÃ¤nderter Bestimmungen des EBM-Ã kÃ¶nnen 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-Ãnderung erhebliche absolute oder relative Abweichungen in den Zahlen der abgerechneten Leistungen ergibt (Vertikalvergleich)" (Nr 4 aaO).

Wesentlicher Inhalt der aufgezeigten Vorschriften ist somit, daÃ bei berechtigten Zweifeln an der richtigen Anwendung der GebÃ¼hrenordnung, dem Vorliegen von offensichtlichen ImplausibilitÃ¤ten also, die Unrichtigkeit der Abrechnung des Arztes vermutet wird. Diese Vermutung der Unrichtigkeit ist verknÃ¼pft mit einer Umkehr der Beweislast zu Lasten des betroffenen Arztes. Bei implausiblen Abrechnungen muÃ nicht die KÃV nachweisen, daÃ diese inkorrekt sind. Der Arzt muÃ vielmehr seinerseits den Nachweis fÃ¼r die sachliche Richtigkeit seiner Honorarforderungen fÃ¼hren, um einer Berichtigung seiner Honoraranforderungen wegen berechtigter Zweifel an der richtigen Anwendung der geÃ¤nderten GebÃ¼hrenordnung zu entgehen. Insoweit liegt ein gravierender Unterschied zum Institut der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vor, bei der die KÃV die Fehlerhaftigkeit der Honorarabrechnung beweisen muÃ. Eine Ausnahme hiervon ist allein gegeben, wenn feststeht, daÃ ein Arzt vorsÃ¤tzlich oder zumindest grob fahrlÃ¤ssig falsch abgerechnet hat (zu den Auswirkungen einer falschen Abrechnungs-SammelerklÃ¤rung durch den Vertragsarzt s BSG-Urteil vom 17. September 1997 â SozR 3-5550 Â§ 35 Nr 1). Nur in diesem Fall hat der Arzt die

ordnungsgemÃ¤Ãe Erbringung der abgerechneten Leistungen nachzuweisen. Die fragliche gesamtvertragliche Regelung der Nr 5 aaO senkt demgegenÃ¼ber die Schwelle, ab der Honorarberichtigungen vorgenommen werden dÃ¼rfen, 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 â von den PrÃ¼fungs- und BeschwerdeausschÃ¼ssen durchzufÃ¼hrenden â Wirtschaftlichkeitsprüfung nach Durchschnittswerten gemÃ¤Ã Â§ 106 Abs 2 Nr 1 SGB V. Bei ihr gilt die Vermutung, daÃ der Arzt nicht wirtschaftlich behandelt hat, erst ab einem bestimmten Umfang der Ãberschreitung der Durchschnittswerte der Vergleichsgruppe, regelmÃ¤Ãig ab der Grenze zum offensichtlichen MiÃverhÃ¤ltnis.

Der dargestellte Vergleich zeigt, daÃ die auf Nr 5 der gesamtvertraglichen Vereinbarungen gegrÃ¼ndete Berichtigung der Honorarabrechnungen des Arztes wegen ImplausibilitÃ¤ten dessen Rechtsstellung im VerhÃ¤ltnis zur Honorarberichtigung und zur WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung erheblich verschlechtert. FÃ¼r derartige Eingriffe in die durch Art 12 Abs 1 Satz 2 Grundgesetz (GG) geschÃ¼tzte BerufsausÃ¼bung des Arztes bedarf es einer ausdrÃ¼cklichen ErmÃ¤chtigungsgrundlage. Eine solche ist nicht gegeben.

Die Regelungen in Nr 5 der gesamtvertraglichen Vereinbarungen gehen zurÃ¼ck auf Â§ 46 BMV-Ã bzw Â§ 42 EKV-Ã in der 1996 geltenden Fassung. Nach diesen Vorschriften obliegt den KÃVen auch die PrÃ¼fung der Ã¤rztlichen Abrechnung durch PlausibilitÃ¤tskontrollen nach den in den GesamtvertrÃ¤gen vereinbarten Verfahren, zB durch Stichproben (SÃ¤tze 1 aaO). DarÃ¼ber hinaus sollen gezielte PlausibilitÃ¤tskontrollen insbesondere dann durchgefÃ¼hrt werden, wenn ein PrÃ¼fgremium, eine Krankenkasse oder eine KÃV begrÃ¼ndete Zweifel an der RechtmÃ¤Ãigkeit der Abrechnung eines Vertragsarztes haben (SÃ¤tze 2 aaO). In den GesamtvertrÃ¤gen ist auch zu regeln, wie die LandesverbÃ¤nde bzw die Ersatzkassen und ihre VerbÃ¤nde Ã¼ber die Ergebnisse der PlausibilitÃ¤tskontrollen informiert werden (SÃ¤tze 3 aaO). Die dargestellten Bestimmungen wiederum beruhen auf Â§ 83 Abs 2 SGB V idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I 2477). Danach sind in den GesamtvertrÃ¤gen auch Verfahren zu vereinbaren, die die PrÃ¼fung der Abrechnungen auf RechtmÃ¤Ãigkeit durch PlausibilitÃ¤tskontrollen der KÃVen, insbesondere auf der Grundlage von Stichproben, ermÃ¶glichen (Satz 1 aaO). Dabei sind Anzahl und HÃ¤ufigkeit der PrÃ¼fungen festzulegen (Satz 2 aaO).

Bereits aus dem Wortlaut des Â§ 83 Abs 2 Satz 1 SGB V mit seiner Formulierung "PrÃ¼fung der Abrechnung auf RechtmÃ¤Ãigkeit durch PlausibilitÃ¤tskontrollen" folgt, daÃ es insoweit nur eine Berichtigung der Abrechnung wegen fehlender RechtmÃ¤Ãigkeit und nicht schon wegen fehlender PlausibilitÃ¤t geben kann. Allerdings liegt die auch vom SG geteilte Vorstellung, neben der Richtigstellung wegen fehlerhafter Abrechnung und der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung gebe es mit der PlausibilitÃ¤tskontrolle ein eigenstÃ¤ndiges, drittes Honorarberichtigungsverfahren, erkennbar der Vereinbarung der Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge zur Reform des Einheitlichen BewertungsmaÃstabs (EBM-

Ã) vom 6. August 1996 (Deutsches Ärzteblatt (DÃ) 1996, A-2815 f) zugrunde. Dort werden die ergÃ¤nzenden Umsetzungsvereinbarungen zur Neufassung des EBM-Ã zum 1. Juli 1996 (und teilweise rÃ¼ckwirkend zum 1. Januar 1996) unter dem Eindruck der unter Mengengesichtspunkten problematischen Abrechnungsergebnisse des Quartals I/1996 dargestellt. Unter Ziff 3 der Vereinbarung heiÃt es: "Die KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen werden aufgefordert, alle ihnen zur VerfÃ¼gung stehenden MÃ¶glichkeiten der sachlich-rechnerischen Richtigstellung, der PlausibilitÃ¤tskontrolle und der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung zu nutzen, um fehlerhafte oder nicht plausible Abrechnungen im I. und II. Quartal 1996 so weit wie mÃ¶glich zu korrigieren". In der AufzÃ¤hlung von sachlich-rechnerischer Richtigstellung, PlausibilitÃ¤tskontrolle und WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung kommt die Vorstellung zum Ausdruck, die PlausibilitÃ¤tskontrolle sei ein drittes Verfahren der KÃ¼rzung vertragsÃ¤rztlichen Honorars. In der Konsequenz dieser Auffassung liegt es, daÃ die gesetzliche Formulierung, wonach die Abrechnungen "auf RechtmÃ¤Ãigkeit" zu prÃ¼fen sind (Â§ 83 Abs 2 Satz 1 SGB V), in den diese Vorschrift umsetzende Bestimmungen des Â§ 46 BMV-Ã bzw des Â§ 42 EKV-Ã nicht mehr enthalten sind. Damit ist die gesetzlich vorgegebene Zielsetzung der PlausibilitÃ¤tskontrollen, nÃ¤mlich die PrÃ¼fung der "RechtmÃ¤Ãigkeit" der Abrechnung, von den Partnern der BundesmantelvertrÃ¤ge nicht hinreichend aufgegriffen worden.

Die Auffassung von der PlausibilitÃ¤tskontrolle als eigenstÃ¤ndigem Honorarberichtigungsverfahren widerspricht Sinn und Zweck der ErmÃ¤chtigungsgrundlage des Â§ 83 Abs 2 SGB V, wie er sich bereits aus der BegrÃ¼ndung der Vorschrift im Gesetzentwurf der Bundesregierung fÃ¼r ein GRG vom 29. April 1988 erschlieÃt. Zu dem spÃ¤ter als Â§ 83 Gesetz gewordenen Â§ 91 des Entwurfs wird formuliert, Abs 2 verpflichte die Partner der GesamtvertrÃ¤ge, die PrÃ¼fungen Ã¤rztlicher Abrechnungen so auszugestalten, daÃ Abrechnungsmanipulationen verhindert werden (BR-Drucks 200/88, S 193). Angesprochen wird damit allein die PrÃ¼fung von Abrechnungen, nicht aber die Berechtigung, ohne den Nachweis fehlerhafter Abrechnung Honorarberichtigungen vorzunehmen.

Dieses VerstÃ¤ndnis von PlausibilitÃ¤tskontrollen als AbrechnungsprÃ¼fung 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 Â§ 83 Abs 2 SGB V um folgenden Satz 3 ergÃ¤nzt worden: "Gegenstand der PrÃ¼fungen nach Satz 1 ist insbesondere die ÃberprÃ¼fung des Umfangs der je Tag abgerechneten Leistung im Hinblick auf den damit verbundenen Zeitaufwand". Diese Regelung ist erst im VermittlungsausschuÃ beschlossen worden. Im Gesetzesentwurf der Fraktionen von SPD und BÃ¼ndnis 90/DIE GRÃNEN war noch die Streichung des Â§ 83 Abs 2 SGB V vorgesehen. Die AbrechnungsprÃ¼fung sollte in Â§ 106a SGB V in einer eigenen Vorschrift normiert werden, deren Abs 1 Satz 2 lautete: "Insbesondere sind Verfahren zu vereinbaren, die eine regelmÃ¤Ãige ÃberprÃ¼fung des Umfangs der pro Tag abgerechneten Leistung unter PlausibilitÃ¤tsgesichtspunkt auf der Grundlage von Annahmen hinsichtlich des Zeitbedarfs fÃ¼r die abgerechneten Leistungen vorsehen". Wie in der

BegrÃ¼ndung ausgefÃ¼hrt wird, sollten die Ergebnisse dieser PrÃ¼fungen den PrÃ¼fungsausschÃ¼ssen nach Â§ 106 zur VerfÃ¼gung gestellt und in die PrÃ¼fungen nach Â§ 106 Abs 2 einbezogen werden (BT-Drucks 14/1245, S 17), also nur als Aufgreifkriterium dienen. Der BundestagsausschuÃ fÃ¼r Gesundheit hat in der von ihm vorgeschlagenen Gesetzesfassung an Â§ 106a SGB V als eigenstÃ¤ndiger Regelung Ã¼ber die AbrechnungsprÃ¼fung festgehalten und den Entwurf der Regierungsfraktionen und der Bundesregierung lediglich durch die Klarstellung in Abs 1 Satz 1 geÃ¤ndert, wonach die PrÃ¼fung der Abrechnung auf der Grundlage gesamtvertraglich vereinbarter Verfahren durch die KÃVen zu erfolgen habe (BT-Drucks 14/1977, S 43). Im Vermittlungsverfahren ist dann auf die Regelung einer AbrechnungsprÃ¼fung (Â§ 106a SGB V idF des Gesetzentwurfs) vollstÃ¤ndig verzichtet und die Vorschrift Ã¼ber die PrÃ¼fung der PlausibilitÃ¤t der Ã¤rztlichen Abrechnung in Bezug auf den Zeitaufwand als Satz 3 in Â§ 83 Abs 2 SGB V eingefÃ¼gt worden (BT-Drucks 14/2369, S 10). Der Gesetzgeber hat dabei in erster Linie an die in der Rechtsprechung des BSG bereits als Beweisverfahren fÃ¼r Abrechnungsmanipulationen zugelassenen "Tagesprofile" (vgl BSGE 73, 234, 238 = SozR 3-2500 Â§ 95 Nr 4 S 13 f) angeknÃ¼pft (vgl BegrÃ¼ndung des Gesetzentwurfs, BT-Drucks 14/1245, S 81, zu Nr 57). Wenn die PrÃ¼fung der von einem Vertragsarzt an einem beliebigen Tag abgerechneten Leistungen erkennen lÃ¤Ãt, daÃ diese unter BerÃ¼cksichtigung des fÃ¼r die einzelnen Leistungen erforderlichen persÃ¶nlichen Arbeitsaufwands, so, wie sie abgerechnet worden sind, nicht erbracht sein kÃ¶nnen, ist die Abrechnung falsch. Die anhand von gesamtvertraglich zu vereinbarenden Kriterien begrÃ¼ndete Vermutung der ImplausibilitÃ¤t kann zur Erstellung von Tagesprofilen AnlaÃ geben. Deren Auswertung kann dann die Fehlerhaftigkeit der Abrechnung aufdecken, wobei der Nachweis nicht notwendig ist, welche einzelne abgerechnete Leistung gegenÃ¼ber welchem Patienten nicht â wie abgerechnet â 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, daÃ diese Unterschrift falsch war, weil die Leistungen, so wie sie abgerechnet worden sind, nicht erbracht worden sein kÃ¶nnen (BSG, Urteil vom 17. September 1997 â SozR 3-5550 Â§ 35 Nr 1).

PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen stellen mithin nach der Intention des Gesetzes ein Verfahren dar, aufgrund bestimmter Anhaltspunkte und vergleichender Betrachtungen im Ergebnis die Fehlerhaftigkeit Ã¤rztlicher Abrechnungen aufzudecken. Â§ 83 Abs 2 SGB V ermÃ¤chtigt aber nicht zu der in den gesamtvertraglichen Vereinbarungen Ã¼ber die PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen zwischen der Beklagten und den VerbÃ¤nden der Kranken- bzw Ersatzkassen normierten Beweislastumkehr. Ergibt eine PlausibilitÃ¤tskontrolle fÃ¼r sich oder iVm anderen Verfahren zur PrÃ¼fung vertragsÃ¤rztlicher Abrechnungen, daÃ die Abrechnung des Vertragsarztes ganz oder teilweise unrichtig ist, so ist fÃ¼r eine Widerlegung dieser "Vermutung" durch den Arzt kein Raum. Kann sich die KÃV eine solche Ãberzeugung von der Fehlerhaftigkeit der Abrechnung nicht bilden, kann der erforderliche Nachweis nicht durch eine "Vermutung" ersetzt und der Nachweis der ordnungsgemÃ¤Ãen Abrechnung im Wege der Beweislastumkehr auf den Vertragsarzt verlagert werden. Ungeachtet aller in der Praxis vorkommenden und unvermeidlichen Abgrenzungsschwierigkeiten muÃ klar unterschieden

werden, ob dem Arzt vorgehalten wird, Leistungen falsch abgerechnet oder lediglich bestimmte Leistungen in einem unwirtschaftlichen AusmaÃ erbracht und abgerechnet zu haben.

Durch diese strikte Trennung wird entgegen der Auffassung der Beklagten weder die Kontrolle vertragsÃ¤rztlicher Abrechnungen auf ihre PlausibilitÃ¤t behindert noch wird der KÃV verwehrt, aus den Ergebnissen von PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungen die gebotenen Konsequenzen zu ziehen. Zum einen hat der Senat mit Urteil vom 9. Juni 1999 â B 6 KA 21/98 R â (BSGE 84, 85) hinsichtlich der auch hier streitigen Quartale I/1996 und II/1996 die Gremien der WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung im Rahmen der PrÃ¼fung nach Durchschnittswerten (Â§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V) fÃ¼r berechtigt gehalten, eine unwirtschaftliche Behandlungsweise auch durch einen Vergleich der Abrechnungswerte einzelner GebÃ¼hrenziffern in den Quartalen I/1996 und II/1996 mit den eigenen Abrechnungswerten des betroffenen Arztes in der Vergangenheit nachzuweisen und entsprechende KÃ¼rzungen vorzunehmen. Zum anderen dÃ¼rfen in einem Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung, auch wenn dieses zunÃ¤chst nach gesamtvertraglich vereinbarten GrundsÃ¤tzen der PlausibilitÃ¤tskontrolle durchgefÃ¼hrt 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 eigenstÃ¤ndig verstandenen PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fungsverfahren kÃ¶nne das Ergebnis einer PrÃ¼fung der Behandlungsausweise des betroffenen Arztes nicht berÃ¼cksichtigt werden, trifft nicht zu. Der KÃV ist es vielmehr durchaus gestattet, im einzelnen zu untersuchen, worauf etwa ein als implausibel bewerteter Anstieg der AnsatzhÃ¤ufigkeit einer EBM-Ã-Position beruht und darauf ggf mit einer Korrektur der Abrechnung zu reagieren. Dies zu ermÃ¶glichen, ist gerade ein Zweck von PlausibilitÃ¤tskontrollen.

Das SG hat â von seinem rechtlichen Ausgangspunkt folgerichtig â nicht geprÃ¼ft, ob die von der Beklagten vorrangig mit ImplausibilitÃ¤t begrÃ¼ndeten HonorarkÃ¼rzungen als sachlich-rechnerische Berichtigungen iS des Â§ 45 Abs 2 BMV-Ã bzw Â§ 34 Abs 4 EKV-Ã rechtmÃ¤Ãig sind. Zu einer derartigen PrÃ¼fung besteht immer dann AnlaÃ, wenn der Berichtigungsbescheid selbst, der Widerspruchsbescheid und seine BegrÃ¼ndung sowie ggf der auf das Vorbringen der KlÃ¤ger in der Tatsacheninstanz reagierende Vortrag der Beklagten hinreichende Anhaltspunkte dafÃ¼r ergeben, daÃ aufgrund der durchgefÃ¼hrten PlausibilitÃ¤tskontrolle Falschabrechnungen nicht nur zu vermuten, sondern nachzuweisen sind. Diese PrÃ¼fung ist hier bei den Leistungen der KlÃ¤ger nach den Nrn 215, 246, 301, 303, 801 und 2401 EBM-Ã 1996 geboten.

Ob die KlÃ¤ger den EBM-Ã hinsichtlich der genannten Positionen tatsÃ¤chlich fehlerhaft angewendet haben, vermag der Senat aufgrund der bisherigen Feststellungen des SG nicht abschlieÃend zu beurteilen. Das beruht in erster Linie darauf, daÃ sich die Beklagte erstmals im Klageverfahren eingehend auf die Einzelheiten der Abrechnung der KlÃ¤ger eingelassen und die Ergebnisse der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung bezogen auf die konkrete Abrechnungsweise der KlÃ¤ger erlÃ¤utert hat. Zu diesem Vortrag haben sich die KlÃ¤ger indessen im einzelnen nicht in dem gebotenen Umfang Ã¤uÃern kÃ¶nnen, weil der maÃgebliche

Schriftsatz der Beklagten ihnen erst in der mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG Ã¼bergeben worden ist. Dementsprechend muÃ beiden Beteiligten die MÃ¶glichkeit offengehalten werden, hierzu vorzutragen.

Eine fehlerhafte Anwendung des EBM-Ã kommt zunÃ¤chst bei der mit 500 Punkten bewerteten Leistung Nr 215 EBM-Ã in Betracht. Danach ist das Anlegen eines "fixierenden Verbandes an einer ExtremitÃ¤t mit EinschluÃ von mindestens zwei groÃen Gelenken unter Verwendung unelastischer, individuell anmodellierter, nicht weiter verwendbarer Materialien" abrechenbar. Diese Leistungsziffer haben die KlÃ¤ger in den streitbefangenen Quartalen signifikant hÃ¤ufiger als die frÃ¼here Position Nr 232 EBM-Ã aF abgerechnet, was die Beklagte als implausibel beanstandet und zum AnlaÃ einer Honorarberichtigung genommen hat. Im erstinstanzlichen Verfahren hat die Beklagte als Ergebnis der Durchsicht der einschlÃ¤gigen Behandlungsscheine mitgeteilt, daÃ die 339 mal bzw 162 mal erfolgte Abrechnung der Nr 215 EBM-Ã nur auf einem sachlich falschen Ansatz der neugefaÃten Position beruhen kÃ¶nne. Die KlÃ¤ger hÃ¤tten die Leistung nach Nr 215 EBM-Ã praktisch ausschlieÃlich bei Erkrankungen des oberen Sprunggelenks (vorwiegend Distorsion), zum Teil auch bei Kniegelenkserkrankungen abgerechnet. In diesen beiden FÃ¤llen wÃ¼rden aber VerbÃ¤nde angelegt, die nur ein groÃes Gelenk einschlÃ¶ssen und deswegen nicht nach Nr 215 EBM-Ã abgerechnet werden kÃ¶nnten. Diesen Sachverhalt haben die KlÃ¤ger in der RevisionsbegrÃ¼ndung der Sache nach eingerÃ¤umt, indem sie ihr Abrechnungsverhalten damit erklÃ¤rt haben, sie seien der Auffassung, das Sprunggelenk bestehe aus zwei groÃen Gelenken iS der Ziff 215 EBM-Ã, so daÃ 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 AnsatzhÃ¤ufigkeit der Nr 215 EBM-Ã kann danach auf einer fehlerhaften Anwendung der GebÃ¼hrenordnung seitens der KlÃ¤ger beruhen.

Eine Ã¤hnliche Situation kann hinsichtlich der Nr 246 EBM-Ã gegeben sein. Nach dieser Position war in den ersten beiden Quartalen 1996 die "Abnahme eines zirkulÃ¤ren Gipsverbandes" abrechenbar. Die Abnahme anderer, nicht zirkulÃ¤rer VerbÃ¤nde (zB Tape) erfÃ¼llt den Inhalt der Leistungslegende nicht (Wezel/Liebold, Handkommentar BMÃ, E-GO, GOÃ, Anm zu Nr 246 in der ab 1. Juli 1996 geÃ¤nderten Textfassung). Da nach Mitteilung der Beklagten die Durchsicht der Behandlungsausweise Hinweise darauf ergeben hat, daÃ die KlÃ¤ger die Nr 246 EBM-Ã auch fÃ¼r die Abnahme von Schienen â und damit falsch â angesetzt haben, kann insoweit eine sachlich-rechnerische Berichtigung geboten sein.

Dasselbe gilt auch fÃ¼r die Punktions- bzw Injektionsleistungen nach Nrn 301/303 EBM-Ã. Die Beklagte hat hier unter Bezugnahme auf ihre AusfÃ¼hrungen im Widerspruchsbescheid in der Klageerwiderung eingehend GrÃ¼nde dafÃ¼r dargelegt, daÃ zwar zur Kontrolle der Lage einer KanÃ¼le vor einer Gelenksinjektion gegebenenfalls auch GelenkflÃ¼ssigkeit aspiriert und sodann die Applikation des Medikaments in das Gelenk durchgefÃ¼hrt wird, daÃ 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 KÃ¶rpermaterial zu diagnostischen oder 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 mÃ¶glich erscheinen, daÃ die KlÃ¤ger die entsprechenden Positionen der GebÃ¼hrenordnungen fÃ¼r Verrichtungen angesetzt haben, die davon nicht erfaÃt sind, so daÃ der Tatbestand einer sachlich unrichtigen Anwendung des maÃgeblichen Regelwerks vorliegen kann. Auch hier wird wiederum die Funktion der PlausibilitÃ¤tsprÃ¼fung deutlich, nÃ¤mlich durch das Aufzeigen Ã¼berraschend ansteigender Frequenzen bei bestimmten, typischerweise eher selten abgerechneten Leistungen, konkret zu fragen, bei welchen Diagnosen mit welcher BegrÃ¼ndung welche Leistung erbracht worden ist und ob diese unter der angesetzten Leistungsziffer tatsÃ¤chlich abrechenbar ist.

Zu den Leistungen nach Nr 801 EBM-Ä (grÃ¼ndliche neurologische Untersuchung) hat die Beklagte im ersten Rechtszug vorgetragen, nach den ErlÃ¤uterungen der KlÃ¤ger zu ihrer Behandlungsweise und den Eintragungen in den Behandlungsausweisen sei die Position regelmÃ¤Ãig vor chirotherapeutischen Eingriffen angesetzt worden. Wenn es weiterhin zutrifft, daÃ vor einem chirotherapeutischen Eingriff Ã¼blicherweise eine grÃ¼ndliche neurologische Untersuchung nicht stattfindet, handelt es sich entweder um einen Fehlansatz der KlÃ¤ger oder um ein evident unwirtschaftliches Verhalten. Das ist auf der Grundlage einer Auswertung der Behandlungsausweise und des Vorbringens der KlÃ¤ger zu beurteilen. Entweder ist dann die Abrechnung zu berichtigen oder die Sache ist an den PrÃ¼fungsausschuÃ zur DurchfÃ¼hrung einer WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung abzugeben.

Zu der Abrechnung der Nr 2401 EBM-Ä (Einrenkung der Luxation eines eingeklemmten Meniskus sowie ua einer Kniescheibe) hat die Beklagte ermittelt, die KlÃ¤ger hÃ¤tten diese Leistung auch bei Diagnosen wie "Verdacht auf MeniskusschÃ¤digung" oÃ¤ abgerechnet. Darin lÃ¤ge eine unzutreffende Anwendung der GebÃ¼hrenordnung.

Da das SG die Klage hinsichtlich der Berichtigung der Geb-Nrn 215 und 801 abgewiesen hat, war insoweit auf die Revision der KlÃ¤ger das angefochtene Urteil zu Ã¤ndern und der Rechtsstreit zurÃ¼ckzuverweisen. 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 AbÃ¤nderung des angefochtenen Urteils ebenfalls an das SG zurÃ¼ckzuverweisen.

Die Revision der KlÃ¤ger hat auch Erfolg, soweit Honorarberichtigungen bei den Geb-Nrn 17 und 851 betroffen waren. Die Honorarberichtigungen sind nicht rechtmÃ¤Ãig, was der Senat auf der Grundlage der Feststellungen des SG abschlieÃend zu beurteilen vermag. Das fÃ¼hrt dazu, daÃ das Urteil des SG abzuÃ¤ndern ist, soweit die Klage bezÃ¼glich 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 zurÃ¼ckzuweisen.

Anhaltspunkte dafÃ¼r, daÃ die KlÃ¤ger den Inhalt der Leistungslegenden der Nrn 17 und 851 EBM-Ã falsch verstanden haben kÃ¶nnten, bzw dafÃ¼r, daÃ insoweit MiÃverstÃ¤ndnisse und FehlansÃ¤tze mÃ¶glich sind, sind weder vorgetragen noch ersichtlich. Haben die KlÃ¤ger die Beratungs- und GesprÃ¤chsleistungen nach Nrn 17 und 851 EBM-Ã in dem abgerechneten Umfang tatsÃ¤chlich erbracht und sich auch an die strikten Zeitvorgaben (15 Minuten) gehalten, ist fÃ¼r eine sachlich-rechnerische Berichtigung kein Raum. Es ist vielmehr eine WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung, gegebenenfalls mit Hilfe der Methode des Vertikalvergleichs, durchzufÃ¼hren (vgl Senatsurteil vom 9. Juni 1999 â B 6 KA 21/98 R = BSGE 84, 85). Ergeben die weiteren PrÃ¼fungen, etwa die Erstellung eines Tagesprofils fÃ¼r bestimmte ausgewÃ¤hlte Tage der betroffenen Quartale, daÃ neben den anderen abgerechneten Leistungen die Beratungs- und GesprÃ¤chsleistungen nach Nrn 17, 851 EBM-Ã in der abgerechneten Menge nicht erbracht worden sein kÃ¶nnen, ist eine Berichtigung mÃ¶glich. Die Beklagte hat aber weder in den angefochtenen Bescheiden noch im erstinstanzlichen Verfahren Gesichtspunkte dafÃ¼r genannt, daÃ entsprechende UmstÃ¤nde vorliegen kÃ¶nnen. Es ist ihre Aufgabe, die durchgefÃ¼hrten PlausibilitÃ¤tskontrollen zum AnlaÃ etwa der Erstellung von Tagesprofilen zu nehmen und dann ggf erneut Berichtigungsbescheide zu erlassen. Im Hinblick auf die bloÃe MÃ¶glichkeit, daÃ hier Falschabrechnungen durch die KlÃ¤ger in Form der Unterschreitung des jeweils vorgegebenen Zeitlimits vorliegen kÃ¶nnten, besteht fÃ¼r das Gericht kein AnlaÃ zu weiterer SachaufklÃ¤rung. Auf den Sachverhalt, auf den die Beklagte bis zum AbschluÃ des erstinstanzlichen Verfahrens ausschlieÃlich abgestellt hat, kÃ¶nnen die Berichtigungsbescheide nicht gestÃ¼tzt werden, so daÃ sie insoweit aufzuheben sind. Entsprechendes gilt fÃ¼r die Leistungen nach Nr 256 EBM-Ã (Injektion in den Periduralraum) und Nrn 3210/3211 EBM-Ã (gezielte chirotherapeutische Eingriffe).

Zu Recht hat das SG die Klage gegen den Honorarbescheid fÃ¼r das Quartal III/1996 abgewiesen, soweit die KlÃ¤ger die Anwendung der Bestimmungen Ã¼ber die Teilbudgets im EBM-Ã angegriffen haben. Die Revision der KlÃ¤ger war in diesem Umfang ebenfalls zurÃ¼ckzuweisen.

Die Beklagte hat bei der Honorarabrechnung im Quartal III/1996 die Regelung in Abschnitt A I Nr 5 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ã in der ab 1. Juli 1996 geltenden Fassung (Beschluss des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996, Beilage zu Heft 26 des Deutschen Ãrzteblattes vom 28. Juni 1996) zugrunde gelegt. Nach Nr 5 aaO galten fÃ¼r die in den AbsÃ¤tzen 5.6.1., 5.6.3., 5.7.1. und 5.7.3. genannten Leistungen fallzahlabhÃ¤ngige arztgruppenbezogene Teilbudgets ua fÃ¼r die GesprÃ¤chsleistungen der Nrn 10, 11, 17, 18, 42, 44 und 851, fÃ¼r die klinisch neurologische Basisdiagnostik nach Nr 801 EBM-Ã, fÃ¼r Leistungen nach den Abschnitten C I und C II, C III und D I sowie fÃ¼r physikalisch medizinische Leistungen nach den Nrn 505, 514, 530, 533, 534 und 535 EBM-Ã. Nach Nr 5.1 ergab sich die HÃ¶he der jeweiligen rechnerischen Teilbudgets aus dem Produkt der zutreffenden arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl fÃ¼r die in Teilbudgets

aufgefÃ¼hrten Leistungen und der Zahl der kurativ-ambulanten FÃ¤lle. Nach Abs 8 der PrÃ¤ambel zu Abschnitt B II EBM-Ã betrÃ¤gt die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl fÃ¼r GesprÃ¤chsleistungen fÃ¼r bestimmte Arztgruppen 220 Punkte, fÃ¼r weitere Arztgruppen 60 Punkte und fÃ¼r die Ã¼brigen Arztgruppen, zu denen auch die OrthopÃ¤den rechnen, 30 Punkte. Nach der Anm zu Nr 801 EBM-Ã betrÃ¤gt die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl fÃ¼r die Leistungen nach Nr 801 ua fÃ¼r die Arztgruppe der OrthopÃ¤den 20 Punkte. Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl fÃ¼r das Teilbudget Injektionen uÃ¤ belÃ¤uft sich nach der PrÃ¤ambel zu Abschnitt C EBM-Ã fÃ¼r Chirurgen und OrthopÃ¤den sowie fÃ¼r Ãrzte fÃ¼r physikalische Medizin auf 150 und fÃ¼r die Ã¼brigen Arztgruppen auf 25 Punkte. Das Teilbudget fÃ¼r Injektionen uÃ¤ Leistungen findet auf VertragsÃ¤rzte, die von der zustÃ¤ndigen KÃV die Berechtigung zur Teilnahme an der Vereinbarung Ã¼ber die ambulante Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten erhalten haben oder die nach der Onkologie-Vereinbarung als onkologisch verantwortliche Ãrzte tÃ¤tig sind, keine Anwendung. Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl fÃ¼r die physikalisch medizinischen Leistungen nach Nrn 505, 514, 530, 533, 534 und 535 EBM-Ã betrÃ¤gt nach Abs 3 der PrÃ¤ambel zu Abschnitt E EBM-Ã fÃ¼r OrthopÃ¤den, Chirurgen, Ãrzte fÃ¼r physikalische und rehabilitative Medizin und Ãrzte mit der Zusatzbezeichnung physikalische Therapie 150 und fÃ¼r die Ã¼brigen Arztgruppen 20 Punkte.

Diese vom BewertungsausschuÃ teilweise bereits zum 1. Januar 1996 eingefÃ¼hrten und im Hinblick auf das Urteil des Senats vom 17. September 1997 (BSGE 81, 86 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 18) erst ab dem 1. Juli 1996 anwendbaren Budgetierungsregelungen sind durch Â§ 87 Abs 2a SÃ¤tze 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-Ã aufgefÃ¼hrten Leistungen zu Leistungskomplexen zusammenzufassen. Nach Â§ 87a Abs 2a Satz 2 SGB V kÃ¶nnen Einzelleistungen vorgesehen werden, sofern dies medizinisch erforderlich ist. GemÃ¤Ã der Absicht des Gesetzgebers sollte die gemeinsame Selbstverwaltung hierdurch veranlaÃt werden, der durch eine stÃ¤ndig zunehmende Zahl von VergÃ¼tungspositionen eingetretenen Zergliederung und UnÃ¼bersichtlichkeit des EBM-Ã durch eine Zusammenfassung von GebÃ¼hrenziffern zu Leistungskomplexen entgegenzuwirken (BegrÃ¼ndung des Gesetzentwurfs in BT-Drucks 12/3608 S 89 f, zu Nr 42 des Entwurfs). Nach dem Urteil des Senats vom 20. MÃ¤rz 1996 (BSGE 78, 98, 106 f = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12 S 42 f) enthÃ¤lt Â§ 87 Abs 2a SGB V die Rechtsgrundlage auch dafÃ¼r, mit der Bildung von KomplexgebÃ¼hren die bei bestimmten typischen Untersuchungs- und BehandlungsablÃ¤ufen anfallenden Leistungen pauschal abzugelten und damit der Tendenz zu Leistungsausweitungen und einem hierdurch herbeigefÃ¼hrten Punktwertverfall entgegenzuwirken. Die Festlegung eines Praxisbudgets stellt sich letztlich als â wenn auch nur ergÃ¤nzende â Bewertung eines Leistungskomplexes dar, wie der Senat zu den Budgets fÃ¼r Leistungen des Basislabors nach Abschnitt O I EBM-Ã bereits entscheiden hat. Der Senat hat seine Auffassung damit begrÃ¼ndet, daÃ der BewertungsausschuÃ auf der Grundlage des Â§ 87 Abs 2a Satz 1 und 2 SGB V ohne weiteres fÃ¼r jeden Behandlungsfall

eine arztgruppenspezifische, behandlungsfallbezogene LaborgebÃ¼hr hÃ¤tte schaffen kÃ¶nnen, die als Pauschale den durchschnittlichen Aufwand an Basislaboruntersuchungen pro Fall abgilt. Der gewÃ¤hlte Weg des fallzahlabhÃ¤ngigen Praxisbudgets unterscheide sich davon nur insoweit, als die fÃ¼r den Leistungskomplex festgelegte Fallpunktzahl nicht unabhÃ¤ngig vom tatsÃ¤chlichen Leistungsaufwand abgerechnet werden kÃ¶nne, sondern den berechnungsfÃ¤higen Betrag im Sinne eines HÃ¶chstwertes begrenze. Die im Durchschnitt pro Behandlungsfall zur VerfÃ¼gung stehende Punktzahl mÃ¼sse nicht ausgeschÃ¶pft werden. Vielmehr wÃ¼rden nur die tatsÃ¤chlich erbrachten Leistungen vergÃ¼tet, wenn die Zahl der O I-Laborleistungen hinter den dem Arzt zur VerfÃ¼gung stehenden Gesamtpunktzahlen zurÃ¼ckgeblieben sei. Insgesamt fÃ¼hre die Regelung wertungsmÃ¤Ã□ig lediglich dazu, daÃ□ bei Ã□berschreitung des Grenzwertes die HÃ¶he der VergÃ¼tung fÃ¼r die einzelne erbrachte Leistung sinke (BSGE 78, 98, 107 f = SozR 3-2500 Â§ 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-Ã□. Ihre EinfÃ¼hrung ist deshalb im Hinblick auf die allgemeine Zielrichtung des EBM-Ã□, Ã¼ber Definition und Bewertung Ã¤rztlicher Verrichtungen auch das Leistungsverhalten der VertragsÃ¤rzte zu steuern (in diesem Sinne bereits BSG SozR 3-1500 Â§ 96 Nr 3 S 8 sowie BSGE 78, 98, 105 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12 S 41; BSGE 79, 239, 242 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 14 S 49; BSGE 81, 86, 94 f = SozR 2500 Â§ 87 Nr 18 S 90), vom Handlungsauftrag des Â§ 87 Abs 2 a SGB V mitumfaÃ□t (vgl BSGE 78, 98, 108 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12 S 44 zu dem Laborbudget, fÃ¼r das allerdings Â§ 87 Abs 2 b SGB V die speziellere ErmÃ¤chtigungsgrundlage enthÃ¤lt, sowie BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 16 S 69).

Der Gesetzgeber hat die Rechtsprechung des Senats in der Folgezeit ausdrÃ¼cklich bestÃ¤tigt, indem er die Vorschrift des Â§ 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 SÃ¤tze 7 und 8 ergÃ¤nzt hat. Darin werden Abstaffelungsregelungen explizit anerkannt (aaO Satz 7) und Obergrenzen fÃ¼r die Menge von Leistungen oder von Gruppen von Leistungen vorgesehen, die von einer Arztpraxis in einem bestimmten Zeitraum abrechenbar sind, wobei diese fÃ¼r die Arztgruppen unterschiedlich festgesetzt werden kÃ¶nnen (aaO Satz 8). Ausweislich der Gesetzesmaterialien soll die Regelung "klarstellen", daÃ□ die Vertragspartner des EBM-Ã□ Instrumente zur Vermeidung einer Ã¼bermÃ¤Ã□igen Ausweitung der Menge abgerechneter vertragsÃ¤rztlicher Leistungen einfÃ¼hren kÃ¶nnen. Zugleich sollte "fÃ¼r die von der Selbstverwaltung bereits beschlossenen MaÃ□nahmen auch im Hinblick auf die Rechtsprechung des BSG zu den sog Praxisbudgets fÃ¼r Laborleistungen eine tragfÃ¤hige Rechtsgrundlage geschaffen" werden (so die GesetzesbegrÃ¼ndung der Regierungsfraktionen 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 bestÃ¤tigt und zusÃ¤tzlich durch einen Legislativakt formell bekrÃ¤ftigt (ebenso: Schirmer, MedR 1997, 431, 444 f; Engelhard in Hauck, SGB V, K Â§ 87 RdNrn 106-109). Aus der ErgÃ¤nzung des Â§ 87 Abs 2a SGB V um die SÃ¤tze 7 und 8 kann daher nicht abgeleitet werden, in der Zeit vor dem Inkrafttreten dieser GesetzesÃ¤nderung habe es fÃ¼r die Bildung von Teilbudgets durch den EBM-Ã□ 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 EinfÃ¼hrung von Punktzahlenobergrenzen fÃ¼r das Teilbudget "Beratungs-, Betreuungs- und Untersuchungsleistungen" gemÃ¤Ã Abschnitt A I Nr 5.6.2 EBM-Ã lediglich unter dem Gesichtspunkt unzulÃ¤ssiger RÃ¼ckwirkung beanstandet, aber keine Bedenken gegen die grundsÃ¤tzliche ZulÃ¤ssigkeit dieser Bewertungsform erhoben (BSGE 81, 86, 94 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 18 S 90). Auch gegen die anderen, von den KlÃ¤gern beanstandeten Teilbudgets fÃ¼r Leistungen nach Nr 801 EBM-Ã sowie fÃ¼r bestimmte Injektionen und physikalisch-medizinische Leistungen bestehen solche Bedenken nicht.

Soweit die KlÃ¤ger rÃ¼gen, Â§ 87 Abs 2a SGB V sei als ErmÃ¤chtigungsgrundlage fÃ¼r die mit der Teilbudgetierung verbundenen Eingriffe in die Umsatzentwicklung ihrer Praxis nicht bestimmt genug, beachten sie nicht hinreichend, daÃ der ErlaÃ des BewertungsmaÃstabs nach Â§ 87 Abs 2 SGB V kein bloÃer Gesetzesvollzug in dem Sinne ist, daÃ die Vertragspartner des EBM-Ã nur Detailregelungen eines im Gesetz angelegten Konzeptes zu verwirklichen berechtigt wÃ¤ren. Diese Vorstellung ist mit der Funktion des EBM-Ã, der als zentrales Steuerungsinstrument fÃ¼r die Versorgung der Versicherten ausgestaltet ist und eine angemessene VergÃ¼tung der vertragsÃ¤rztlichen Leistungen ermÃ¶glichen soll (vgl BSGE 78, 98, 105 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12 S 41), nicht vereinbar. Die Auswirkungen von Neuregelungen im EBM-Ã auf die HÃ¶he des Umsatzes einzelner Praxen, die im Ã¼brigen stets auch von der seitens der einzelnen KÃV praktizierten Honorarverteilung und den zur Auszahlung gelangenden Punktwerten abhÃ¤ngt, sind kein angemessener MaÃstab dafÃ¼r, ob der BewertungsausschuÃ den ihm kraft Gesetzes zukommenden Gestaltungsspielraum eingehalten hat. Das folgt schon daraus, daÃ die Folgen von Regelungen des EBM-Ã wie der hier zu beurteilenden Budgetierung von Leistungsbereichen fÃ¼r die einzelnen Arztgruppen und sogar fÃ¼r einzelne Praxen je nach Praxisausrichtung ganz unterschiedlich sein kÃ¶nnen. Eine orthopÃ¤dische Praxis mit dem Schwerpunkt ambulanter Operationen ist durch ein Teilbudget fÃ¼r GesprÃ¤chs- und Beratungsleistungen sehr viel weniger betroffen als eine, in der bevorzugt konservative Behandlungen angeboten werden. Diese wiederum wÃ¤re durch eine nachhaltige Absenkung der Bewertungszahlen fÃ¼r operative Eingriffe kaum tangiert, die dagegen eine darauf spezialisierte Praxis hart treffen kÃ¶nnte (vgl zum Zusammenhang von Leistungsbewertung im EBM-Ã und Spezialisierung allgemein BSG SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1).

Soweit die KlÃ¤ger geltend machen, die Motive zur EinfÃ¼hrung der Teilbudgets seien nicht erkennbar, so daÃ eine PrÃ¼fung ihrer VerhÃ¤ltnismÃ¤Ãigkeit von vornherein ausgeschlossen sei, trifft das nicht zu. Die Vertragspartner des EBM-Ã haben sich bei der EinfÃ¼hrung der Teilbudgets zum 1. Juli 1996 von dem Bestreben leiten lassen, die Menge der von den VertragsÃ¤rzten erbrachten und von den KÃVen zu honorierenden Punkte zu begrenzen. Bereits in einer "ErgÃ¤nzenden Vereinbarung zur Reform des EBM-Ã" vom 14. September 1995 (DÃ 1995, A-2585) ist von ihnen darauf hingewiesen worden, daÃ die Zielvorgaben des ab 1. Januar 1996 im Sinne einer FÃ¶rderung der "Sprechenden Medizin" neu ausgestalteten EBM-Ã verfehlt werden kÃ¶nnten. Insoweit waren

unter Punkt 2.1 "MaÃnahmen zur unverzÃ¼glichen Korrektur bzw Weiterentwicklung der Reform" und fÃ¼r 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 â hinsichtlich des AusmaÃes nicht festgelegten â Anstieg der Punktzahlmenge im Vergleich einander entsprechender Quartale der Jahre 1996 und 1994 "lineare Punktwertabsenkungen" oder "geeignete strukturelle MaÃnahmen" vorgesehen (letztere, soweit dadurch "eine (der linearen Absenkung) vergleichbare Absenkung des Punktzahlvolumens zeitgleich erreicht wird").

FrÃ¼he Hochrechnungen der Ergebnisse des ersten unter Geltung des neu gestalteten EBM-Ã abgerechneten Quartals (I/1996) haben Ãrzten und Krankenkassen deutlich gemacht, daÃ eine Ã¼berproportionale Punktmengenzunahme eintreten wÃ¼rde. WÃ¤hrend der erwartete Zuwachs der Punktmenge infolge einer Leistungsausweitung ursprÃ¼nglich auf 8 bis 10% veranschlagt worden war (Hess in Kasseler Kommentar, Â§ 87 SGB V RdNr 17a), machte er bezogen auf die Vergleichsquartale I/1994 bzw I/1995 tatsÃ¤chlich mehr als 30 % aus (Woggon, KrV 1996, 169, 170; ders/Metzinger, KrV 1996, 228 (schon "erste Hochrechnungen" hÃ¤tten einen um etwa 1/3 bzw 30% gegenÃ¼ber dem Quartal I/1994 angestiegenden 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%"); KÃ¶lner Kommentar zum EBM, (Hrsg: KÃ¶hler/Hess), S 53; Engelhard in Hauck, SGB V, K Â§ 87 RdNr 119).

Als nach Auswertung der Abrechnungen des Quartals I/1996 gegenÃ¼ber dem Quartal I/1995 tatsÃ¤chlich ein Anstieg der Punktzahlanforderungen um mehr als 30% festgestellt worden war, galt es, eine Situation zu bewÃ¤ltigen, mit deren kritischem AusmaÃ keiner der Beteiligten gerechnet hatte. Es erschien nicht mehr mÃ¶glich, das abgerechnete Punktzahlvolumen zu einem akzeptablen Punktwert zu vergÃ¼ten (Schorre, DÃ 1996, C-1109). Die fÃ¼r den BewertungsausschuÃ verantwortlichen Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge (vgl Â§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V) sahen sich deshalb zu unverzÃ¼glichem Handeln gezwungen, um zu vermeiden, daÃ einzelne Arztgruppen oder eine groÃe Zahl von Ãrzten in ernsthafte wirtschaftliche Schwierigkeiten gebracht wÃ¼rden (so ausdrÃ¼cklich Maus, DÃ 1996, C-820). Insbesondere zugunsten der ca 30% Ãrzte aller Fachgebiete, die ihre Leistungsmenge im Quartal I/1996 n i c h t ausgeweitet hatten, waren schnell greifende MaÃnahmen geboten (vgl KÃ¶lner Kommentar, aaO, S 54; Ballast, ErsK 1997, 441).

Die sich abzeichnende prekÃ¤re Entwicklung veranlaÃte den BewertungsausschuÃ, bereits am 28. MÃ¤rz 1996 â anknÃ¼pfend an Punkt 2.3 der ErgÃ¤nzenden Vereinbarung vom 14. September 1995 â strukturelle mengenbegrenzende MaÃnahmen mit Wirkung zum 1. Juli 1996 anzukÃ¼ndigen. FÃ¼r den Fall, daÃ die Ãberschreitung des Punktzahlvolumens des Quartals I/1996 im Vergleich zum Quartal I/1994 mehr als 20% ausmachen wÃ¼rde, waren

zudem MaÃnahmen zur Budgetierung von GesprÃ¤chsleistungen und klinischen Untersuchungsleistungen vorgesehen (Beschluss verÃ¶ffentlicht in DÃ 1996, C-756 f). In diesem Beschluss wird die Absicht bekundet, nach Vorliegen reprÃ¤sentativer Abrechnungsergebnisse fÃ¼r das Quartal I/1996 fÃ¼r fÃ¼nf Komplexe Teilbudgets einzufÃ¼hren. Am 13. Juni 1996 kam es dann zu dem oben dargestellten Beschluss des Bewertungsausschusses Ã¼ber 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, fÃ¼r seine PraxisfÃ¼hrung wichtigen Leistungsbereichen eine verlÃ¤Ãliche Kalkulationsgrundlage zu geben. Derartige Zielsetzungen hat der Senat fÃ¼r Honorarverteilungsregelungen bereits mehrfach gebilligt (BSGE 83, 52, 56 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28 S 205; BSGE 81, 213, 220 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 23 S 155). FÃ¼r entsprechende Gestaltungen im EBM-Ã gilt im rechtlichen Ausgangspunkt nichts anderes.

Zu Unrecht machen die KlÃ¤ger schlieÃlich geltend, die Regelung Ã¼ber die Teilbudgets ab dem 1. Juli 1996 sei wegen des Fehlens von Ausnahmebestimmungen fÃ¼r besonders gelagerte EinzelfÃ¤lle rechtswidrig. Vielmehr haben die Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge in einer Vereinbarung vom 6. August 1996 zu den BeschlÃ¼ssen des Bewertungsausschusses vom 13. Juni 1996 in Ziff 4 ausdrÃ¼cklich bestimmt, daÃ die KÃV Ausnahmen von der Teilbudgetierung zulassen kann (DÃ 1996, A-2815). Damit ist fÃ¼r die Situation, daÃ eine Praxis mit ganz spezifischer Ausrichtung allein in Folge der Anwendung des Teilbudgets in existenzbedrohende Schwierigkeiten gerÃ¤t, hinreichend Vorsorge getroffen worden. Im Ã¼brigen ist nicht erkennbar, daÃ die EinfÃ¼hrung von Punktzahlenobergrenzen fÃ¼r bestimmte Leistungsbereiche deshalb rechtswidrig sein kÃ¶nnte, weil der BewertungsausschuÃ andere, weniger einschneidende MaÃnahmen hÃ¤tte ergreifen kÃ¶nnen. Die von den KlÃ¤gern in diesem Zusammenhang genannte EinfÃ¼hrung von RichtgrÃ¶Ãen, FestbetrÃ¤gen und Positivlisten bedarf keiner nÃ¤heren ErÃ¶rterung, weil ein Zusammenhang dieser Instrumente mit der Steuerung der Ã¤rztlichen Behandlung und ihrer Honorierung nicht ersichtlich ist. Die weiterhin angesprochene Abstaffelung der Honorierung bei Ãberschreitung bestimmter Grenzwerte hat der BewertungsausschuÃ zum 1. Januar 1996 im Bereich der konventionellen Radiologie realisiert (Abschnitt Q I.2.1 EBM-Ã in der bis zum 30. Juni 1997 geltenden Fassung; dazu vgl SenatsbeschluÃ vom 29. September 1999 â B 6 KA 34/99 B â nicht verÃ¶ffentlicht). Es ist weder erkennbar, daÃ eine Abstaffelung auch bei den GesprÃ¤chs- und Beratungsleistungen sowie bei Leistungen nach Nr 801 EBM-Ã umsetzbar gewesen wÃ¤re, noch, daÃ eine entsprechende Regelung den Umsatz der KlÃ¤ger bei diesen Leistungen weniger beeintrÃ¤chtigt hÃ¤tte als die Teilbudgetierung, fÃ¼r die sich der BewertungsausschuÃ entschieden hat.

NÃ¤here Bedenken gegen die Ausgestaltung der fÃ¼r sie relevanten Teilbudgets im einzelnen haben die KlÃ¤ger nicht geltend gemacht. AusfÃ¼hrungen des Senats dazu sind deshalb nicht veranlaÃt (vgl aber Senatsurteil B 6 KA 8/99 R vom heutigen Tage zum Teilbudget fÃ¼r Leistungen der Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde).

Das SG wird bei seiner neuen Entscheidung auch Ã¼ber die gesamten Kosten des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben. Der Senat hat im Interesse einer

einheitlichen Kostenentscheidung davon abgesehen, fÃ¼r den Teil des Streitstoffs, der durch das Urteil des Senats endgÃ¼ltig erledigt ist und dem SG nach der ZurÃ¼ckverweisung nicht mehr anfÃ¤llt, eine Teilkostenentscheidung zu treffen.

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024