

## **BSG: Abrechnung von Beratungsleistungen bei Maßnahmen der künstlichen Befruchtung**

**Urteil vom 27.4.2005 – B 6 KA 39/04 R**

**Der Arzt, der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durchführt, darf bei Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes die allgemeinen Beratungsleistungen nach Nr.17, 18 EBM-Ä nur im Ausnahmefall erbringen und berechnen. Die Voraussetzungen eines derartigen Ausnahmefalles muss der Arzt gegenüber den Gremien der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung darlegen.**

(LSG Nordrhein-Westfalen – L 10 KA 20/02)

### **Tatbestand:**

Umstritten sind Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Erbringung von Beratungsleistungen.

Die klagende Gemeinschaftspraxis bestand in den streitbefangenen Quartalen IV/1998 und I/1999 aus drei zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Gynäkologen. Diese besaßen die Genehmigung zur Erbringung von Leistungen der künstlichen Befruchtung nach § 121a Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) und hatten sich auf die Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung spezialisiert. Wegen Überschreitung des Vergleichsgruppendurchschnitts bei den Beratungs- und Betreuungsleistungen um 138 % (Quartal IV/1998) und 216 % (Quartal I/1999) kürzte der Prüfungsausschuss das Honorar der Klägerin um 191.661 bzw 328.514 Punkte.

Der beklagte Beschwerdeausschuss wies die Widersprüche zurück. Er ermittelte Überschreitungen beim Ansatz der Nr 17 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) von 135 % bzw 175 % sowie bei der Nr 18 EBM-Ä von 939 % und 1.423 %. Bei den Zuweisungsfällen überschritt die Klägerin den

Fachgruppendurchschnitt um 2.633 % (Quartal IV/1998) und 2.004 % (Quartal I/1999). Der Beklagte berücksichtigte als Praxisbesonderheiten einen unterdurchschnittlichen Rentneranteil, Notdienst- und Vertreterfälle sowie die überdurchschnittlichen Zuweisungsfälle. Die spezielle Praxisausrichtung auf die Behandlung von Sterilitätspatienten stelle jedoch keine Praxisbesonderheit dar, die die Überschreitung bei den Leistungen nach den Nrn 17 und 18 EBM-Ä erklären könne. Es handele sich um fachgruppentypische Leistungen, bei denen die Grenze zum offensichtlichen Missverhältnis bei einer Überschreitung des Fachgruppendurchschnitts um 100 % anzusetzen sei. Nach der Kürzung seien der Klägerin noch Überschreitungen zwischen 100 % und 597 % belassen worden.

Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen, das Landessozialgericht (LSG) die Berufung zurückgewiesen. Der Beklagte habe die von der Klägerin abgerechneten Beratungs- und Betreuungsleistungen zu Recht mit denjenigen der Gynäkologen der Untergruppe 3 gemäß der im Bereich der zu 8. beigeladenen Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) geltenden Prüfvereinbarung verglichen. Der Umstand, dass die Klägerin eine auch in Relation zu den Ärzten der Untergruppe 3 der Gynäkologen abweichende Praxisausrichtung dargetan habe, stelle die Aussagekraft des statistischen Vergleichs jedenfalls im Hinblick auf den Ansatz der Leistungen nach Nr 17 und 18 EBM-Ä nicht in Frage. Nicht jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige individuelle Besonderheit einer Praxis erfordere die Bildung einer engeren Vergleichsgruppe. Vieles spreche dafür, dass der Leistungsinhalt der Nr 17 EBM-Ä durch Gespräche im Zusammenhang mit einer künstlichen Befruchtung nicht erfüllt werden könne. Die Prüfungsgremien seien berechtigt, im Rahmen ihrer Randzuständigkeit auch Fehlansätze der vertragsärztlichen Gebührenordnungen zu korrigieren. Die Klägerin habe zu erkennen gegeben, ihre Beratungsleistungen erfüllten an sich den Inhalt der Nr 1180 EBM-Ä. Diese Leistungsposition dürften aber diejenigen Ärzte, die die Sterilitätsbehandlung durchführten, nicht abrechnen. Der offenbar zur Umgehung dieses Abrechnungsausschlusses erfolgte Ansatz der Nrn 17/18 EBM-Ä sei unwirtschaftlich (Urteil vom 14. Mai 2003).

Mit ihrer Revision rügt die klagende Gemeinschaftspraxis eine Verletzung des § 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V. Ihr Behandlungsspektrum sei mit demjenigen eines typischen niedergelassenen Gynäkologen nicht vergleichbar, weil die Praxis rein reproduktionsmedizinisch ausgerichtet sei. Es gebe im Bereich der zu 8. beigeladenen KÄV nur sehr wenige Praxen mit dieser speziellen Ausrichtung bei insgesamt 1.012 gynäkologischen Praxen. Diese Besonderheit dürfe nicht mit der Begründung ignoriert werden, es würden lediglich die Leistungen nach Nr 17 und 18 EBM-Ä verglichen, die auch von der Mehrzahl der Gynäkologen mit typisch gynäkologischem Leistungsspektrum erbracht und abgerechnet würden. Im Hinblick auf ihre Praxisausrichtung bestehe ein spezifischer

Zusammenhang zwischen den durchgeführten Maßnahmen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft und den Beratungsleistungen, die sie nach den Nrn 17/18 EBM-Ä erbracht und abgerechnet habe. Zumindest hätte jedenfalls die besondere Praxisausrichtung auf Reproduktionsmedizin als Praxisbesonderheit qualifiziert und entsprechend berücksichtigt werden müssen.

Die Berücksichtigung des Rentneranteils seitens des Beklagten sei fehlerhaft. Es sei selbstverständlich, dass in einer spezifisch reproduktionsmedizinisch ausgerichteten Praxis der Rentneranteil besonders niedrig sei. Das habe auf die medizinische Indikation für Beratungs- und Betreuungsleistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä gegenüber den betroffenen Frauen und ihren Ehepartnern keinen Einfluss und sei deshalb auch insgesamt ohne Aussagekraft. Soweit das LSG angenommen habe, für die im Zusammenhang mit der Sterilitätsbehandlung durchgeführten Beratungsgespräche dürften die Leistungsposition Nr 17 EBM-Ä bzw die Zuschlagsziffer Nr 18 EBM-Ä bei längerer Gesprächsdauer nicht angesetzt werden, sei das unzutreffend. Die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KÄBV) habe ausdrücklich erklärt, einen Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Leistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä im Zusammenhang mit Sterilitätsbehandlungen gebe es nicht. Im Übrigen sei der Beklagte nicht für die sachlich-rechnerische Berichtigung zuständig, wenn man der Vorstellung des LSG von einem Fehlansatz der Gebührenordnung überhaupt folgen wolle.

Die Klägerin beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 14. Mai 2003 und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 20. Februar 2002 sowie den Bescheid des Beklagten vom 1. Februar 2001 hinsichtlich der Quartale IV/1998 und I/1999 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, insoweit über die Widersprüche der Klägerin gegen die Bescheide des Prüfungsausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 12. April 1999 und 26. Juli 1999 unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu entscheiden.

Der Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

Der Beigeladene zu 3. stellt keinen Antrag. Die übrigen Beteiligten äußern sich nicht.

## **Entscheidungsgründe:**

Die Revision der Klägerin hat Erfolg. Die vorinstanzlichen Gerichte haben die Klage gegen den Bescheid des Beklagten zu Unrecht abgewiesen. Dieser ist rechtswidrig und beschwert die Klägerin im Sinne von § 54 Abs

## 1 Satz 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Rechtsgrundlage für Honorarkürzungen wegen unwirtschaftlicher Behandlungsweise ist § 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, s BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 4 RdNr 5, mwN). 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. Ergibt die Prüfung, dass der Behandlungsaufwand des Arztes je Fall bei dem Gesamtfallwert, bei Sparten- oder Einzelleistungswerten in offensichtlichem Missverhältnis zu dem 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, zB BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 4 RdNr 5; SozR aaO Nr 3 RdNr 8, jeweils mwN).

Das Recht der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung nach statistischen Grundsätzen beruht auf der Vorstellung, dass die überwiegende Mehrheit der Vergleichsgruppe der Ärzte in Bezug auf die geprüften Leistungen wirtschaftlich handelt, dass die dabei gewonnenen Durchschnittswerte also maßgebliches methodisches Kriterium zum Nachweis der Unwirtschaftlichkeit bei dem betroffenen Arzt sein können (vgl BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 3 RdNr 13, mwN). Diese Grundannahme ist dann erschüttert, wenn die Basis des Vergleichs so unsicher ist, dass auf Grund von Zufällen und Unwägbarkeiten die Gefahr besteht, keine aussagekräftigen Ergebnisse mehr gewinnen zu können. Das kann dann der Fall sein, wenn die zum Vergleich herangezogene Arztgruppe nicht aus solchen Ärzten besteht, die eine annähernd gleiche Patientenschaft versorgen und im Wesentlichen dieselben Erkrankungen behandeln; denn nur unter dieser Voraussetzung kann der durchschnittliche Behandlungsaufwand der Arztgruppe ein geeigneter Maßstab für die Beurteilung der Wirtschaftlichkeit der Behandlungstätigkeit eines Angehörigen dieser Arztgruppe sein. Bezieht sich die Prüfung - wie hier - auf einzelne Leistungspositionen (zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bei einzelnen Leistungspositionen s zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 4 RdNr 6), muss die Vergleichsgruppe so gewählt werden, dass auf

Grund gemeinsamer Tätigkeitsmerkmale der ihr angehörenden Ärzte ein vergleichbarer Bedarf gerade bei den als unwirtschaftlich angesehenen Leistungen zu erwarten ist. Das bedeutet nicht, dass jede abweichende Behandlungsausrichtung oder sonstige Behandlungsbesonderheit einer Arztgruppe stets zur Bildung einer engeren Vergleichsgruppe nötigt. Auf die Bildung einer besonderen, engeren Vergleichsgruppe kann jedoch dann nicht verzichtet werden, wenn die jeweils maßgebenden Leistungsbedingungen so verschieden sind, dass von einem statistischen Vergleich von vornherein keine verwertbaren Aussagen über die Wirtschaftlichkeit oder Unwirtschaftlichkeit einer Leistung oder eines Leistungskomplexes zu erwarten sind (BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 49 S 250 f; SozR aaO Nr 36 S 202 f). Solches ist insbesondere zu besorgen, wenn ein erheblich unterschiedliches individuelles Abrechnungsverhalten in der Vergleichsgruppe nur noch rein rechnerisch zu einem statistisch-mathematischen Mittelwert führt, den in der Realität kein Arzt bzw. - innerhalb größerer Gruppen - nur einzelne, für die Gesamtgruppe nicht mehr repräsentative Ärzte abgerechnet haben (BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 2 RdNr 15).

Die aufgezeigten besonderen Umstände, nach denen die Aussagekraft einer statistischen Vergleichsbetrachtung - bezogen auf einzelne Leistungen bzw. eine Leistungssparte, die im Wesentlichen aus einer Leistung und einer von dieser abhängigen Zuschlagsposition besteht - weitgehend aufgehoben ist, sind hier erfüllt. Der Beklagte hat zwar - vom Ansatz her an sich zutreffend - das Abrechnungsverhalten der Klägerin hinsichtlich der Nrn 17 und 18 EBM-Ä mit demjenigen der einschlägigen Untergruppe 3 der Gynäkologen verglichen und er hat die Vergleichsprüfung auch auf diejenigen Ärzte dieser Vergleichsgruppe beschränkt, die überhaupt Leistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä in den streitbefangenen Quartalen abgerechnet haben. Gleichwohl ergibt diese statistische Vergleichsprüfung hier kein aussagekräftiges Ergebnis.

Der Senat hat in seinem Urteil vom 16. Juli 2003 (SozR 4-2500 § 106 Nr 3) im Einzelnen dargestellt, dass von der Vergleichbarkeit einzelner ärztlicher Leistungen und damit von der Zulässigkeit einer einzelleistungsbezogenen Wirtschaftlichkeitsprüfung insbesondere dann auszugehen ist, wenn derartige Leistungen nicht einer bestimmten fachlichen Ausrichtung oder Behandlungsweise einer Praxis zuzuordnen sind, sondern weitgehend unabhängig vom individuellen diagnostischen und therapeutischen Konzept des jeweiligen Arztes bei bestimmten Krankheitszuständen eingesetzt werden. Er hat die Nr 18 EBM-Ä in diesem Sinne von ihrem Leistungsinhalt her als eine für die Vergleichsgruppe der Allgemeinärzte fachgruppentypische Grundleistung angesehen (aaO RdNr 10). Diese Erwägungen gelten im Grundsatz auch für die Gruppe der Gynäkologen, weil auch diese ein bestimmtes Krankheitsspektrum behandeln und die Vermutung gerechtfertigt ist, dass sich die

Notwendigkeit der Erbringung der besonderen Beratungsleistung nach Nr 17 EBM-Ä und der Zuschlagsleistung nach Nr 18 EBM-Ä bei Verlängerung des Beratungsgesprächs auf über 30 Minuten zumindest bei der großen Mehrzahl der Praxen bei statistischer Betrachtung in ähnlicher Frequenz stellt. Für eine rein reproduktionsmedizinisch tätige Praxis gilt das indessen nicht.

Die Klägerin betreibt eine von fünf bzw sechs - die Angaben sind insoweit nicht ganz eindeutig - rein reproduktionsmedizinisch ausgerichteten Praxen im Bereich der zu 8. beigeladenen KÄV. Ihre Mitglieder verfügen über die Genehmigung zur Erbringung reproduktionsmedizinischer Leistungen nach § 121a SGB V und haben sich - was auch durch die Abrechnungsergebnisse bestätigt wird - nahezu ausschließlich auf reproduktionsmedizinische Leistungen, also auf Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bzw zur Herbeiführung einer Schwangerschaft bei Kinderlosigkeit des betroffenen Ehepaares, spezialisiert. Davon sind auch die Prüfungsgremien ausgegangen. Die gesamte Bandbreite der in einer gynäkologischen Praxis zu behandelnden Gesundheitsstörungen - von Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane bis hin zu Betreuungsleistungen im Rahmen einer Schwangerschaft - fallen in einer solchen Praxis nicht an. Die Patientinnen, die von den Mitgliedern der Klägerin behandelt werden, sind zuvor von ihrem behandelnden Gynäkologen untersucht und danach gezielt zur Durchführung von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung an eine Spezialpraxis überwiesen worden. In dieser Praxis ist - auch unter Beachtung der Individualität der einzelnen Patientin - immer dieselbe Gesundheitsstörung zu behandeln (zum Versicherungsfall bei der künstlichen Befruchtung näher BSGE 88, 62 = SozR 3-2500 § 27a Nr 3); die für eine typische gynäkologische Praxis kennzeichnende Mischung von eher leichten Gesundheitsstörungen und schwer wiegenden Erkrankungen, wie zB Tumorerkrankungen im Bereich der weiblichen Geschlechtsorgane, entfällt. Damit unterscheidet sich ihre Praxis grundlegend von derjenigen der großen Mehrzahl der gynäkologischen Praxen im Bereich der Beigeladenen zu 8. sowohl hinsichtlich des Patientenkreises als auch der zu behandelnden Gesundheitsstörungen. Deshalb ist das Ergebnis der statistischen Untersuchung, in welchem Vomhundertsatz der Behandlungsfälle typischerweise ein Gynäkologe Bedarf für die Durchführung eines Beratungsgesprächs nach Nr 17 EBM-Ä und ggf für eine Verlängerung gemäß Nr 18 EBM-Ä sieht, für die entsprechende Fragestellung bei der Klägerin ohne Aussagekraft.

Insbesondere wohl im Hinblick hierauf hat das Berufungsgericht den Bescheid des Beklagten vor allem mit Erwägungen gebilligt, die es aus den speziellen Leistungspositionen des EBM-Ä für reproduktionsmedizinische Leistungen und dem Verhältnis zwischen dem behandelnden Arzt und dem Arzt, der die reproduktionsmedizinische Behandlung durchführt, abgeleitet hat.

Diese Erwägungen sind - wie noch näher darzustellen ist - im Grundsatz zutreffend, vermögen jedoch den angefochtenen Bescheid des Beklagten nicht zu tragen. Dieser hat ausschließlich eine statistische Vergleichsprüfung durchgeführt und sowohl die Überschreitungswerte wie die Kürzungshöhe und schließlich die der Klägerin verbleibende Restüberschreitung nur statistisch begründet. Mit den Besonderheiten der Erbringung der Beratungsleistungen nach den Nrn 17 und 18 EBM-Ä hat sich der Beklagte allein insoweit auseinander gesetzt, als er ausgeführt hat, die Behandlung der Gesundheitsstörung "Sterilität" indiziere keinen signifikant höheren Bedarf an Beratungs- und Betreuungsleistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä, als er in einer typischen gynäkologischen Praxis anfalle. Diese Erwägung ist weder schlüssig noch näher belegt und im Übrigen ohne Aussagekraft. Sie lässt die Prüfung außer Acht, in welchen Behandlungsfällen überhaupt in einer ausschließlich reproduktionsmedizinisch ausgerichteten Praxis Leistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä anfallen können. Entstände nämlich im typischen Fall einer Sterilitätsbehandlung ein entsprechender Leistungsbedarf, träfe die Aussage, der Bedarf an solchen Leistungen weiche nicht von demjenigen in einer typisch gynäkologischen Praxis ab, nicht zu. In einer gynäkologischen Praxis mit typischem Zuschnitt besteht gerade nicht in jedem Behandlungsfall medizinischer Bedarf für die Erbringung der Leistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä.

Ob die ungewollte Kinderlosigkeit eines Ehepaares für den reproduktionsmedizinisch tätigen Arzt einen Bedarf für die Leistung nach Nr 17 EBM-Ä indiziert, hat der Beklagte offen gelassen. Erwägungen zur Berechnungsfähigkeit der Nrn 17/18 EBM-Ä in der reproduktionsmedizinischen Praxis, zum Verhältnis dieser Leistungen zur Beratungsleistung nach Nr 1180 EBM-Ä und zum Verhältnis zwischen überweisendem Arzt und den Ärzten der Klägerin als Überweisungsempfängern hat der Beklagte seiner Entscheidung nicht zu Grunde gelegt. Er hat auch der Klägerin keine Gelegenheit gegeben, zu diesen von der typischen Wirtschaftlichkeitsprüfung abweichenden Aspekten Stellung zu nehmen. Zumindest verletzt der Bescheid des Beklagten deshalb die Begründungspflicht im Sinne des § 35 Abs 1 Satz 2 Zehnten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB X). Danach muss die Behörde die wesentlichen tatsächlichen und rechtlichen Gründe mitteilen, die sie zu ihrer Entscheidung bewogen haben.

Der einzige Gesichtspunkt, unter dem der angefochtene Bescheid auch nach Ansicht des LSG rechtmäßig sein könnte, wird in dessen Begründung nicht angesprochen. Eine auf das Verhältnis der einschlägigen Gebührenpositionen hinweisende Begründung ist auch nicht nachgeholt worden (vgl § 41 Abs 1 Nr 2 SGB X). Das führt grundsätzlich zur Aufhebung des angefochtenen Bescheides. Die Ausnahmeregelung des § 42 Satz 1 SGB X greift hier nicht ein, weil gerade nicht offensichtlich ist, dass der Beklagte eine andere Entscheidung in der Sache nicht getroffen hätte, wenn ihm die

Rechtsauffassung des LSG bewusst gewesen wäre, dass eine Honorarkürzung allein auf das systematische Verhältnis der reproduktionsmedizinischen Leistungen im EBM-Ä und nicht auf eine statistische Vergleichsprüfung gestützt werden könnte. Deshalb kann auch das Urteil des Berufungsgerichts, das die angefochtene Entscheidung des Beklagten im Wesentlichen mit Erwägungen aus dem systematischen Verhältnis der einschlägigen Positionen des EBM-Ä gebilligt hat, keinen Bestand haben.

Die angefochtene Entscheidung des Beklagten ist auch nicht - was im Berufungsurteil nicht ausdrücklich entschieden, aber zumindest angesprochen wird - unter dem Gesichtspunkt der "Randzuständigkeit" der Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung zur Durchführung von sachlich-rechnerischen Honorarberichtigungen rechtmäßig. Die Rechtsprechung des Senats hat die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung im ärztlichen wie im zahnärztlichen Bereich stets für berechtigt gehalten, auch außerhalb des Rechtszwecks der Gewährleistung einer wirtschaftlichen Versorgung liegende sachlich-rechnerische Berichtigungen der Honorarabrechnung eines Vertrags(zahn)arztes dann vorzunehmen, wenn sich die Notwendigkeit dazu im Rahmen einer Wirtschaftlichkeitsprüfung nachträglich ergibt und der Frage der Berechnungs- bzw. Verordnungsfähigkeit im Verhältnis zur Wirtschaftlichkeit keine derart überragende Bedeutung zukommt, dass eine Abgabe an die Kassen(zahn)ärztliche Vereinigung <K(Z)ÄV> geboten ist (s zuletzt BSG SozR 3-2500 § 106 Nr 29 S 163, mwN). Die Zubilligung einer derartigen "Randzuständigkeit" aus verfahrensökonomischen Gründen begegnet angesichts der ohnedies bestehenden Überschneidungen zwischen beiden Prüfbereichen keinen durchgreifenden rechtsstaatlichen Bedenken. Eine "randscharfe" Abgrenzung und Trennung zwischen Wirtschaftlichkeitsprüfung auf der einen und sachlich-rechnerischer Richtigstellung auf der anderen Seite ist praktisch oftmals gar nicht möglich, und die Prüfungsgremien können deshalb häufig auf Grund einer Wahlfeststellung zwischen unzutreffender gebührenordnungsmäßiger Abrechnung und unwirtschaftlicher Behandlung zu einer Honorarkürzung gelangen (vgl dazu vor allem BSGE 71, 194, 200 = SozR 3-2500 § 106 Nr 15 S 92). Die Übertragung der Befugnis, Abrechnungs- oder Verordnungskorrekturen geringeren Umfangs im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung mit zu erledigen, ist deshalb keine unzulässige Durchbrechung der gesetzlichen Kompetenzverteilung zwischen K(Z)ÄV und den Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung. Umgekehrt ist allerdings die KÄV generell nicht - also auch nicht im Rahmen einer Rand- bzw Annexzuständigkeit - berechtigt, aus Anlass von sachlich-rechnerischen Honorarberichtigungen die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung eines Vertragsarztes zu prüfen (BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 10 S 45).

Auf die sich aus den aufgezeigten Entscheidungen des Senats ergebende Randzuständigkeit der Prüfungsgremien zur Berichtigung der

Abrechnung der Vertragsärzte kann der angefochtene Bescheid hier nicht gestützt werden. Es geht von vornherein nicht um eine aus Anlass einer Wirtschaftlichkeitsprüfung durchzuführende, dieser gegenüber nachrangige Honorarberichtigung. Die Prüfungsgegenstände sind vielmehr identisch. Wären die Leistungen nach den Nrn 17/18 EBM-Ä für ausschließlich reproduktionsmedizinisch tätige Ärzte im Hinblick auf die vorrangige Beratungsbefugnis des behandelnden Gynäkologen und die Leistungsposition nach Nr 1180 EBM-Ä nicht berechnungsfähig, geht die Wirtschaftlichkeitsprüfung in vollem Umfang ins Leere. Danach wären nämlich sämtliche den Gegenstand der Wirtschaftlichkeitsprüfung bildende Ansätze der Leistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä in der Praxis der Klägerin als sachlich nicht berechtigt von der Honorarforderung abzusetzen. Für eine daneben durchzuführende Wirtschaftlichkeitsprüfung bestünde kein Anwendungsbereich.

Danach können weder die vorinstanzlichen Urteile noch die angefochtene Entscheidung des Beklagten Bestand haben. Damit steht aber noch nicht fest, dass gegenüber der Klägerin keine Honorarkürzungen festzusetzen sind. Der Beklagte wird vielmehr auf die Widersprüche der Klägerin gegen die Kürzungsbescheide des Prüfungsausschusses erneut zu prüfen haben, ob der Ansatz der Leistungen nach den Nrn 17/18 EBM-Ä wirtschaftlich war. Allerdings spricht beim jetzigen Sachstand wenig dafür, dass dies nach der Methode des Vergleichs nach Durchschnittswerten durchgeführt werden kann. Zwar könnte der Beklagte die Ansatzhäufigkeit hinsichtlich der Nr 17/18 EBM-Ä in der klagenden Praxis mit derjenigen anderer reproduktionsmedizinisch tätiger Praxen im Bezirk der Beigeladenen zu 8. und ggf auch in anderen Bezirken von KÄVen vergleichen. Dazu müsste er zunächst feststellen, in welchem Prozentsatz der Sterilitätsbehandlungsfälle die Ärzte der Klägerin Leistungen nach Nr 17 EBM-Ä bzw die Zuschlagsposition nach Nr 18 EBM-Ä angesetzt haben. Die auf diese Weise zu ermittelnde Abrechnungsfrequenz könnte dann mit den entsprechenden Werten anderer, speziell reproduktionsmedizinisch ausgerichteter Praxen verglichen werden. Bedenken gegen die Aussagekraft der auf diese Weise gewonnenen Erkenntnisse über die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise der Klägerin beruhen jedoch darauf, dass die Vergleichsgruppe der ausschließlich oder ganz überwiegend reproduktionsmedizinisch tätigen Ärzte einerseits relativ klein ist, andererseits nicht von vornherein ausgeschlossen werden kann, dass die Ansätze der Leistungen nach den Nrn 17/18 EBM-Ä innerhalb dieser Gruppe relativ leicht angeglichen werden könnten. Aus den Ansatzfrequenzen ließen sich insoweit keine Rückschlüsse auf die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung ziehen.

Selbst wenn deshalb eine statistische Prüfung nicht durchführbar sein sollte, kann die Wirtschaftlichkeit der Ansätze der Leistungen nach den

Nrn 17/18 EBM-Ä durch die Klägerin geprüft werden. Die sich hier ausnahmsweise anbietende Durchführung einer Einzelfallprüfung beruht auf der auch vom Berufungsgericht angesprochenen Arbeitsteilung zwischen dem überweisenden Arzt und den Ärzten der Klägerin als Überweisungsempfängern speziell zur Erbringung reproduktionsmedizinischer Leistungen. Diese Arbeitsteilung hat im EBM-Ä und in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen "über ärztliche Maßnahmen der künstlichen Befruchtung" (abgedruckt bei Engelmann <Hrsg>, Aichberger Ergänzungsband, Gesetzliche Krankenversicherung, Soziale Pflegeversicherung, Nr 440) auch ihren normativen Niederschlag gefunden. In Nr 7 der Richtlinien wird bestimmt, dass Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nur durchgeführt werden dürfen, wenn die Ehegatten zuvor von einem Arzt, der die Maßnahmen nicht selbst durchführt, über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der künstlichen Befruchtung beraten worden sind. In der Nr 1180 EBM-Ä in der in den streitbefangenen Quartalen geltenden Fassung ist die "Beratung des Ehepaares mit eingehender Erörterung der medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen einschließlich der Ausstellung der Bescheinigung nach Nr 15 der Richtlinien" mit 300 Punkten bewertet. In Satz 2 der als Bestandteil des Textes der Leistungslegende geltenden Anmerkung ist bestimmt, dass die Leistung nach Nr 1180 EBM-Ä nicht von dem Arzt berechnungsfähig ist, der die Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung durchführt. Daraus ist zu schließen, dass generell Beratungsgespräche aus dem Anlass und mit dem Inhalt, wie er in der Leistungslegende der Nr 1180 EBM-Ä beschrieben wird, von dem Arzt, der die Maßnahmen der künstlichen Befruchtung selbst durchführt, nicht abgerechnet werden können.

Aus diesen Regelungen kann jedoch kein strikter Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Leistungen nach Nrn 17/18 EBM-Ä für Reproduktionsmediziner hergeleitet werden. In der Anmerkung zu Nr 1192 EBM-Ä ist allerdings ausdrücklich geregelt, dass in den Leistungen nach den Nrn 1188 bis 1192 EBM-Ä, die für den reproduktionsmedizinisch tätigen Arzt maßgeblich sind, alle zur Durchführung erforderlichen Leistungen des Arztes und alle von ihm in diesem Zusammenhang veranlassten Leistungen enthalten sind, mit Ausnahme bestimmter, in den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen verzeichneter Leistungen sowie der Arzneimittel. Unter dem hier allein interessierenden Aspekt der Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise ist daraus zu folgern, dass die Beratung einer Patientin über die medizinischen, psychischen und sozialen Aspekte der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung durch den Arzt, der selbst die entsprechenden Maßnahmen durchführt, regelmäßig unwirtschaftlich im Sinne des § 2 Abs 4, § 12 Abs 1 Satz 1 SGB V ist. Die Patientin und ihr Ehepartner sind darüber bereits von dem Arzt beraten worden, der die Bescheinigung nach Nr 15 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen

über ärztliche Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung ausgestellt hat. Für die Berechnung der speziellen Beratungsleistungen nach den Nrn 17/18 EBM-Ä durch die reproduktionsmedizinisch tätigen Ärzte auf Grund einer Erörterung der Auswirkungen von nachhaltig lebensverändernden oder lebensbedrohenden Erkrankungen bleibt danach allenfalls in den Fällen Raum, in denen sich während der Durchführung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung bei der betroffenen Patientin Veränderungen ergeben, die ihrerseits lebensbedrohenden - was nach der eigenen Darstellung der Klägerin ausscheidet - oder zumindest lebensverändernden Charakter haben. Dabei kann es sich - wie ausgeführt - nicht um die Besprechung der "medizinischen und psychischen" Aspekte von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung im Sinne der Nr 1180 EBM-Ä handeln, weil insofern eine Beratung der Patientin bereits erfolgt ist. Als solche neuen körperlichen bzw seelischen Probleme mit "lebensveränderndem" Charakter könnten möglicherweise eine Unverträglichkeitsreaktion im Zuge der Hormonstimulation in Frage kommen oder das Entdecken anderweitiger Gesundheitsstörungen, die Auswirkungen auf die weitere Durchführbarkeit oder den Erfolg von Maßnahmen der künstlichen Befruchtung haben und ihrerseits für die betroffenen Patientinnen schwer wiegende Auswirkungen haben, die die Schwelle der in der Leistungslegende der Nr 17 EBM-Ä beschriebenen Gesundheitsstörungen erreichen.

In den einschlägigen Leistungspositionen des EBM-Ä und in den Richtlinien des Bundesausschusses sind danach normative Konkretisierungen des Wirtschaftlichkeitsgebotes enthalten, die zwar die Berechnungsfähigkeit der Leistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä für den reproduktionsmedizinisch tätigen Arzt nicht generell ausschließen, ihre Erbringung jedoch auf Ausnahmekonstellationen begrenzen. Ob diese Vorgabe eingehalten ist, betrifft die Wirtschaftlichkeit der ärztlichen Behandlung iS des § 106 Abs 1 SGB V und ist von den Prüfungsgremien zu klären.

In dieser besonderen Situation, dass der EBM-Ä selbst Vorgaben zur wirtschaftlichen Leistungserbringung enthält, müssen die Gremien der Wirtschaftlichkeitsprüfung den betroffenen Ärzten ausdrücklich Gelegenheit geben, ihre Abrechnungspraxis hinsichtlich der Leistungen nach den Nrn 17/18 EBM-Ä näher zu erläutern. Zwar ist die Angabe einer näheren Begründung für den allenfalls in besonders gelagerten Ausnahmefällen gerechtfertigten Ansatz dieser beiden Leistungspositionen nicht Abrechnungsvoraussetzung im technischen Sinne. Derartige Begründungserfordernisse können nämlich nur dann als echte Abrechnungsvoraussetzungen angesehen werden, wenn dies ausdrücklich normiert ist (BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 10 S 43). Eine entsprechende Begründungspflicht der Ärzte gegenüber den Prüfungsgremien ergibt sich jedoch aus dem dargestellten Zusammenhang von Regel und Ausnahme. Da dem behandelnden und überweisenden Arzt im Regelfall die speziellen Beratungsleistungen hinsichtlich der

medizinischen und psychischen Probleme der künstlichen Befruchtung vorbehalten sind, müssen die reproduktionsmedizinisch tätigen Ärzte, die derartige Leistungen abrechnen, im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung darstellen, inwiefern jeweils ein solcher Ausnahmefall vorgelegen hat. Insoweit gelten die allgemeinen Grundsätze, dass derjenige, der sich auf eine für ihn günstige Regelung beruft, deren Voraussetzungen darlegen und ggf nachweisen muss. Deshalb geht es zu Lasten der Ärzte, wenn ihnen der Nachweis nicht gelingt, dass in jedem Fall, in dem sie Leistungen nach Nr 17/18 EBM-Ä berechnet haben, ein Ausnahmefall in dem dargestellten Sinne gegeben war, dass nämlich im Zuge der Durchführung der Maßnahmen der künstlichen Befruchtung zusätzliche körperliche oder psychische Erkrankungen bei der betroffenen Frau aufgetreten sind, die den besonderen Beratungsbedarf im Sinne der Nr 17/18 EBM-Ä - dh über den Inhalt der Beratung nach Nr 1180 EBM-Ä hinaus - ausgelöst haben.

Der Beklagte wird danach unter Beachtung der dargestellten Grundsätze über die Wirtschaftlichkeit des Ansatzes der Nrn 17/18 EBM-Ä durch die Klägerin in den beiden streitbefangenen Quartalen erneut zu entscheiden haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Absätze 1 und 4 SGG in der bis zum 1. Januar 2002 geltenden und hier noch anzuwendenden Fassung (vgl BSG SozR 3-2500 § 116 Nr 24 S 115 ff). Der Senat hat von einer Kostenquotelung Abstand genommen. Die Klägerin hat in diesem Verfahren in dem Sinne vollständig obsiegt, dass der angefochtene Bescheid des Beklagten aufgehoben worden ist. Selbst wenn davon ausgegangen wird, dass der Beklagte unter Berücksichtigung der Maßgaben, die er bei seiner neuen Entscheidung zu beachten hat, eine Unwirtschaftlichkeit des Ansatzes der Leistungen nach den Nrn 17/18 EBM-Ä durch die Klägerin feststellen kann, ist es nicht gerechtfertigt, diese möglichen Auswirkungen bereits jetzt bei der Kostenentscheidung zu berücksichtigen. Streitgegenstand in Verfahren, die Bescheide der Wirtschaftlichkeitsprüfung zum Gegenstand haben, ist nach der Rechtsprechung des Senats allein der Bescheid des beklagten Beschwerdeausschusses (vgl BSG SozR 3-1300 § 35 Nr 5 S 10 f). Dieser war zu Lasten der Klägerin rechtswidrig. Das rechtfertigt es, dass der Beklagte ihr die Kosten der Verfahren, in denen um die Rechtmäßigkeit dieses Bescheides gestritten worden ist, unabhängig davon zu erstatten hat, ob im Ergebnis gegen die Klägerin eine Honorarkürzung bestandskräftig festgesetzt wird.