
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	28.10.1997

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	29.09.1999
-------	------------

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts M¹/₄nchen vom 28. Oktober 1997 aufgehoben. Die Klagen werden abgewiesen. Der Kl¹/₄ger hat der Beklagten die au¹/₄ergerichtlichen Kosten f¹/₄r beide Rechtsz¹/₄ge zu erstatten. Im ¹/₄brigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gr¹/₄nde:

I

Streitig ist die Verg¹/₄tung von Laborleistungen.

Der Kl¹/₄ger, ein Arzt f¹/₄r Kinderheilkunde und Leiter einer Kinderklinik in Passau, ist zur Teilnahme an der vertrags¹/₄rztlichen Versorgung erm¹/₄chtigt. Er wendet sich gegen Honorarbescheide der beklagten Kassen¹/₄rztlichen Vereinigung (K¹/₄V), mit denen seine Honorarforderungen f¹/₄r Basislaborleistungen in den Quartalen III/1994 bis einschlie¹/₄lich IV/1995 reduziert worden sind.

Seit dem 1. April 1994 sind kurativ-ambulante Laboratoriumsuntersuchungen nach Abschnitt O I des Einheitlichen Bewertungsma¹/₄stabs f¹/₄r die ¹/₄rztlichen

Leistungen (EBM-Ä) â von bestimmten Ausnahmen abgesehen â je Arztpraxis und Abrechnungsquartal (nur) bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berechnungs- und damit vergÃ¼tungsfÃ¼hig, deren HÃ¶he sich aus dem Produkt der arztgruppenbezogenen Fallpunktzahl und der Zahl kurativ-ambulanter BehandlungsfÃ¤lle je Arztpraxis ergibt. Die arztgruppenbezogene Fallpunktzahl betrÃ¤gt bei KinderÃ¤rzten 40 Punkte. Mit den angefochtenen Berichtigungsbescheiden wandte die Beklagte diese Regelung auf den KlÃ¤ger an und versagte die Honorierung der Ã¼ber den Punktzahlengrenzwert hinaus abgerechneten Punkte. Dessen WidersprÃ¼che blieben erfolglos.

Mit seinen die einzelnen Quartale betreffenden und vom Sozialgericht (SG) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbundenen Klagen hat der KlÃ¤ger geltend gemacht, die Bestimmung Ã¼ber die Begrenzung der Abrechenbarkeit von O-I-Leistungen kÃ¶nne auf ihn nicht angewandt werden. Seine TÃ¤tigkeit als ermÃ¤chtigter Krankenhausarzt und insbesondere die Zusammensetzung seiner Patienten seien mit derjenigen eines niedergelassenen Kinderarztes nicht vergleichbar. Er werde nur auf Ã¼berweisung von Fachkollegen im Rahmen der Behandlung von Kindern mit speziellen GesundheitsstÃ¶rungen tÃ¤tig. Ein Schwerpunkt seiner Praxis sei die NeuropÃ¤diatrie, hier insbesondere die Behandlung von cerebralen Anfallsleiden bzw epileptischen Erkrankungen. Im Rahmen der Epilepsieambulanz werde bei zahlreichen Kindern eine antikonvulsive Therapie durchgefÃ¼hrt und zu diesem Zweck seien etwa im Quartal IV/1995 20 Kinder mit Carbamazepin und 41 Kinder mit ValproatsÃ¤ure behandelt worden. Kinder unter Behandlung mit diesen Medikamenten mÃ¼Ã¼ten engmaschig unter Einbeziehung von Laborbefunden untersucht werden. Nicht einmal diejenigen Laboruntersuchungen, die von den Herstellern der jeweils zur antikonvulsiven Therapie eingesetzten Medikamente empfohlen bzw vorgeschrieben wÃ¼rden, seien im Rahmen seines Budget fÃ¼r O-I-Leistungen abrechnungsfÃ¼hig.

Das SG hat die angefochtenen Honorarbescheide in Gestalt der Widerspruchsbescheide aufgehoben, soweit Laborleistungen aufgrund der Ã¼berschreitung des praxisbezogenen O-I-Budgets abgesetzt worden sind, und die Beklagte verpflichtet, insoweit unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts erneut zu entscheiden. Die Situation des KlÃ¤gers sei durch eine Bindung an Ã¼berweisungen von KinderÃ¤rzten ("Facharztfilter") sowie einen besonders verengten ErmÃ¤chtigungsumfang gekennzeichnet, kraft dessen der KlÃ¤ger seine vertragsÃ¤rztliche TÃ¤tigkeit im wesentlichen auf die Behandlung neurologisch bzw epileptisch erkrankter Kinder beschrÃ¤nken mÃ¼sse. Daher kÃ¶nne die Begrenzungsregelung der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O I EBM-Ä auf ihn nicht angewandt werden. FÃ¼r die erforderliche Neubescheidung stehe der Beklagten, die sich "hierfÃ¼r mit dem BewertungsausschuÃ¼ bzw den Partner der BundesmantelvertrÃ¤ge ins Benehmen setzen" mÃ¼sse, ein Gestaltungsspielraum zu (Urteil vom 28. Oktober 1997).

Gegen dieses Urteil richtet sich die Sprungrevision der Beklagten. Sie rÃ¼gt eine Verletzung des [Â§ 87 Abs 2 sowie Abs 2b](#) und des [Â§ 85 Abs 4a Satz 1](#) FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Regelungen im EBM-Ä Ã¼ber die Budgetierung von Leistungen des Basislabors seien, wie das Bundessozialgericht

(BSG) mehrfach entschieden habe, mit [Â§ 87 Abs 2, 2b](#) sowie [Â§ 85 Abs 4a SGB V](#) vereinbar. Die Annahme des SG, bei Ärzten mit einem eng begrenzten Tätigkeitsspektrum sei die Beschränkung der Abrechenbarkeit von O-I-Leistungen rechtswidrig, verkenne den dem Bewertungsausschuß zukommenden Gestaltungsspielraum und berücksichtige nicht hinreichend die Grundsätze der höchststrichterlichen Rechtsprechung zur Ausgestaltung von Praxisbudgets für Laborleistungen. Der Bewertungsausschuß habe bei der Festlegung der Fallpunktzahlen hinreichend zwischen zunächst 11 und später 13 Arztgruppen differenziert und auf der Grundlage der Abrechnungsergebnisse der Vergangenheit die Fallpunktzahlen zwischen 5 und 135 Punkten festgesetzt. Die Unterschiede der Leistungserbringung zwischen ermäßigten und zugelassenen Ärzten seien nicht so bedeutsam, daß es geboten gewesen wäre, eigene Fallpunktzahlen für die Gruppe der ermäßigten Ärzte festzusetzen. Schließlich seien mehrere besonders schwerwiegende Krankheitsfälle, in denen nach medizinischer Erfahrung ein hoher Bedarf an Laborleistungen bestehe, von der Begrenzung der rechnerisch pro Behandlungsfall abrechenbaren Punkte für Basislaborleistungen ausgenommen. Eine weitere Differenzierung sei im Hinblick auf die mit der Regelung verfolgten Zwecke der Generalisierung und Pauschalisierung nicht erforderlich.

Der Kläger werde im übrigen durch die im Hinblick auf sein spezielles Leistungsspektrum ungünstige Berechnung der Punktzahlengrenze für Basislaborleistungen nicht unzumutbar beeinträchtigt. Seine Haupteinnahmequelle sei das Anstellungsverhältnis zum Krankenhaus. Die Anwendung der Begrenzungsregelung für Basislaborleistungen bewirke, daß sich der dem Kläger aus der vertragsärztlichen Tätigkeit zustehende Honoraranspruch in Höhe von ca 40.000 DM pro Quartal um etwa 1.000 DM reduziere. Darin liege kein unzumutbarer Eingriff.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts München vom 28. Oktober 1997 aufzuheben und die Klagen abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Das BSG habe in den bisher zum Praxisbudget für Basislaborleistungen ergangenen Entscheidungen stets im Hinblick auf Art 3 Abs 1 bzw [Art 12 Abs 1 Grundgesetz \(GG\)](#) beachtliche Gründe dafür angeführt, daß bestimmte praxisindividuelle Umstände hätten außer Betracht bleiben dürfen. Insofern habe das BSG wesentlich darauf abgestellt, daß jeder Vertragsarzt bei Beginn eines Abrechnungsquartals die Höhe der durchschnittlich pro Behandlungsfall maximal abrechenbaren Punktzahlen kenne und sein Behandlungs- und Abrechnungsverhalten darauf einstellen könne. Gerade dieser Gesichtspunkt finde auf ihn, den Kläger, keine Anwendung. Er könne auch in Kenntnis der durchschnittlich pro Behandlungsfall maximal abrechenbaren Punktzahl sein Behandlungs- und Abrechnungsverhalten nicht danach ausrichten, weil seine Ermächtigung einen zweifach eingeschränkten ambulanten Versorgungsauftrag

beinhalte. Er behandle nur Patienten, die ihm von anderen Kinderärzten zugewiesen würden, und sei im Übrigen auf die Behandlung bestimmter Gesundheitsstörungen beschränkt. In einer solchen Konstellation habe das SG zu Recht die Bemessung der maximal abrechenbaren Fallpunktzahlen für Laborleistungen anhand der durchschnittlichen Abrechnungsergebnisse aller Kinderärzte durch den Bewertungsausschuss für rechtswidrig gehalten.

Der Bewertungsausschuss hätte den Umstand, dass ermächtigte Ärzte mit vorgeschalteter Überweisung durch Ärzte der eigenen Arztgruppe nur spezielle, eng umschriebene Leistungen erbringen dürften, berücksichtigen müssen. Soweit die Beklagte darauf hinweise, er könne seinerseits die an ihn überweisenden Ärzte veranlassen, ihm nur labor-medizinisch voruntersuchte Patienten zur weiteren Behandlung zu überweisen, werde außer Betracht gelassen, dass seine Patienten regelmäßig und fortlaufend (auch) labor-medizinisch betreut werden müssten. Obwohl er sich beim Umfang der im Rahmen einer medikamentösen antikonvulsiven Therapie erforderlichen Laboruntersuchungen streng an die Empfehlungen medizinischer Fachgesellschaften und Experten gehalten habe, habe er das ihm nach dem EBM-Ü zustehende Budget für Basislaborleistungen (notwendig) überschritten.

Die Beigeladenen zu 2), 3), 5), 6) schließen sich der Auffassung der Beklagten an. Die übrigen Beteiligten äußern sich im Revisionsverfahren nicht.

II

Die Revision der Beklagten ist begründet. Das SG hat den Klagen zu Unrecht stattgegeben. Die angefochtenen Honorarberichtigungsbescheide der Beklagten sind rechtmäßig.

Die Kürzungen der Honorarforderungen des Klägers für Basislaborleistungen beruhen auf der bereits dargestellten Vorschrift in Abschnitt O I des EBM-Ü in der ab 1. April 1994 geltenden Fassung (DÜ 1994, C 515). Die Regelung ist rechtmäßig, insbesondere durch die gesetzliche Ermächtigung des [Â§ 87 Abs 2 und Abs 2b SGB V](#) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) gedeckt. Durch die vom Bewertungsausschuss zusätzlich zur Punktzahlabsenkung bei einzelnen Laborleistungen beschlossene Limitierung der für Leistungen des Abschnitts O I EBM-Ü berechnungsfähigen Gesamtpunktzahl- differenzierend einerseits nach Allgemeinversicherten und Rentnern und andererseits nach Arztgruppen ist der gesetzliche Auftrag, über eine grundlegende, auch Strukturveränderungen einschließende Neufassung des Laborkapitels im EBM-Ü Wirtschaftlichkeitsreserven bei der Versorgung mit Laborleistungen zu erschließen, sachgerecht umgesetzt worden ([BSGE 78, 98 = SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 12](#); [BSG SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 20](#)). Im Hinblick auf praxisindividuelle Umstände innerhalb einer Arztgruppe sind weitergehende Differenzierungen nicht erforderlich, weil andernfalls die mit der Budgetierung von Basislaborleistungen notwendig verbundene und beabsichtigte Generalisierung und Pauschalierung in Frage gestellt wäre. Auch rechtlich ist die Berücksichtigung besonderer Umstände und Behandlungsausrichtungen der einzelnen ärztlichen Praxis bei der normativen

Ausgestaltung des Praxisbudgets für Leistungen des Basislabors nicht geboten, weil jeder Arzt bei Beginn eines Abrechnungsquartals die Höhe der durchschnittlich pro Behandlungsfall maximal abrechenbaren Punktzahlen kennt und sein Behandlungs- und Abrechnungsverhalten darauf einstellen kann (BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 15](#) S 61). Der Senat hat die auf der Grundlage des tatsächlichen Abrechnungsverhaltens der einzelnen Arztgruppen ermittelten Fallpunktzahlen nicht beanstandet, soweit darüber bislang zu entscheiden war. Er hat es schließlich auch als zulässig bewertet, daß im Verhältnis zu den tatsächlich in der Vergangenheit durchschnittlich abgerechneten Punktzahlen die im einzelnen Behandlungsfall anzusetzende Punktzahl geringfügig vermindert worden ist, um den Anreiz zur Erbringung medizinisch nicht indizierter Laborleistungen zu reduzieren (BSG [SozR 3-2500 Â§ 87 Nr 16](#) S 68).

Diese Grundsätze hat das SG nicht prinzipiell in Frage gestellt. Es hat aber die Auffassung vertreten, die Begrenzung der für Basislaboruntersuchungen berechnungsfähigen Gesamtpunktzahl sei auf diejenigen Ärzte nicht anwendbar, die nur für die Behandlung bestimmter Krankheiten ermächtigt seien und die nur auf Überweisung von Vertragsärzten ihrer Arztgruppe in Anspruch genommen werden könnten. Dem folgt der Senat nicht. Der Bewertungsausschuß hat das Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#) nicht deshalb verletzt, weil er nicht zwischen zugelassenen und ermächtigten Ärzten oder zumindest zwischen zugelassenen Ärzten und solchen ermächtigten Ärzten, die lediglich für die Behandlung bestimmter Gesundheitsstörungen ermächtigt worden sind, differenziert hat. Allerdings enthält das Gleichbehandlungsgebot nicht nur das Verbot sachwidriger Differenzierung, sondern ebenso das Gebot sachgerechter Differenzierung bei Vorliegen wesentlicher Unterschiede (st Rspr des BVerfG; vgl zB [BVerfGE 98, 365, 385](#)). Zu einer Differenzierung bei ungleichen Sachverhalten ist der Normgeber allerdings nur verpflichtet, wenn die tatsächliche Ungleichheit so groß ist, daß sie bei einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise nicht unberücksichtigt bleiben darf (BVerfGE aaO, vgl auch Senatsurteile vom 21. Oktober 1998 â ua [B 6 KA 71/97 R -](#), [BSGE 83, 52, 58 = SozR 3-2500 Â§ 85 Nr 28](#) S 207). Daraus kann jedoch nicht abgeleitet werden, der Bewertungsausschuß hätte hinsichtlich der Anwendbarkeit der Regelungen in Abschnitt O I EBM-Ä in der vom SG für richtig gehaltenen Weise differenzieren müssen.

Aus [Art 3 Abs 1 GG](#) kann nur dann eine Verpflichtung des Bewertungsausschusses abzuleiten sein, zwischen zugelassenen und ermächtigten Ärzten hinsichtlich der Begrenzung der für Basislaboruntersuchungen berechnungsfähigen Gesamtpunktzahl zu unterscheiden, wenn erkennbar ist, daß unter dem Gesichtspunkt der Angewiesenheit auf Basislaborleistungen signifikante Unterschiede zwischen beiden Gruppen bestehen. Insoweit wäre es schon im Ausgangspunkt nicht ausreichend, daß ermächtigte Ärzte im Hinblick auf ein spezielles Patientenkontingent im Einzelfall einen größeren Bedarf an Basislaboruntersuchungen haben könnten als niedergelassene Ärzte derselben Fachrichtung. Denn kraft des Gleichbehandlungsgebots ist nur für den Fall zwischen zwei Gruppen von Betroffenen zu differenzieren, daß die zwischen den beiden Gruppen bestehenden Unterschiede typischerweise alle bzw nahezu alle

Angehörigen der Gruppen erfassen. Davon kann im Verhältnis von ermächtigt zu niedergelassenen Ärzten schon deshalb keine Rede sein, weil eine erhebliche Anzahl von Krankenhausärzten ausschließlich zur konsiliarischen Beratung niedergelassener Ärzte ermächtigt ist, und in diesem Rahmen der Krankenhausarzt jedenfalls typischerweise bei der Beratung des niedergelassenen Kollegen die von diesem erhobenen Laborbefunde bewertet, aber nicht selbst Laboruntersuchungen durchführt.

Zahlreiche Krankenhausärzte sind allerdings sowohl zur unmittelbaren Behandlung der Patienten in bestimmten Krankheitsfällen wie im übrigen zur konsiliarischen Beratung von Vertragsärzten ermächtigt. Auch im Hinblick auf diese große Gruppe von ermächtigt Ärzten liegen die Unterschiede hinsichtlich der Angewiesenheit auf Leistungen des Basislabors gegenüber den niedergelassenen Ärzten derselben Fachgruppe jedoch nicht auf der Hand. Zum einen wäre insoweit die quantitative Relation zwischen unmittelbarer Behandlungstätigkeit und lediglich konsiliarischer Tätigkeit des einzelnen Krankenhausarztes von Bedeutung. Diese ergibt sich aus dem Ermächtigungsbescheid nicht notwendigerweise, sondern steht erst nach Abschluss eines Quartals fest und kann auch über die Quartale hinweg schwanken. Wie der Bewertungsausschuss diese Umstände bei Schaffung einer notwendigerweise generalisierenden und allen stets unterschiedlich gelagerten Einzelfällen angemessen Rechnung tragenden Norm hätte berücksichtigen können, ist nicht ersichtlich. Schließlich ist nicht nachvollziehbar, dass selbst bei solchen ermächtigt Krankenhausärzten, die in die kontinuierliche Behandlung von Patienten eingeschaltet sind, generell ein höherer Bedarf an Basislaborleistungen als bei niedergelassenen Ärzten besteht. Es hängt vom jeweiligen Patienten bzw vom jeweiligen Krankheitsbild ab, ob der an der Behandlung beteiligte Krankenhausarzt zB selbst die mit der Einnahme von hochwirksamen Medikamenten notwendigerweise verbundenen Laborkontrollen vornimmt, oder ob dies dem behandelnden Arzt (Hausarzt, Kinderarzt, Internist) vorbehalten bleibt, der die Ergebnisse der von ihm durchgeführten Laboratoriumsdiagnostik dem Krankenhausarzt im Rahmen der Überweisung zur Mitbehandlung (vgl § 24 Abs 7 Bundesmantelvertrag-Ärzte) zur Verfügung stellt. Für sich genommen haben jedenfalls die hier im Streit stehenden Laboruntersuchungen des Basislabors nach Abschnitt O I EBM-Ä, für die keine speziellen Qualifikationsanforderungen gelten und die grundsätzlich in jeder Arztpraxis erbracht werden dürfen, keinen Bezug zu den in [§ 116 Satz 2 SGB V](#), § 31a Abs 1 Ärzte-ZV angesprochenen besonderen Kenntnissen und Fähigkeiten eines weitergebildeten Krankenhausarztes.

Der Bewertungsausschuss hat schließlich die ihm zukommende Gestaltungsfreiheit nicht dadurch verletzt, dass er keine allgemeine Härteregelung in Abschnitt O I EBM-Ä aufgenommen und auch keine Regelung getroffen hat, die die Behandlung von Kindern mit Anfallsleiden von der Begrenzung der abrechenbaren Laborpunktzahl ausnehmen.

Eine allgemeine Härteregelung im Abschnitt O I EBM-Ä, wonach etwa in Arztpraxen, in denen ein von der typischen Patientenstruktur signifikant abweichendes Patientenkontingent versorgt wird, die Grenze der abrechnungsfähigen

Gesamtpunktzahl nach den Umständen des Einzelfalls festgelegt wird, hätte weder dem Zweck der Regelung entsprochen noch wäre sie mit zumutbarem Aufwand verwaltungsmäßig umsetzbar. Da in der Mehrzahl der vertragsärztlichen Praxen Leistungen nach Abschnitt O I EBM erbracht werden, wäre nicht auszuschließen, daß zahlreiche Vertragsärzte geltend gemacht hätten oder geltend machen würden, in ihrem Fall sei wegen bestimmter Besonderheiten das Laborbudget abweichend von der im EBM vorgeschriebenen Berechnungsmethode zu ermitteln. Damit wäre die Regulationsintention einer Generalisierung und Pauschalierung sowie der Begrenzung eines weiteren Anstiegs der abgerechneten Laborleistungen von vornherein verfehlt worden.

Der Bewertungsausschuß war gleichfalls nicht verpflichtet, das Krankheitsbild der Anfallsleiden von Kindern, soweit sie mit bestimmten Medikamenten behandelt werden müssen, in den Katalog der Ausnahmetatbestände nach Abs 2 der Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt O I EBM aufzunehmen. Der Bewertungsausschuß hat insoweit die ihm im Rahmen des [§ 87 Abs 2 Satz 2 SGB V](#) zukommende Beobachtungs- und ggf Anpassungspflicht (vgl [BSGE 79, 239, 242 = SozR 3-2500 § 87 Nr 14](#) S 49) nicht mißachtet. In dem Katalog sind ursprünglich sechs Krankheitsfälle verzeichnet gewesen, bei denen die jeweils erbrachten Laborleistungen nicht auf die Gesamtpunktzahl der einzelnen Arztpraxis angerechnet wurden. Dazu rechneten die chronische Niereninsuffizienz unter bestimmten Voraussetzungen, onkologische Erkrankungen unter systematischer Zytostatika-Therapie, Nachsorge nach Organtransplantationen, die therapiebedürftige HIV-Infektion, ein insulinpflichtiger Diabetes mellitus sowie die rheumatoide Arthritis unter immunsuppressiver oder immunmodulierender Langzeit-Basistherapie. Der Bewertungsausschuß hat den genannten Katalog zum 1. Januar 1996 durch die Aufnahme der Mukoviszidose ergänzt, um so den besonderen Anforderungen der Behandlung dieser Krankheit Rechnung zu tragen. Da die Behandlung epileptischer Kinder mit bestimmten Medikamenten vom Aufwand bezogen auf Leistungen des Basislabors mit den nunmehr sieben im Katalog verzeichneten Erkrankungen vergleichbar wäre und der Bewertungsausschuß sich den daraus im Hinblick auf das Gleichbehandlungsgebot des [Art 3 Abs 1 GG](#) abzuleitenden Konsequenzen entzogen hätte, hat der Kläger nicht geltend gemacht. Das SG hat Feststellungen in dieser Hinsicht nicht getroffen, und für eine solche Situation ist auch nichts ersichtlich.

Der Kläger wird im übrigen dadurch, daß seine Honorarforderung für O I-Leistungen im Hinblick auf die Überschreitung des ihm nach den Vorgaben der Allgemeinen Bestimmungen zum Abschnitt O I EBM ermittelten Grenzwertes reduziert wird, nicht unzumutbar belastet. Die Bildung eines fallzahlabhängigen "Praxisbudgets" für Leistungen des Abschnitts O I EBM führt zunächst nicht dazu, daß tatsächlich erbrachte Leistungen nicht mehr vergütet werden. Die Regelung bewirkt lediglich, daß bei einer Überschreitung des Grenzwertes die Höhe der Vergütung für die einzelne erbrachte Leistung sinkt ([BSGE 78, 98, 108 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12](#) S 44). Ungeachtet dessen ist die vom SG getroffene Feststellung, zwischen 38 % und 58 % der angeforderten O I-Punkte seien wegen Überschreitung des Grenzwertes abgesetzt worden, für sich genommen wenig aussagekräftig. Wenn wie das SG festgestellt hat der für den Kläger

maßgebliche Grenzwert in den streitbefangenen Quartalen zwischen 13.000 und 14.000 Punkten gelegen hat, werden im Ergebnis rechnerisch 6.500 bis 7.500 Punkte von der Begrenzungsregelung erfaßt. Das entspricht selbst unter Zugrundelegung eines wenig realistischen hohen Punktwertes von 10 Pf einer Honorareinbuße von lediglich 650 bzw 750 DM im Quartal. Die Beklagte hat vorgetragen, der Kläger erwirtschaftete im Quartal ca 40.000 DM vertragsärztlichen Honorars; der Kläger hat dem nicht widersprochen. Das verdeutlicht, daß die Anwendung der Begrenzungsregelung der Allgemeinen Bestimmungen zu Abschnitt O I des EBM die Tätigkeit des Klägers im Rahmen seiner Ermächtigung nur marginal berührt.

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

Erstellt am: 28.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024