

# BUNDESSOZIALGERICHT



**Im Namen des Volkes**

**Urteil**

**in dem Rechtsstreit**

Az: 6 RKa 3/96

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

**g e g e n**

Kassenärztliche Vereinigung Koblenz,  
56073 Koblenz, Emil-Schüller-Straße 14-16,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat am 29. Januar 1997 ohne mündliche Verhandlung durch den Richter Dr. E n g e l m a n n als Vorsitzenden, die Richter Dr. W e n n e r und K r u s c h i n s k y sowie die ehrenamtliche Richterin Dr. D a w i d und den ehrenamtlichen Richter Dr. H u m b a c h für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 20. September 1995 wird zurückgewiesen.

Der Kläger hat der Beklagten deren außergerichtliche Kosten des Revisionsverfahrens zu erstatten.

**G r ü n d e :**

I



**JLaw – Gesetze und Urteile**  
Kostenlos  
Über 200 Gesetze  
Über 100.000 Urteile  
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

Der als Internist zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Kläger, der zugleich be-  
legärztlich tätig ist, wendet sich gegen die seit dem Quartal II/94 von der beklagten Kas-  
senärztlichen Vereinigung (KÄV) praktizierten Begrenzung seiner Honorare für Laborlei-  
stungen.

Im Zuge der vom Bewertungsausschuß mit Wirkung ab 1. April 1994 beschlossenen  
Neufassung der Abschnitte O I und O II des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ver-  
tragsärztliche Leistungen (EBM) wurde zwecks Eindämmung der Mengensteigerungen  
bei Leistungen des sog Basislabors bestimmt, daß kurativ-ambulante Laboratoriumsun-  
tersuchungen nach dem Abschnitt O I von bestimmten Ausnahmen abgesehen je Arztpra-  
xis und Abrechnungsquartal (nur) bis zu einer begrenzten Gesamtpunktzahl berech-  
nungsfähig sind, deren Höhe sich aus dem Produkt aus arztgruppenbezogener Fallpunkt-  
zahl und der Zahl kurativ-ambulanter Fälle der Arztpraxis ergibt.

Die Beklagten vergütete dem Kläger im Quartal II/94 anstelle der angeforderten 80 520  
Punkte für Leistungen des Abschnitts O I im Hinblick auf die Budgetgrenzen lediglich  
31 709,4 Punkte. Der Widerspruch des Klägers, der gegen die arztgruppenbezogene  
Begrenzung der Abrechenbarkeit der Basislaborleistungen verfassungsrechtliche Beden-  
ken erhoben und auf seine spezifische Praxissituation hingewiesen hatte, die durch sei-  
nen überdurchschnittlich hohen Anteil von Überweisungsfällen gekennzeichnet sei, was  
auf seiner Tätigkeit als Belegarzt am Städtischen Krankenhaus Baumholder beruhe, blieb  
erfolglos (Bescheid vom 19. Oktober 1994; Widerspruchsbescheid vom 29. November  
1994).

Das Sozialgericht (SG) hat die Klagen gegen den Bescheid für das Quartal II/94 und ge-  
gen die Honorarbescheide für die Quartale III/94 und IV/94, die es im Einverständnis mit  
den Beteiligten in das Verfahren einbezogen hat, abgewiesen. Es hat die Festlegung ei-  
nes praxisindividuellen Laborbudgets im EBM mit höherrangigem Recht - insbesondere  
mit Verfassungsrecht - für vereinbar gehalten (Urteil vom 20. September 1995).

Hiergegen richtet sich die Sprungrevision des Klägers, mit der er in erster Linie rügt, für  
die Festlegung eines individuellen Laborbudgets fehle die im Hinblick auf Art 12 Abs 1  
Satz 2 Grundgesetz (GG) erforderliche Rechtsgrundlage. Die Ermächtigung des § 87  
Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) für den Bewertungsausschuß gestatte lediglich  
die Festlegung der Art der abrechnungsfähigen Leistungen und der Bewertungspunkt-  
zahlen. Regelungen über die pauschale Begrenzung der vertragsärztlichen Tätigkeit in  
bestimmten Leistungsbereichen könnten jedoch nicht Gegenstand einer Gebührenord-  
nung sein. Insoweit seien auf der Grundlage des § 85 Abs 4 Satz 4 SGB V allenfalls Re-  
gelungen im Honorarverteilungsmaßstab statthaft. Im übrigen seien die angefochtenen  
Bescheide auch deshalb rechtswidrig, weil Besonderheiten seiner Praxis nicht berück-  
sichtigt worden seien. Der hohe Überweisungsanteil, der Umstand, daß er als einziger der



am Städtischen Krankenhaus Baumholder tätigen Ärzte über ein Labor verfüge, und schließlich die zum 1. April 1994 eingeführte bundesmantelvertragliche Regelung, wonach ein Vertragsarzt zur Ausführung von Leistungen nach Abschnitt O I EBM nicht an andere Vertragsärzte überweisen dürfe, stellten sich in ihrer Kumulation als nicht mehr hinnehmbare Beschränkung seiner beruflichen Tätigkeit dar. Hinzu komme, daß ihm seitens der Beklagten auch die Hausarztpraxispauschale versagt worden sei, weil der Anteil von Grundleistungen an den in seiner Praxis insgesamt erbrachten Leistungen den insoweit maßgeblichen Grenzwert nicht erreicht habe.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 20. September 1995 sowie den Honorarbescheid der Beklagten für das Quartal II/94 vom 19. Oktober 1994 idF des Widerspruchsbescheides vom 29. November 1994 sowie die Honorarbescheide für die Folgequartale III/94 und IV/94 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihn unter Beachtung der Rechtsauffassung des Gerichts neu zu bescheiden.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie verweist auf das Urteil des Senats vom 20. März 1996 - 6 RKa 51/95 -, in dem die Bestimmungen über das Praxisbudget für Basislaboruntersuchungen für rechtmäßig gehalten worden seien.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats durch Urteil ohne mündliche Verhandlung (§ 124 Abs 2 SGG) einverstanden erklärt.

## II

Die Revision hat keinen Erfolg. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen.

Die Begrenzung der für Basislaboruntersuchungen berechnungsfähigen Gesamtpunktzahl in Kap O Vorbemerkung zu Abschnitt O I EBM in der seit 1. April 1994 geltenden Fassung ist durch § 87 Abs 2 und 2b SGB V gedeckt und mit höherrangigem Recht vereinbar (Senatsurteil vom 20. März 1996 - 6 RKa 51/95 - BSGE 78, 98, 104 = SozR 3-2500 § 87 Nr 12). Die Ausgestaltung der Regelungen über die Begrenzung der pro Arztpraxis und Abrechnungsquartal abrechnungsfähigen Basislaborleistungen ist, worüber bisher nicht zu befinden war, ebenfalls rechtmäßig, auch soweit sie keinen Raum zur Berücksichtigung besonderer Praxisumstände lassen, die etwa im Rahmen der vertragsärztlichen Wirtschaftlichkeitsprüfung (vgl § 106 SGB V) zu beachten wären.



Ebenso wie Verteilungsregelungen in Honorarverteilungsmaßstäben der KÄVen auf der Grundlage des § 85 Abs 4 Satz 2 SGB V stellen auch Vergütungsbestimmungen im EBM Regelungen der Berufsausübung der Vertragsärzte im Sinne des Art 12 Abs 1 Satz 2 GG dar. Derartige Regelungen müssen, auch wenn sie in der gewählten Gestaltungsform (Praxisbudget für Basislaborleistungen) prinzipiell zulässig sind, den allgemein bei Eingriffen in die Berufsfreiheit zu beachtenden Grundsätzen der Erforderlichkeit, Geeignetheit und Verhältnismäßigkeit genügen und in ihrer Ausgestaltung die Unterschiede berücksichtigen, die typischerweise innerhalb der betroffenen Berufsgruppe bestehen. Das ergibt sich insbesondere aus dem vom Senat bei der Prüfung von Honorarbegrenzungsregelungen am Maßstab des Art 12 Abs 1 GG stets mit herangezogenen allgemeinen Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG (BSGE 73, 131, 138 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 26; BSG SozR 3-2500 § 85 Nr 8 S 49). Der zur strikten Beachtung des Gleichbehandlungsgebotes verpflichtete Normgeber - hier der Bewertungsausschuß - ist allerdings berechtigt, im Interesse der Überschaubarkeit und Praktikabilität einer Regelung zu verallgemeinern, zu typisieren und zu pauschalisieren. Der Bewertungsausschuß verfügt, wie der Senat im Rahmen von Entscheidungen zur Überprüfung einzelner Leistungsbeschreibungen und Leistungsbewertungen stets hervorgehoben hat, über einen Regelungsspielraum (vgl aus jüngster Zeit die Urteile vom 7. Februar 1996 - 6 RKa 6/95 - = SozR 3-5533 Nr 763 Nr 1; vom 20. März 1996 - 6 RKa 51/95 = BSGE 78, 98, 107, = SozR 3-2500 § 87 Nr 12; vom 13. November 1996 - 6 RKa 31/95 - zur Veröffentlichung vorgesehen). Die Gerichte sind nicht befugt zu überprüfen, ob er jeweils die zweckmäßigste, vernünftigste und gerechteste Lösung gefunden hat. Ein Verfassungsverstoß liegt erst vor, wenn die Ungleichheit in dem jeweils in Betracht kommenden Zusammenhang so bedeutsam ist, daß ihre Berücksichtigung nach einer am Gerechtigkeitsgedanken orientierten Betrachtungsweise geboten erscheint (vgl BSGE 73, 131, 138 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 27). Hinzu kommt, daß dem Normgeber bei der Neuregelung komplexer Materien auch unter dem Gesichtspunkt der Anfangs- und Erprobungsregelungen ein Gestaltungsspielraum zusteht, weil sich häufig bei Erlass der maßgeblichen Vorschriften deren Auswirkungen nicht in allen Einzelheiten übersehen lassen und deshalb auch gröbere Typisierungen und geringere Differenzierungen zunächst hingenommen werden müssen (vgl im Anschluß an BVerfGE 33, 171, 189; 70, 1, 34: BSG SozR 2200 § 368f Nr 14 S 50; BSGE 73, 131, 140 = SozR 3-2500 § 85 Nr 4 S 28; BSG SozR 3-2200 § 368f Nr 3 S 8; BSG SozR 3-2200 § 368g S 7). Dieser relativ weiten Gestaltungsfreiheit bei Anfangs- und Erprobungsregelungen korrespondiert allerdings eine Beobachtungs- und gegebenenfalls Nachbesserungspflicht des Normgebers, wenn sich im Vollzug von ursprünglich gerechtfertigten Regelungen herausstellt, daß die die Norm legitimierenden Gründe weggefallen oder die Auswirkungen für einzelne betroffene Normadressaten unzumutbar geworden sind (vgl Senatsurteil vom 7. Februar 1996 - 6 RKa 42/95 - = SozR 3-2500 § 85 Nr 12 S 80/81 mwN). Bei Anwendung dieser Prüfungsmaßstäbe sind die Regelungen in Abschnitt O I EBM über die Ausgestaltung des Praxisbudgets für Laborleistungen, soweit sie hier von Bedeutung sind, nicht zu beanstanden.



In ihrer zum 1. April 1994 in Kraft getretenen und deshalb hier anwendbaren Fassung waren die Fallpunktzahlen für 11 Arztgruppen unterschiedlich zwischen 5 und 135 Punkten festgesetzt. Dabei war vielfach zwischen Allgemeinversicherten und Rentnern unterschieden worden, um dem typischerweise höheren Aufwand bei der Behandlung älterer Patienten Rechnung zu tragen. Bei Internisten war zwischen solchen ohne und solchen mit Teilgebietsbezeichnung differenziert und für sieben Teilgebiete ein zwischen 40 und 400 Punkten variierender Grenzwert normiert worden. Da zudem sechs Krankheitsfälle, in denen erfahrungsgemäß häufiger Basislaboruntersuchungen anfallen (zB Niereninsuffizienz, Tumorerkrankungen mit Zytostatika-Therapie, HIV-Infektion), von der Budgetierung der Laborleistungen ausgenommen waren, hat der Bewertungsausschuß die aus seiner Sicht notwendigen Differenzierungen vorgenommen, um das angestrebte Ziel der Begrenzung der Laborleistungen unter Beachtung der typischen Behandlungsnotwendigkeiten in den einzelnen ärztlichen Fachgebieten zu erreichen. Einer darüber hinausgehenden Differenzierung bedarf es nicht, weil andernfalls die mit der Budgetierung von Basislaborleistungen notwendig verbundene und auch beabsichtigte Generalisierung und Pauschalierung in Frage gestellt wäre. Eine Budgetierungsregelung, die bei der Bemessung der Fallpunktzahl innerhalb einer Arztgruppe auf praxisindividuelle Umstände, die bei Honorarkürzungen im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung von Bedeutung sind, abstellen würde, wäre praktisch nicht umsetzbar. Jeder Arzt würde ein auf seine spezielle Praxissituation zugeschnittenes Budget beanspruchen, von dem dann zwangsläufig weder steuernde Effekte noch eine Begrenzung der Abrechnung von Basislaborleistungen ausgehen könnten. Auch rechtlich ist die Berücksichtigung besonderer Umstände und Behandlungsausrichtungen der einzelnen ärztlichen Praxen bei der normativen Ausgestaltung des Praxisbudget 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. Darin liegt ein wichtiger Unterschied zur nachträglichen Prüfung der ärztlichen Leistungen auf ihre Wirtschaftlichkeit allein am Maßstab von stets schwankenden Durchschnittswerten, wie sie in § 106 Abs 2 Nr 1 SGB V als Regelprüfmethode der Wirtschaftlichkeitsprüfung vorgeschrieben ist (vgl BSGE 76, 53, 54 = SozR 3-2500 § 106 Nr 26 S 145). Der Bewertungsausschuß ist schließlich der ihm obliegenden Beobachtungs- und Nachbesserungspflicht dadurch nachgekommen, daß er schon zum 1. Januar 1996 den Kreis der außer Betracht bleibenden Krankheitsfälle erweitert (Mukoviszidose) und die Fallpunktzahlen für Allgemeinmediziner und Internisten erhöht, für Gynäkologen dagegen reduziert hat. Zum 1. Juli 1996 ist eine weitere Differenzierung der Fachgruppen in Kraft getreten.

Bereits zum 1. April 1996 hat der Bewertungsausschuß dem Umstand Rechnung getragen, daß der Senat das Überweisungsverbot für Basislaborleistungen für unwirksam erklärt hat (Urteil vom 20. März 1996 - 6 Rka 21/95 - BSGE 78, 91 = SozR 3-5540 § 25



Nr 2). Der in Überweisungsfällen anfallende Leistungsbedarf in Punkten unterliegt nicht mehr der Begrenzung durch die Gesamtpunktzahl der ausführenden Arztpraxis, sondern wird der überweisenden Praxis zugerechnet. Damit ist ausgeschlossen, daß der Kläger in Zukunft allein deshalb sein Praxisbudget für Basislaborleistungen überschreitet, weil er solche Leistungen auf Überweisung erbringen muß. Welcher Zusammenhang im übrigen in den streitbefangenen Quartalen zwischen der Überschreitung des Praxisbudgets durch die Kläger und dem - nach seiner Darstellung im Revisionsverfahren - hohen Anteil an Überweisungsfällen in seiner Praxis bestanden haben soll, ist nicht erkennbar. Wegen des zum 1. April 1994 in § 25 Abs 2 Nr 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) bzw § 28 Abs 2 Ersatzkassenvertrag Ärzte (EKV-Ä) geregelten Überweisungsverbotes für Leistungen nach Abschnitt O I EBM, das zwar nach der Entscheidung des Senats vom 20. März 1996 - aaO - unwirksam ist, aber zuvor in der Praxis befolgt worden war, kann der Kläger gezielte Aufträge für Basislaborleistungen nicht in nennenswertem Umfang erhalten haben. Für eine Differenzierung der Fallpunktzahlen der einzelnen Arztgruppen danach, ob die Laborleistungen in Originalfällen oder in Überweisungsfällen erbracht worden sind, besteht im übrigen keine sachliche Notwendigkeit. Alle nicht hausärztlich tätigen Internisten werden in mehr oder weniger großem Umfang auf Überweisung durch andere Vertragsärzte tätig. Daß ein allgemeiner Erfahrungssatz bestünde, wonach in Überweisungsfällen mehr Basislaborleistungen anfielen als in Originalfällen, weil auf Überweisung durchweg schwerwiegendere Gesundheitsstörungen zu behandeln seien, wird weder vorgetragen noch ist es ersichtlich.

Soweit der Kläger schließlich einen Ausnahmetatbestand im EBM für die belegärztliche Tätigkeit fordert, kann ihm schon im Ansatz nicht gefolgt werden. Die Bestimmungen in der Vorbemerkung zum Abschnitt O I des EBM über die begrenzte Berechnungsfähigkeit von Basislaboruntersuchungen gelten nur für "kurativ-ambulante Laboratoriumsuntersuchungen". Laborleistungen, die im Rahmen der Prävention oder der "sonstigen Hilfen" erbracht werden, sind ebenso von der Berechnung der begrenzten Gesamtpunktzahl ausgenommen wie jene, die bei kurativ-stationärer (belegärztlicher) Behandlung zur Abrechnung kommen (Kölner Kommentar zum EBM, Stand 1996, S 588). Im übrigen trifft die Auffassung des Klägers, die Vorschriften des EBM müßten allen Umständen der belegärztlichen Leistungserbringung von vornherein Rechnung tragen, nicht zu. Dadurch würde der Grundsatz der Nachrangigkeit der belegärztlichen Tätigkeit gegenüber der Tätigkeit des Vertragsarztes in seiner eigenen Praxis in Frage gestellt (vgl dazu ausführlich das Senatsurteil vom 13. November 1996 - 6 RKa 31/95 - zur Veröffentlichung vorgesehen). Es bedarf deshalb im streitbefangenen Zeitraum keiner näheren Sachaufklärung darüber, ob tatsächlich die belegärztliche Tätigkeit des Klägers zumindest mittelbar für die Überschreitung des Praxisbudgets für Basislaborleistungen ursächlich gewesen sein konnte, obwohl die in stationären Behandlungsfällen erbrachten Laborleistungen auf sein Laborbudget nicht angerechnet wurden.



Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs 1 und 4 SGG.



**[JLaw – Gesetze und Urteile](#)**  
Kostenlos  
Über 200 Gesetze  
Über 100.000 Urteile  
**[\(mobile App\)](#)**



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)