

L 4 KA 26/12

Land

Hessen

Sozialgericht

Hessisches LSG

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

4

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 166/11

Datum

18.04.2012

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 26/12

Datum

18.12.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 18. April 2012 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin hat die Kosten auch des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Höhe des Honorars im Quartal II/09 und hierbei um die Absetzung der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä in den Fällen, in denen auch Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä (Leistungen des Allgemeinlabors) abgerechnet wurden.

Die Klägerin ist ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in der Rechtsform einer GmbH. Es besteht seit 1. Januar 2006. Im MVZ waren zunächst sechs, seit dem Quartal III/08 sieben, seit dem Quartal IV/08 acht und seit dem Quartal III/09 wieder sieben Ärzte/Ärztinnen tätig, alle Fachärzte/Fachärztinnen für Laboratoriumsmedizin mit Ausnahme eines von Anfang an angestellten und an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Arztes (Herr Dr. C.). Von den Fachärzten/Fachärztinnen für Laboratoriumsmedizin war Herr Dr. D. lediglich vom 1. Januar 2006 bis 4. Juni 2009 und sind Frau Dr. E. erst seit dem 1. Juli 2008 und Frau Dr. F. seit dem 1. Oktober 2008 angestellt. Die übrigen Ärzte/Ärztinnen (Herr Dr. G., Herr Dr. H., Frau Dr. I., Frau Dr. J.) waren von Anfang an im MVZ tätig. Mit Ausnahme von Herrn Dr. G. sind bzw. waren alle Ärzte/Ärztinnen im MVZ angestellt.

Im Quartal II/09 nahm die Beklagte mit Honorarbescheid folgende Festsetzungen vor:

Quartal II/09

Honorarbescheid vom 11.10.2009

Widerspruch eingelegt am 14.12.2009

Nettohonorar gesamt in EUR 3.616.079,49

Bruttobonorar PK + EK in EUR 3.711.121,49

Fallzahl PK + EK 158.974

Honorar Regelleistungsvolumen in EUR 2.767,65

Honorar quotiertes Regelleistungsvolumen in EUR 0,00

Fallwertzuschläge zu Regelleistungsvolumen in EUR 0,00

Übrige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung in EUR 3.570.616,06

Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) 137.737,78

Hiergegen legte die Klägerin am 14. Dezember 2009 Widerspruch unter allen rechtlichen Gesichtspunkten ein, den sie nicht weiter begründete.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 26. Januar 2011 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, gemäß den gesetzlichen Vorgaben habe sie mit Bescheid vom 26. Februar 2009 für Herrn Dr. C. das praxisbezogene Regelleistungsvolumen zutreffend festgesetzt. Hiergegen habe die Klägerin keinen Widerspruch erhoben, so dass die Berechnungsgrundlage bestandskräftig geworden sei. Der Honorarbescheid für das Quartal II/09 sei daher rechtmäßig. Das von Herrn Dr. C. angeforderte Honorar in Höhe von 2.840,49 EUR sei vollständig vergütet worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 25. Februar 2011 Klage bei dem Sozialgericht Marburg (SG) erhoben. Sie hat mit Schriftsatz ihres Prozessbevollmächtigten vom 19. April 2011 die Klage auf die sachlich-rechnerische Berichtigung der Nr. 40100 EBM-Ä beschränkt.

Zur Begründung ihrer Klage hat die Klägerin vorgetragen, mit Wirkung zum 1. April 2009 sei die Leistungslegende der Nr. 40100 EBM-Ä durch die Partner des Bundesmantelvertrages geändert worden. Die Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM-Ä könne nur noch für Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3 EBM-Ä berechnet werden. Durch die Aufnahme einer Anmerkung sei festgelegt worden, dass die Kostenpauschale nicht neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä, d. h. der allgemeinen Laboruntersuchungen berechnungsfähig sei. Diese einen Vergütungsausschluss anordnende Regelung verstoße gegen höherrangiges Recht und sei nichtig. Sie betreibe ein medizinisches Labor, das seit 1982 bestehe. Es seien dort insgesamt ca. 200 ärztliche und nicht ärztliche Mitarbeiter beschäftigt. Die Änderung der Nr. 40100 EBM-Ä führe dazu, dass der vom Fachlabor zu organisierende und finanzierende Versandvorgang in drei Grundkonstellationen anders als zuvor nicht mehr bezahlt werde, nämlich wenn zusätzlich zu den speziellen Untersuchungen mit dem Untersuchungsauftrag auch nur eine einzige allgemeine Laboratoriumsuntersuchung angefordert werde, beispielsweise wenn der einsendende Arzt zusätzlich zu einer speziellen Untersuchung auch ein "kleines Blutbild" anfordere (sog. Mischaufträge), ferner wenn nur eine allgemeine Laboratoriumsuntersuchung im Überweisungsauftrag angefordert werde und drittens, wenn im jeweiligen Quartal neben einem reinen, an sich erstattungsfähigen Auftrag mit ausschließlich speziellen Untersuchungen zu einem anderen Zeitpunkt mit einer gesonderten Probe auch noch eine allgemeine Laboratoriumsuntersuchung in Auftrag gegeben werde. Nach den Informationen über die wesentlichen Änderungen in der Abrechnung für das Quartal II/09 sei die Nr. 40100 EBM-Ä bei ihr durch die Beklagte in 103.357 Fällen abgesetzt worden. Es handle sich zu einem großen Teil um Untersuchungsfälle mit einem an sich erstattungsfähigen Versandvorgang. In allen diesen Fällen habe sie die Kosten aus anderen Einnahmen tragen müssen. Sie habe keinen Einfluss darauf, ob ihre Einsender auch allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen bei ihr anforderten. Es hänge allein von dem Überweisungsverhalten der Ärzte ab, ob die Fachlaboratorien überhaupt noch eine Kostenerstattung für ihre Versandvorgänge bekämen. Die Kosten für den aufwändigen Spezialtransport der Proben für spezielle Untersuchungen seien gänzlich unabhängig davon, ob zusätzlich im selben Quartal für denselben Patienten noch allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen angefordert würden. Die Kosten für die allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen lägen im Cent-Bereich. Der durchschnittliche Fallwert aller allgemeinen Laborfälle liege bei ihr zwischen 2,00 EUR und 3,00 EUR. Die Neureglung führe zu einer negativen Vergütung für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen und wirke damit wie ein Verbot der Erbringung dieser Leistungen für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin. Bei den genannten Fallwerten zahle sie die Differenz nach Wegfall der Transportkostenpauschale in Höhe von 2,60 EUR. Facharztlabore würden ohne sachlichen Grund gleich behandelt wie Laborgemeinschaften, obwohl zwischen beiden Gruppen wesentliche Unterschiede bestünden. Innerhalb der Laborgemeinschaften sei die Berechnung der Kostenpauschale zu Recht ausgeschlossen, weil hier der beziehende Arzt selbst die Laborleistungen erbringe und abrechne. Es handle sich systematisch um einen praxisinternen Vorgang, weil die Gemeinschaftseinrichtung der Laborgemeinschaft gleichsam ausgelagerte Praxiseinrichtung des behandelnden und abrechnenden Arztes sei. Demgegenüber handle es sich bei der Überweisung an Fachlaboratorien um eine Überweisung von Arzt zu Arzt. Eine Überweisung ziehe Transportkosten nach sich. Diese Transportkosten entstünden größtenteils unabhängig davon, ob eine allgemeine Laboratoriumsuntersuchung oder eine spezielle Untersuchung überwiesen worden sei. Eine Begründung für die Änderung sei nicht veröffentlicht worden. Die Änderung sei willkürlich. Sie verletze [§ 87 Abs. 2 SGB V](#), das Willkürverbot ([Art. 3 Abs. 1 GG](#)) und die Pflicht zur sachgerechten Leistungsbewertung. Die Änderung erweise sich zudem als unverhältnismäßige Beschränkung der Berufsausübungsfreiheit ([Art. 12 Abs. 1 GG](#)), weil die Regelung systematisch in einer Vielzahl von Fällen zu einer per se negativen Vergütung für allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen führe, die vom Laborarzt bei gemischten Untersuchungsfällen erbracht würden. Zudem liege in der Änderung ein Verstoß gegen das Verbot sachfremder Leistunglenkung im EBM-Ä nach [Art. 12 Abs. 1 GG](#) i. V. m. [Art. 3 Abs. 1 GG](#) vor. Die Neuregelung greife in den vertragsärztlichen Status ein, indem sie die Erbringung von allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen sanktioniere und so wirtschaftlich faktisch ausschließe. Hilfsweise mache sie geltend, ersatzweise sei die Leistung nach Nr. 40120 EBM-Ä zu vergüten. Sie habe diese Gebührenordnungsposition wegen des Abrechnungsausschlusses nicht angesetzt. Die Nr. 40120 EBM-Ä könne für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschalen nach der Nr. 40100 EBM-Ä abgerechnet worden seien. Es spreche viel dafür, dass auch Streichungen aus anderen Gründen erfolgt seien, da die Nr. 40100 EBM-Ä in 84.293 Fällen vergütet und in 103.357 Fällen abgesetzt worden sei, insgesamt es aber nur 157.997 Behandlungsfälle gegeben habe. Auch wenn in Leistungen nach Abschnitt 32.2 EBM-Ä "Logistikkosten" bereits enthalten seien, vermöge dies nicht zu rechtfertigen, warum hierdurch auch bereits die Transportkosten aus anderen Leistungen mit abgegolten sein sollten.

Auf Anfrage des SG haben die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) mit Schreiben vom 20. Januar 2012 und der GKV-Spitzenverband mit Schreiben vom 13. Februar 2012 die Gründe für die Einschränkung der Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä zum 1. April 2009 dargelegt.

Die Beklagte hat hierzu ausgeführt, dass sie die Berichtigung aufgrund der Änderung der Nr. 40100 EBM-Ä vorgenommen habe. Der Honorarbescheid sei rechtmäßig und verletze die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie verfüge über keinerlei Möglichkeiten, eine von den Vorgaben des EBM abweichende Abrechnung vorzunehmen. Sie habe keine Normverwerfungskompetenz. Auch der Hilfsantrag sei abzuweisen. Ein Leistungserbringer sei verpflichtet, die Abrechnung an Hand der jeweils gültigen Abrechnungsgrundlagen vorzunehmen. Dass die Klägerin trotz der eindeutigen Regelung des EBM-Ä ab dem Quartal II/09 dennoch die Nr. 40100 EBM-Ä abgerechnet habe, gehe zu ihren Lasten. Eine Abrechnung der Nr. 40120 EBM-Ä sei nicht erfolgt und könne auch im Nachhinein nicht mehr geltend gemacht werden. Die Auskunft der KBV zeige, dass die Einschränkung der Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä nicht auf Willkür beruhe.

Mit Urteil vom 18. April 2012 hat das SG die Klage, die auf Aufhebung der Absetzung der Nr. 40100 EBM-Ä in denjenigen Behandlungsfällen, in denen auch eine Leistung des Kapitels 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä berechnet wurde, gerichtet war sowie hilfsweise auf Aufhebung der Absetzung und Vergütung nach Nr. 40120 EBM-Ä in den berechtigten Behandlungsfällen, abgewiesen. In den Entscheidungsgründen hat es ausgeführt, dass die angefochtene Absetzung der Nr. 40100 EBM-Ä in 103.357 Behandlungsfällen, in denen auch eine Leistung des Kapitels 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä berechnet worden war, im Honorarbescheid vom 11. Oktober 2009 für das Quartal II/09 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 2011 rechtmäßig sei. Die Klägerin habe weder einen Anspruch auf Aufhebung der Absetzung der Nr. 40100 EBM-Ä und Nachvergütung der Kostenpauschale in den strittigen Behandlungsfällen noch auf Vergütung der Leistung in den berechtigten Behandlungsfällen nach Nr. 40120 EBM-Ä.

Die Beklagte sei grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung. Die Kassenärztliche Vereinigung stelle die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehöre auch die arztbezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), eingefügt durch das GKV-Modernisierungsgesetz

vom 14. November 2003, BGBl. 2003, 2190, mit Wirkung zum 1. Januar 2004). Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung erstreckte sich auf die Frage, ob die abgerechneten Leistungen ordnungsgemäß - ohne Verstoß gegen gesetzliche oder vertragliche Bestimmungen mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebotes - erbracht worden seien.

Die Beteiligten seien an die Geltung der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä gebunden. Nr. 40100 EBM-Ä laute: "Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der
- Laboratoriumsdiagnostik, ggf. einschl. der Kosten für die Übermittlung der Gebührenordnungspositionen und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3

- Histologie

- Zytologie

- Zytogenetik und Molekulargenetik

einmal im Behandlungsfall, 2,60 EUR.

Die Kostenpauschale 40100 ist in demselben Behandlungsfall nicht neben Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 berechnungsfähig."

Die Beklagte habe die Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä abgesetzt, soweit in demselben Behandlungsfall eine Leistung nach den Abschnitten 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä angefallen sei. Soweit die Klägerin andeute, es spreche viel dafür, dass auch Streichungen aus anderen Gründen erfolgt seien, da die Nr. 40100 EBM-Ä in 84.293 vergütet und in 103.357 Fällen abgesetzt worden sei, insgesamt es aber nur 157.997 Behandlungsfälle gegeben habe, sei der Vortrag unsubstantiiert. Die Beklagte habe im Honorarbescheid in den "Informationen über die wesentlichen Änderungen in der Abrechnung" im Einzelnen aufgelistet, welche Abrechnungspositionen sie aus welchen Gründen abgesetzt habe. Dabei habe sie die Nr. 40100 EBM-Ä auch aus anderen Gründen abgesetzt. Für das SG sei nicht ersichtlich, dass die hier streitbefangenen Absetzungen aus anderen Gründen erfolgt sein sollen als ausschließlich wegen einer Leistung nach den Abschnitten 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä.

Die Einschränkung der Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä zum 1. April 2009 sei nicht zu beanstanden gewesen.

Bei der Nr. 40100 EBM-Ä handle es sich nicht um einen Teil des einheitlichen Bewertungsmaßstabs nach [§ 87 Abs. 2 SGB V](#). Den einheitlichen Bewertungsmaßstab bestimme der Bewertungsausschuss. Dieser betreffe auch nur den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis und nicht reine Kostenpauschalen. Solche Kostenpauschalen könnten von den Partnern der Bundesmantelverträge auf der Grundlage der [§§ 82 Abs. 1, 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vereinbart werden. Eine solche Vereinbarung der Partner der Bundesmantelverträge sei ebenso wie der eigentliche EBM-Ä (vgl. [§ 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) Teil des Bundesmandelvertrags, an den die Beteiligten gebunden seien ([§ 81 Abs. 3 Nr. 1 SGB V](#)). Als Normsetzungsvertrag sei die Neufassung der Nr. 40100 EBM-Ä auch veröffentlicht worden (DÄ 2008, A-2421). Die Übertragung zur Regelung der Kostenpauschale auf die Bundesmantelvertragsparteien sei grundsätzlich nicht zu beanstanden.

Die Bundesmantelvertragsparteien hätten den ihnen zukommenden Gestaltungsspielraum bei der Einschränkung der Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä sachgerecht ausgeübt.

Die KBV, der sich der GKV-Spitzenverband mit Schreiben vom 13. Februar 2012 angeschlossen habe, habe mit Schreiben vom 20. Januar 2012 die Gründe für die Neuregelung im Einzelnen dargelegt. Die KBV habe in ihrer Stellungnahme darauf hingewiesen, Gründe für die Einschränkung seien einerseits die Berücksichtigung der in den Vergütungen bereits enthaltenen Logistikkosten und andererseits die mit den bundesweit zu beobachtenden und erwarteten Folgen der Einföhrung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften. Damit verbunden sei eine zusätzliche Berechnungsfähigkeit der Labor-Grundpauschale sowie der Nr. 40120 EBM-Ä für die Befundübermittlung, was eine Leistungsausweitung verursacht habe, die in der Summe der Effekte hatte vergütungsneutral gestaltet werden sollen. Leistungen des Allgemeinlabors nach Abschnitt 32.2 EBM-Ä würden dem beziehenden Vertragsarzt direkt vergütet. Für die Durchführung könnten sich Vertragsärzte in Laborgemeinschaften zusammenschließen. Diese würden in der Regel von einem fachärztlich geföhrten Labor in Logistik und Analytik betreut werden. Die der Laborgemeinschaft entstehenden Kosten einschließlich der Logistik würden von den beziehenden Ärzten getragen werden. Die durchschnittlichen Kosten für die Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä seien im Jahr 1998 mit 69 Pfennig je Analyse einschließlich eines Logistikanteils in Höhe von 8 Pfennig kalkuliert worden. Auf dieser Grundlage seien die Bewertungen der Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä von den Partnern der Bundesmantelverträge festgelegt worden. Die Kosten für die Logistik seien demnach hierin enthalten und mit der Berechnung der Gebührenordnungspositionen abgegolten. Die Partner der Bundesmantelverträge hätten im März 2008 die Direktabrechnung der Laborgemeinschaften vereinbart. Sie hätten bestimmt, dass die Abrechnungen der Laborgemeinschaften nur nach Nachweis der Kosten, höchstens jedoch nach den Kostensätzen des Anhangs zum Kapitel 32.2 EBM-Ä (Allgemeinlabor) erfolgen müssten. Anlass hierfür sei gewesen, sachfremde und mengenausweitende Vergütungsanreize im Allgemeinlabor zu mindern. Die laborärztlichen Betreiber der Laborgemeinschaften hätten die Leistungen zunehmend trotz fehlender Kostendeckung des Allgemeinlabors erbracht. Ziel der Direktabrechnung sei, die erstatteten Kosten des Abschnitts 32.2 EBM-Ä in voller Höhe für die Erbringung der Laborleistungen einzusetzen und sachfremde Mengenanreize zu minimieren. Es gehe um den Schutz der Fachlaborärzte im Rahmen der Erbringung von Leistungen im Kern ihres Fachgebietes. Folge des Beschlusses sei, da der wirtschaftliche Anreiz für die veranlassenden Ärzte entfalle, dass sich in wesentlich größerem Umfang als erwartet Laborgemeinschaften aufgelöst bzw. in rein privatärztliche Laborgemeinschaften umgewandelt hätten. Im Ergebnis seien vermehrt Leistungen des Allgemeinlabors an Labor-Facharztpraxen überwiesen worden, für die nach den bisher geltenden Abrechnungsbestimmungen die Nr. 40100 EBM-Ä berechnungsfähig gewesen sei. Die Nr. 40100 EBM-Ä enthalte die Logistikkosten, Kosten für das Entnahmematerial und die Kosten für die Befundübermittlung. Damit würden bei der Erhaltung der bisherigen Abrechnungsbestimmungen die Logistikkosten für eine Probensendung sowohl als Bestandteil der Bewertung der Kostenpauschalen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä als auch als Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä mehrfach vergütet werden. Verbunden mit der Einföhrung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften seien Fallzahlausweitungen zu beobachten gewesen, die sich retrospektiv mit einem Anstieg von 32,3 auf 47,8 Mio. Behandlungsfälle (+47 %) bestätigt hätten. Die sich abzeichnende Fallzahlausweitung hätten die Partner der Bundesmantelverträge veranlasst, die Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä zu beschränken, um den Anreiz aus der doppelten Abrechnung der Logistik zu verhindern. Ungeachtet der auf Behandlungsfälle des Abschnitts 32.3 EBM-Ä eingeschränkten Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä seien die Laborfacharztpraxen nun berechtigt, für die Befundübermittlung der exkludierten Behandlungsfälle die Kostenpauschale Nr. 40120 EBM-Ä je Leistungsfall zu berechnen. Die Auflösung

der Laborgemeinschaften habe nach dem 1. Oktober 2008 zu einer massiven Zunahme der Überweisungsaufträge an Laborfachärzte und einer damit einhergehenden Ausweitung der Abrechnungshäufigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä für Transportleistungen im Zusammenhang mit der Veranlassung von Laboruntersuchungen aus dem Abschnitt 32.2 EBM-Ä geführt. Für die Untersuchungen des Allgemeinlabors seien die Aufwendungen für den Probentransport bereits in den vereinbarten Euro-Beträgen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä enthalten. Leistungen aus dem Abschnitt 32.2 EBM-Ä würden wesentlich häufiger als Leistungen aus dem Abschnitt 32.3 EBM-Ä erbracht. Die hieraus folgende Mehrfachvergütung sei nicht zu vernachlässigen gewesen. Deshalb sei die Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä zum 1. April 2009 bei Erbringung auch von Leistungen der Unterabschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä im Behandlungsfall ausgeschlossen worden. Es könne zusätzlich die Nr. 40120 EBM-Ä berechnet werden. Diese sei auch grundsätzlich mehrfach im Behandlungsfall möglich.

Damit hätten sachliche Gründe zur strittigen Einschränkung der Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä vorgelegen. Auch wenn der Leistungsanteil für die Logistik in den Leistungen des Allgemeinlabors mit ca. 4 Cent nur einen ganz geringen Anteil im Hinblick auf die Vergütung von 2,60 EUR für die Kostenpauschale nach Nr. 40100 EBM-Ä ausmache, sei aber zunächst davon auszugehen, dass im Durchschnitt pro Fall mindestens vier bis fünf Leistungen des Allgemeinlabors, nach Auffassung der mit zwei Vertragsärzten besetzten Kammer des SG eher mehr, anfielen. Hinzu komme aber eine weitgehende Kompensation durch Abrechnung der Nr. 40100 EBM-Ä (richtig wohl: Nr. 40120 EBM-Ä). Dies habe eine verifizierende, überschlägige Berechnung der Kammer in der mündlichen Verhandlung ergeben. Hierfür sei zunächst von einem Absatzvolumen von 268.728,20 EUR für die insgesamt 103.357 abgesetzten Leistungen nach Nr. 40100 EBM-Ä auszugehen. Dieses Absatzvolumen sei um den Teil zu reduzieren, der aus anderen Gründen als den hier strittigen Gründen erfolgt sei. So werde die Nr. 40100 EBM-Ä zum Teil mehrfach im Behandlungsfall angesetzt, da z. B. beim ersten Ansatz nicht ersichtlich sei, ob noch eine weitere Anforderung eingehe oder ein Allgemeinlabor angefordert werde. Im Ergebnis bedeute dies, dass nicht alle Streichungen zwingend die hier strittige Rechtsfrage betreffen. Die Klägerin selbst habe das strittige Absatzvolumen in der mündlichen Verhandlung mit ca. 180.000,00 EUR angegeben. Dies entspreche einem strittigen Leistungsvolumen von ca. 69.231 Leistungen nach Nr. 40100 EBM-Ä. Im Quartal II/09 sei kein Ansatz der Nr. 40120 EBM-Ä erfolgt, im Quartal III/09 aber z. B. 203.224 mal (132 mal auf 100 Behandlungsfälle), im Quartal IV/09 207.703 mal (131 mal auf 100 Behandlungsfälle) und im Quartal I/10 221.850 mal (133 mal auf 100 Behandlungsfälle). Für das Quartal II/09 würde sich bei 132 Ansätzen der Nr. 40120 EBM-Ä auf 100 Behandlungsfälle bei insgesamt 158.974 Behandlungsfällen ein Abrechnungsvolumen von 209.845,7 Leistungen bzw. 115.415,00 EUR ergeben. Aufgrund des in den Leistungen des Allgemeinlabors enthaltenen Logistikanteils seien rechnerisch ca. weitere 13.846,00 EUR (69.231 x 0,20 EUR) zu berücksichtigen, insgesamt ca. 130.000,00 EUR. Damit dürfte bereits eine Kompensation von über 70 % eingetreten sein. Hinzu komme, dass die Laborreform tendenziell den Umfang der Leistungen bei den Laborärzten vermehrt habe und gerade die Vergütung der Leistungen des Allgemeinlabors auf eine wirtschaftlich eindeutige Grundlage gestellt habe. So weise die KBV für die Vergangenheit darauf hin, die laborärztlichen Betreiber der Laborgemeinschaften hätten die Leistungen zunehmend trotz fehlender Kostendeckung des Allgemeinlabors erbracht. Im Ergebnis sei daher durch das Gesamtreformpaket von einer weitgehenden Kompensation bzgl. der Änderungen der Nr. 40100 EBM-Ä auszugehen.

Im Rahmen der Pauschalierung von Vergütungsbestimmungen bzw. Kostenpauschalen sei es auch unerheblich, ob in jedem Einzelfall eine kostendeckende Erstattung erzielt werden könne. Insofern handele es sich auch bei Kostenpauschalen um pauschalierende Bestandteile des vertragsärztlichen Honorars. So bestehe grundsätzlich die Möglichkeit, Unkosten in die einzelne Leistungslegende bzw. bei der Bewertung der einzelnen Leistung einzurechnen oder aber als gesonderte Tatbestände auszuweisen. Insofern komme es auch nicht darauf an, ob die Klägerin, wie sie vortrage, keinen Einfluss darauf habe, ob ihre Einsender auch allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen bei ihr anforderten. Bei der vertragsärztlichen Vergütung handele es sich letztlich um eine Mischkalkulation. Der klägerische Vortrag berücksichtige im Übrigen nicht hinreichend, dass nunmehr die Nr. 40120 EBM-Ä auch mehrfach im Behandlungsfall abgerechnet werden könne, was im Grundsatz die Honorarminderung aufgrund der Einschränkung der Berechnungsfähigkeit der Nr. 40100 EBM-Ä kompensiere. Dass die Neureglung der Nr. 40100 EBM-Ä insgesamt zu einer unzureichenden Vergütung laborärztlicher Leistungen der Fachgruppe der Laborärzte führen würde, sei nicht ersichtlich und habe die Klägerin auch nicht dargetan.

Nach alledem sei die Klage im Hauptantrag abzuweisen gewesen, ebenso im Hilfsantrag.

Nr. 40120 EBM laute:

"Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (z.B. im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung eines Telefax, 0,55 EUR. Kosten für die Versendung, den Transport bzw. die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer, histologischer, zytologischer, zytogenetischer oder molekulargenetischer Untersuchungsergebnisse an den auftragserteilenden Arzt können für die Fälle nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 abgerechnet worden ist."

Die Beklagte weise zu Recht darauf hin, dass die Klägerin in den strittigen Behandlungsfällen die Nr. 40120 EBM-Ä nicht abgerechnet hat. Dies müsse sie sich grundsätzlich selbst zurechnen lassen. Die Richtigkeit der vorgenommenen Abrechnung habe jeder vertragsärztliche Leistungserbringer mit Abgabe der Honorarabrechnung zu bestätigen. Eine kassenärztliche Vereinigung sei zur Umdeutung einer fehlerhaften Abrechnung in eine andere Leistung aufgrund der Garantiefunktion der Sammelerklärung nicht verpflichtet (Hinweis auf LSG Hessen, Urteil vom 19. Mai 2010 - [L 4 KA 100/08](#) - Juris Rn. 43, Nichtzulassungsbeschwerde zurückgewiesen durch BSG, Beschluss vom 8. Dezember 2010 - [B 6 KA 37/10 B](#)).

Gegen das ihr am 25. April 2012 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 26. April 2012 Berufung eingelegt. Zur Begründung hat sie ausgeführt, die mit Wirkung zum 1. April 2009 eingefügte Regelung, nach der die Nr. 40100 EBM-Ä in demselben Behandlungsfall nicht neben Gebührenordnungspositionen der Kapitel 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä berechnungsfähig sei, verletze [§ 87 Abs. 2 SGB V](#), das sich aus [Art. 3 Abs. 1 GG](#) ergebende Willkürverbot und die Pflicht zur sachgerechten Leistungsbewertung. Die vorgenommene Abrechnungseinschränkung erweise sich zudem als unverhältnismäßige Beschränkung der Berufsfreiheit des [Art. 12 Abs. 1 GG](#), weil sie regelungssystematisch in einer Vielzahl von Fällen zu einer per se negativen Vergütung für allgemeine Laboratoriumsleistungen führe, die von Laborärzten bei gemischten Untersuchungsfällen erbracht werden. Dies habe das SG in seiner Entscheidung verkannt. Die Kompensation der Streichung von Leistungen nach Nr. 40100 EBM-Ä sei im Vorfeld der mündlichen Verhandlung niemals Gegenstand des Verfahrens gewesen. Insofern werde die Verletzung rechtlichen Gehörs gerügt. U. a. sei nicht nachzuvollziehen, ob die Angaben der KBV, auf die sich das SG stütze, zutreffend seien. So behaupte die KBV, in die Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä (1998) sei ein Logistikanteil von 8 Pfennigen einkalkuliert worden, ohne dass es hierfür eine Bestätigung gebe. Im Übrigen hätten die Fachärzte für

Laboratoriumsmedizin schon vor dem Quartal II/09 Leistungen des so genannten Basislabors erbracht und neben Nr. 40100 EBM-Ä abgerechnet, ohne dass in diesem Zusammenhang eine "doppelte Abrechnung der Logistik" thematisiert worden wäre. Die Annahme des SG, es fielen im Durchschnitt 4 bis 5 Leistungen des Allgemeinlabors im Behandlungsfall an, beruhe offenbar auf einer spontanen Schätzung der ehrenamtlichen Richter und bedürfe näherer Ermittlung. Ebenso beruhe die Annahme einer weitgehenden Kompensation des Verlusts der Abrechnungsmöglichkeit der Nr. 40100 EBM-Ä auf ungeprüften Angaben und unsicheren Schätzungen. Bei Berechnung der Kompensation hätte nicht die Gesamtzahl der Fälle, sondern nur die streitigen 69.231 Fälle angesetzt werden dürfen. Jedenfalls müsse dem Hilfsantrag entsprochen werden. Der Umfang derartiger Richtigstellungen bestimme sich nach der Differenz des tatsächlich abgerechneten Honorars und des Honorars, das der abrechnende Vertragsarzt bei Einhaltung sämtlicher vertragsärztlicher Pflichten erzielt hätte (Hinweis auf BSG, Urteil vom 23. Juni 2010, SozR 4-5520 § 32 Nr. 4 Rn. 28). Die Beklagte hätte bei sachlich-rechnerischer Berichtigung prüfen müssen, ob die von der Klägerin erbrachten Leistungen nicht den Tatbestand einer anderen Leistung erfüllen könnten (Hinweis auf LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 4. Juli 2012, L 1 KA 130/11). Vorliegend sei der Leistungsumfang Position Nr. 40100 EBM-Ä vollumfänglich in der Abrechnungsposition Nr. 40120 EBM-Ä: "Kostenpauschale für die Versendung bzw. den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (z.B. im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung per Telefax" enthalten. Die vollständige Erbringung der Nr. 40100 EBM-Ä erfordere zwingend die Übermittlung eines schriftlichen Befundberichts. Die Beklagte hätte die Position Nr. 40120 EBM-Ä zusetzen müssen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 18. April 2012 aufzuheben, den Honorarbescheid vom 11. Oktober 2009 für das Quartal II/09 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. Januar 2011 abzuändern, soweit in denjenigen Behandlungsfällen, in denen auch eine Leistung des Kapitels 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä berechnet wurde, Nr. 40100 EBM-Ä abgesetzt wurde und die Beklagte zu verurteilen, die abgesetzten Leistungen nachzuvergüten,

hilfsweise,

die Beklagte zu verurteilen, in den berichtigten Behandlungsfällen der Klägerin die Leistungen nach Nr. 40120 EBM-Ä zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für rechtmäßig und hat ausgeführt, der Klägerin sei von Beginn des Verfahrens an bekannt gewesen, dass Nr. 40120 EBM-Ä eine Kompensationsmöglichkeit für die Nichtabrechnung der Nr. 40100 EBM-Ä darstelle. Dies ergebe sich bereits aus dem in der Klagebegründung gestellten Hilfsantrag. Ein Verstoß gegen rechtliches Gehör sei nicht ersichtlich. Für die Beklagte gebe es keinen Grund, an den Angaben der KBV zu zweifeln. Die vom SG angenommene Kompensation sei tatsächlich eher noch höher. Tatsächlich würden nach Auszählung der Frequenzstatistik der Klägerin pro Fall im Allgemeinlabor (Kap. 32.2 EBM-Ä) im Durchschnitt 15,5 Leistungen erbracht (1.072.872 Leistungen des Allgemeinlabors dividiert durch die Anzahl der 69.231 streitigen Fälle, in denen Nr. 40100 EBM-Ä wegen Erbringung von Allgemeinlaborleistungen abgesetzt worden sei). Ausgehend von dem seitens der KBV mitgeteilten Logistikanteil von rund 4 Cent ergebe sich danach ein bereits vergüteter Betrag von 42.923,22 EUR (15,5 x 0,04 EUR x 69.231). Hinzu komme der Betrag von 115.415,00 EUR entsprechend der zutreffenden Berechnung des SG. Insgesamt sei somit von einem Gesamtbetrag von 158.338,22 EUR und damit einer möglichen Kompensation in einer Größenordnung von etwa 88 % (ausgehend von dem streitigen Betrag von 180.000,00 EUR) auszugehen. Durch die Einführung der Direktabrechnung der Laborgemeinschaften im Zuge der Laborreform sei es bei der Klägerin zu einer massiven Ausweitung ihrer Fallzahlen und des Honorars gekommen, die Anzahl der Behandlungsfälle habe sich fast verdoppelt und die Anzahl der Allgemeinlaborleistungen sei um mehr als das 22-fache gestiegen. Im Quartal III/08 habe die Klägerin 47.792 Leistungen des Allgemeinlabors bei insgesamt 81.828 Behandlungsfällen erbracht. Ähnliche Werte ergebe eine überblicksmäßige Durchsicht für die Quartale I/08 und II/08. Ab dem Quartal IV/08, also mit den Änderungen, seien bei der Klägerin die Leistungen des Allgemeinlabors um die Anzahl der Behandlungsfälle abrupt auf das für II/09 dargestellte Niveau (1.072.872 Leistungen des Allgemeinlabors bei insgesamt 157.997 Behandlungsfällen) gestiegen und in allen Quartalen des Jahres 2009 entsprechend hoch geblieben. In den Quartalen I/08 bis III/08 habe die Klägerin im Durchschnitt etwa 3 Millionen EUR Honorar pro Quartal erhalten, ab IV/08 bis III/09 habe das Honorar zwischen knapp 3,5 und knapp 4 Millionen EUR pro Quartal gelegen. Im Quartal IV/09 habe das Honorar nach ersatzlosem Ausscheiden einer angestellten Ärztin noch bei 3,2 Millionen EUR gelegen. Die Klägerin habe also nachweislich einen erheblichen Vorteil aus der Änderung der Abrechnungsbestimmungen erzielt.

Die Beklagte hat den in der mündlichen Verhandlung am 18. November 2015 geschlossenen widerruflichen Vergleich mit Schriftsatz vom 1. Dezember 2015 widerrufen.

Die Beteiligten haben sich in der mündlichen Verhandlung am 18. November 2015 für den Fall des Widerrufs des Vergleichs mit einer Entscheidung des Senats durch die Berichterstatterin ohne weitere mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen weiterer Einzelheiten sowie des Vortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte ohne weitere mündliche Verhandlung durch die Berichterstatterin entscheiden, weil sich die Beteiligten in der mündlichen Verhandlung am 18. November 2015 damit einverstanden erklärt haben ([§ 155 Abs. 3](#) i. V. m. Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Der Honorarbescheid vom 11. Oktober 2009 für das Quartal II/09 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 26. Januar 2011 ist in dem von der Klägerin angefochtenen Umfang rechtmäßig und verletzt sie nicht in ihren Rechten. Die Klägerin hat weder Anspruch auf Aufhebung der Absetzung der Nr. 40100 EBM-Ä in denjenigen Behandlungsfällen, in denen auch eine Leistung des Kapitels 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä berechnet worden war, und Nachvergütung, noch hilfsweise auf Aufhebung der Honorarberichtigung und Verpflichtung der Beklagten, in den berichtigten Behandlungsfällen die Leistung nach Nr. 40120 EBM-Ä nachzuvergüten.

Aufgrund von [§§ 106a Abs. 1, 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), eingefügt durch das GKV-Modernisierungsgesetz vom 4. November 2003, [BGBl 2003, 2190](#), mit Wirkung vom 1. Januar 2004, ist die Beklagte berechtigt und verpflichtet, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen; dazu gehört auch die Prüfung der abgerechneten Sachkosten. Zur sachlich-rechnerischen Berichtigung ist die Kassenärztliche Vereinigung u. a. auch befugt, wenn der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen die Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen durchführt und abrechnet (vgl. BSG [SozR 4-5520 § 33 Nr. 6](#)).

Die Beklagte hat im Honorarbescheid vom 11. Oktober 2009 für das Quartal II/09 zu Recht Nr. 40100 EBM-Ä in denjenigen Behandlungsfällen, in denen auch eine Leistung des Kapitels 32.2.1 bis 32.2.7 berechnet worden war, abgesetzt.

Nach dem eindeutigen Wortlaut der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä ist diese in allen Behandlungsfällen, in denen Basislaborleistungen nach Kapitel 32.2 erbracht werden, damit auch in so genannten Mischfällen, in denen sowohl allgemeine Laboratoriumsuntersuchungen nach Kapitel 32.2 EBM-Ä als auch spezielle Untersuchungen nach Kapitel 32.3 EBM-Ä in einem Quartal erbracht und abgerechnet werden, ab dem Quartal II/09 nicht mehr berechnungsfähig. Die Gebührenordnungsposition Nr. 40100 EBM-Ä ist insoweit keiner einschränkenden Auslegung zugänglich. Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach ständiger BSG-Rechtsprechung in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Die primäre Bindung an den Wortlaut gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangige Aufgabe des Normgebers des EBM-Ä ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt sie aus dem Gesamtkonzept des vertraglichen Regelwerks als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch einen Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse durch analoge Anwendung zulässt. Lediglich bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen besteht Raum für eine systematische Interpretation oder entstehungsgeschichtliche Auslegung unter bestimmten Voraussetzungen (vgl. BSG, Urteil vom 11. Februar 2015, [B 6 KA 15/14 R](#), Juris Rn. 21 mit zahlreichen weiteren Nachweisen). Diese Auslegungsgrundsätze gelten nicht allein für Vergütungstatbestände, sondern auch für Kostenerstattungstatbestände, soweit diese nicht auf die Erstattung des konkreten Kostenaufwands angelegt sind, sondern Pauschalerstattungen vorsehen wie Nr. 40100 EBM-Ä und Nr. 40120 EBM-Ä (vgl. BSG, Urteil vom 11. Dezember 2013, [B 6 KA 14/13 R](#), Juris Rn. 11). Der Wortlaut der Nr. 40100 EBM-Ä in der ab 1. April 2009 geltenden Fassung ist jedoch weder unklar noch mehrdeutig (so zutreffend auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 1. September 2015, [L 3 KA 93/13](#), Juris Rn. 25 f; nachgehend BSG, Urteil vom 16. Dezember 2015, [B 6 KA 39/15 R](#), sowie Urteile vom 16. Dezember 2015, [B 6 KA 39/14 R](#) und [B 6 KA 10/15 R](#), zitiert nach Terminbericht Nr. 56/15 vom 17. Dezember 2015).

Die Gebührenordnungsposition Nr. 40100 EBM-Ä steht auch mit höherrangigem Recht in Einklang. Der Abrechnungsausschluss der Nr. 40100 EBM-Ä neben Basislaborleistungen nach Kapitel 32.2 EBM-Ä bewirkt keine gleichheitswidrige Benachteiligung der Laborfachärzte in Laborfacharztpraxen oder MVZ. Die Ungleichbehandlung der Abrechnung allein von Speziallaborleistungen einerseits und der Abrechnung von Speziallaborleistungen in Kombination mit Allgemeinlaborleistungen ist nicht willkürlich. Ebenso wenig wird der Laborarzt dadurch in unzulässiger Weise an der Durchführung von Leistungen des Allgemeinlabors gehindert (vgl. BSG, Urteile vom 16. Dezember 2015, [B 6 KA 39/15 R](#), [B 6 KA 39/14 R](#) und [B 6 KA 10/15 R](#), zitiert nach Terminbericht Nr. 56/15 vom 17. Dezember 2015).

Von den Bundesmantelvertragspartnern können auf der Grundlage der [§§ 82 Abs. 1, 87 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) Kostenpauschalen vereinbart werden. Die Übertragung von Entscheidungskompetenzen auf die Bundesmantelvertragspartner - wie hier der Regelung der Kostenpauschalen - ist grundsätzlich (verfassungs-)rechtlich nicht zu beanstanden (vgl. BSG, Urteil vom 8. Dezember 2004, [B 6 KA 44/03 R](#), Juris Rn. 74 ff.; BSG, Urteil vom 8. Dezember 2004, [B 6 KA 40/03 R](#), Juris Rn. 72 ff.).

Wie dem Bewertungsausschuss ist auch den Bundesmantelvertragspartnern als Normgeber der Kostenpauschalen ein weiter Gestaltungsspielraum zuzubilligen. Auch im Bereich der Sachkostenerstattungen ist von einem weiten Gestaltungsspielraum des Normgebers auszugehen. Der Normgeber ist dabei im Sinne zulässiger Mischkalkulation weitgehend frei, welches Gewicht er betriebswirtschaftlichen Erwägungen beimisst, weil diese nur einen Aspekt neben anderen Gesichtspunkten darstellen (vgl. BSG, Beschluss vom 3. Februar 2010, [B 6 KA 8/09 B](#), Juris Rn. 13 und nachgehend BVerfG, 1. Senat 2. Kammer vom 23. August 2010, [1 BvR 1141/10](#), Nichtannahmebeschluss; BSG, Urteil vom 23. Mai 2007, [B 6 KA 2/06 R](#) zur Zulässigkeit einer Grenzziehung für die Gewährung eines Kostenaufschlags bei laborärztlichen Leistungen, Juris Rn. 24 ff.).

Der Gleichheitssatz des [Art. 3 Abs. 1 GG](#) gebietet nach ständiger Rechtsprechung des BVerfG ebenso wie nach derjenigen des BSG dem Normgeber, wesentlich Gleiches gleich und wesentlich Ungleiches ungleich zu behandeln. Er gilt für Belastungen wie auch für Begünstigungen. Verboten ist ein gleichheitswidriger Begünstigungsausschluss, d.h. eine Regelung, die einem Personenkreis eine Begünstigung ohne ausreichenden sachlichen Grund vorenthält, die er einem anderen gewährt (vgl. [BVerfGE 116, 164](#), 180 m. w. N.). Der Normgeber darf auswählen und gewichten, nach welchen Kriterien der Sachverhalte als im Wesentlichen gleich oder ungleich ansieht, muss dabei aber sachgerecht verfahren. Er darf auch pauschalieren, typisieren, generalisieren und schematisieren (vgl. BSG, Urteil vom 23. Mai 2007, [B 6 KA 2/06 R](#), Juris Rn. 21 unter Hinweis auf [BVerfGE 116, 164](#), 182 ff. und BSG [SozR 4-2500 § 85 Nr. 27](#) Rn. 16 m. w. N.). Fehlt für die gleiche oder ungleiche Behandlung ein vernünftiger, einleuchtender Grund, so ist [Art. 3 Abs. 1 GG](#) verletzt (vgl. BSG, Urteil vom 23. Mai 2007, [B 6 KA 2/06 R](#), a. a. O. unter Hinweis auf [BVerfGE 115, 381](#), 389 m. w. N.).

Unter Beachtung dieser Kriterien stellt der Ausschluss der Abrechnungsmöglichkeit der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä bei der Erbringung von Basislaborleistungen des Kapitels 32.2 EBM-Ä keine gleichheitswidrige Benachteiligung der Laborfachärzte dar, die in Laborfacharztpraxen oder MVZ tätig sind. Der Aufnahme des Abrechnungsausschlusses lagen hinreichende sachliche Erwägungen zu Grunde (so zutreffend auch LSG Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 1. September 2015, [L 3 KA 93/13 R](#), Revision anhängig unter Az. [B 6 KA 39/15 R](#)). Unter Berücksichtigung der möglichen Kompensation durch die Abrechnungsmöglichkeit der Kostenpauschale Nr. 40120 EBM-Ä ist keine ungerechtfertigte Benachteiligung von Laborärzten in Laborfacharztpraxen oder MVZ (im Verhältnis zu Ärzten in Laborgemeinschaften) erkennbar. Die Ungleichbehandlung der Abrechnung allein von Speziallaborleistungen einerseits und der Abrechnung von Speziallaborleistungen in Kombination mit Allgemeinlaborleistungen ist ebenso wenig willkürlich.

Hierzu hat die KBV, dem sich der Spitzenverband der Krankenkassen vollumfänglich angeschlossen hat, ausgeführt, dass sich in wesentlich größerem Umfang als erwartet Laborgemeinschaften aufgelöst bzw. sich in privatärztliche Laborgemeinschaften umgewandelt haben, und im Ergebnis vermehrt Leistungen des Allgemeinlabors an Laborfacharztpraxen überwiesen wurden, für die nach den bisher geltenden Abrechnungsbestimmungen die Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä berechnungsfähig war. Die KBV hat weiterhin nachvollziehbar

dargestellt, dass die Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä Logistikkosten, Kosten für das Entnahmematerial und Kosten für die Befundübermittlung enthält und damit bei Beibehaltung der bisherigen Abrechnungsbestimmungen die Logistikkosten für eine Probensendung sowohl als Bestandteil der Bewertung der Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä als auch als Bestandteil der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä mehrfach vergütet werden. Die dargelegte Mehrfachvergütung sowie die Ausweitung der Abrechnungshäufigkeit der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä nach Auflösung der Laborgemeinschaften nach dem 1. Oktober 2008 und massive Zunahme der Überweisungsaufträge an Laborärzte stellen ausreichende sachliche Gründe für die Beschränkung der Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä auch bei gleichzeitiger Abrechnung von Leistungen des Allgemeinlabors und des Speziallabors dar. In diesem Zusammenhang ist auch zu berücksichtigen, dass als Kompensation für den Wegfall der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä bei der Erbringung von Basislaborleistungen von den Laborfachärzten stattdessen mehrfach im Behandlungsfall die Kostenpauschale Nr. 40120 EBM-Ä für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen berechnet werden kann.

Das SG hat anhand des von der Klägerin in der mündlichen Verhandlung angegebenen Absetzungsumfangs in Höhe von 180.000,00 EUR wegen Absetzung der Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä in den Fällen, in denen Basislaborleistungen erbracht wurden, nachvollziehbar dargelegt, dass hier ausreichende Kompensationsmöglichkeiten durch Abrechnung der Nr. 40120 EBM-Ä vorhanden waren. Eine Verletzung rechtlichen Gehörs ist insoweit nicht ersichtlich, da die Frage der Kompensation in der mündlichen Verhandlung vor dem SG erörtert wurde. Diese Kostenpauschale war von der Klägerin im Quartal II/09 - anders als in den Folgequartalen - nicht abgerechnet worden, weil sie in diesem Quartal trotz des entgegenstehenden Wortlauts die Kostenpauschale Nr. 40100 EBM-Ä abrechnete, neben der die Kostenpauschale Nr. 40120 EBM-Ä grundsätzlich nicht berechnungsfähig ist. In den Folgequartalen hat die Klägerin die Kostenpauschale Nr. 40120 EBM-Ä durchschnittlich 132mal je 100 Behandlungsfälle abgerechnet. Zutreffend ist das SG davon ausgegangen, dass bei einem Absetzungsumfang von 180.000,00 EUR von 69.231 Fällen (180.000,00 EUR dividiert durch 2,60 EUR) auszugehen ist, in denen Basislaborleistungen erbracht wurden. Aufgrund des in den allgemeinen Laborleistungen enthaltenen Logistikanteils ist bereits insoweit von einer möglichen Kompensation in Höhe von 49.923,22 EUR auszugehen, wie die Beklagte in der Berufungserwiderung schlüssig dargelegt hat. Die Beklagte hat dabei ausgehend von der Frequenzstatistik nachvollziehbar und von der Klägerin nicht substantiiert bestritten 15,5 Leistungen pro Behandlungsfall angesetzt (1.072.872 Leistungen des Allgemeinlabors dividiert durch die Anzahl der 69.231 streitigen Fälle, in denen Basislaborleistungen berechnet wurden). Multipliziert mit den 0,04 Cent Logistikanteil, die bereits in den Gebührenordnungspositionen des Kapitel 32.2 EBM-Ä enthalten sind, sowie den 69.231 streitigen Fällen ergibt dies einen Betrag von 49.923,22 EUR. Auch der Senat sieht keine hinreichenden Gründe, an den Angaben der KBV zu zweifeln, dass in den Basislaborleistungen bereits ein Logistikanteil von 8 Pfennige bzw. 0,04 EUR enthalten ist. Durch die Abrechnungsmöglichkeit der Nr. 40120 EBM-Ä mehrfach im Quartal ergibt sich ein weiterer möglicher Kompensationsbetrag in Höhe von 115.415,12 EUR (unter Berücksichtigung von 158.974 Behandlungsfällen im Quartal II/09 und 132 Ansätzen je 100 Behandlungsfällen entsprechend der durchschnittlichen Abrechnungsfrequenz in den Folgequartalen). Entgegen der Auffassung der Klägerin muss sich die Berechnung dieses Kompensationsbetrags nicht auf die 69.231 streitigen Fälle beschränken, da Nr. 40120 EBM-Ä im Quartal II/09 überhaupt nicht abgerechnet wurde und daher viel dafür spricht, dass sich die Abrechnungsfrequenz der Nr. 40120 EBM-Ä in den Folgequartalen im Wesentlichen auf die (im Quartal II/09 berichtigten) Fälle der Erbringung von Basislaborleistungen bezieht. Im Übrigen kann Nr. 40120 EBM-Ä mehrfach im Quartal abgerechnet werden.

Der hilfsweise geltend gemachte Anspruch der Klägerin auf Aufhebung der Honorarberichtigung und Verpflichtung der Beklagten, in den berichtigten Behandlungsfällen die Leistung nach Nr. 40120 EBM-Ä nachzuvergüten, ist nicht begründet. Die Klägerin hat die vorgenannte Gebührenordnungsposition im Quartal II/09 nicht abgerechnet. Die Beklagte ist aufgrund der Garantiefunktion der Abrechnungssammelerklärung nach der Rechtsprechung des erkennenden Senats rechtlich nicht zur Umsetzung einer fehlerhaft abgerechneten Leistung in eine abrechenbare Leistung verpflichtet (vgl. Urteil des erkennenden Senats vom 19. Mai 2010, [L 4 KA 100/08](#), Juris Rn. 43; nachgehend BSG, Beschluss vom 8. Dezember 2010 - [B 6 KA 37/10 B](#)). Auch in dem von der Klägerin zitierten Urteil des LSG Nordrhein-Westfalen vom 4. Juli 2012, [L 11 KA 130/11](#) wurde keine Rechtspflicht einer Kassenärztlichen Vereinigung zu einer Umwandlung von nicht abrechenbaren in abrechenbare Gebührenordnungspositionen festgestellt. Ebenso wenig lässt sich dem Urteil des BSG vom 23. Juni 2010, [B 6 KA 7/09 R](#) entnehmen, dass eine sachlich-rechnerische Berichtigung nur in Höhe der Differenz zwischen dem tatsächlich abgerechneten und dem (fiktiven) Honorar bei Einhaltung der vertragsärztlichen Pflichten erfolgen darf.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Der Streitwert ist bereits in der mündlichen Verhandlung am 18. November 2015 auch für die Berufungsinstanz auf 180.000,00 EUR festgesetzt worden.

Die Nichtzulassung der Revision beruht auf [§ 160 Abs. 2 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2016-07-14