

B 6 KA 14/13 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Mainz (RPF)
Aktenzeichen
S 8 KA 148/10
Datum
21.03.2012
2. Instanz
LSG Rheinland-Pfalz
Aktenzeichen
L 7 KA 36/12
Datum
17.01.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 14/13 R
Datum
11.12.2013
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Für die Versendung von Untersuchungsergebnissen an Dritte kann die "kleine" Portopauschale nach der Nr 40120 EBM-Ä nicht zusätzlich zur Versandpauschale nach Nr 40100 EBM-Ä abgerechnet werden.

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland Pfalz vom 17. Januar 2013 aufgehoben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mainz vom 21. März 2012 zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen.

Gründe:

I

1 Im Streit steht eine sachlich rechnerische Richtigstellung für das Quartal I/2008.

2 Die Klägerin ist eine ehemalige Berufsausübungsgemeinschaft von fünf Ärzten für Pathologie, die im streitbefangenen Zeitraum im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahm; zwischenzeitlich wurde sie in ein Medizinisches Versorgungszentrum umgewandelt. Mit Bescheid vom 16.6.2008 stellte die beklagte KÄV die Abrechnung der Klägerin für das Quartal I/2008 hinsichtlich der Gebührenordnungsposition (GOP) Nr 40120 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM Ä) sachlich-rechnerisch richtig, soweit in den aufgeführten Behandlungsfällen auch die Nr 40100 EBM Ä in Ansatz gebracht worden war. Widerspruch (Widerspruchsbescheid vom 6.5.2010) und Klage (Urteil des SG vom 21.3.2012) sind erfolglos geblieben. Auf die Berufung der Klägerin hat das LSG das Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide aufgehoben (Urteil des LSG vom 17.1.2013).

3 Zur Begründung hat es ausgeführt, der für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen in erster Linie der maßgebliche Wortlaut der Nr 40120 EBM Ä sei auch in den Fällen erfüllt, in denen die Klägerin histologische Untersuchungsergebnisse an nicht auftragserteilende (dritte) Ärzte übermittelt habe. Die Anmerkung zur GOP Nr 40120 EBM Ä schließe in diesen Fällen den Ansatz der GOP nicht aus, weil der dort normierte Abrechnungsausschluss nur dann eingreife, wenn eine Übermittlung von Untersuchungsergebnissen an den auftragserteilenden Arzt erfolge. Angesichts des eindeutigen Wortlauts der GOP vermöge der Senat auch aus der Systematik der Pauschalerstattungen nicht zu schließen, dass in jedem Fall einer bereits erfolgten Abrechnung nach Nr 40100 EBM Ä der Ansatz einer weiteren Kostenpauschale nach Nr 40120 EBM Ä ausgeschlossen sein solle. Die vom Bewertungsausschuss (BewA) gewählte Formulierung lege im Gegenteil nahe, dass vom BewA bewusst auch eine notwendige Unterrichtung Dritter mit einer gesonderten Kostenerstattung "belohnt" werden sollte. Eine solche Unterrichtung insbesondere des Hausarztes könne jedenfalls in Einzelfällen sinnvoll sein.

4 Mit ihrer Revision rügt die Beklagte die Verletzung von Bundesrecht. Die Kosten für die Versendung von Briefen an dritte Ärzte (zB Hausärzte) seien bereits in der umfassenden Kostenpauschale der GOP Nr 40100 EBM Ä enthalten. Dass die Klägerin die Kosten für die Übersendung der Untersuchungsergebnisse an Dritte nicht abrechnen könne, habe das BSG mit seiner Entscheidung zu fraktionierten Laboruntersuchungen für die GOP Nr 7120 EBM Ä aF (die Vorgängerregelung zur Nr 40120 EBM Ä) bestätigt. Befundberichte müssten nicht an die Hausärzte versandt werden. Es sei Aufgabe des Facharztes, dem zuweisenden Hausarzt nach Kenntnisnahme des Befundberichts durch den Pathologen eine Therapieempfehlung zu geben. Soweit der Hausarzt und nicht der Facharzt den Patienten weiterbehandele, werde er sich nur nach Vorlage der Therapieempfehlung des Facharztes in der Lage sehen, den Patienten sachgemäß zu behandeln. Die Pathologen treffe auch keine Berichtspflicht. Schließlich stelle die Übersendung des vom Pathologen erstellten Befundberichts unmittelbar an den Hausarzt eine Verletzung des Datenschutzrechts des Patienten dar.

5 Die Beklagte beantragt, das Urteil des LSG Rheinland Pfalz vom 17.1.2013 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG Mainz vom 21.3.2012 zurückzuweisen.

6 Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

7 Das LSG sei zutreffend davon ausgegangen, dass der Abrechnungsausschluss immer nur dann eingreife, wenn das Verhältnis des Pathologen zum auftragserteilenden Arzt betroffen sei. Jede andere Wertung würde dem Wortlaut der Nr 40120 EBM Ä widersprechen, weil andernfalls der Normgeber dort den "auftragserteilenden" Arzt überhaupt nicht hätte nennen müssen. Aus der Entscheidung des BSG vom 18.8.2010 ([B 6 KA 23/09 R](#)) ergebe sich nichts Gegenteiliges, weil sie einen anderen Sachverhalt betreffe. Vorliegend gehe es nicht um die Aufteilung von Laboruntersuchungen auf verschiedene laborärztliche Praxen, sondern um das Verhältnis zu einem nicht in das Auftragsverhältnis einbezogenen mitbehandelnden Arzt, dessen Unterrichtung über den Befund notwendig sei. Die Nr 40100 EBM Ä stelle eine pauschale Kostenerstattung für Versandmaterial pp dar und decke die realen Kosten nur äußerst unzureichend ab. Die Information eines dritten Arztes erfolge nur dann, wenn dies ausdrücklich und schriftlich auf dem Untersuchungsauftrag durch den beauftragenden Facharzt vermerkt werde. Die Notwendigkeit des direkten Befundberichts an den Hausarzt ergebe sich aus dem möglichen Zeitgewinn für den Patienten. Der Befund des Pathologen sei mit dem des zuweisenden Facharztes gleichwertig und entscheide häufig direkt die Therapie, wenn zB kein pathologischer Befund gefunden werde und eine Infektion durch *Helicobacter pylori* vorliege; zB bei allen bösartigen Tumoren stellten Befundberichte des Pathologen die Behandlungsgrundlage dar.

II

8 Die Revision der Beklagten ist begründet. Das LSG hat das Urteil des SG zu Unrecht aufgehoben. Dieses hat zutreffend entschieden, dass die Beklagte berechtigt war, die von der Klägerin abgerechneten Leistungen nach der Nr 40120 EBM Ä in Behandlungsfällen, in denen auch die Nr 40100 EBM Ä angesetzt worden ist, sachlich rechnerisch richtig zu stellen.

9 1. Die Beklagte ist aufgrund von [§ 106a Abs 2 Satz 1 Teilsatz 1 SGB V](#), der durch Art 1 Nr 83 des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#), 2217) mit Wirkung zum 1.1.2004 (Art 37 Abs 1 GMG) eingefügt worden ist, gesetzlich berechtigt und verpflichtet, die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte festzustellen und die Abrechnungen nötigenfalls richtigzustellen.

10 2. Die auf dieser Grundlage vorgenommenen sachlich rechnerischen Richtigstellungen sind rechtmäßig. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten keinen Anspruch auf Abrechnung der Kostenpauschale nach der Nr 40120 EBM Ä in den Fällen, in denen sie (auch) die Kostenpauschale nach der Nr 40100 EBM Ä abgerechnet hat.

11 a. Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des Senats (vgl. [BSGE 88, 126, 127](#) = SozR 3 2500 § 87 Nr 29 S 146; BSG SozR 4 5540 § 44 Nr 1 RdNr 13; zuletzt BSG Beschluss vom 12.12.2012 B [6 KA 31/12](#) B Juris RdNr 4) in erster Linie der Wortlaut der Regelungen maßgeblich. Dies gründet sich zum einen darauf, dass das vertragliche Regelwerk dem Ausgleich der unterschiedlichen Interessen von Ärzten und Krankenkassen dient und es vorrangig Aufgabe des Normgebers des EBM Ä des BewA gemäß [§ 87 Abs 1 SGB V](#) ist, Unklarheiten zu beseitigen. Zum anderen folgt die primäre Bindung an den Wortlaut aus dem Gesamtkonzept des EBM Ä als einer abschließenden Regelung, die keine Ergänzung oder Lückenfüllung durch Rückgriff auf andere Leistungsverzeichnisse bzw Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt. Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist dann, wenn der Wortlaut eines Leistungstatbestandes zweifelhaft ist und es einer Klarstellung bedarf; eine entstehungsgeschichtliche Auslegung kommt bei unklaren oder mehrdeutigen Regelungen ebenfalls in Betracht, kann allerdings nur anhand von Dokumenten erfolgen, in denen die Urheber der Bestimmungen diese in der Zeit ihrer Entstehung selbst erläutert haben (BSG SozR 4 2500 § 106a Nr 4 RdNr 12; BSG SozR 4 2500 § 87 Nr 5 RdNr 11 und Nr 10 RdNr 10, jeweils mwN; BSG SozR 4 5540 § 44 Nr 1 RdNr 13; zuletzt BSG Beschluss vom 12.12.2012 B [6 KA 31/12](#) B Juris RdNr 4). Diese Auslegungsgrundsätze gelten nicht allein für Vergütungstatbestände, sondern auch für Kostenerstattungstatbestände, soweit diese nicht auf die Erstattung des konkreten Kostenaufwands angelegt sind, sondern wie hinsichtlich der hier relevanten GOPen Nr 40100 und Nr 40120 EBM Ä Pauschalerstattungen vorsehen (vgl BSG Urteil vom 25.8.1999 [B 6 KA 57/98 R MedR 2000, 201](#), 202; BSG SozR 3 5533 Nr 7103 Nr 1 S 6; [BSGE 97, 170](#) = SozR 4 2500 § 87 Nr 13, RdNr 34; BSG SozR 4 5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 11; BSG SozR 4 5540 § 44 Nr 1 RdNr 13).

12 b. Bei Anwendung dieser Maßstäbe hat die Klägerin keinen Anspruch auf Erstattung der ihr (ggf) beim Versand von Befundberichten an Hausärzte entstehenden Kosten (aA Wezel Liebold, EBM Ä-Kommentar, zu Nr 40100 EBM Ä).

13 aa. Gegenstand der GOP Nr 40120 EBM Ä ist eine 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" in Höhe von 0,55 Euro. Die seinerzeit maßgebliche und bis zum 30.6.2013 unverändert fortgeltende (s DA 2013, A 1283) Anmerkung hierzu lautet: "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." Gegenstand der Nr 40100 EBM Ä ist eine 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 (u.a.) der Histologie, einmal im Behandlungsfall", in Höhe von 2,60 Euro. Diese Kostenpauschale ist gemäß der Vorbemerkung Nr 40.3 Nr 1 Satz 1 EBM Ä nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt berechnungsfähig, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde.

14 bb. Die nach dem Wortlaut der GOP Nr 40120 EBM Ä ("Versendung von Briefen ...") dem Grunde nach auch bei einer Unterrichtung Dritter bestehende Erstattungspflicht wird durch die Anmerkung zur GOP beschränkt, wonach die Kosten der Versendung an den auftragserteilenden Arzt in den Fällen nicht berechnet werden können, in denen die Kostenpauschale nach der Nr 40100 EBM Ä abgerechnet worden ist. Die vom BewA selbst normierte Anmerkung zu einer GOP hat denselben Rang wie die Leistungslegende (BSG SozR 4 2500 § 106 Nr 10 RdNr 16; BSG SozR 4 5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 13 ff; zuletzt BSG Beschluss vom 11.12.2013 [B 6 KA 38/13 B](#)); für ihre Auslegung gelten deshalb dieselben Grundsätze wie für die Auslegung der Leistungslegende der GOP.

15 (1) Nach dieser Anmerkung ist der Ansatz der "kleinen" Portopauschale nach der Nr 40120 EBM Ä immer dann ausgeschlossen, wenn im jeweiligen Behandlungsfall die Pauschale nach der Nr 40100 EBM Ä berechnet worden ist. Dieser bereits dem Wortlaut der Anmerkung (" in Fällen nicht berechnet werden, in denen ...") folgende Normbefehl wird durch systematische Erwägungen als Teil einer systematischen Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Gebührenregelungen (BSG SozR 4 5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 14 unter Hinweis auf BSG SozR 3 5555 § 10 Nr 1 S 4) bestätigt.

16 Wie der Senat bereits zur Nr 7103 EBM Ä aF (der Vorgängerregelung zur Nr 40100 EBM Ä) entschieden hat, stellt die Nr 40100 EBM Ä eine umfassende Kostenpauschale für den Komplex "Übersendung von Untersuchungsmaterial einschließlich Befundbericht" dar, mit deren Ansatz der gesamte Versendungsantrag des Laborarztes (oder Pathologen) im Zusammenhang mit der Versendung von Untersuchungsmaterial und Berichten abgegolten ist (BSG SozR 4 5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 13 ff). Der Senat hat dabei auf den im Wortlaut der GOP verwendeten Terminus "Fälle", der unspezifischer ist als der Begriff des "Behandlungsfalles" (aaO, RdNr 13), sowie auf die Intention des Normgebers verwiesen, dass mit dieser GOP die gesamten Kosten für die Versendung, den Transport bzw die Übermittlung der Untersuchungsergebnisse abgegolten sein sollen (aaO, RdNr 14). Schließlich lässt auch die Beschränkung der Abrechenbarkeit in der Anmerkung zur GOP Nr 7120 EBM Ä aF (der Vorgängerregelung zur Nr 40120 EBM Ä) erkennen, dass die Pauschale nach der Nr 7103 EBM Ä aF die gesamten Kosten für Laborleistungen für einen Patienten in einem Quartal erfassen will (BSG SozR 4 5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 15; so schon LSG Baden Württemberg Beschluss vom 27.8.2004 L 5 KA 197/04 Juris RdNr 41; vgl auch BSG SozR 3 5533 Nr 7103 Nr 1 S 9). Die Ausführungen des Senats zum Verhältnis der GOPen Nr 7120 EBM Ä aF und Nr 7103 EBM Ä aF zueinander gelten nicht allein für die dort entschiedene Frage einer wiederholten Abrechenbarkeit der Kostenpauschale im Falle einer Fraktionierung von Laborleistungen, sondern besitzen generelle Gültigkeit für den Charakter der Kostenpauschale nach der Nr 7103 EBM Ä aF als Vorläuferin zur Nr 40100 EBM Ä nF.

17 (2) Entgegen der Auffassung des LSG kommt es insoweit nicht darauf an, ob der "Brief" im Sinne der Nr 40120 EBM Ä an den überweisenden Arzt oder an einen Dritten, zB den Hausarzt des Patienten gesandt wird. Soweit in der Anmerkung ausdrücklich nur die gesonderte Berechnungsfähigkeit von Briefen an den auftragserteilenden Arzt ausgeschlossen ist, hat das nicht zur Folge, dass Briefe an Dritte auch dann berechnungsfähig sind, wenn der Pathologe im jeweiligen Behandlungsfall die Pauschale nach Nr 40100 EBM Ä abgerechnet hat.

18 Das LSG entnimmt der vom 1.4.2005 bis zum 30.6.2013 in der Anmerkung enthaltenen (s DÄ 2013, A 1283) Wendung "an den auftragserteilenden Arzt" zu Unrecht, dass die Versendung an Dritte dh alle anderen Empfänger von der Einschränkung der Abrechenbarkeit nicht erfasst sein soll. Dieser Ansicht ist nicht zu folgen, weil die für die Einschränkung der Abrechenbarkeit maßgebliche Regelung im nachfolgenden Satzteil "in denen die Kostenpauschale nach der Nr. 40100 abgerechnet worden ist" normiert ist. Nicht die Versendung des Untersuchungsergebnisses an den Auftraggeber, sondern die Abrechnung der wie dargestellt, umfassenden Kostenpauschale nach der Nr 40100 EBM Ä begründet den Ausschluss der Abrechenbarkeit der "Portopauschale". Deshalb ist die Berechnung dieser Position der maßgebliche Grund für den Ausschluss der Ansatzfähigkeit der "kleinen" Portopauschale; an wen der die Überweisung ausführende Arzt einen Brief versendet, ist gleichgültig.

19 Die Wendung "an den auftragserteilenden Arzt" ist demgegenüber nur als Beschreibung des Regelfalles zu sehen, nicht aber als Regelung in dem Sinne, dass die Versendung eines Befundberichts an Dritte den Ansatz (auch) der Nr 40120 EBM Ä ermöglicht. Sie beschreibt allein den Umstand, dass der Untersuchungsbericht an den auftragserteilenden Arzt übersandt wird. Eine Abrechnung der Nr 40100 EBM Ä setzt die Versendung von Untersuchungsmaterial voraus, sodass der Abrechnungsausschluss auch nur in Konstellationen relevant wird, in denen ein (auftraggebender) Arzt einen anderen (auftragnehmenden) Arzt mit der Untersuchung von Material beauftragt. Zu einer für den Abrechnungsausschluss relevanten Versendung von Untersuchungsergebnissen durch einen Arzt kommt es mithin nur in den Fällen, in denen zuvor ein anderer Arzt eine Überweisung zur Auftragsleistung ausgestellt hat; im Rahmen dieses Auftragsverhältnisses stellt es eine Selbstverständlichkeit dar, dass der Auftragnehmer dem Auftraggeber (und zumindest im Regelfall niemandem sonst) die Untersuchungsergebnisse mitteilt.

20 (3) Es liegen auch keine Anhaltspunkte dafür vor, dass die Vertragspartner mit dem Zusatz "an den auftragserteilenden Arzt" die Absicht verfolgt haben könnten, lediglich in Fällen einer Übersendung von Untersuchungsergebnissen an diesen die dargestellte umfassende Abgeltungswirkung der Nr 40100 EBM Ä durchzusetzen, nicht aber bei der Versendung an Dritte. Erst recht bietet der Tatbestand keine Grundlage für die Annahme des LSG, dass der BewA mit einer gesonderten Kostenerstattung bewusst einen Anreiz für Fälle einer notwendigen Unterrichtung Dritter habe schaffen wollen. Diese Erwägungen beachten nicht hinreichend den Grundsatz, dass sich die Gerichte bei der Auslegung von Vorschriften über die Vergütung vertragsärztlicher Leistungen Zurückhaltung aufzuerlegen haben (stRspr des BSG: SozR 3 5533 Nr 1460 Nr 1 S 2; SozR 3 5533 Nr 2000 Nr 1 S 2; SozR 3 2500 § 87 Nr 1 S 2; [BSGE 69, 166](#), 167 = SozR 3 2500 § 87 Nr 2 S 5; SozR 3 2500 § 87 Nr 5 S 22).

21 Für solche Anreize besteht auch in der Sache kein Anlass: Zum einen kann nicht außer Betracht bleiben, dass Pathologen als ausschließlich auf Überweisung tätige Ärzte iS des § 13 Abs 4 des Bundesmantelvertrags Ärzte von der nach Kap I Nr 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM Ä bestehenden Pflicht befreit sind, dem Hausarzt einen Bericht oder die Kopie eines an den überweisenden Facharzt gerichteten Berichts zu übersenden (vgl Kap I Nr 2.1.5, aaO). Dies lässt die Einschätzung der im BewA vertretenen Institutionen erkennen, dass es derartiger Berichte (grundsätzlich) nicht bedarf.

22 Zum anderen ist ggf abgesehen von seltenen Konstellationen, die keiner gebührenrechtlichen Regelung bedürfen nicht erkennbar, dass eine unmittelbare Information des Hausarztes durch den Pathologen erforderlich ist. Der (Fach)Arzt, der die Untersuchung durch den Pathologen veranlasst hat, soll und muss erfahren, was die Untersuchung ergeben hat. Er muss diesen Befund mit dem Patienten besprechen oder diesen Befund zumindest in seinen Befundbericht einbeziehen. Daran ändert nichts, wenn der die Untersuchung in Auftrag gebende (Fach)Arzt ausdrücklich den Wunsch äußert, der Pathologe möge den Untersuchungsbericht (auch) an den Hausarzt des Patienten übermitteln. Der Pathologe weiß typischerweise nichts über das Verhältnis des Patienten zu seinem Hausarzt und über die Kommunikation zwischen den an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten. Im Übrigen benötigt der Hausarzt im Allgemeinen die Ergebnisse sowohl der vom Facharzt durchgeführten (zB endoskopischen) als auch der vom Pathologen durchgeführten histologischen Untersuchung, um eine sachgerechte Behandlung durchführen zu können.

23 (4) Der Hinweis der Klägerin, dass die tatsächlichen Kosten für die Versendung höher seien als der Erstattungsbetrag nach der Nr 40100

EBM Ä, ist rechtlich unerheblich, wie der Senat bereits mit Urteil vom 25.8.1999 ([B 6 KA 57/98 R](#) Juris RdNr 19 = [MedR 2000, 201](#) = USK 99153) dargelegt hat.

24 Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Satz 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm einer entsprechenden Anwendung der [§§ 154 ff VwGO](#). Danach hat die Klägerin die Kosten des Verfahrens in allen Rechtszügen zu tragen, da sie unterlegen ist ([§ 154 Abs 1 VwGO](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2014-06-27