

L 5 KA 197/04

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
5
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 10 KA 5092/01
Datum
21.11.2003
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KA 197/04
Datum
27.08.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

-

Kategorie
Beschluss

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. November 2003 wird zurückgewiesen.

Die Kläger haben der Beklagten auch die außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Kläger Anspruch auf Vergütung der Gebührennummern (GNRn) 4111 und 7103 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM) haben.

Die Kläger waren in den hier streitigen Quartalen 4/00 und 1/01 als Ärzte für Laboratoriumsmedizin in einer Gemeinschaftspraxis in L. niedergelassen und nahmen an der vertragsärztlichen Versorgung teil.

Die Beklagte strich in den Abrechnungen der Kläger für die Quartale 4/00 und 1/00 im Wege der sachlich-rechnerischen Berichtigung u. a. die GNR 4111 EBM (im Quartal 4/00 210 mal und im Quartal 1/01 283 mal) mit der Begründung, für die Bestimmung von Katecholaminen und Metaboliten aus einem Untersuchungsmaterial sei die GNR 4111 EBM nur einmal abrechnungsfähig, da die chromatographische Untersuchungstechnik grundsätzlich die simultane Bestimmung mehrerer Substanzen aus einer Probe ermögliche. Ferner strich die Beklagte die GNR 7103 im Quartal 4/00 9.062 mal und im Quartal 1/01 10.625 mal jeweils mit der Begründung, diese Gebührennummer sei im Behandlungsfall nur einmal berechnungsfähig (hieraus ergaben sich entsprechende Kürzungen in einer Größenordnung von 19.720,- DM bezüglich der GNR 4111 und insgesamt 100.403,70 DM bezüglich der GNR 7103; Bescheide vom 2. April 2001 bzw. 10. Juli 2001).

Hiergegen erhoben die Kläger jeweils Widerspruch, den der Vorstand der Beklagten mit Beschluss vom 19. September 2001 zurückwies (Widerspruchsbescheid vom 24. September 2001). Zur Begründung führte die Beklagte im Wesentlichen aus, die GNR 4111 EBM gehöre zum Katalog der "quantitativen chromatographischen Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), gegebenenfalls einschließlich qualitativem chromatographischen Nachweis, je Untersuchungsgang". Im nachfolgenden Katalog seien die einzelnen berechenbaren Untersuchungsgänge aufgelistet. Der mehrfache Ansatz der jeweiligen Gebührennummer des Kataloges sei dann möglich, wenn mehrere Untersuchungsgänge notwendig seien. Könnten mehrere Substanzen in einem Untersuchungsgang bestimmt werden, sei der Ansatz der jeweils zutreffenden Abrechnungsnummer auch nur einmal möglich. Bei der Leistungslegende der GNR 4111 EBM sei jedoch zu beachten, dass diese für die Bestimmung der Katecholamine und/oder Metabolite berechnungsfähig sei. Der Wortlaut "und/oder" der Leistungsbeschreibung gehe der Bestimmung "je Untersuchungsgang" vor, das bedeute, auch wenn ein oder mehrere Metabolite bzw. ein oder mehrere Katecholamine bzw. zwei oder mehr Substanzen aus beiden Gruppen bestimmt würden, sei die GNR 4111 EBM nur einmal berechnungsfähig. Die GNR 7103 EBM stelle im Weiteren eine auf den Behandlungsfall (Quartal) bezogene pauschale Erstattung der Kosten für Versandmaterial usw. dar und sei daher unabhängig von der Höhe der im Quartal tatsächlich angefallenen Kosten. Auch wenn bei einem Patienten Laboruntersuchungen mehrmals im Quartal durchgeführt und gegebenenfalls mehrere Scheine pro Patient abgerechnet würden, sei die GNR 7103 EBM nur einmal berechnungsfähig.

Dagegen haben die Kläger am 4. Oktober 2001 Klage beim Sozialgericht Stuttgart (SG) erhoben und zur Begründung im Wesentlichen geltend gemacht, entgegen der von der Beklagten zur GNR 4111 EBM vertretenen Auffassung sei es nicht möglich, Katecholamine einerseits sowie Metaenphrine andererseits in derselben Chromatographie zu bestimmen. Hierfür seien stets mehrere Untersuchungsgänge erforderlich. Die besonderen Schwierigkeiten und der besondere Aufwand bei der Bestimmung der Katecholamine und Metaenphrine sowie

der Metaboliten sei im medizinischen Schrifttum anerkannt. Dort sei auch anerkannt, dass die Bestimmung der Katecholamine und deren Metaboliten zur Basisdiagnostik bei Verdacht auf ein Phäochromozytom zähle. Die "und/oder"-Formulierung bei der GNR 4111 EBM ergebe aus medizinischer Sicht keinen Sinn, da diese Formulierung den völlig falschen Eindruck suggeriere, man könne auch mit der Bestimmung der Katecholamine und deren Metaboliten alleine auskommen und dabei auch noch Kosten sparen. Eine derartige Denk- oder Vorgehensweise wäre gänzlich abwegig und würde einen Verstoß gegen die medizinische Sorgfalt darstellen. Bei anderen Analyten (z. B. Aminosäuren, Vitaminen etc.) bestehe an der Notwendigkeit zur Durchführung mehrerer Untersuchungsgänge weder tatsächlich/medizinisch noch in gebührenmäßiger Hinsicht irgendein Zweifel, so dass es völlig unverständlich sei, woraus sich die hiesigen Bedenken der Beklagten rechtfertigen sollten. Ferner ergebe sich die Berechtigung des mehrfachen Ansatzes der GNR 4111 EBM daraus, dass die Entnahme aus mehreren Materialien (vor allem Urin einerseits und Plasma andererseits) erfolge, was zwangsläufig ebenfalls dazu führe, dass getrennte Untersuchungsgänge durchzuführen seien. Schließlich könne der Beklagten auch in ihrer Auslegung des Zusammenspiels der Überschrift zur GNR 4111 EBM und dem Tatbestand der GNR 4111 EBM andererseits nicht gefolgt werden. Der Wortlaut "und/oder" besage nämlich nur, dass nicht allein die Untersuchung beider Gruppen zu einer gesonderten Abrechnungsfähigkeit führe, sondern die beiden Substanzen im Hinblick auf die Gruppenzugehörigkeit insoweit als einheitliche Gruppe zu bewerten seien. Die "und/oder"-Formulierung besage einzig und allein, dass eine Bestimmung von Katecholaminen und/oder Metaboliten dann nicht doppelt abgerechnet werden dürfe, wenn diese in einem Untersuchungsgang bestimmt würden. Hintergrund der Formulierung dürfte sein, dass zumindest zukünftig möglicherweise Verfahren existieren werden, die eine Bestimmung in einem einheitlichen Untersuchungsgang ermöglichen, was dann die Daseinsberechtigung der Leistungslegende der GNR 4111 EBM in der derzeitigen Fassung und Auslegung durch die Beklagte rechtfertigen würde. Bezüglich der GNR 7103 EBM haben die Kläger darauf verwiesen, dass die Auffassung der Beklagten dazu führe, dass eine ganz massive Unkostenunterdeckung entstehe, die sowohl dem allgemeinen Kostendeckungsprinzip als auch dem Prinzip der Honorarverteilungsgerechtigkeit zuwider laufe. Eine - wenigstens halbwegs kostendeckend und angemessene - Vergütung der in GNR 7103 EBM bezeichneten Leistung lasse sich nur dann erreichen, wenn man richtigerweise die Ansetzung dieses Gebührentatbestandes je Untersuchung und Einsendung zulasse. Das Urteil des BSG vom 25. August 1999 ([B 6 KA 57/98 R](#) in [MedR 2000, 201-203](#)) habe sich auf die Situation bei Pathologen bezogen und sei dort sicherlich berechtigt, da in aller Regel dort ein einziger Transport ausreiche. Bei Laborärzten würden jedoch bis zu 20 mal Einsendungen erfolgen. Würden diese lediglich einmal vergütet, ergebe sich allein im Bereich der Versandpauschalen ein Defizit von mehreren 100.000,- EUR. Dies könne nicht mehr dem Grundsatz der angemessenen Honorierung und der Verhältnismäßigkeit hoheitlicher Eingriffe genügen.

Die Beklagte ist dem entgegengetreten und hat darauf verwiesen, die GNRn 4111 bis 4127 EBM seien in einem Katalog zusammengefasst. Der Katalogtext gelte für 14 verschiedene EBM-Nummern und aufgrund der Formulierung der einzelnen Leistungen für eine weit darüber hinausgehende Anzahl quantitativer chromatographischer Bestimmungen ganz verschiedener Substanzen. Letztlich bestehe die Gemeinsamkeit nur darin, dass die Bestimmung vom Laborarzt mit der chromatographischen Methode durchgeführt werde. Ein einheitlicher Leistungstext in der Katalogüberschrift müsse deshalb so abgefasst sein, dass er allen im Katalog zusammengefassten Leistungen gerecht werde, einzelne Sonderregelungen müssten dann im jeweiligen Leistungstext selbst verankert sein. Im Unterschied zu den anderen Gebührennummern sei bei den GNRn 4111 und 4112 EBM durch eine "und/oder"-Verbindung zwischen der Gruppe der Katecholamine und ihrer Metabolite sowie dem Serotonin und seiner Metabolite festgelegt, dass nicht nur die Bestimmung z. B. dreier Katecholamine sowie die Bestimmung von vier Metaboliten zu je einem Ansatz, sondern die Bestimmungen beider Gruppen zu einem Ansatz der Nr. 4111 EBM zusammengefasst seien. Wenn - wie von den Klägern ausgeführt - bezüglich der Bestimmung der Katecholamine und Metaboliten im Vergleich zu in anderen GNRn aufgeführten Substanzen kein Unterschied bestünde, wäre die abweichende Formulierung der Leistungslegende ohne jeden Sinn. Die Auffassungen der Kläger zum Sinn der "und/oder"-Formulierung werde von ihnen selbst widerlegt, indem sie feststellen würden, dass die Durchführung in einem einzigen Untersuchungsgang gar nicht möglich sei. Um diesen Widerspruch aufzulösen, werde dann die abenteuerliche Annahme postuliert, der Bewertungsausschuss habe wohl eine solche Formulierung gewählt, weil möglicherweise in der Zukunft Verfahren existieren könnten, die dann eine Bestimmung in einem einzigen Untersuchungsgang ermöglichen würden. Bezüglich der GNR 7103 EBM werde von Klägerseite verkannt, dass die frühere Leistungslegende auf den Untersuchungsfall abgehoben habe und deshalb auch die Definition des Untersuchungsfalls maßgeblich gewesen sei. Die für die streitigen Quartale gültige Formulierung habe jedoch so gelaute, dass nunmehr der Behandlungsfall Maßstab sei, weshalb sich nunmehr auch die Honorierung an der Definition des Behandlungsfalles zu orientieren habe. Die mehrfach vorgetragenen betriebswirtschaftlichen Begründungen könnten kein Anlass dafür sein, durch den Arzt oder die Kassenärztliche Vereinigung von den Leistungslegende abweichende Honorierungen vorzunehmen. Hier wäre dann allenfalls der Bewertungsausschuss hinsichtlich einer Änderung der Leistungslegende bzw. der Bewertung gefordert. Ergänzend werde auf das Urteil des BSG vom 25. August 1999 verwiesen, in dem die Klage eines Pathologen abgewiesen worden sei, der für die Untersuchung mehrerer Gewebeproben einen mehrfachen Ansatz der GNR 7103 EBM gefordert habe.

Mit Urteil vom 21. November 2003 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass die Beklagte in nicht zu beanstandender Weise im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung die hier streitigen Gebührenansätze gestrichen hat. Der in der Überschrift zu dem auch die GNR 4111 EBM erfassenden Katalog der "quantitativen chromatographischen Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), gegebenenfalls einschließlich qualitativen, chromatographischen Nachweis" enthaltene Zusatz "je Untersuchungsgang" verdeutliche, dass die im Katalog im einzelnen aufgeführten Untersuchungen und Untersuchungsgänge dann mehrfach angesetzt und abgerechnet werden dürften, wenn mehrere Untersuchungsgänge zur Substanzbestimmung erforderlich seien. Allerdings gelte dieser Grundsatz nicht uneingeschränkt. Da der nachfolgende Katalog insgesamt 14 Einzelleistungen und aufgrund der Formulierung der einzelnen Leistungslegenden eine erheblich darüber hinausgehende Anzahl quantitativer chromatographischer Bestimmungen ganz verschiedener Substanzen enthalte, habe er so abgefasst werden müssen, dass er allen in dem Katalog zusammengefassten Einzelleistungen gerecht werde. Etwaige "Sonderregelungen" hätten daher bei den jeweiligen Leistungslegenden aufgeführt werden müssen. Vergleiche man die einzelnen im Katalog zusammengefassten Leistungen der GNR 4111 bis 4124 EBM, so falle auf, dass lediglich bei der hier streitigen GNR 4111 EBM und den GNRn 4112 und 4119 EBM eine "und/oder"-Verbindung enthalten sei. Entsprechend den allgemeinen Grundsätzen bedeute diese "und/oder"-Verbindung, dass eine GNR nur einmal abrechnungsfähig sei, gleichgültig, ob nur Leistung A oder nur Leistung B oder beide erbracht würden (mit Hinweis auf Wetzel/Liebold, "Handkommentar BMÄ, E-GO und GOÄ", Stand 1.7.2002, S. 7 - 6). Mit dieser "und/oder"-Verbindung werde von dem in der Überschrift zum Katalog niedergelegten Grundsatz, dass die einzelnen GNRn bei mehreren Untersuchungsgängen auch mehrfach abgerechnet werden könnten, abgewichen. Wie auch aus der von der Beklagten in dem ebenfalls beim SG Stuttgart anhängigen Verfahren S 5 KA 112/03 vorgelegten Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) vom 5. Juni 2004 (Bl. 50/52 der SG-Akte) zu ersehen sei, sei diese "und/oder"-Verbindung bewusst in die Leistungslegende der GNR 4111 EBM zum 1. April 1994 aufgenommen worden, weil bis dahin diagnostisch und methodisch nicht gerechtfertigte Mehrfachabrechnungen der Katecholamine und ihrer Metabolite in großem Umfang vorgekommen seien. Die "und/oder"-

Verknüpfung stelle damit nach Aussage der KBV eine honorarbegrenzende Maßnahme dar, die auch dann verbindlich sei, wenn sie im Einzelfall nicht im Einklang mit einer rein medizinisch-fachlichen Betrachtungsweise stehe. Aufgrund der bewusst gewählten Formulierung in der Leistungslegende der GNR 4111 EBM "und/oder" sei in Abweichung von dem in der Überschrift zu den Katalogleistungen enthaltenen Grundsatz der mehrfachen Abrechenbarkeit der Gebührennummern die GNR 4111 EBM auch dann nur einmal abrechenbar, wenn Katecholamine und/oder Metabolite in mehreren Untersuchungsgängen bestimmt würden.

Hinsichtlich der weiteren hier streitigen GNR 7103 (Pauschalerstattung für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial ...) hat das SG darauf verwiesen, dass diese Leistung sich im Kapitel U "Pauschalerstattungen" des EBM finde und in der Präambel zu diesem Kapitel im ersten Absatz ausgeführt sei, dass die Pauschalerstattung nach GNR 7103 EBM nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt worden sei, berechnungsfähig sei. Damit dürfe nach dem eindeutigen Wortlaut der Leistungslegende der GNR 7103, der Präambel zum Kapitel U und der Definition des "Behandlungsfalls" in § 21 Abs. 1 S. 1 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 25 Abs. 1 S. 1 Bundesmantelvertrag - Ärzte/Ersatzkassen (EKV), wonach die gesamte, von demselben Vertragsarzt innerhalb des selben Kalendervierteljahres an dem selben Kranken ambulant zu Lasten der selben Krankenkasse vorgenommene Behandlung jeweils als Behandlungsfall gelte, diese GNR nur einmal im Quartal abgerechnet werden. Diese pauschale Erstattung sei den Klägern daher im Quartal nur einmal zu gewähren, unabhängig von der Höhe der im Quartal tatsächlich angefallenen Kosten. In diesem Zusammenhang sei der Einwand der Kläger, das Verständnis der Beklagten zur GNR 7103 führe zu einer ganz massiven Kostenunterdeckung, rechtlich unerheblich. Die konkrete Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten sei grundsätzlich unmaßgeblich, wenn, wie hier, lediglich eine Pauschalerstattung festgesetzt worden sei. Diese Festlegung von Pauschalbeträgen statt konkreter Aufwandserstattungen sei möglich, eine Überschreitung des den Vertragspartnern zustehenden Entscheidungsspielraumes liege darin nicht (mit Hinweis auf BSG Urteil vom 25. August 1999 - [B 6 KA 57/98 R](#) = [MedR 2000, 201](#) ff.). Das BSG gehe in ständiger Rechtsprechung (Hinweis auf Urteil vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 6/95](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 11](#) m. w. N.) davon aus, dass es den Gerichten nur ausnahmsweise und nur in engen Grenzen gestattet sei, in das Bewertungsgefüge der kassen- und vertragsärztlichen Gebührenordnungen einzugreifen. Hierfür bestehe hier konkret keine Veranlassung. Bei Pauschalerstattungen könnten die Gerichte allenfalls dann eingreifen, wenn die Festsetzung des Betrages, gemessen am Aufwand typischer Fälle, missbräuchlich niedrig wäre (Hinweis auf das Urteil des BSG vom 25. August 1999). Solche Umstände seien hier jedoch nicht festzustellen.

Die Kläger haben gegen das ihren Bevollmächtigten am 15. Dezember 2003 mit Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil am 15. Januar 2004 Berufung eingelegt. Zur Begründung beziehen sie sich auf ihre Ausführungen im Klageverfahren.

Die Kläger beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 21. November 2003 aufzuheben sowie die Gesamthonorarabrechnungsbescheide der Beklagte für die Quartale 4/00 und 1/00 mit den ergänzenden Berichtigungsbescheiden (2. April 2001 und 10. Juli 2001) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. September 2001 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, die gestrichenen Ansätze der Gebührennummern 4111 EBM und 7103 EBM bezüglich der streitigen Quartale zu vergüten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Die Beteiligten wurden mit Schreiben vom 9. März 2004 auf die Möglichkeit einer Entscheidung des Senats durch Beschluss nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) hingewiesen. Es wurde ihnen insoweit auch Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Beteiligtenvorbringens wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

II.

1. Der Senat konnte ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss über die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) entscheiden, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält.

2. Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten. Die Kläger wenden sich insgesamt gegen Streichungen der GNR 4111 EBM in den streitigen Quartalen in Höhe von 19.720,- DM sowie ferner gegen Streichungen der GNR 7103 in den Quartalen 4/00 und 1/01 in Höhe von insgesamt 100.403,70 DM, insgesamt also 120.123,70 DM, dies entspricht 61.418,27 EUR.

3. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Kläger haben in den streitigen Quartalen 4/00 und 1/01 keinen Anspruch auf Vergütung der gestrichenen GNR 4111 EBM bzw. 7103 EBM.

Die Berechtigung der Beklagten, die Honorarabrechnungen der Vertragsärzte auf sachliche und rechnerische Richtigkeit zu überprüfen und gegebenenfalls die Honorarabrechnungen zu berichtigen, ergibt sich aus § 45 des Bundesmantelvertrages - Ärzte (BMV-Ä), § 34 Abs. 4 des Bundesmantelvertrages - Ärzte -/Ersatzkassen (EKV-Ä), die auf der Grundlage des [§ 82 Abs. 1](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) vereinbart worden sind. Nach diesen Bestimmungen obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Dies gilt insbesondere für die Anwendung des Regelwerkes. Die Kassenärztliche Vereinigung berichtigt die Honoraranforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Der leicht abweichende Wortlaut des § 34 EKV-Ä enthält in der Sache keine andere Regelung. Nach § 3 Abs. 1 i. V. m. § 1 Abs. 1 des auf der Grundlage des [§ 85 Abs. 4 SGB V](#) ergangenen Honorarverteilungsmaßstabs der Beklagten (HVM) sind für die Abrechnungen die gesetzlichen und vertraglichen

Gebührenordnungen einschließlich der zusätzlichen vertraglichen Bestimmungen sowie die autonomen Satzungsnormen der Beklagten maßgebend. Nach § 7 Abs. 1 Nr. 1 HVM prüft die Beklagte die eingereichten Abrechnungen in formaler Hinsicht.

a.) Die bis 30. Juni 2001 mit 40,- DM bewertete GNR 4111 EBM gehört neben 13 weiteren Gebührennummern zum Katalog der "Quantitativen chromatographischen Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), gegebenenfalls einschließlich qualitativen chromatographischem Nachweis, je Untersuchungsgang". Die Leistungslegende der GNR 4111 EBM lautet:

"Katecholamine und/oder Metabolite"

Die in den streitigen Quartalen mit 5,10 DM bewertete GNR 7103 EBM lautet:

"Pauschalerstattung für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, gegebenenfalls auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschließlich der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen der -Laboratoriumsdiagnostik, gegebenenfalls einschließlich der Kosten für die Übermittlung der Gebührennummern und der Höhe der Kosten überwiesener kurativ-ambulanter Auftragsleistungen des Kapitels O, einmal im Behandlungsfall".

Diese Leistung findet sich im Kapitel U "Pauschalerstattungen" des EBM. In der Präambel zu Kapitel U EBM ist hierzu ausgeführt: "Die Pauschalerstattung nach Nr. 7103 ist nur einmal im Behandlungsfall (vom Senat hervorgehoben) und nur von dem Arzt, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde, berechnungsfähig".

Gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä und § 25 Abs. 1 EKV-Ä definiert sich der Behandlungsfall wie folgt: "Die gesamte, von demselben Vertragsarzt innerhalb desselben Kalendervierteljahres an dem selben Kranken ambulant zu Lasten derselben Krankenkasse vorgenommene Behandlung gilt jeweils als Behandlungsfall."

b.) Die vom Bewertungsausschuss getroffenen und hier streitigen Festsetzungen sind rechtlich nicht zu beanstanden. Er hat insoweit den ihm zustehenden Gestaltungsspielraum nicht überschritten, insbesondere nicht missbräuchlich ausgeübt.

Gemäß [§ 87 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) bestimmt der EBM den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander bzw. hier in Form fester DM-Beträge. Die auf der Grundlage des [§ 87 SGB V](#) von den Bewertungsausschüssen vereinbarten Bestimmungen des EBM, bei denen es sich um untergesetzliche Rechtsnormen in der Form der Normsetzungsverträge handelt (vgl. z. B. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 18](#)), werden durch den paritätisch mit Vertretern der Ärzte und Krankenkassen besetzten Bewertungsausschuss beschlossen und durch weitere Regelungen ergänzt, die zwischen den Spitzenverbänden der Krankenkassen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbart werden. Der vertragliche Charakter der Vergütungstatbestände soll gewährleisten, dass die unterschiedlichen Interessen der in der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Gruppen zum Ausgleich kommen und eine sachgerechte inhaltliche Beschreibung und Bewertung der ärztlichen Leistungen erreicht wird. Grundsätzlich entscheiden die Vertragspartner, bzw. der Bewertungsausschuss, welche Leistungen mit welchen Punktbeträgen (bzw. DM-Festbeträgen) bewertet werden. Es liegt auch vorrangig in ihrer bzw. seiner Zuständigkeit, unklare Regelungen der Gebührenordnung zu präzisieren und Änderungsbedürftige zu korrigieren. Diesem System autonomer Festlegung der Leistungsbewertung entspricht die Anerkennung eines weiten Regelungsspielraumes, der von den Gerichten zu respektieren ist. Diese können nur eingreifen, wenn die Vertragspartner bzw. der Bewertungsausschuss den ihnen zustehenden Entscheidungsspielraum überschreiten, insbesondere ihn missbräuchlich ausnutzen oder nur einer Arztgruppe die Vergütung für eine Leistung gewähren, die auch von anderen Arztgruppen erbracht wird bzw. erbracht werden kann (vgl. z. B. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nrn. 21 und 29](#)).

Nach § 87 Abs. 2a Satz 1 und 2 der Vorschrift (eingefügt durch das Gesundheitsstrukturgesetz vom 21. Dezember 1992 ([BGBl. I, S. 2266](#))) ist dem Bewertungsausschuss darüber hinaus gesetzlich aufgegeben worden, die ärztlichen Leistungen des EBM zu Leistungskomplexen zusammenzufassen, sofern medizinische Gesichtspunkte nicht entgegenstehen. Das BSG hat zu diesen Regelungen bereits wiederholt ausgeführt, dass sich der dem Bewertungsausschuss damit übertragene Gestaltungsauftrag nicht in der Aufstellung eines reinen Leistungs- und Bewertungskataloges unter betriebswirtschaftlichen oder sonstigen kalkulatorischen Gesichtspunkten erschöpft, sondern dass dem EBM auch eine Steuerungsfunktion zukommt. Der Bewertungsausschuss hat danach sowohl die Befugnis als auch die Verpflichtung, über die Definition sowie Bewertung der vertragsärztlichen Verrichtungen das Leistungsverhalten durch mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen zu steuern (so schon z.B. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 12](#) (Abstaffelung von Basislaborleistungen); [SozR aaO Nr. 14](#); [SozR aaO Nr. 18](#) (Teilbudgetierung von Beratungs-, Betreuungs- und Untersuchungsleistungen); Beschlüsse vom 29. September 1999 - [B 6 KA 34/99 B](#) - und vom 18. Dezember 2000 - [B 6 KA 35/00 B](#) - (Abstaffelung von Röntgenleistungen in den Quartalen I/1996 bis II/1997)). Auf diese Weise kann der Bewertungsausschuss durch die Bewertung ärztlicher Leistungen zu erreichen versuchen, dass die Vertragsärzte bestimmte Leistungen häufiger oder weniger häufig erbringen. Diese Steuerungsbefugnis ermöglicht es ihm insbesondere, ergänzende Bewertungsformen wie Komplexgebühren, Gebührenpauschalen und Budgetierungen einzuführen, um die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung zu fördern oder Verteilungseffekte herbeizuführen, die das Ziel einer angemessenen Vergütung der Leistungen ([§ 72 Abs. 2 SGB V](#)) verfolgen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 87 Nrn. 12 und 18](#)); so ist es auch zulässig, durch Abrechnungsbestimmungen einer übermäßigen und/oder missbräuchlichen Leistungserbringung entgegenzuwirken (vgl. schon BSG [SozR 3-1500 § 96 Nr. 3](#)). Auch hat das BSG in mehreren Urteilen vom 8. März 2000 ([SozR 3-2500 § 83 Nr. 1](#)) zu den ab 1. Juli 1996 geltenden, in ähnlicher Weise wirkenden Teilbudgets des EBM im einzelnen ausführlich dargelegt, dass der Gesetzgeber schon vor Einführung des [§ 87 Abs. 2a Satz 8 SGB V](#) durch das 2. GKV Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 ([BGBl. I, S. 1520](#)) von der Zulässigkeit entsprechender zur Mengengrenzung geschaffener Regelungen ausgegangen ist, weil die Ergänzung der Vorschrift ausweislich der Gesetzesmaterialien nur klarstellende Funktion hatte. In einem weiteren Urteil vom 8. März 2000 sind im Übrigen die zum 1. Juli 1997 in Kraft getretenen Vorschriften des EBM über die vergleichbar wirkenden fallzahlabhängigen Praxisbudgets für rechtmäßig erachtet worden (BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 23](#)). Dafür, dass der Bewertungsausschuss - vor oder nach dem 1. Juli 1997 - auf einen numerus clausus von Regelungstechniken zur Mengen- und Fallzahlbegrenzung festgelegt gewesen wäre, ist nichts ersichtlich. Im Gegenteil hat das BSG schon in seinem Urteil vom 20. März 1996 ([SozR 3-2500 § 87 Nr. 12](#)) entschieden, dass die Steuerungsfunktion des EBM durch vom Bewertungsausschuss geschaffene "Komplexgebühren, Gebührenpauschalen, Abstaffelungsregelungen und ähnliche mengen- oder fallzahlbegrenzende Maßnahmen" wahrgenommen und umgesetzt werden darf (zum Ganzen s. auch BSG [SozR 3-2500 § 87 Nr. 29](#) (zur anzahlmäßigen Begrenzung von Epikutan-Tests)).

c.) Ausgehend hiervon ist die Abrechnung der GNR 4111 EBM in der von der Beklagten vorgenommenen Art und Weise nicht zu beanstanden.

Die GNR 4111 EBM ("Katecholamine und/oder Metabolite") findet sich neben 13 weiteren Gebührennummern im Katalog der "Quantitativen chromatographischen Bestimmung(en) einer oder mehrerer Substanz(en), gegebenenfalls einschließlich qualitativem chromatographischem Nachweis, je Untersuchungsgang". Zwar finden sich unter dieser für all diese Leistungen zusammenfassend formulierten Überschrift mit dem Zusatz "je Untersuchungsgang" auch Substanzbestimmungen, bei denen auch aus medizinischen Gründen der Zusatz "je Untersuchungsgang" sinnvoll sein mag, so etwa bei der bereits vom SG angesprochenen GNR 4116 EBM ("Arzneimittel"), wo verschiedenartige Stoffe zur Bestimmung anstehen, die auch gegebenenfalls mehrere Untersuchungsgänge erfordern. Wie aber bereits vom SG zutreffend angesprochen, handelt es sich bei der Überschrift um eine insoweit allgemein möglichst alle GNRn umfassende Regelung, die aber nicht ausschließt bzw. es gegebenenfalls auch notwendig macht, bei den einzelnen Gebührennummern Sonderregelungen zu treffen. Und wie vom SG weiter zutreffend ausgeführt, finden sich lediglich bei der hier streitigen GNR 4111 sowie ferner bei den GNR 4112 und 4119 EBM eine "und/oder"-Verbindung, mit der Folge, dass diese Gebührennummern grundsätzlich nur einmal abrechnungsfähig sind, und zwar gleichgültig, ob nur die Leistung A oder nur die Leistung B oder beide erbracht wurden (siehe hierzu Kölner Kommentar zum EBM, Stand Oktober 2003, S.710.1 zu Nr. 4129.2). Mit dieser "und/oder"-Verbindung wird von dem in der Überschrift zum Katalog niedergelegten Grundsatz, dass die einzelnen Gebührennummern bei mehreren Untersuchungsgängen auch mehrfach abgerechnet werden können, ausdrücklich abgewichen. Auch wenn nach derzeitigem technischen Standard - wie letztlich auch von der Beklagten - davon ausgegangen wird, dass die Bestimmung der Katecholamine und die Bestimmung der Metaboliten jeweils einen gesonderten Untersuchungsgang benötigen, also insgesamt 2 Untersuchungsgänge erforderlich sind, lässt die Leistungslegende ausdrücklich nur eine einmalige Abrechnung dieser Gebührennummer zu. Wie insbesondere die auch hier in das Verfahren mit einbezogene Stellungnahme der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 2. Juni 2003 zeigt, wurde diese "und/oder"-Verbindung bewusst in die Leistungslegende der GNR 4111 EBM zum 1. April 1994 aufgenommen, weil bis dahin diagnostisch und methodisch nicht gerechtfertigte Mehrfachabrechnungen der Katecholamine und ihrer Metabolite in großem Umfang vorgekommen waren. Die "und/oder"-Verknüpfung stellt damit nach Aussage der Kassenärztlichen Bundesvereinigung eine honorarbegrenzende Maßnahme dar, die auch dann verbindlich ist, wenn sie im Einzelfall nicht im Einklang mit einer rein medizinisch-fachlichen Betrachtungsweise steht. Wie vom SG auch weiter ausgeführt, wurde entgegen der Ansicht der Kläger die "und/oder"-Verbindung vom Bewertungsausschuss ganz bewusst in die Leistungslegende der GNR 4111 EBM aufgenommen, um nicht gerechtfertigte Mehrfachabrechnungen auszuschließen. Die Annahme der Kläger, der Bewertungsausschuss habe diese Formulierung wohl gewählt, weil möglicherweise in der Zukunft Verfahren existieren könnten, die dann eine Bestimmung von Katecholaminen und/oder Metaboliten in einem einzigen Untersuchungsgang ermöglichen würden, ist vor diesem Hintergrund auch nach Überzeugung des Senats schlicht nicht haltbar und entbehrt jeglicher Grundlage.

Damit ist, wie von der Beklagten auch im Rahmen der sachlich-rechnerischen Berichtigung zu-grundegelegt, aufgrund der bewusst gewählten Formulierung der Leistungslegende der GNR 4111 EBM in Abweichung von dem in der Überschrift zu den Katalogleistungen enthaltenen Grundsatz der mehrfachen Abrechenbarkeit der Gebührennummern (je Untersuchungsgang) die GNR 4111 EBM auch dann nur einmal abrechenbar, wenn Katecholamine und/oder Metaboliten in mehreren Untersuchungsgängen bestimmt werden.

d.) Ebenso wenig sind die von der Beklagten vorgenommenen Streichungen der GNR 7103 EBM zu beanstanden. Der Senat verweist auch hier in Übereinstimmung mit den Ausführungen des SG auf den eindeutigen Wortlaut der Leistungslegende der GNR 7103 und der Präambel zum Kapitel U, wonach die Pauschalerstattung nach Nr. 7103 EBM nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt, dem der Überweisungsauftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde, berechnungsfähig ist. Diese Pauschalerstattung ist den Klägern daher im Quartal nur einmal zu gewähren, und zwar unabhängig von der Höhe der im Quartal tatsächlich angefallenen Kosten. Sollten bei einem Patienten tatsächlich im Quartal mehrmals Laborleistungen durchgeführt werden und aufgrund dessen mehrfach Versandkosten entstehen, darf dennoch die GNR 7103 EBM nur einmal gegenüber der Beklagten zur Abrechnung gebracht werden.

Wie das SG weiter zutreffend ausgeführt hat, ist der Einwand der Kläger rechtlich unerheblich, dass diese Auffassung der Beklagten zu einer massiven Kostenunterdeckung führe. Die konkrete Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten ist grundsätzlich nicht maßgeblich, wenn - wie hier - lediglich eine Pauschalerstattung festgesetzt worden ist. Die Festlegung von Pauschalbeträgen statt konkreter Aufwandsersatzungen ist möglich. Eine Überschreitung des den Vertragspartnern zustehenden Entscheidungsspielraums liegt darin gerade nicht (siehe BSG Urteil vom 25. August 1999 - [B 6 KA 57/98 R](#) = [MedR 2000, 201](#) ff.). Das BSG geht auch in ständiger Rechtsprechung (siehe Urteil vom 7. Februar 1996 - [6 RKA 6/95](#) = [SozR 3-2500 § 87 Nr. 11](#) m. w. N.) davon aus, dass es den Gerichten nur ausnahmsweise und nur in engen Grenzen gestattet ist, in das Bewertungsgefüge der kassen- und vertragsärztlichen Gebührenordnungen einzugreifen. Das vom Bewertungsausschuss erarbeitete System autonomer Leistungsbewertung kann nach dem BSG seinen Zweck nur erfüllen, wenn Eingriffe von außen grundsätzlich unterbleiben. Den Gerichten ist es deshalb verwehrt, eine im EBM vorgenommene Bewertung als rechtswidrig zu beanstanden, weil sie den eigenen abweichenden Vorstellungen von der Wertigkeit der Leistungen und der Angemessenheit der Vergütung nicht entspricht. Der im Bewertungsausschuss herbeizuführende Ausgleich zwischen den Interessen der Ärzte und der Krankenkassen erfordert die Berücksichtigung zahlreicher, nicht nur betriebswirtschaftlicher Gesichtspunkte. Es kann deshalb nicht Aufgabe der Gerichte sein, mit punktuellen Entscheidungen zu einzelnen Gebührenpositionen in ein umfassendes, als ausgewogen zu unterstellendes Tarifgefüge einzugreifen und dadurch dessen Funktionsfähigkeit in Frage zu stellen. Etwas anderes kann nur in den seltenen Ausnahmefällen gelten, in denen sich zweifelsfrei feststellen lässt, dass der Bewertungsausschuss seinen Regelungsspielraum überschritten oder seine Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt hat, indem er etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung bewusst benachteiligt oder sich sonst erkennbar von sachfremden Erwägungen hat leiten lassen. Bei Pauschalerstattungen können die Gerichte allenfalls dann eingreifen, wenn die Festsetzung des Betrages gemessen am Aufwand typischer Fälle, missbräuchlich niedrig wäre (so BSG Urteil vom 25. August 1999 [a. a. O.](#)). In Übereinstimmung mit dem SG ist auch der Senat unter Berücksichtigung auch der Ausführungen des BSG im oben zitierten Urteil im hier zu entscheidenden Streitfall der Überzeugung, dass ein missbräuchliches Verhalten des Bewertungsausschusses bei der Bewertung der Pauschalerstattung der Gebührennummer 7103 EBM nicht feststellbar ist. Ein voller Ausgleich der den Klägern entstehenden Kosten für die Versendung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik ist schon deshalb nicht erforderlich, weil das Versenden keine Kerntätigkeit des Arztes für Laboratoriumsmedizin ist, sondern nur eine sogenannte Randleistung darstellt (so auch das BSG im Urteil vom 25. August 1999 [a. a. O.](#)). Zutreffend hat das SG auch weiter darauf hingewiesen, dass es in diesem Fall, da es zudem nur auf den Aufwand in typischen Fällen ankommt, unerheblich ist, ob im Falle der Kläger eine Diskrepanz zwischen Kosten und Erstattungsbetrag tatsächlich besteht.

Aus all diesen Gründen ist die Berufung zurückzuweisen.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 und 4 SGG](#) in der bis 2. Januar 2002 geltenden Fassung, die nach dem Urteil des BSG vom 30. Januar 2002 (- [B 6 KA 12/01 R](#) -in [SozR 3-2500 § 116 Nr. 24](#)) in Fällen weiterhin anwendbar ist, in denen - wie hier - das gerichtliche Verfahren vor dem 2. Januar 2002 anhängig geworden ist. (vgl. z.B. BSG, Beschluss vom 30. August 2002 - [B 13 SF 1/02 S](#) -in [SozR 3-1500 § 184 Nr. 2](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-01-27