B 6 KA 39/15 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung
6
1. Instanz
SG Hannover (NSB)
Aktenzeichen
S 61 KA 177/10
Datum
07.08.2013
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 3 KA 93/13
Datum
01.09.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 39/15 R
Datum
16.12.2015
Kategorie
Urteil
Leitsätze
Der Ausschluss der Abrechnung von Versandkosten in Fällen, in denen sowohl Leistungen des Allgemein- als auch des Speziallabors erbracht wurden, ist rechtmäßig.
Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 1. September 2015 wird zurückgewiesen.
Die Klägerin trägt auch die Kosten des Revisionsverfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen.

Gründe:

I

1

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung für das Quartal II/2009.

2

Die Klägerin ist ein medizinisches Versorgungszentrum (MVZ) in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung mit labormedizinischem Schwerpunkt. Die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) berichtigte die Honoraranforderungen der Klägerin für das Quartal II/2009 in 294 Behandlungsfällen hinsichtlich der Gebührenposition (GOP) 40100 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) in Höhe von 7784,40 Euro. Nach einer zum 1.4.2009 in die Leistungslegende der Kostenpauschale aufgenommenen Anmerkung sei die Pauschale im selben Behandlungsfall nicht (mehr) neben GOPen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä berechnungsfähig (Honorarbescheid vom 14.10.2009). Der hiergegen eingelegte Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 18.3.2010).

3

Das SG hat der Klage mit Urteil vom 7.8.2013 stattgegeben und die Beklagte unter Aufhebung der angefochtenen Bescheide verpflichtet, der Klägerin "die wegen der gleichzeitigen Erbringung von Leistungen nach den Abschnitten 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä im selben Behandlungsfall gestrichenen Kostenpauschalen 40100 EBM-Ä nachzuvergüten". Die Klägerin habe in den Mischfällen, in denen gleichzeitig Basis- und Speziallaborleistungen erbracht worden seien, einen Anspruch auf Honorierung der abgerechneten Kostenpauschalen 40100 EBM-Ä. Zwar sei der Wortlaut des Abrechnungsausschlusses in der Anmerkung zu der GOP eindeutig und beziehe sich auf jeden Behandlungsfall, in dem neben Spezial- auch Basislaborleistungen erbracht worden seien; der Ausschluss verstoße aber gegen höherrangiges Recht (Art 12 Abs 1 GG iVm Art 3 Abs 1 GG). Sachliche Gründe dafür, einen Berechnungsausschluss über die Behandlungsfälle hinaus auszudehnen, in denen der Laborfacharzt ausschließlich Basislaborleistungen erbracht habe, seien nicht zu erkennen.

4

Auf die Berufung der Beklagten hat das LSG das Urteil des SG aufgehoben und die Klage abgewiesen. Entgegen der Auffassung des SG sei die Beklagte berechtigt, die von der Klägerin im Quartal II/2009 abgerechneten Kostenpauschalen 40100 EBM-Ä auch in den Behandlungsfällen sachlich-rechnerisch zu berichtigen, in denen im MVZ gleichzeitig Basis- und Speziallaborleistungen erbracht worden

seien. Aus dem Wortlaut der Anmerkung zur Kostenpauschale 40100 EBM-Ä ergebe sich mit hinreichender Deutlichkeit, dass die Pauschale im selben Behandlungsfall neben Basislaborleistungen nicht berechnungsfähig sei. Eine Beschränkung der Ausschlussregelung auf Behandlungsfälle, in denen ausschließlich Basislaborleistungen erbracht werden, lasse sich der Leistungslegende nicht entnehmen. Sofern die Berechnungsfähigkeit der Pauschale in Mischfällen (weiterhin) gewollt gewesen wäre, hätte es nahegelegen, den Zusatz "in dem ausschließlich Gebührenordnungspositionen der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 erbracht werden" in die Anmerkung aufzunehmen.

5

Bestätigt werde das Ergebnis durch systematische Gesichtspunkte. Auch den in einem inneren Zusammenhang mit der Pauschale stehenden GOP des Kapitels V EBM-Ä lasse sich ein Hinweis auf eine nur beschränkte Gültigkeit der dort normierten Ausschlussregelungen nicht entnehmen.

6

Entgegen der Auffassung des SG sei der Ausschluss der Berechnungsfähigkeit der Kostenpauschale 40100 EBM-Ä in Mischfällen auch mit höherrangigem Recht vereinbar. Insbesondere stelle er keine gleichheitswidrige Benachteiligung der Ärzte dar, die in Speziallaboren tätig seien. Er sei eine Reaktion der Bundesmantelvertragspartner auf die Auswirkungen der Laborreform 2008 gewesen. Mit dieser Reform habe der Bewertungsausschuss (BewA) ua beabsichtigt, die bis dahin über Laborgemeinschaften zu erzielenden Gewinne - die dort für Laborleistungen anfallenden Kosten hätten regelmäßig unterhalb der von den KÄVen dafür gezahlten Honorare gelegen - durch eine Begrenzung auf die Erstattung der tatsächlich anfallenden Kosten und die Einführung einer Direktabrechnung einzusparen und stattdessen für die Aufwertung einzelner Basislaborleistungen zu nutzen. Damit sei der Betrieb einer Laborgemeinschaft finanziell unattraktiv(er) geworden; entsprechend würden seitdem (Basis-)Laborleistungen vermehrt bei Laborfachärzten angefordert. Zwar habe sich durch diese Entwicklung das Volumen der insgesamt angeforderten Basis- und Speziallaborleistungen nicht wesentlich verändert, es seien aber die Fallzahlen der Laborfachärzte deutlich angestiegen, wobei mit dieser Mengenentwicklung auch ein erheblicher Zuwachs bei der für die Übersendung von Untersuchungsmaterial bzw Untersuchungsergebnissen abrechenbaren Kostenpauschale 40100 EBM-Ä zu verzeichnen gewesen sei. Dieser Entwicklung durch eine Überarbeitung der Kostenpauschale entgegenzuwirken, sei ein erkennbar sachgerechter Gesichtspunkt und berechtige die Bundesmantelvertragspartner dazu, insoweit die unterschiedlichen Interessen der an der vertragsärztlichen Versorgung beteiligten Arztgruppen neu zu justieren. Unter Berücksichtigung der weiten Regelungskompetenz hätten die Vertragspartner auch den Gesichtspunkt, dass ohne eine Einbeziehung der Mischfälle in den Abrechnungsausschluss der Pauschale die damit erhoffte Kostenreduzierung zumindest nicht dauerhaft hätte sichergestellt werden können, berücksichtigen dürfen.

7

Durch die Aufnahme des Abrechnungsausschlusses in die Kostenpauschale 40100 EBM-Ä sei auch keine Minderheit benachteiligt worden. Die Kostenpauschale sei im Wesentlichen nur für Laborfachärzte und Pathologen berechnungsfähig. Dabei seien aber alle zur Berechnung der Pauschale berechtigten Fachärzte gleichermaßen von dem Abrechnungsausschluss betroffen; in der entsprechenden Anmerkung werde nicht auf die Zugehörigkeit zu einer bestimmten ärztlichen Gruppe abgestellt. Maßgeblich sei allein, dass im selben Behandlungsfall keine Basislaborleistungen erbracht und abgerechnet worden seien.

8

Der Abrechnungsausschluss führe weder zu einer auf die Gruppe der Laborfachärzte bezogenen Diskriminierung noch treffe die Behauptung zu, dass der Ausschluss einen ersatzlosen Wegfall der durch die Versendung von Untersuchungsmaterial bzw Untersuchungsergebnissen entstehenden Kosten zur Folge habe. Sollten ausschließlich Speziallaborleistungen erbracht werden, erhalte der Laborfacharzt für die Übersendung des Untersuchungsmaterials einmal im Behandlungsfall eine Kostenerstattung in Höhe von 2,60 Euro. Benötige der überweisende Arzt hingegen zusätzlich noch eine oder mehrere Basislaborleistungen, könne der Laborfacharzt für die ihm entstehenden Kosten bei der Übersendung des Untersuchungsmaterials die - ggf mehrfach abrechenbaren - allgemeinen und für die Übersendung bzw den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bestehenden Kostenpauschalen nach der Abschnitt 40.4 EBM-Ä geltend machen. Die Kostenerstattung liege dann - je nach Gewicht der Übersendung - zwischen 0,55 Euro (Unterlagen bis 20 g) und 2,20 Euro (Unterlagen bis 1000 g). Damit bestimme der überweisende Arzt durch Art und Umfang der angeforderten Laborleistungen letztlich nur über die Höhe (und nicht über einen ersatzlosen Wegfall) der pauschalierten Kostenerstattung für die Übersendung von Untersuchungsmaterial.

9

Dies führe schließlich auch nicht zu einer unangemessen niedrigen Vergütung vertragsärztlicher Leistungen. Das ergebe sich schon daraus, dass es nach der Laborreform 2008 bedingt durch die Auflösung von Laborgemeinschaften zu einem deutlichen Anstieg der Fallzahlen bei den Laborfachärzten und damit bei dieser Arztgruppe zu einer entsprechenden Erhöhung des Vergütungsniveaus für die Erbringung von Basis- und/oder Speziallaborleistungen gekommen sei. Demgegenüber könne die mit dem Abrechnungsausschluss (auch) in Mischfällen einhergehende Minderung bei der Kostenerstattung vernachlässigt werden. Im Übrigen könne eine sich daraus ergebende Unangemessenheit im Vergütungsniveau der Laborfachärzte durch die Sozialgerichte erst dann beanstandet werden, wenn dadurch die Funktionsfähigkeit der medizinischen Versorgung mangels eines ausreichenden Anreizes, vertragsärztlich tätig zu werden, gefährdet wäre. Anhaltspunkte dafür seien aber angesichts des von der Beklagten hier berichtigten Honorarumfangs, der insgesamt nur 0,76 vH der der Klägerin im Quartal II/2009 nach Abzug der Verwaltungskosten vergüteten Honorarsumme betrage, nicht einmal im Ansatz zu erkennen.

10

Hiergegen richtet sich die Revision der Klägerin, die die Erstreckung des Abrechnungsausschlusses auf Mischfälle für rechtswidrig hält. Nach der Einführung der Direktabrechnung der Laborgemeinschaften sowie die Begrenzung der Kostenerstattungen für die Leistungen der Laborgemeinschaften auf die tatsächlich entstandenen Kosten, habe sich ein Teil der Laborgemeinschaften aufgelöst. Die Zahl der von Laborärzten erbrachten Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä habe dadurch zugenommen. Zur zusätzlichen Abrechnung der GOP 40100 EBM-Ä habe es allein dann kommen können, wenn zusätzliche Behandlungsfälle ausschließlich mit Leistungen des Allgemeinlabors

angefallen seien. Durch die zusätzliche Überweisung zur Durchführung von Leistungen des Allgemeinlabors neben Speziallaborleistungen könnten wegen des pauschalierenden Charakters der nur einmal im Behandlungsfall abrechenbaren GOP keine zusätzlichen Abrechnungen der GOP 40100 EBM-Ä anfallen. Folge der Neufassung sei, dass die Erbringung zusätzlicher Leistungen, die mit zusätzlichen Kosten verbunden seien, zum Wegfall der gesamten Kostenerstattung führe. Die Zahl der vergüteten Kostenpauschalen ab dem Quartal II/2009 sei deutlich unter die bis zum Quartal III/2008 vergütete Zahl abgesunken. Die Leistungsmenge des Allgemein- und des Speziallabors sei infolge der Laborreform aber nicht signifikant gesunken oder gestiegen. Der Anteil der Ausgaben für Laborleistungen an der Gesamtvergütung sei in den letzten Jahren stetig zurückgegangen. Die Veränderungsraten für die Laborausgaben hätten nicht nur um 3 % unter der Steigerung der ärztlichen Vergütung gelegen, sondern auch unter der Grundlohnentwicklung.

11

Die Leistungslegende der GOP 40100 EBM-Ä sei in dem Sinne auszulegen, dass der Abrechnungsausschluss nur Fälle der ausschließlichen Erbringung von Leistungen des Allgemeinlabors erfasse. Das ergäben der eindeutige Wortlaut, Sinn und Zweck sowie die Entstehungsgeschichte des Abrechnungsausschlusses, der gerade Kostensteigerungen durch Verlagerung von Leistungen des Allgemeinlabors habe entgegenwirken sollen. Beschränke man den Abrechnungsausschluss nicht auf die Fälle der ausschließlichen Erbringung von Leistungen des Allgemeinlabors, sei er mit Art 12 und 3 GG unvereinbar. Ein sachlicher Grund, Mischfälle anders zu behandeln als Fälle, in denen ausschließlich Leistungen des Speziallabors erbracht würden, bestehe nicht. Das Ziel der Vermeidung von Mehrkosten vermöge nur den Ausschluss der Abrechenbarkeit in Behandlungsfällen zu rechtfertigen, in denen ausschließlich Leistungen des Allgemeinlabors abgerechnet würden. Da Leistungen des Speziallabors zu keinem Zeitpunkt über eine Laborgemeinschaft beziehbar gewesen seien, könnten durch die zusätzliche Überweisung von Leistungen des Allgemeinlabors keine zusätzlichen Kosten entstehen. Nach den Angaben der Beigeladenen zu 2. habe primär die Anzahl der Aufträge mit isolierten Leistungen des Allgemeinlabors zugenommen (um 234 %). Soweit die Beklagte und die Beigeladene zu 2. argumentierten, in den Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä seien Logistikkosten enthalten, treffe dies, wie sich aus Nr 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM-Ä ergebe, nicht zu. Dementsprechend hätte bis zur Änderung der Leistungslegende der GOP 40100 EBM-Ä jeder Laborarzt auch bei Leistungen des Allgemeinlabors die Versandpauschale abrechnen können. Unstreitig enthielten die Leistungen des Speziallabors keine Logistikkosten. Eine Kompensation erfolge nicht und könne den Abrechnungsausschluss auch nicht rechtfertigen. Eine Kompensation für den Ausschluss der GOP 40100 EBM-Ä durch Logistikkosten in Höhe von 0,04 Euro könne höchstens dann erfolgen, wenn in sehr großem Umfang Leistungen des Speziallabors erbracht würden. Die Kostenpauschalen des Abschnitts 40.4 EBM-Ä könnten nur für die Übermittlung laboratoriumsdiagnostischer Untersuchungsergebnisse berechnet werden und erfassten nicht die mit der GOP 40100 EBM-Ä abgegoltenen Kosten für Versandmaterial, Versandgefäße usw. Die GOP 40120 EBM-Ä sei mit 0,55 Euro bewertet, sodass eine Kompensation erst bei dem mehrfachen Ansatz der Pauschale eintreten könne. Das Argument, es solle kein Anreiz entstehen, neben Basislaborleistungen zusätzlich Speziallaborleistungen anzufordern, könne den Abrechnungsausschluss nicht rechtfertigen. Der auftraggebende Arzt habe kein Interesse daran, eine Speziallaborleistung zusätzlich zu einer Allgemeinlaborleistung in Auftrag zu geben. Die Kosten der als Auftragsleistungen erbrachten Laboruntersuchungen würden nach Abschnitt 32.3 EBM-Ä auf sein Laborbudget angerechnet, dessen Überschreitung Auswirkungen auf den Wirtschaftlichkeitsbonus der Praxis nach Nr 32001 EBM-Ä hätte. Wie sich aus den Auswertungen des Beigeladenen zu 1. ergebe, habe die Laborreform auch keine Auswirkungen auf die Leistungsmenge gehabt. Zur Steuerung des Leistungsanforderungsverhaltens des auftraggebenden Arztes sei der Ausschluss ungeeignet.

12

Soweit mit dem Erhalt regionaler Versorgungsstrukturen argumentiert werde, könne dem ebenfalls nicht gefolgt werden. Dass Laborgemeinschaften einen regionaleren Bezug hätten als Laborarztpraxen, sei bereits nicht ersichtlich. Ebenso wenig sei ein Kausalzusammenhang zwischen der Streichung der Kostenpauschale und dem Erhalt regionaler Laborgemeinschaften ersichtlich. Für den auftraggebenden Arzt bestehe kein Anlass, auf finanzielle Folgen der Erteilung von Untersuchungsaufträgen Rücksicht zu nehmen. Als Mittel zur Beeinflussung der Entscheidung des auftraggebenden Arztes bleibe nur die Gewährung verbotener Vorteile. Auf ein kollektiv rechtswidriges Verhalten dürfe aber nicht gesetzt werden.

13

Schließlich stelle der Abrechnungsausschluss eine unzulässige Diskriminierung einer zur Erbringung dieser Leistung berechtigten Arztgruppe dar. Wie mit dem Verbot, Basislaborleistungen auf Überweisung zu erbringen, das der Senat als rechtswidrig qualifiziert habe, werde mit dem Abrechnungsausschluss in unzulässiger Weise mittelbar in den Zulassungsstatus eingegriffen. Soweit das LSG auf die erhoffte Kostenreduzierung hinweise, fehle es an einem inneren sachlichen Zusammenhang zwischen dem Regelungsziel und dem Anknüpfungspunkt. Der Abrechnungsausschluss in Mischfällen sei auch unverhältnismäßig. Obwohl die Laborärzte zur Leistungserbringung verpflichtet seien und durch die zusätzliche Anforderung von Allgemeinlaborleistungen zusätzliche Kosten entstünden, würden sie finanziell bestraft. Zur Vermeidung von Mehrkosten sei die Erstreckung des Abrechnungsausschlusses auf Mischfälle auch nicht erforderlich. Der Ausschluss sei schließlich unzumutbar, weil er zu einer erheblichen Reduzierung der Kostenerstattung führe, obwohl zusätzlicher Logistikaufwand anfalle. Die Laborärzte verlören auch jede Planungssicherheit. Bis zum Ende eines Quartals sei unklar, ob sie bei Erbringung einer Speziallaborleistung die GOP 40100 EBM-Ä abrechnen können oder nicht. Der Laborarzt würde in der Regel finanziell besser stehen, wenn er die Leistungen aus dem Allgemeinlabor nicht abrechnen würde, weil sie meistens unter der mit 2,60 Euro dotierten Kostenpauschale vergütet würden. Das sei jedoch vertragsarztrechtlich unzulässig. Ein rechtmäßiger Zustand könne nur durch Nachvergütung der Mischfälle herbeigeführt werden.

14

Die Klägerin beantragt, das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen vom 1. September 2015 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des SG Hannover vom 7. August 2013 zurückzuweisen, hilfsweise, das Urteil des LSG Niedersachsen-Bremen aufzuheben und das Urteil des SG Hannover unter Zurückweisung der Berufung im Übrigen abzuändern und die Beklagte unter Änderung des Honorarbescheides für das Quartal II/2009 und des Widerspruchsbescheides vom 22. März 2010 zu verpflichten, über die Vergütung der Kostenpauschale Nr 40100 in diesem Quartal nach einer Neuregelung erneut zu entscheiden.

15

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

16

Sie hält, ebenso wie die Beigeladenen, das angefochtene Urteil für zutreffend.

II

17

Die Revision der Klägerin hat keinen Erfolg. Das LSG hat die Klage auf die Berufung der Beklagten zu Recht abgewiesen. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung hinsichtlich der Kostenpauschale der GOP 40100 EBM-Ä für das Quartal III/2009 ist nicht zu beanstanden.

18

1. Eine Beiladung des BewA ist nicht notwendig gewesen. Nach der Rechtsprechung des Senats besteht in Verfahren, in denen die Wirksamkeit einer für die Entscheidung maßgeblichen Rechtsnorm umstritten ist, keine Notwendigkeit, die an der Normsetzung Beteiligten beizuladen (vgl zusammenfassend BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 8 RdNr 12; zu Beiladungsfragen bei Streit um die Wirksamkeit einer Regelung des EBM-Ä s zuletzt Urteil des Senats vom 28.10.2015 - B 6 KA 42/14 R - RdNr 21, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 RdNr 6; Nr 25 RdNr 11; § 85 Nr 39 RdNr 28; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 13 RdNr 11; Nr 8 RdNr 13). Es liegt lediglich ein Fall einfacher Beiladung vor. Eine einfache Beiladung der Partner der Bundesmantelverträge, nicht aber des BewA als Vertragsorgan, ist, wenn eine Bestimmung des bundesrechtlichen EBM-Ä den Kern des Rechtsstreits bildet, im Regelfall sachgerecht (vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 3 RdNr 6; Nr 25 RdNr 11; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 39 RdNr 28; BSG SozR 4-2500 § 75 Nr 8 RdNr 13). Im Übrigen kommt neben der - hier erfolgten - Beiladung der Partner der Bundesmantelverträge die einfache Beiladung des BewA regelmäßig nicht in Betracht (vgl BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 39 RdNr 28).

19

2. Die Beklagte hat den Honorarbescheid der Klägerin zu Recht sachlich-rechnerisch richtiggestellt, soweit in Mischfällen die Kostenpauschale der GOP 40100 EBM-Ä abgerechnet worden war.

20

a) Gemäß § 106a Abs 1 SGB V prüfen die KÄVen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Aufgrund von § 106a Abs 2 Satz 1 Teilsatz 1 SGB V (idF des Gesetzes zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung vom 14.11.2003 (BGBl I 2190), insoweit in der Folgezeit unverändert) ist die Beklagte berechtigt und verpflichtet, die vom Vertragsarzt eingereichten Honorarforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf richtigzustellen. Die Voraussetzungen hierfür lagen vor. Die Abrechnung der Klägerin war unrichtig, soweit sie die GOP 40100 EBM-Ä neben Leistungen des Abschnitts 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä abgerechnet hat.

21

Die GOP 40100 EBM-Ä lautete im Quartal II/2009 wie folgt: "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."

22

b) Der der GOP 40100 EBM-Ä zum 1.4.2009 hinzugefügte Abrechnungsausschluss ist formell rechtmäßig. Er ist von den dafür zuständigen Partnern des Bundesmantelvertrages beschlossen worden. Dass die in § 50 Ersatzkassenvertrag-Ärzte vorgesehene Arbeitsgemeinschaft Ärzte/Ersatzkassen die Anmerkung formuliert hat, ist insofern unschädlich. Wie sich aus der Veröffentlichung (DÄ 2008, PP, 542) ergibt, hat die Arbeitsgemeinschaft die Formulierung zwar vorbereitet, die Partner des Bundesmantelvertrags haben aber die Regelung in ihren Willen aufgenommen. Der Beschluss der Bundesmantelvertragspartner war gleichlautend mit dem Beschluss der Arbeitsgemeinschaft. Dass die Partner des Bundesmantelvertrags und nicht der BewA die Kostenpauschalen festgesetzt haben, ist nicht zu beanstanden (vgl BSG Urteil vom 19.8.2015 - B 6 KA 34/14 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen - RdNr 34 unter Hinweis auf BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13, RdNr 30). Begründet hat der Senat dies (aaO) für den Fall der Modifizierung der Bewertungen der Kostenerstattungen und Kostenpauschalen durch Regelungen der Honorarverteilung aufgrund von Vorgaben des BewA damit, dass der BewA nach § 87 Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V im EBM-Ä den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, "in Punkten ausgedrücktes" Verhältnis zueinander zu bestimmen hatte. Dementsprechend hat der Senat die Vertragspartner auf Bundesebene generell auch für berechtigt gehalten, ergänzende Regelungen zu einzelnen Abrechnungspositionen zu treffen (vgl BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13, RdNr 30 unter Hinweis auf BSG SozR 3-2500 § 72 Nr 11 S 29). Erst durch das Gesetz zur Stärkung der Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Versorgungsstärkungsgesetz) vom 16.7.2015 (BGBl I 1211) wurde § 87 Abs 1 Satz 1 SGB V dahin ergänzt, dass durch den BewA ein EBM-Ä "einschließlich der Sachkosten" zu vereinbaren ist (vgl dazu auch BT-Drucks 18/4095 S 93 zu § 87). Damit liegt nunmehr die Zuständigkeit für die Formulierung von Kostenpauschalen allein beim BewA.

23

Die Regelung ist auch nicht deshalb rechtswidrig, weil zum Zeitpunkt der Publikation der Beschluss von den Partnern des Bundesmantelvertrages noch nicht unterschrieben war. Nach der Rechtsprechung des Senats ist zwar für das Zustandekommen eines öffentlich-rechtlichen Vertrages nach § 56 SGB X die Schriftform vorgeschrieben, die nach § 61 Satz 2 SGB X iVm § 126 BGB auch die Unterzeichnung des Vertragstextes erfordert. Sofern aber die Willensbildung zum Zeitpunkt der Bekanntgabe abgeschlossen ist und der publizierte Text der tatsächlich zu einem späteren Zeitpunkt unterzeichneten Vereinbarung entspricht, was hier nicht in Frage gestellt wird, steht die fehlende Unterzeichnung einer ordnungsgemäßen Bekanntgabe nicht entgegen (vgl BSG SozR 4-2500 § 84 Nr 2 RdNr 20). Es ist nicht zu beanstanden, dass in dieser Situation im Interesse der Betroffenen eine Veröffentlichung bereits vor dem formellen Abschluss der Vereinbarung erfolgte.

24

c) Der Abrechnungsausschluss umfasst auch sog Mischfälle, in denen sowohl Leistungen des Allgemein- als auch des Speziallabors erbracht wurden.

25

Für die Auslegung vertragsärztlicher Vergütungsbestimmungen ist nach der ständigen Rechtsprechung des Senats (vgl zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 21 unter Hinweis auf BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 4 mwN; BSGE 88, 126, 127 = SozR 3-2500 § 87 Nr 29 S 146; BSG SozR 4-5540 § 44 Nr 1 RdNr 13; BSG Beschluss vom 12.12.2012 - B 6 KA 31/12 B - Juris RdNr 4; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11) 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 - also in der Regel des BewA gemäß § 87 Abs 1 SGB V - ist, Unklarheiten zu beseitigen (etwa BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 4; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11). 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 oder Gebührenordnungen oder durch analoge Anwendung zulässt (BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11). Raum für eine systematische Interpretation im Sinne einer Gesamtschau der in innerem Zusammenhang stehenden vergleichbaren oder ähnlichen Leistungstatbestände ist nur 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 (etwa BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 4 mwN; 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; BSG Beschluss vom 12.12.2012 - B 6 KA 31/12 B - Juris RdNr 4; BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11). Diese Grundsätze gelten auch für Kostenerstattungstatbestände, sofern sie eine Pauschalerstattung vorsehen (BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 11; BSG SozR 4-5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 11; BSG Urteil vom 25.8.1999 - B 6 KA 57/98 R - Juris RdNr 14 = 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 4-5540 § 44 Nr 1 RdNr 13). Die Anmerkung zu einer Position des EBM-Ä hat denselben Rang wie die Leistungslegende (BSG Beschluss vom 11.12.2013 - B 6 KA 37/13 B - Juris RdNr 5; BSG SozR 4-2500 § 106 Nr 10 RdNr 16; BSG SozR 4-5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 13 ff) und ist daher auch wie diese auszulegen.

26

Bei der GOP 40100 EBM-Ä handelt es sich um einen pauschalen Kostenerstattungstatbestand. Sie ist nicht auf die Erstattung des konkreten Kostenaufwands angelegt, der mit der Versendung der einzelnen Laborprobe verbunden ist, sondern beinhaltet eine umfassende Kostenpauschale für den Komplex Versendung von Untersuchungsmaterial einschließlich Untersuchungsergebnisse (vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 16; so bereits zu der im Wesentlichen gleichlautenden Vorgängerregelung Nr 7103 EBM-Ä aF: BSG SozR 4-5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 12 ff; BSG Beschluss vom 23.5.2007 - B 6 KA 91/06 B - Juris RdNr 6; BSG Urteil vom 25.8.1999 - B 6 KA 57/98 R - MedR 2000, 201; BSG SozR 3-5533 Nr 7103 Nr 1 S 6, 9). Mit ihrem Ansatz ist der gesamte Versendungsaufwand des Laborarztes im Zusammenhang mit der Versendung von Untersuchungsmaterial und Berichten abgegolten. Dem Laborarzt werden mit der GOP 40100 EBM-Ä nicht die tatsächlich entstehenden Kosten erstattet, sondern ein hiervon unabhängiger Pauschalbetrag, der sich auch dann nicht erhöht, wenn in einem Quartal mehrere Gewebeproben eines Patienten zu transportieren sind (vgl BSG SozR 4-5531 Nr 7120 Nr 1 RdNr 14; BSG SozR 3-5533 Nr 7103 Nr 1 S 9 zu Nr 7103 EBM-Ä aF). Nach den im Urteil des Senats vom 11.10.2006 zur Neuregelung der Vergütung von Laborleistungen zum 1.7.1999 beispielhaft dargestellten Abrechnungsergebnissen der dortigen Klägerin (BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13, RdNr 53) machten die Erstattungen für Versandmaterial und Porto etwa 10 % des vertragsärztlichen Umsatzes der Laborärzte aus. Das entspricht den Aussagen im Honorarbericht der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für das Quartal III/2012 (http://www.kbv.de/html/index.php, Aufruf 8.12.2015), wonach im Bundesdurchschnitt ein Betrag in Höhe von 1,21 Euro je Behandlungsfall auf die Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM-Ä entfiel. Dafür war insbesondere die GOP 40100 EBM-Ä verantwortlich. Es war dies der zweitgrößte Anteil am Honorarumsatz je Behandlungsfall nach den Leistungen des Kapitels 32 EBM-Ä, auf die im Bundesdurchschnitt 21,81 Euro entfielen (S 98 aaO).

27

aa) Nach dem insoweit eindeutigen Wortlaut werden vom Abrechnungsausschluss auch Mischfälle erfasst, in denen Leistungen des Basis- und des Speziallabors abgerechnet werden. Nicht berechnungsfähig ist die Kostenpauschale nach ihrem Wortlaut "neben" GOP der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä. Die Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä enthalten die allgemeinen Laboratoriumsuntersuchungen mit Ausnahme der Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen, die sich - ab Quartal IV/2009 - im Abschnitt 32.2.8 EBM-Ä finden. Die Kostenpauschale ist mithin nicht abrechenbar, wenn in demselben Behandlungsfall eine Leistung des Allgemeinlabors abgerechnet wird. Der Abrechnungsausschluss gilt nicht nur für den Fall, dass ausschließlich Leistungen des Allgemeinlabors abgerechnet werden. Ein solches einschränkendes Verständnis lässt der Wortlaut nicht zu. Der Ausschluss knüpft vielmehr allein an die Abrechnung einer GOP aus den Leistungen des Allgemeinlabors an. Eine Unterscheidung zwischen Fällen, in denen ausschließlich Leistungen des Allgemeinlabors abgerechnet werden und Fällen, in denen Leistungen des Allgemeinlabors und des Speziallabors abgerechnet werden, wird nicht getroffen.

28

bb) Unabhängig davon, dass nach dem eindeutigen Wortlaut kein Raum mehr für eine entstehungsgeschichtliche Auslegung ist, würde eine solche zu keinem anderen Ergebnis führen. Nach dem Willen der Partner des Bundesmantelvertrags sollte der Abrechnungsausschluss dazu dienen, der Mengenentwicklung bei der Abrechnung der Kostenpauschale entgegenzuwirken. Es entstand nach der Einführung der Direktabrechnung durch die Laborreform ein Anreiz zu einer Leistungsverlagerung, die tatsächlich stattgefunden hat (vgl dazu Köhler/Hess, Kölner Kommentar zum EBM, Stand: 1.1.2015 zu GOP 40100 S 4; Imbeck, Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften, MedR 2009, 10, 11) und von der Klägerin selbst treffend dargestellt wird. Das Ziel der Einführung der Direktabrechnung durch die Laborgemeinschaft und die gleichzeitig eingeführte Begrenzung der Vergütung auf die der Laborgemeinschaft tatsächlich entstandenen Kosten bestand wesentlich darin, sog Kick-Back-Modelle zu unterbinden (vgl DÄ 2008, A-1654) und den behandelnden Ärzten trotzdem nicht vollständig die Möglichkeit zu nehmen, Laborleistungen über ihre Laborgemeinschaft zu beziehen (vgl dazu BSG SozR 4-5540 § 25 Nr 1 RdNr 26). Die Entwicklung der Laborgemeinschaften war zuvor nämlich dadurch gekennzeichnet, dass diese zunehmend von Laborärzten betreut wurden, die in den Laboren die medizinische Führung und das wirtschaftliche Risiko übernahmen (vgl BSG aaO unter Hinweis auf Halbe/Keller in Halbe/Schirmer, Handbuch Kooperationen im Gesundheitswesen, Stand November 2015, C 1800 RdNr 10, 55; vgl auch bereits BSG SozR 3-5533 Nr 7103 Nr 1 S 6). Im Zusammenhang damit entwickelten sich offenbar nicht nur in Einzelfällen sog Kick-Back-Modelle, bei denen die von Laborärzten betreuten Laborgemeinschaften ihren Mitgliedern allgemeine Laboruntersuchungen zu Preisen anboten, die niedriger waren als die Vergütung, die die Untersuchung veranlassenden Mitglieder der Laborgemeinschaft gegenüber der für sie zuständigen KÄV abrechnen konnten. Im Gegenzug konnten die die Laborgemeinschaft betreuenden Laborärzte damit rechnen, dass die Mitglieder der Laborgemeinschaft Leistungen des Speziallabors, die sie nicht selbst und auch nicht über die Laborgemeinschaft erbringen und abrechnen durften, an sie überwiesen (vgl DÄ 2008, A-1654 f).

29

(1) Da mithin die durch diese Modelle geschaffene Möglichkeit der Gewinnerzielung durch den Betrieb von Laborgemeinschaften infolge der Direktabrechnung gegenüber der für den Sitz der Laborgemeinschaft zuständigen KÄV wegfiel, fand eine Verlagerung der Leistungen des Allgemeinlabors zu fachärztlichen Laboren statt. Dass hiermit eine vermehrte Abrechnung der GOP 40100 EBM-Ä, die bis zum 31.3.2009 für Laborärzte uneingeschränkt auch neben Leistungen des Allgemeinlabors ansetzbar war, einherging, liegt auf der Hand. Bei einer gleichbleibenden Menge an Laborleistungen stand dem die steuernde Wirkung von Laborbudget und Wirtschaftlichkeitsbonus nicht entgegen (vgl dazu BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13). Deutlich belegt wird dies durch die von der Klägerin vorgelegten Statistiken des GKV-Spitzenverbandes vom 20.3.2012. Danach ist die Abrechnungshäufigkeit der GOP 40100 EBM-Ä in den Quartalen IV/2008 und I/2009 stark angestiegen und nach Einfügung der streitigen Anmerkung zum Quartal II/2009 deutlich gesunken. Der Zielsetzung, der Mengenentwicklung bei der Abrechnung der GOP 40100 EBM-Ä entgegenzuwirken und gleichzeitig weiterhin Anreize für die Durchführung von Leistungen des Allgemeinlabors in der Vertragsarztpraxis oder der Laborgemeinschaft zu setzen, entspricht es, wenn jedwede Erbringung von Leistungen des Allgemeinlabors - isoliert oder in Kombination mit Leistungen des Speziallabors - die Abrechenbarkeit der Kostenpauschale ausschließt. Zwar hätte bereits der Ausschluss allein für Leistungen des Allgemeinlabors eine mengenbegrenzende Wirkung gehabt. Abgesehen davon, dass dies bereits in der Leistungslegende ("Auftragsleistungen des Abschnitts 32.3") angelegt ist, wäre die Steuerung der Abrechnungshäufigkeit der GOP 40100 EBM-Ä aber nicht in gleichem Maße gegeben gewesen. Der Beigeladene zu 1. weist insofern zu Recht darauf hin, dass in diesem Fall ein Anreiz bestanden hätte, eine weitere Leistung des Speziallabors zu erbringen und auf diese Weise die Abrechnungsfähigkeit der Kostenpauschale herbeizuführen. Dies ist nicht bereits deshalb ausgeschlossen, weil Laborärzte ausschließlich auf Überweisung tätig werden. Der Senat geht in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass Laborärzte trotz ihrer Bindung an den Überweisungsauftrag in gewissen Grenzen den Umfang der von ihnen erbrachten Leistungen selbst (mit)bestimmen können (vgl BSG Beschluss vom 28.10.2009 - B 6 KA 15/09 B - unter Hinweis auf BSGE 97, 170 = SozR 4-2500 § 87 Nr 13, RdNr 50; zuletzt BSG Urteil vom 19.8.2015 - B 6 KA 34/14 R - zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen - Juris RdNr 54).

30

(2) Soweit die Beigeladenen weiter vortragen, es habe durch den Abrechnungsausschluss eine Doppelabrechnung verhindert werden sollen, überzeugt dies nicht. Es ist nicht ersichtlich, dass in den GOP für Leistungen des Allgemein- und Speziallabors Kosten für Versand- und Transportkosten enthalten sind. Nach Ziffer 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä sind in den GOP - soweit nichts anderes bestimmt ist - enthalten: Versand- und Transportkosten, ausgenommen jene, die bei Versendung von Arztbriefen ( ) und im Zusammenhang mit Versendungen im Rahmen der Langzeit-EKG-Diagnostik, Laboratoriumsuntersuchungen, Zytologie, Histologie, Zytogenetik und Molekulargenetik, Strahlendiagnostik, Anwendung radioaktiver Substanzen sowie der Strahlentherapie entstehen. Da der Begriff der "Laboratoriumsuntersuchungen" die Leistungen des Kapitels 32 EBM-Ä umfasst, ist nach dieser Regelung in keiner GOP dieses Kapitels ein Kostenanteil für Transport und Versand enthalten. Die Existenz der Kostenpauschale, die vor der Neuregelung zum 1.4.2009 von Laborärzten auch neben Leistungen des Allgemeinlabors abgerechnet werden durfte, bestätigt diesen Befund. Ansonsten müsste davon ausgegangen werden, dass die Vertragspartner seit 1998 bewusst eine Doppelabrechnung hingenommen hätten. Soweit die Beigeladenen vortragen, in den GOP des Allgemeinlabors seien 8 Pfennig "Logistikkosten" einkalkuliert, ist im Übrigen bereits nicht klar, welche Kosten damit umfasst sind. Selbst wenn man aber davon ausgeht, dass damit auch die Transportkosten gemeint waren, konnte es zu einer Doppelabrechnung allenfalls hinsichtlich der Kosten für das Allgemeinlabor kommen. Da unstreitig in den GOP des Speziallabors keine Transport- und Versandkosten enthalten sind, schied insoweit eine Doppelabrechnung beim Ansatz der Kostenpauschale 40100 EBM-Ä aus. Angesichts des "Logistikkostenanteils" von 8 Pfennig und der Bewertung der GOP 40100 EBM-Ä mit 2,60 Euro geht der Abrechnungsausschluss außerdem deutlich über die Beseitigung einer etwaigen Doppelberechnung hinaus.

31

(3) Ebensowenig verfängt der Gesichtspunkt, es hätten regionale Versorgungsstrukturen erhalten werden sollen. Die Klägerin weist zu Recht darauf hin, dass Laborgemeinschaften in aller Regel genauso überregional aufgestellt sind wie Laborarztpraxen. Bei der Verteilung von Laborleistungen, die regelmäßig ohne Patientenkontakt erbracht werden, geht es auch unter versorgungspolitischen Gesichtspunkten nicht um den Erhalt ortsnaher Gemeinschaften oder Praxen.

32

cc) Auch eine systematische Auslegung würde nicht zu dem Ergebnis führen, dass in Mischfällen eine Abrechnung der Nr 40100 EBM-Ä

möglich ist. Die Systematik der GOP des Abschnitts 40 EBM-Ä - Kostenpauschalen - gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass der Abrechnungsausschluss nur isoliert abgerechnete Leistungen des Allgemeinlabors betrifft.

33

dd) Schließlich steht der Auffassung der Klägerin der Grundsatz entgegen, wonach die Gerichte grundsätzlich nicht mit punktuellen Entscheidungen in das Gefüge des EBM-Ä eingreifen dürfen (vgl zuletzt BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 35 unter Hinweis auf BSG SozR 5530 Allg Nr 1 S 4; BSGE 46, 140, 143 = SozR 5533 Nr 45 Nr 1 S 4; BSGE 58, 35, 37 f = SozR 5557 Nr 1 Nr 1 S 3 f; BSG Urteil vom 5.5.1988 - 6 RKa 13/87 - Juris RdNr 13; BSG SozR 3-2500 § 87 Nr 5 S 22; BSG Beschluss vom 21.10.1992 - 6 BKa 2/92 - Juris RdNr 6; BSGE 83, 205, 208 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 214). Dem System autonomer Festlegung der Leistungsbewertungen entspricht die Anerkennung eines weiten Regelungsspielraums, der von den Gerichten zu respektieren ist. Ausnahmen davon kommen nach der Rechtsprechung des Senats nur in seltenen Fällen in Betracht, in denen die zur Bewertung der ärztlichen Leistungen berufenen Selbstverwaltungsorgane ihren Regelungsspielraum überschritten oder ihre Bewertungskompetenz missbräuchlich ausgeübt haben (BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 35 unter Hinweis auf BSG SozR 5530 Allg Nr 1 S 4; BSG SozR 3-5533 Nr 115 Nr 1 S 2 mwN; BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 109 mwN; BSGE 83, 205, 208 = SozR 3-2500 § 85 Nr 29 S 214 f). Dies ist insbesondere der Fall, wenn sich die Selbstverwaltungsorgane bei dem ihnen aufgetragenen Interessenausgleich von sachfremden Erwägungen haben leiten lassen, indem sie etwa eine ärztliche Minderheitsgruppe bei der Honorierung willkürlich benachteiligt haben (BSG SozR 5530 Allg Nr 1 S 4; BSG SozR 3-5533 Nr 115 Nr 1 S 2; BSGE 83, 218, 220 = SozR 3-2500 § 87 Nr 21 S 109 mwN). Die Gestaltungsfreiheit des Normgebers besteht grundsätzlich auch im Bereich der Kosten (vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 15 RdNr 24). Die Gerichte haben nicht darüber zu entscheiden, ob eine Regelung versorgungspolitisch uneingeschränkt sinnvoll ist (vgl BSG Urteil vom 28.10.2015 - B 6 KA 42/14 R - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen - Juris RdNr 38), sondern allein darüber, ob der Normgeber bei seiner Gestaltung die ihm durch das Gesetz gesetzten Grenzen eingehalten hat. Das ist hier der Fall. Der Abrechnungsausschluss der GOP 40100 EBM-Ä verstößt nicht gegen höherrangiges Recht.

34

(1) Ein rechtswidriger Eingriff in die durch Art 12 Abs 1 GG geschützte Berufsausübungsfreiheit der Klägerin liegt nicht vor. Mit dem Abrechnungsausschluss in Mischfällen wird der Laborarzt nicht in unzulässiger Weise an der Durchführung von Leistungen des Allgemeinlabors gehindert, sondern nur der Kombination von Allgemein- und Speziallabor zum Zweck der Abrechnung der Kostenpauschale entgegengewirkt. Anders als bei dem vom Senat beanstandeten Überweisungsverbot für Basislaboruntersuchungen (BSGE 78, 91 = SozR 3-5540 § 25 Nr 2) hindert der Abrechnungsausschluss der GOP 40100 EBM-Ä den Laborarzt weder rechtlich noch tatsächlich, Leistungen des Allgemeinlabors zu erbringen. Diese können vielmehr weiterhin an den Laborarzt überwiesen werden und werden ihm auch weiterhin vergütet. Tatsächlich hat, wovon die Beteiligten übereinstimmend ausgehen, eine Verlagerung der Leistungen des Allgemeinlabors auf die laborärztlichen Praxen stattgefunden. Im Zusammenhang mit der ausschließlichen Erbringung von Leistungen des Allgemeinlabors reklamiert die Klägerin die Kostenpauschale ausdrücklich auch nicht.

35

Der Abrechnungsausschluss führt nicht dazu, dass Leistungen der Laborärzte nicht angemessen vergütet würden. Im Hinblick auf die vorrangige Funktionszuweisung an den BewA nach § 87 SGB V, den Inhalt der abrechenbaren Leistungen und ihre Punktzahlen zu bestimmen - bzw im hier noch maßgeblichen Zeitraum - an die Partner der Bundesmantelverträge für die Bestimmung von Kostensätzen, sowie an die Vertragsparteien der Gesamtverträge, nach Maßgabe des § 85 Abs 3 SGB V aF die Gesamtvergütungen zu bemessen, kann das Niveau von Vergütungen erst dann von den Gerichten im Hinblick auf § 72 Abs 2 SGB V iVm Art 12 Abs 1 GG beanstandet werden, wenn die Funktionsfähigkeit der Versorgung mangels ausreichenden finanziellen Anreizes, vertragsärztlich tätig zu werden, gefährdet wäre (vgl BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 39; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 61 RdNr 20; BSGE 95, 86 = SozR 4-2500 § 85 Nr 21, RdNr 16; BSGE 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2, RdNr 127 f, 140; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 17 RdNr 23 ff; BSG SozR 4-2500 § 85 Nr 26 RdNr 27; BSGE 78, 191, 199 = SozR 3-2200 § 368i Nr 1 S 10; BSGE 75, 187, 189 f = SozR 3-2500 § 72 Nr 5 S 6 f; BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 5 f mwN). Anhaltspunkte für eine solche Situation sind nicht ersichtlich. Der Vortrag der Klägerin, die Veränderungsrate der Ausgaben für die Vergütung von Laborleistungen habe im Zeitraum von 2007 bis 2011 um über 3 % unter der Steigerung der Ausgaben der GKV für ärztliche Leistungen und unter der Grundlohnsummenentwicklung gelegen, ist nicht geeignet, eine solche Gefährdung zu indizieren. Das zeigt nicht zuletzt der Anstieg der Ausgaben im Bereich Labor in diesem Zeitraum um 6,13 %, womit zwar die Veränderungsrate der ärztlichen Vergütung insgesamt von 9,5 % deutlich, der Wert der Grundlohnentwicklung von 6,57 % aber nur geringfügig unterschritten wurde. Da die Vergütung nicht für jede Leistung kostendeckend sein muss und sich die Frage der Kostendeckung auch nicht auf die bei einem einzelnen Arzt anfallenden Kosten beziehen kann, ergibt sich selbst aus einer etwaigen Kostenunterdeckung bei einzelnen Leistungen kein zwingender Grund für eine bestimmte Auslegung des Gebührentatbestandes (BSG SozR 4-2500 § 106a Nr 13 RdNr 39; BSG SozR 3-5555 § 10 Nr 1 S 6).

36

Es bestehen auch keine Zweifel daran, dass die Regelung bei einer Gesamtabwägung (vgl BVerfGE 101, 331, 347) die Grenze des Zumutbaren nicht überschreitet und insgesamt verhältnismäßig ist. Ihre Eignung und Erforderlichkeit im Hinblick auf das angestrebte Ziel und damit letztlich die Sicherung der Wirtschaftlichkeit und Funktionsfähigkeit der vertragsärztlichen Versorgung (vgl dazu zuletzt BSGE 115, 235 = SozR 4-2500 § 135 Nr 21 RdNr 32 mwN) ergeben sich aus den zur Entstehungsgeschichte dargelegten Erwägungen. Die Honorareinbußen durch den Abrechnungsausschluss in Mischfällen sind bereits deshalb begrenzt, weil die Pauschale der GOP 40100 EBM-Ä weiterhin abrechenbar ist bei Leistungen des Speziallabors. Die wirtschaftliche Bedeutung wird auch am Verhältnis der hier streitigen Kürzungssumme von ca 23 000 Euro zum Gesamthonorar der Klägerin im streitbefangenen Quartal von ca 1 052 000 Euro deutlich. Die Honorareinbußen werden zudem gemindert durch die Verlagerung von Leistungen des Allgemeinlabors in die fachärztlichen Laborpraxen. Zu einem gewissen Anteil erfolgt darüber hinaus eine Kompensation des Abrechnungsausschlusses durch eine vermehrte Abrechenbarkeit der GOP 40120 EBM-Ä (so auch SG Marburg Urteil vom 18.4.2012 - S 12 KA 166/11 - Juris RdNr 32). Diese GOP, die nicht neben der GOP 40100 EBM-Ä abgerechnet werden darf, beinhaltet eine Kostenpauschale für die Versendung bzw den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (zB im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung eines Telefax ("kleine" Portopauschale vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28 RdNr 15). Zwar kann nach dem auch hier maßgeblichen Wortlaut nur der Transport von schriftlichen Unterlagen über diese GOP abgerechnet werden (vgl BSG SozR 4-2500 § 87 Nr 28), was nur einen Teil der von der GOP 40100 EBM-Ä abgedeckten

Leistungen ausmacht. Auch ist die GOP 40120 lediglich mit 55 Cent bewertet. Die Portopauschale kann jedoch, anders als die GOP 40100 EBM-Ä, mehrfach im Behandlungsfall abgerechnet werden. Die Klägerin weist im Übrigen zu Recht darauf hin, dass bei einer vollständigen Kompensation die Rechtfertigung für den Abrechnungsausschluss in Frage gestellt würde.

37

(2) Der Abrechnungsausschluss verstößt auch nicht gegen den Gleichheitssatz des Art 3 Abs 1 GG. Dieser ist dann verletzt, wenn eine Gruppe von Normadressaten im Vergleich zu anderen Normadressaten anders behandelt wird, obwohl zwischen beiden Gruppen keine Unterschiede von solcher Art und solchem Gewicht bestehen, dass sie die ungleiche Behandlung rechtfertigen können (stRspr, vgl BVerfGE 133, 377 RdNr 76; BVerfGE 131, 239, 256; BVerfGE 126, 400, 418; BVerfGE 124, 199, 219 f; BVerfGE 110, 274, 291; BVerfGE 109, 96, 123 = SozR 4-5868 § 1 Nr 2 RdNr 69; BVerfGE 107, 205, 213 = SozR 4-2500 § 10 Nr 1 RdNr 31; BVerfGE 100, 195, 205; BVerfGE 95, 39, 45; BVerfGE 87, 1, 36 = SozR 3-5761 Allg Nr 1 S 7; BVerfGE 84, 133, 157; BVerfGE 85, 191, 210; BVerfGE 55, 72, 88). Dabei ist eine strenge Prüfung vorzunehmen, wenn verschiedene Personengruppen ungleich behandelt werden (zu den Stufen der Prüfungsintensität vgl Jarass in Jarass/Pieroth, GG, 13. Aufl 2014, Art 3 RdNr 20 ff), während bei der Ungleichbehandlung von Sachverhalten eine großzügigere Prüfung geboten ist.

38

Bei der von der Klägerin geltend gemachten Ungleichbehandlung handelt es sich um eine solche Ungleichbehandlung von Sachverhalten, denn der Abrechnungsausschluss knüpft nicht an Personenmerkmale an. Eine ungerechtfertigte Gleichbehandlung von Laborärzten mit Laborgemeinschaften scheidet bereits deshalb aus, weil es an der Vergleichbarkeit der beiden Gruppen fehlt. Laborgemeinschaften sind Gemeinschaftseinrichtungen von Vertragsärzten, die dem Zweck dienen, laboratoriumsmedizinische Analysen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä regelmäßig in einer gemeinschaftlich genutzten Betriebsstätte zu erbringen (vgl § 1 Nr 14a, § 25 Abs 3 und 4a Bundesmantelvertrag-Ärzte). Laborgemeinschaften dürfen damit lediglich Leistungen des Allgemeinlabors abrechnen, sodass Mischfälle bei ihnen nicht auftreten können. Es werden hier keine Personen, sondern vielmehr Sachverhalte ungleich behandelt: Einerseits die Abrechnung von Leistungen ausschließlich des Speziallabors und andererseits die kumulative Abrechnung von Leistungen des Spezial- und des Allgemeinlabors. Nach dem deshalb hier anzulegenden "Willkürmaßstab" (vgl BVerfGE 118, 1, 26 f; BVerfGE 60, 329, 346; BVerfGE 55, 72, 89) ist die Ungleichbehandlung dieser Sachverhalte aus den oben genannten Gründen nicht zu beanstanden. Sachlicher Grund für den Abrechnungsausschluss auch bei Mischfällen war die Kostendämpfung gerade im Hinblick auf die Abrechnung der Kostenpauschale. Zur Absicherung dieses vor dem Hintergrund des in der vertragsärztlichen Versorgung geltenden Wirtschaftlichkeitsgebots (vgl dazu zuletzt SozR 4-2500 § 106 Nr 53) legitimen Ziels sowie der damit verbundenen Intention, dass Leistungen des Allgemeinlabors weiterhin in Laborgemeinschaften kostengünstig durchgeführt werden sollten, war die Einbeziehung von Mischfällen in den Abrechnungsausschluss sachlich gerechtfertigt. Ansonsten hätte ein Anreiz für die fachärztlichen Laborpraxen bestanden, in Fällen, in denen Leistungen des Allgemeinlabors selbst zu erbringen waren, durch die gleichzeitige Abrechnung von Speziallaborleistungen den Abrechnungsausschluss zu umgehen.

39

3. 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 erfolglos eingelegten Rechtsmittels zu tragen (§ 154 Abs 2 VwGO); eine Erstattung der Kosten der Beigeladenen ist nicht veranlasst, da sie keine Anträge gestellt haben.
Rechtskraft
Aus
Login
BRD
Saved
2016-08-11