

B 6 KA 39/14 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 14 KA 434/10
Datum
12.02.2014
2. Instanz

-
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 39/14 R
Datum
16.12.2015

Kategorie
Urteil

Die Revision der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 12. Februar 2014 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 III/2009.

2

Die Klägerin ist ein medizinisches Versorgungszentrum in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschränkter Haftung. Bei ihr waren im streitbefangenen Zeitraum fünf Ärzte mit den Facharztbezeichnungen "Facharzt für Laboratoriumsmedizin" bzw. "Facharzt für Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie" tätig.

3

Im Abrechnungsbescheid vom 26.1.2010 für das Quartal III/2009 strich die beklagte Kassenärztliche Vereinigung (KÄV) in 25 126 Fällen die Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, Gebührenordnungsposition (GOP) 40100 Einheitlicher Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä). In 26 780 Fällen strich sie die GOP 40120 EBM-Ä, die Kostenpauschale für die Versendung bzw. für den Transport von Briefen und/oder schriftlichen Unterlagen bis 20 g (zB im Postdienst Standardbrief) oder für die Übermittlung eines Telefax.

4

Mit Widerspruchsbescheid vom 12.8.2010 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, die Leistungen nach GOP 40120 EBM-Ä könnten in den Fällen nicht berechnet werden, in denen die Kostenpauschale nach GOP 40100 EBM-Ä abgerechnet worden sei. Diese sei in demselben Behandlungsfall nicht neben GOP der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 EBM-Ä berechnungsfähig. Die Überprüfung der klägerischen Abrechnung habe aber ergeben, dass die GOP 40100 EBM-Ä ausschließlich neben Laboratoriumsuntersuchungen des Abschnitts 32.2.3 EBM-Ä in Abzug gebracht worden sei. Mit Bescheid vom 27.3.2013 bewilligte die Beklagte eine Nachvergütung der GOP 40120 EBM-Ä in den Fällen, in denen ebenfalls die GOP 40100 EBM-Ä gestrichen worden war.

5

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 12.2.2014 abgewiesen. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung durch die Streichung der GOP 40100 EBM-Ä sei rechtmäßig. Nach der zum 1.4.2009 in den EBM-Ä eingefügten Anmerkung sei diese GOP in demselben Behandlungsfall nicht neben GOP der Abschnitte 32.2.1 bis 32.2.7 berechnungsfähig. Sie sei als reine Kostenpauschale zulässigerweise auf der Grundlage der [§§ 82 Abs 1, 87 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) durch die Partner der Bundesmantelverträge vereinbart worden.

6

Die Kammer lege ihrer Entscheidung nicht die Erwägungen zugrunde, die nach den Ausführungen der Beigeladenen zu 2. zu der Neufassung der GOP 40100 EBM-Ä geführt hätten. Danach habe der Normgeber den Umstand berücksichtigt, dass die GOP des Allgemeinlabors bereits Logistikkosten enthielten. Die durchschnittlichen Kosten für die Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä seien im Jahr 1998 mit 69 Pfennig je Analyse einschließlich eines Logistikanteils in Höhe von 8 Pfennig kalkuliert worden. Außerdem habe der Normgeber eine Leistungsausweitung aufgrund der Einführung der Direktabrechnung von Laborgemeinschaften berücksichtigt. Da der wirtschaftliche Anreiz für die veranlassenden Ärzte mit der Einführung der Direktabrechnung der Laborgemeinschaften entfallen sei, seien in großem Umfang Laborgemeinschaften aufgelöst bzw. in rein privatärztliche Laborgemeinschaften umgewandelt worden. Darüber hinaus seien vermehrt Leistungen nach Abschnitt 32.2 EBM-Ä an Labor-Facharztpraxen überwiesen worden mit der Konsequenz, dass die GOP 40100 EBM-Ä abrechnungsfähig geworden sei. Maßgebend für die Kammer sei das - unstrittige - Faktum der Fallzahlausweitung in einem Umfang von 47 % der Behandlungsfälle. Dieses sehe sie als hinreichende objektive und willkürfreie Erwägung für die Neufassung der GOP 40100 EBM-Ä an. Mit der Begrenzung der Abrechenbarkeit der streitigen GOP gehe zwangsläufig ein Fallzahlrückgang einher. Sofern die Klägerin die Feststellung, dass die Einführung der Direktabrechnung der Laborgemeinschaften zu einer Erhöhung der Behandlungsfälle geführt habe, bestreite und einen Beweisantrag gestellt habe, lege die Kammer diesen Zusammenhang gerade nicht ihrer Entscheidung zugrunde, weshalb sie von einer Beweiserhebung absehen könne. Das Gleiche gelte für die Annahme der Klägerin, die Einschränkung der Abrechenbarkeit der GOP 40100 EBM-Ä wirke sich auf den Ort der Erbringung von Basislaborleistungen grundsätzlich nicht aus, weshalb die Einschränkung der Abrechenbarkeit der Kostenpauschale als Maßnahme zur Förderung regionaler Versorgungsstrukturen ungeeignet sei sowie für die von der Klägerin als beweisbedürftig angesehene Feststellung, dass die Kosten für Logistik und Transport der Laborproben bei der Berechnung der GOP des Abschnitts 32.2 EBM-Ä nicht berücksichtigt und daher mit diesen GOP nicht abgegolten seien.

7

Dagegen richtet sich die Sprungrevision der Klägerin. Das SG habe den Wortlaut der GOP falsch ausgelegt. Der Abrechnungsausschluss greife nur, wenn in einem Behandlungsfall ausschließlich Allgemeinlaborleistungen erbracht würden. Eine eindeutige Aussage für Mischfälle sei der Leistungslegende nicht zu entnehmen. Bei dem offenen Wortlaut ergebe eine systematische und teleologische Auslegung, dass der Abrechnungsausschluss nur greife, wenn ausschließlich Allgemeinlaborleistungen erbracht worden seien. Ausweislich der Veröffentlichung im Deutschen Ärzteblatt (DÄ) habe die Änderung der GOP 40100 EBM-Ä der weiteren Umsetzung der Laborreform gedient. Mit der Laborreform sei die Direktabrechnung der Laborgemeinschaften eingeführt worden und in diesem Zusammenhang seien zahlreiche Laborgemeinschaften geschlossen worden. In der Folge sei es zu einer deutlichen Zunahme der Überweisungen von Leistungen des Allgemeinlabors an Facharztlaboratorien gekommen. Nach Angaben der zu 2. beigeladenen Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KÄBV) habe dies zur vermehrten Abrechnung der GOP 40100 EBM-Ä geführt. Vor diesem Hintergrund habe die KÄBV den Ausschluss damit gerechtfertigt, dass kein weiterer Anreiz für die vermehrte Versendung von Leistungen des allgemeinen Labors an fachärztliche Laborpraxen habe geschaffen werden sollen. Da die Transportkostenpauschale nur einmal im Behandlungsfall gezahlt werde und ein Behandlungsfall alle Leistungen erfasse, die in einem Quartal für einen Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse erbracht würden, könne die zusätzliche Überweisung von Allgemeinlaborleistungen neben Speziallaborleistungen in demselben Behandlungsfall denkbare zu keiner vermehrten Abrechnung der Pauschale führen. Nur in den Fällen, in denen ausschließlich Leistungen des Abschnitts 32.2 EBM-Ä erbracht würden, könne es zu einer vermehrten Abrechnung der Pauschale kommen.

8

Der Abrechnungsausschluss in "Mischfällen" sei objektiv willkürlich. Allein die vom SG zugrunde gelegte Fallzahlausweitung sei kein sachlicher Grund für diesen Abrechnungsausschluss. Er sei schon normativ nicht geeignet, zu einer Reduzierung der Behandlungsfälle zu führen, weil die Pauschale nur einmal im Behandlungsfall abrechenbar sei. Dass keine Anreize für eine Versendung von Leistungen des Allgemeinlabors an fachärztliche Laborpraxen geschaffen werden sollten, sei ebenfalls kein tragfähiger Grund für den Abrechnungsausschluss. Es gebe keinen sachlichen Grund dafür, Laborärzte von der Erbringung solcher Leistungen, die in ihr Fachgebiet fielen, faktisch auszuschließen. Es werde auch nicht die Erbringung von Leistungen des Basislabors durch Laborärzte erschwert, sondern lediglich die Kombination aus Basis- und Speziallabor. Soweit die Beigeladene zu 2. vortrage, in den Vergütungen für Leistungen des Allgemeinlabors seien Logistikkosten enthalten, weshalb der Abrechnungsausschluss eine Doppelabrechnung verhindere, treffe dies nicht zu. Nach Nr 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM-Ä seien in den GOP des Allgemeinlabors Logistikkosten gerade nicht enthalten. Unstrittig sei, dass in den Leistungen des Speziallabors Logistikkosten nicht enthalten seien. Zu einer Doppelabrechnung könne es insofern nicht kommen. Auch der Erhalt regionaler Strukturen, der von der Beigeladenen zu 2. ins Feld geführt werde, stelle keinen sachlichen Grund für eine ungleiche Behandlung von Mischfällen und Behandlungsfällen dar, in denen ausschließlich Speziallaborleistungen erbracht würden. Zum einen beinhalte dies ein indirektes, unzulässiges Überweisungsverbot für Allgemeinlaborleistungen, zum anderen seien Laborgemeinschaften nicht notwendig regional organisiert und schließlich hänge die Inanspruchnahme vom Veranlasser der Überweisung und nicht vom Überweisungsempfänger ab. Vermeintliche Kompensationsmöglichkeiten könnten den Abrechnungsausschluss ebenfalls nicht rechtfertigen. Die Kostenpauschalen nach GOP 40120 bis 40126 EBM-Ä erfassten nur die Versendung von Briefen und schriftlichen Unterlagen, nicht aber, wie die GOP 40100 EBM-Ä, auch Versandmaterial und Versandgefäße.

9

Die Klägerin beantragt, das Urteil des SG Düsseldorf vom 12.2.2014 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26.1.2010 für das Quartal III/2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.8.2010, geändert durch Schreiben der Beklagten vom 27.3.2013 zu verurteilen, die Leistungen nach der GOP 40100 EBM-Ä in den Fällen nachzuvergüten, in denen in demselben Behandlungsfall neben Leistungen des Speziallabors (Abschnitt 32.3) auch Leistungen des Allgemeinlabors erbracht wurden. hilfsweise, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26.1.2010 für das Quartal III/2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.8.2010, geändert durch Schreiben der Beklagten vom 27.3.2013, zu verurteilen, die Klägerin unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats erneut zu bescheiden, äußerst hilfsweise, das Urteil des SG Düsseldorf vom 12.2.2014 mit den ihm zugrunde liegenden Feststellungen aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung unter Beachtung der Rechtsauffassung des Senats an das LSG Nordrhein-Westfalen, hilfsweise an das SG Düsseldorf, zurückzuverweisen.

10

Die Beklagte beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

12

Die Beigeladene zu 2. trägt vor, die Regelung verstoße weder gegen [Art 12 Abs 1 GG](#) noch gegen [Art 3 Abs 1 GG](#). In den GOP des Allgemeinlabors seien bereits Logistikkosten enthalten. Außerdem könne in Fällen, in denen die Abrechenbarkeit der GOP 40100 EBM-Ä ausgeschlossen sei, die Kostenpauschale 40120 EBM-Ä abgerechnet werden, und zwar auch mehrfach im Behandlungsfall. Zentraler Grund für die Neuregelung der Kostenpauschale sei es gewesen, der durch die Laborreform verursachten Mengenausweitung entgegenzuwirken. Bei den fachärztlichen Laborpraxen habe es einen Anstieg der Fallzahlen um 47 % gegeben. Dieser Entwicklung habe der Normgeber entgegensteuern müssen, um einer Ausweitung des laborspezifischen Vergütungsvolumens entgegenzuwirken.

13

Der zu 1. beigeladene GKV-Spitzenverband trägt ebenfalls vor, Grund für die Ausschlussregelung sei die Mengenentwicklung im Bereich der GOP 40100 EBM-Ä gewesen. Der Anstieg an Behandlungsfällen habe nicht zuletzt aufgrund der Abrechenbarkeit der GOP 40100 EBM-Ä auch für die an Laborpraxen überwiesenen Leistungen des Allgemeinlabors zu Mehrausgaben geführt, denen weder eine Erhöhung der Morbidität der Versicherten noch Leistungsverbesserungen gegenübergestanden hätten. Deshalb hätten die Partner der Bundesmantelverträge die Berechnungsfähigkeit der GOP 40100 EBM-Ä auf die ausschließliche Erbringung von Leistungen des Speziallabors beschränkt. Die Regelung könne den Anreiz vermindern, innerhalb eines Behandlungsfalles neben Leistungen des Speziallabors auch Leistungen des Allgemeinlabors an fachärztliche Laborpraxen zu überweisen. Würde sich der Abrechnungsausschluss nicht auf Mischfälle erstrecken, würde es genügen, in Fällen, in denen primär Leistungen des Allgemeinlabors erbracht werden sollten, eine Leistung des Speziallabors hinzuzusetzen, um die GOP 40100 EBM-Ä abrechnen zu können.

II

14

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

15

1. Die Sprungrevision ist zulässig. Sie ist vom SG im Beschluss vom 10.9.2014 zugelassen worden, [§ 161 Abs 1 Satz 1 SGG](#).

16

2. Eine Beiladung des Bewertungsausschusses (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).

17

3. 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.

18

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.

19

GOP 40100 EBM-Ä lautete im Quartal III/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."

20

Die Richtigstellung betraf ausschließlich Fälle, in denen die GOP 40100 EBM-Ä neben Leistungen des Abschnitts 32.2.3 (physikalische oder chemische Untersuchungen) abgerechnet wurden.

21

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 vom 16.7.2015 ([BGBl I 1211](#)) wurde [§ 87 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) dahin ergänzt, dass durch den BewA ein einheitlicher Bewertungsmaßstab für die ärztlichen Leistungen "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.

22

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.

23

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

24

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.

25

Um einen solchen Kostenerstattungstatbestand handelt es sich bei der GOP 40100 EBM-Ä. 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 Versendungsanfall 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 Neuordnung 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 KÄBV 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).

26

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.

27

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 übereinstimmend bekundeten Willen der Partner des Bundesmantelvertrags sollte der Abrechnungsausschluss dazu dienen, der Mengenentwicklung bei der Abrechnung der Kostenpauschale entgegenzuwirken. Der Senat hat keinen Anlass, an der von den Beigeladenen als öffentlich-rechtlichen Körperschaften angegebenen Größenordnung der Mengenausweitung von 47 % zu zweifeln. Es kann im Übrigen aber auch offenbleiben, in welchem genauen Umfang die Abrechnung der GOP 40100 GOP nach der Laborreform 2008 zugenommen hatte und kausal auf die Einführung der Direktabrechnung zum vierten Quartal 2008 zurückzuführen war, weil jedenfalls ein nennenswerter Anstieg der Abrechnungshäufigkeit ohne Weiteres nachvollziehbar ist. Es entstand nach der Einführung der Direktabrechnung ein Anreiz zu einer Leistungsverlagerung, die tatsächlich stattgefunden hat und auch von der Klägerin als solche nicht in Abrede gestellt wird (vgl Köhler/Hess, Kölner Kommentar zum EBM, Stand: 1.1.2015 zu GOP 40100 S 4; Imbeck, Direktabrechnung durch Laborgemeinschaften, MedR 2009, 10, 11). 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).

28

(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](#)). 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).

29

(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 im Übrigen deutlich über die Beseitigung einer etwaigen Doppelberechnung hinaus.

30

(3) Ebenso wenig verfährt der Gesichtspunkt, es hätten regionale Versorgungsstrukturen erhalten werden sollen. Laborgemeinschaften sind in aller Regel genauso überregional aufgestellt 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.

31

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.

32

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.

33

(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.

34

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 94, 50 = SozR 4-2500 § 72 Nr 2](#), RdNr 127 f, 140; [BSGE 93, 258 = SozR 4-2500 § 85 Nr 12](#), RdNr 24 ff; 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. Auch die Klägerin beruft sich hierauf nicht. 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).

35

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 63 000 Euro zum Gesamthonorar der Klägerin im streitbefangenen Quartal von ca 1 682 000 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 - wie hier auch der Änderungsbescheid der Beklagten vom 27.3.2013 zeigt - 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.

36

(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.

37

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. Soweit die Klägerin eine ungerechtfertigte Gleichbehandlung von Laborärzten mit Laborgemeinschaften rügt, indem beiden die Kostenpauschale versagt werde, scheidet ein Verstoß gegen [Art 3 Abs 1 GG](#) 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.

38

4. 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
2016-04-21