



**Im Namen des Volkes**

Verkündet am  
16. Mai 2018

**Urteil**

**in dem Rechtsstreit**

BSG Az.: **B 6 KA 45/16 R**  
LSG Baden-Württemberg 26.10.2016 - L 5 KA 268/15  
SG Mannheim 29.08.2012 - S 6 KR 4340/09

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

AOK Rheinland-Pfalz/Saarland  
- Die Gesundheitskasse,  
Virchowstraße 30, 67304 Eisenberg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 6. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 16. Mai 2018 durch den Vorsitzenden Richter Prof. Dr. W e n n e r , die Richter G a s s e r und R a d e m a c k e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. K r ö n c k e und H o h n l für Recht erkannt:

Das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 26. Oktober 2016, berichtigt durch Beschluss vom 20. Dezember 2016, und das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 29. August 2012 werden aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, an den Kläger 127 103,60 Euro nebst Zinsen in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz  
aus weiteren 5273,84 Euro seit 12. Januar 2009,  
aus weiteren 4896,32 Euro seit 14. April 2009,  
aus weiteren 3858,40 Euro seit 16. Juli 2009,  
aus weiteren 75 904,40 Euro seit 25. August 2009,

aus weiteren 3994,64 Euro seit 12. Oktober 2009,  
aus weiteren 3910,40 Euro seit 15. Januar 2010,  
aus weiteren 3598,40 Euro seit 16. April 2010,  
aus weiteren 3796 Euro seit 16. Juli 2010,  
aus weiteren 3671,20 Euro seit 18. Oktober 2010,  
aus weiteren 3515,20 Euro seit 17. Januar 2011,  
aus weiteren 3016 Euro seit 16. April 2011,  
aus weiteren 2756 Euro seit 16. Juli 2011,  
aus weiteren 2641,60 Euro seit 17. Oktober 2011,  
aus weiteren 3140,80 Euro seit 16. Januar 2012 und  
aus weiteren 3130,40 Euro seit 16. April 2012  
zu zahlen.

Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

Von den Kosten des Rechtsstreits in allen Rechtszügen trägt der Kläger 3/7 und die Beklagte 4/7.

#### G r ü n d e :

I

- 1 Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Laborleistungen in Höhe von ca 226 000 Euro nebst Zinsen, die das klagende Universitätsklinikum auf Überweisung überwiegend von Belegärzten gegenüber Neugeborenen von Versicherten der beklagten AOK in den Jahren 2005 bis 2011 erbracht hat.
- 2 Das sog erweiterte Neugeborenencreening nach §§ 13 ff der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres (Kinder-Richtlinien) beinhaltet ua eine labormedizinische Untersuchung auf bestimmte Stoffwechsel- und Hormonerkrankungen bei Neugeborenen (*§ 17 der Kinder-Richtlinie*). Dieses besondere Screening darf nur in Einrichtungen durchgeführt werden, die den Qualifikationsanforderungen der Kinder-Richtlinie genügen. Von den zwölf Screeninglaboren, in denen ab 2005 zunächst die Laborleistungen durchgeführt werden konnten, befindet sich keines in Rheinland-Pfalz, in dem die beklagte Krankenkasse (KK) ihren Sitz hat. Der für die Krankenhausplanung zuständige Ausschuss dieses Landes hatte im Jahr 2002 den Krankenhäusern und Ärzten empfohlen, die Laboruntersuchungen im Rahmen des Neugeborenencreenings bei dem Kläger durchführen zu lassen, der ein anerkanntes Screeninglabor ist und auf der Grundlage des § 117 Abs 1 SGB V kraft Gesetzes an der vertragsärztlichen Versorgung teilnimmt.

- 3 Wenn Kinder in hauptamtlich geleiteten Krankenhäusern zur Welt kommen, veranlassen diese die Durchführung des Neugeborenen Screenings bei dem Kläger. Der Kläger rechnet in solchen Fällen direkt mit diesen Kliniken das Screening ab; für die Kliniken gehören die insoweit anfallenden Kosten zu den allgemeinen Krankenhausleistungen. Soweit die Kinder dagegen nicht in hauptamtlich geführten Krankenhausabteilungen für Gynäkologie und Geburtshilfe, sondern ambulant oder in Belegabteilungen zur Welt gekommen sind, überweisen die für die Leitung der Geburt verantwortlichen Personen - insbesondere die Belegärzte, in einzelnen Fällen auch Hebammen - entsprechende Leistungen an den Kläger. Streitgegenstand ist hier allein die Vergütung der aufgrund einer vertragsärztlichen Überweisung erbrachten Laborleistungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings in dem Labor des Klägers.
  
- 4 Hinsichtlich der Vergütung dieser Leistungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings bestehen keine vertraglichen Vereinbarungen zwischen dem Kläger und der beklagten AOK, sondern lediglich solche zwischen den für den Sitz des Klägers in Baden-Württemberg zuständigen Landesverbänden der KKn und dem Kläger. Diese sehen - nach Jahren differenzierend - unterschiedliche Regelungen über die Finanzierung der Screeninglaborleistungen vor, ua für 2005 eine allgemeine Behandlungspauschale je Kalendervierteljahr in Höhe von 68,62 Euro und für die Folgejahre eine Vergütung auf der Grundlage der Nr 01708 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabs für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) in Höhe von 11,44 Euro bzw 10,40 Euro.
  
- 5 Da nach § 120 Abs 2 S 1 SGB V in der ab 2003 geltenden Fassung die Leistungen der Hochschulambulanzen unmittelbar von der KK vergütet werden, stellte der Kläger - beginnend ab dem Jahre 2005 - die auf Überweisung von Belegärzten, anderen Vertragsärzten und in einzelnen Fällen von Hebammen erbrachten labormedizinischen Leistungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings der Beklagten in Rechnung, soweit die Neugeborenen oder ihre Mütter dort versichert waren. Die Beklagte beglich die ihr eingereichten Rechnungen nicht. Sie machte geltend, es handele sich um Leistungen, die das Belegkrankenhaus als Krankenhausleistung zu erbringen habe und die entsprechend vom Kläger gegenüber diesem Krankenhaus geltend zu machen seien. Die Fallpauschale für die Entbindung habe sie - die Beklagte - bereits dem Krankenhaus gezahlt, in dessen Belegabteilung das betreffende Kind zur Welt gekommen sei. Diese Fallpauschale decke auch die Kosten des Neugeborenen Screenings ab. Die Belegärzte seien nicht berechtigt, diese als allgemeine Krankenhausleistung zu qualifizierenden Laboruntersuchungen mittels vertragsärztlichen Überweisungsscheins an den Kläger zu überweisen. Im Übrigen sei insbesondere die für das Jahr 2005 geltend gemachte Forderung überhöht; den Krankenhäusern sei diese Leistung zu einem Preis angeboten worden, der weniger als ein Zehntel der ihr berechneten Pauschale von ca 69 Euro pro Fall ausmache.
  
- 6 Mit der zum SG Mannheim erhobenen Klage hat der Kläger für jede Screeningleistung im Jahre 2005 den gesamtvertraglich mit den baden-württembergischen KKn-Verbänden vereinbarten Betrag von 68,62 Euro und ab 2006 die für die Laborleistungen des Neugeborenen Screenings

neu geschaffene und vereinbarte Behandlungspauschale in Höhe von (zunächst) 11,44 Euro in Rechnung gestellt und zusätzlich zu dieser Hauptforderung jeweils Zinsen ab Fälligkeit gefordert. Das SG Mannheim hat - in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus dem Kreis der Versicherten und der Arbeitgeber nach § 10 Abs 1, § 12 Abs 2 SGG - die Klage abgewiesen. Es hat zunächst ein ärztliches Gutachten zu der Frage eingeholt, ob das durch Belegärzte, Hebammen und/oder niedergelassene Ärzte über einen Überweisungsschein veranlasste Neugeborenen-Screening unter die über DRG-Fallpauschalen zu vergütenden voll- oder teilstationären Leistungen der Entbindungskliniken fällt. Es hat sich der Auffassung des Gutachters angeschlossen, dass es sich insoweit nicht um allgemeine Krankenhausleistungen, sondern um Leistungen der Belegärzte auf der Grundlage des § 18 Abs 1 S 2 Nr 4 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) handele. Das habe zur Folge, dass die Belegärzte diese Leistungen an Labore überweisen dürften und grundsätzlich § 120 Abs 2 SGB V für die Vergütung dieser Laborleistungen anwendbar sei; die KKn müssten die entsprechenden Leistungen zusätzlich zu der Fallpauschale für die eigentliche Entbindungsleistung vergüten. Der Anspruch des Klägers scheitere jedoch daran, dass keine Vereinbarung nach § 120 Abs 2 S 2 SGB V in der zwischen 2005 und 2011 geltenden Fassung abgeschlossen worden sei. Ohne Abschluss einer solchen Vereinbarung zwischen dem Kläger und der beklagten KK aus Rheinland-Pfalz sei eine Honorierung der Leistungen des Klägers nicht möglich. Der Kläger hätte - statt die Beklagte unmittelbar auf Zahlung in Anspruch zu nehmen - das Schiedsverfahren nach § 120 Abs 4 S 1 SGB V einleiten und die Schiedsstelle nach § 18a Abs 1 Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) anrufen müssen.

- 7 Im Berufungsverfahren hat der Kläger die Klage auf weitere Leistungen aus der Zeit bis Ende 2011 - letzte Rechnung vom 16.4.2012 - erweitert. Das LSG hat - in der Besetzung nach § 10 Abs 2 SGG (Vertragsarztrecht) - seine Berufung zurückgewiesen und die im Wege einer Klageerweiterung erhobenen Klagen abgewiesen. Es hat diese Entscheidung allein darauf gestützt, dass zwischen den Beteiligten keine vertragliche Vereinbarung bestehe.
- 8 Die Auffassung des Klägers, der zwischen ihm und den Verbänden der KKn in Baden-Württemberg für die einzelnen streitbefangenen Jahre geschlossene Vertrag binde auch die Beklagte, treffe nicht zu. Anders als in verschiedenen anderen Regelungen des SGB V sei in § 120 Abs 2 gerade nicht bestimmt, dass die Vereinbarungen, die für das Bundesland geschlossen werden, in denen das Universitätsklinikum seinen Sitz hat, auch für alle anderen KKn und deren Versicherten gelten. Aus dem Fehlen einer ausdrücklichen Geltungsanordnung über das jeweilige Land der vertragsschließenden Kassenverbände hinaus könne nur geschlossen werden, dass im Anwendungsbereich des § 120 Abs 2 SGB V die Geltung von Verträgen über den Bereich des jeweiligen Landes hinaus nicht gewollt sei. Deshalb habe für den Kläger nur die Möglichkeit bestanden, die Schiedsstelle nach § 18a KHG anzurufen mit dem Begehren, auch zulasten der beklagten KK außerhalb seines Bundeslandes eine Vergütungsvereinbarung festzusetzen. Da der Kläger diesen Weg nicht gegangen sei, sei die Klage - entgegen der Auffassung des SG - zwar zulässig, aber unbegründet (*Urteil vom 26.10.2016*).

- 9 Mit seiner Revision rügt der Kläger in erster Linie eine Verletzung des § 120 Abs 2 S 2 SGB V. Nach seiner Auffassung gelten die Vergütungsverträge, die auf dieser Grundlage geschlossen sind, auch für KKn aus anderen Bundesländern mit der Folge, dass diese die einzelnen Leistungen nach den Vergütungssätzen honorieren müssen, die die Vertragspartner nach § 120 Abs 2 S 2 SGB V für das Sitzland des Klinikums vereinbart haben. Dass eine Erstreckung der im Sitzland des Universitätsklinikums geschlossenen Vergütungsvereinbarungen auf alle anderen KKn der jeweiligen Kassenart zumindest im streitbefangenen Zeitraum nicht ausdrücklich gesetzlich normiert gewesen sei, ändere daran nichts. Entgegen der Auffassung des LSG könne aus dem Umstand, dass in § 83 SGB V für die Gesamtverträge und in § 109 Abs 1 S 3 SGB V für die vertragliche Zulassung von Krankenhäusern ausdrücklich eine Erstreckung auf alle KKn im Bundesgebiet bzw alle KKn der jeweiligen Kassenart erfolgt sei, nicht abgeleitet werden, dass dies im Anwendungsbereich des § 120 SGB V anders sein sollte.
- 10 Die Neufassung des § 120 Abs 2 SGB V durch das Fallpauschalengesetz zum 1.1.2003 habe ua zur Folge gehabt, dass die Leistungen der Hochschulambulanzen nicht mehr aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung, sondern unmittelbar von den KKn vergütet werden müssen. Damit habe der Gesetzgeber einerseits eine Entlastung der vertragsärztlichen Gesamtvergütung erreichen und andererseits die Vergütung der universitären Hochschulambulanzen generell von speziellen Regelungen über die vertragsärztliche Honorarverteilung abkoppeln wollen. Eine grundlegende Änderung der Vertragsbeziehungen dahin, dass ab dem 1.1.2003 jede KK im Bundesgebiet mit jeder Hochschulambulanz einen eigenen Vertrag schließen müsse, damit deren Versicherte dort behandelt werden können, sei zu keinem Zeitpunkt im Rahmen der Gesetzesberatungen erwogen worden. Insoweit habe die Ergänzung des § 120 Abs 2 S 2 SGB V durch das Gesetz zur Stärkung der Heil- und Hilfsmittelversorgung (*HHVG vom 4.4.2017, BGBl I 778*) nur klarstellende Bedeutung. Darin sei bestimmt, dass die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanzen auch für alle anderen KKn im Bundesgebiet gelte, wenn deren Versicherte in einer Hochschulambulanz behandelt werden. Diese Klarstellung habe der Gesetzgeber auf Anregung des Bundesrates vorgenommen, in die auch die Erfahrungen aus dem hier zu entscheidenden Streitverfahren eingeflossen seien.
- 11 Die Auffassung des Berufungsgerichts sei insgesamt unzutreffend, wie sich auch schon daraus ergebe, dass er - der Kläger - eine Möglichkeit haben müsse, die gegenüber Versicherten der Beklagten erbrachten Leistungen vergütet zu erhalten. Das Berufungsgericht verweise ihn insoweit auf den Abschluss von Vereinbarungen mit allen KKn im Bundesgebiet und weiterhin darauf, bei Verweigerung des Vertragsschlusses die Schiedsstelle nach § 18a KHG auf der Grundlage des § 120 Abs 4 SGB V anzurufen. Eine solche Möglichkeit gebe es jedoch in Wirklichkeit nicht. Die Schiedsstelle Baden-Württemberg könne nicht angerufen werden, weil zwischen den daran Beteiligten kein vertragsloser Zustand bestehe. Die Schiedsstelle in Rheinland-Pfalz könne keine Vereinbarung zulasten der Krankenhäuser aus Baden-Württem-

berg treffen, weil Träger der Schiedsstelle ua die Landeskrankenhausgesellschaft für Rheinland-Pfalz sei.

- 12 Der Kläger beantragt,  
die Urteile des LSG Baden-Württemberg vom 26.10.2016, berichtigt durch Beschluss vom 20.12.2016, und des SG Mannheim vom 29.8.2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen,  
175 409,02 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit 25.8.2009,  
weitere 10 170,16 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 5273,84 Euro vom 12.1.2009 bis 12.4.2009 und aus 10 170,16 Euro seit 13.4.2009,  
weitere 15 563,60 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 3358,40 Euro vom 16.7.2009 bis 24.8.2009, 3904,16 Euro vom 25.8.2009 bis 11.10.2009, 7898,80 Euro vom 12.10.2009 bis 14.1.2010, 11 809,20 Euro vom 15.1.2010 bis 15.4.2010, 15 407,60 Euro vom 16.4.2010 bis 15.7.2010, 15 553,20 Euro vom 16.7.2010 bis 15.10.2010 und aus 15 563,60 Euro seit 16.10.2010,  
weitere 13 842,40 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 3650,40 Euro vom 16.7.2010 bis 15.10.2010, 7311,20 Euro vom 16.10.2010 bis 15.1.2011, 10 826,40 Euro vom 16.1.2011 bis 15.4.2011 und aus 13 842,40 Euro seit 16.4.2011  
und weitere 11 668,80 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz aus 2756 Euro vom 16.7.2011 bis 15.10.2011, 5397,60 Euro vom 16.10.2011 bis 15.1.2012, 8538,40 Euro vom 16.1.2012 bis 15.4.2012 und aus 11 668,80 Euro seit 16.4.2012 an den Kläger zu zahlen.
- 13 Die Beklagte beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.
- 14 Sie hält daran fest, dass Laborleistungen des Neugeborenen Screenings allgemeine Krankenhausleistungen iS des § 2 Abs 2 Nr 1 KHEntgG seien und deshalb mit der von ihr für die Durchführung der Geburt des jeweiligen Kindes entrichteten Fallpauschale abgegolten seien. Soweit Belegärzte die entsprechenden Leistungen erbrächten, gehöre auch das Neugeborenen Screening selbst zu den belegärztlichen Leistungen. Lediglich zur Bestimmung der Blutwerte bedürfe es des Einsatzes des Krankenhauslabores während der stationären Behandlung. Wenn das Krankenhauslabor der jeweiligen Belegklinik diese Leistungen nicht vorhalten könne, müsse es sich die Laborleistungen bei einer geeigneten Stelle beschaffen. Dafür sei mit der Stelle, die die Untersuchung durchführen könne, eine Vergütungsvereinbarung zu treffen. Eine Doppelbezahlung der Laborleistungen durch sie - die Beklagte - scheide aus; sie habe die Leistungen mittelbar durch die Entrichtung der Fallpauschale an das jeweilige Krankenhaus, in

dessen Räumlichkeiten das Kind geboren sei, erfüllt. Im Übrigen entfalte der zwischen der AOK Baden-Württemberg und dem Kläger geschlossene Vertrag keine Bindungswirkung ihr gegenüber. Die Neufassung des § 120 Abs 2 S 2 SGB V durch das HHVG, die erkennbar auf das vorliegende Verfahren zurückgehe, gelte nicht rückwirkend. Deshalb könne aus dem Umstand, dass ab April 2017 klar sei, dass der Vergütungsvertrag nach § 120 Abs 2 S 2 SGB V, den ua die AOK Baden-Württemberg mit dem Kläger vereinbart habe, auch für sie - die Beklagte - verbindlich sei, nicht geschlossen werde, dass dies für die Zeit von 2005 bis 2011 entsprechend gelte. Schließlich sei der für das Jahr 2005 geforderte Betrag von 68,62 Euro pro Laborleistung offenkundig überhöht. Die Forderung des Klägers für Leistungen aus 2008 sei überwiegend verjährt und Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem Basiszinssatz stünden dem Kläger nicht zu.

## II

- 15 Der Senat entscheidet - wie das LSG - über die Revision in einer Angelegenheit des Vertragsarztrechts iS des § 10 Abs 2 SGG in der Besetzung mit je einem ehrenamtlichen Richter aus dem Kreis der Vertragsärzte und der KKn (§ 12 Abs 3 S 1 SGG). Die Zuordnung von Streitigkeiten über Vergütungen nach § 120 SGB V zu den Angelegenheiten des § 10 Abs 2 SGG ergibt sich unmittelbar aus § 10 Abs 2 S 2 Nr 3 SGG.
- 16 Die Revision des Klägers hat überwiegend Erfolg. Der Kläger hat gegen die Beklagte Anspruch auf Vergütung der auf Überweisung (überwiegend) von Belegärzten erbrachten Laborleistungen. Diese sind keine allgemeine Krankenhausleistungen (1.). Die zwischen dem Kläger und den Verbänden der KKn in Baden-Württemberg auf der Grundlage des § 120 Abs 2 SGB V geschlossenen Vereinbarungen gelten grundsätzlich auch gegenüber der Beklagten (2.). Die Zahlungsansprüche des Klägers sind auch für das Jahr 2008 nicht verjährt (3.). Für die im Jahre 2005 erbrachten Leistungen steht dem Kläger nicht die allgemeine Pauschale von 68,62 Euro, sondern nur eine Vergütung in Höhe von 11,44 Euro je Fall zu (4.). Zinsen hat die Beklagte in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen (5.).
- 17 1. Der Kläger hat Anspruch darauf, dass die Beklagte die Laborleistungen, die er gegenüber deren Versicherten auf Überweisung erbracht hat, auf der Grundlage des § 120 Abs 2 S 1 SGB V in der ab 2003 geltenden Fassung vergütet. Nach dieser Vorschrift werden die Leistungen ua der Hochschulambulanzen unmittelbar von der KK vergütet. Die Auffassung der Beklagten, es handele sich bei den Laborleistungen des Neugeborenen Screenings um allgemeine Krankenhausleistungen, die mit der Fallpauschale für die Entbindung abgegolten seien, trifft nicht zu.
- 18 Wenn Kinder nicht in hauptamtlich geführten geburtshilflichen Krankenhausabteilungen, sondern in Belegkrankenhäusern, ambulant oder zB in Geburtshäusern zur Welt kommen, erfolgt

die Vergütung der in Zusammenhang mit der Geburt anfallenden Leistungen differenziert. Die Leistung der Geburt obliegt dann in der Regel einem Belegarzt iS des § 121 Abs 2 SGB V, dessen Leistungen nach § 121 Abs 3 SGB V von der KÄV aus der Gesamtvergütung honoriert werden (*näher BSG SozR 4-2500 § 121 Nr 1 RdNr 12 ff*). Das Neugeborenencreening gehört wie die ärztliche Behandlung des neugeborenen Kindes im Rahmen der Erstversorgung zu den belegärztlichen Leistungen, die nicht das Krankenhaus selbst, sondern der Belegarzt erbringt. Das ergibt sich aktuell ausdrücklich aus § 19 Kinder-Richtlinie, wonach der Leistungserbringer, der die Geburt des Kindes verantwortlich geleitet hat, auch für das Neugeborenencreening verantwortlich ist. Dasselbe ergibt sich aus § 18 Abs 1 S 2 Nr 4 KHEntgG. Danach gehören zu den Leistungen des Belegarztes auch die von ihm veranlassten Leistungen von Ärzten und ärztlich geleiteten Einrichtungen außerhalb des Krankenhauses. Der Kläger ist eine solche ärztlich geleitete Einrichtung. Wenn der Belegarzt bestimmte Leistungen im Rahmen seiner belegärztlichen Behandlung nicht erbringen kann, hat er auf der Grundlage des § 41 Abs 6 Bundesmantelvertrag Ärzte (BMV-Ä) eine Überweisung an einen anderen Arzt oder an eine ärztlich geleitete Einrichtung auszustellen, die die entsprechende Leistung erbringen kann. Der Arzt oder die ärztlich geleitete Einrichtung, die die Leistung auf Überweisung hin erbracht hat, rechnet sie als eigene Leistung ab. Ob diese auf Überweisung erbrachte Laborleistung gegenüber der KÄV abzurechnen und aus der Gesamtvergütung zu honorieren oder unmittelbar von der KK zu vergüten ist, hängt davon ab, wer die Leistung erbringt. Handelt es sich dabei - wie hier - um eine nach § 117 Abs 1 SGB V kraft Gesetzes ermächtigte Hochschulambulanz, greift § 120 Abs 2 S 1 SGB V mit der Folge einer unmittelbaren Verpflichtung der KK ein. Diese Norm enthält keine Ausnahme für den Fall, dass eine Hochschulambulanz auf Überweisung eines Belegarztes tätig wird, dessen selbst erbrachte Leistungen nach § 121 Abs 3 S 1 SGB V von der KÄV zu vergüten sind.

- 19 Der Senat hat mit Urteil vom 10.12.2003 (*B 6 KA 43/02 R - SozR 4-2500 § 121 Nr 1*) die maßgeblichen Grundsätze für die Abgrenzung von Leistungen gynäkologischer Belegärzte und Krankenhausleistungen entwickelt. Diese Grundsätze gelten ungeachtet der grundlegenden Änderungen der Finanzierung von Krankenhausleistungen auch nach Inkrafttreten des Fallpauschalengesetzes vom 23.4.2002 (*BGBI I 1412*) weiter. Danach obliegt die Erstversorgung des neugeborenen Kindes auch im Kreißsaal einschließlich evtl notwendig werdender Reanimationsleistungen dem Belegarzt. Sie ist insoweit eine belegärztliche Leistung und gehört deshalb, auch soweit sie gegenüber dem Neugeborenen und nicht gegenüber der Mutter als der eigentlichen Patientin des Belegarztes erbracht wird, nicht zu den vom Belegkrankenhaus geschuldeten allgemeinen Krankenhausleistungen. Das gilt dann auch für notwendige zusätzliche Leistungen, die der Belegarzt nicht selbst erbringen kann, jedenfalls soweit sie das Belegkrankenhaus ebenfalls nicht anbietet (§ 41 Abs 6 BMV-Ä). Das ist bei den Laborleistungen im Rahmen des Neugeborenencreenings der Fall, weil diese nur in einer entsprechend qualifizierten Einrichtung durchgeführt werden dürfen (§§ 23, 25 *Kinder-Richtlinie*).

- 20 2. Der dem Grunde nach aus § 120 Abs 2 S 1 SGB V folgende Vergütungsanspruch des Klägers bedarf der Konkretisierung durch einen Vertrag. Das ergibt sich aus § 120 Abs 2 S 2 SGB V und ist im Übrigen selbstverständlich, weil sich ohne ergänzende Vereinbarungen aus Satz 1 der Vorschrift kein bezifferbarer Anspruch ableiten lässt. Die notwendige vertragliche Vereinbarung enthält hier die Verträge, die der Kläger mit den Verbänden der KKn in seinem Sitzland Baden-Württemberg geschlossen hat. Diese gelten grundsätzlich auch für die Beklagte. Das entspricht der seit dem Inkrafttreten der Änderung des § 120 Abs 2 SGB V durch das HHVG ab dem 11.4.2017 geltenden Rechtslage (a), hat aber auch schon zuvor so gegolten (b).
- 21 a. Durch Art 1 Nr 6b Buchst a DBuchst aa HHVG ist S 2 des § 120 Abs 2 SGB V um die Wendung ergänzt worden "die Höhe der Vergütung für die Leistungen der jeweiligen Hochschulambulanz gilt auch für andere Krankenkassen im Inland, wenn deren Versicherte durch die Hochschulambulanz behandelt werden". Die im Zuge der Ausschussberatungen des HHVG eingeführte Regelung geht auf eine Initiative des Bundesrates zurück. Eine vom Wortlaut her abweichende, aber auf ein vergleichbares Ergebnis zielende Fassung ist vom Bundesrat vorgeschlagen worden. In der Drucks 681/1/16 (S 7) ist dazu ausgeführt: "Es handelt sich um eine Klarstellung, dass die einzelnen Hochschulambulanzvereinbarungen bundesweit Geltung haben, also innerhalb einer Kassenart auch für Regionalkassen aus anderen Ländern gelten, wenn deren Patienten in den entsprechenden Universitätsklinikum behandelt werden. Derzeit sind Sozialgerichtsverfahren anhängig, weil einzelne Regionalkassen in Frage stellen, dass die Hochschulambulanzvereinbarung über das jeweilige Land hinaus für die Kassen der gleichen Kassenart gelten. Im erstinstanzlichen Urteil ist die Rechtsprechung der Argumentation der Kassen gefolgt. Würde sich die Auffassung der Kassen auch letztinstanzlich durchsetzen, hätte dies erhebliche Rechtsunsicherheit für die Universitätsklinikum zur Folge. Deshalb ist diese Klarstellung notwendig".
- 22 Die vom Bundestag beschlossene Änderung des Gesetzes weicht allerdings von dem ursprünglichen Vorschlag des Bundesrates ab. § 120 Abs 2 S 2 SGB V sieht nunmehr keine auf die einzelnen Kassenarten beschränkte Regelung vor, sondern bestimmt, dass die von den Landesverbänden der KKn und Ersatzkassen gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken vereinbarte Vergütung für die Leistungen der einzelnen Hochschulambulanz auch für alle übrigen gesetzlichen KKn im Inland gilt, wenn deren Versicherte in der entsprechenden Hochschulambulanz behandelt werden (*BT-Drucks 18/11205 S 65 zu Art 1 Nr 6b*).
- 23 b. Die Einbeziehung aller KKn in die auf der Grundlage des § 120 Abs 2 S 2 SGB V getroffenen Vereinbarungen galt auch in dem hier maßgeblichen Zeitraum (2005 - 2011). Das ergibt sich nicht allein daraus, dass der Bundestag dem Wunsch des Bundesrates entsprochen hat, die Rechtslage im Sinne einer Erstreckung der regionalen Vereinbarungen auf alle KKn im Bundesgebiet klarzustellen, sondern vor allem aus Wortlaut und Systematik der Norm in ihrer bis zum 10.4.2017 geltenden Fassung. Die Vergütungsverträge haben die Landesverbände der KKn und

der Ersatzkassen "gemeinsam und einheitlich mit den Hochschulen oder Hochschulkliniken, den Krankenhäusern oder den sie vertretenden Vereinigungen im Land" zu vereinbaren. Da Hochschulambulanzen typischerweise Versicherte nicht nur der bundesweit tätigen Ersatzkassen, sondern auch "landesfremder" Regionalkassen behandeln, kann aus dem Umstand, dass ausschließlich die regionalen Kassenverbände zum Vertragsschluss verpflichtet sind, geschlossen werden, dass die von ihnen getroffenen Vereinbarungen für die Versicherten aller KKn in Deutschland gelten sollen. Klar ist jedenfalls, dass der Gesetzgeber auch der früheren Fassung des § 120 Abs 2 SGB V Vereinbarungen nur auf "Landesebene" vorgesehen hat, und mit "Land" kann nach der Systematik der Vorschrift nur das Bundesland gemeint sein, in dem das jeweilige Universitätsklinikum bzw die sozialpädiatrische Ambulanz ihren Sitz hat. Der Bezug auf den Rechtsbegriff "Land" ist bisher vom BSG stets so verstanden worden, dass das Bundesland gemeint ist, in dem die jeweilige Einrichtung ihren Sitz hat. So hat der 3. Senat des BSG in einem Urteil vom 21.8.1996 (3 RK 2/96 - SozR 3-2500 § 39 Nr 4 S 17 f) zu § 112 SGB V aF entschieden, dass ein Vertrag, den ein Krankenhaus mit dem AOK-Landesverband seines Sitzlandes geschlossen hat, auch für Versicherte einer anderen AOK gilt und die Höhe der Krankenhausvergütung verbindlich festlegt. Auch in § 112 SGB V aF war lediglich bestimmt, dass die Landesverbände der KKn und die Verbände der Ersatzkassen gemeinsam mit der Landeskrankenhausesellschaft oder den Vereinigungen der Krankenhausträger "im Land" Verträge schließen, um sicherzustellen, dass Art und Umfang der Krankenhausbehandlung den Anforderungen dieses Gesetzbuchs entsprechen. Auch das vom Kläger angeführte Urteil des 3. Senats des BSG vom 17.1.1996 (3 RK 26/94 - BSGE 77, 194 = SozR 3-2500 § 129 Nr 1) zur Vergütungspflicht der KK für Arzneimittel weist in diese Richtung. Das BSG hat entschieden, dass mit der Übergabe eines von einem Vertragsarzt ausgestellten Kassenrezeptes durch den Versicherten an den Apotheker die KK des Versicherten auch dann zur Zahlung verpflichtet wird, wenn diese KK dem Landesverband nicht angehört, der den für die Apotheke maßgeblichen Landesvertrag abgeschlossen hat.

24 Das LSG Nordrhein-Westfalen hat mit Urteil vom 27.11.2013 - L 11 KA 71/13 KL - im Rahmen einer Anfechtungsklage gegen die Entscheidung der Schiedsstelle nach § 120 Abs 4 SGB V ausgeführt, dass die Vertragspartner im Bereich Westfalen-Lippe - umstritten war die Vergütung einer sozialpädiatrischen Ambulanz in B. - nicht nur auf den Landesteil Westfalen-Lippe beschränkt sind und der Geltungsbereich einer Vergütungsregelung nach § 120 Abs 2 SGB V auch die KKn aus anderen Bundesländern insoweit umfasst, als sie an die Vereinbarung gebunden sind. Das Urteil ist Gegenstand des Senatsurteils im Verfahren B 6 KA 20/14 R (BSGE 119, 43 = SozR 4-2500 § 120 Nr 4) geworden, doch hatte der Senat keinen Anlass, sich zu dieser Passage des Berufungsurteils zu äußern.

25 Die Reichweite der Verträge nach § 120 Abs 2 S 2 SGB V kann für die Leistungen der Hochschulambulanzen (§ 117 SGB V) und der sozialpädiatrischen Zentren nur einheitlich bestimmt werden. Deshalb hat die Überlegung, wie Leistungen dieser Zentren zu honorieren sind, mittelbar Auswirkungen auf die Vergütung von Überweisungsleistungen einer Hochschulambulanz. Im

hier zu entscheidenden Rechtsstreit hat sich die Beklagte zu Recht ursprünglich nicht darauf berufen, die Leistungen des Screenings überhaupt nicht vergüten zu müssen. Sie war bzw ist vielmehr der Auffassung, die Laborleistung im Rahmen des Neugeborenen Screenings bereits bezahlt zu haben, nämlich über die Fallpauschale bzw das DRG gegenüber dem Krankenhaus, in dem das jeweilige Kind geboren worden ist. Im Kern hat der Prozess mit einem Streit um eine (mögliche) Doppelfinanzierung von Laborleistungen begonnen; erst das SG Mannheim und - dem folgend - das LSG Baden-Württemberg haben den Streit über § 120 Abs 2 S 2 SGB V unter dem Aspekt entschieden, dass insoweit gar keine vertraglichen Beziehungen zwischen dem Kläger und der Beklagten bestehen. Ein vergleichbarer Streit kann im Rahmen der Vergütung sozialpädiatrischer Ambulanzen von vornherein nicht aufkommen, denn das Problem möglicher Doppelfinanzierungen stellt sich in diesem Kontext nicht. Hätte die beklagte AOK bei - unterstellt - der Behandlung eines bei ihr versicherten Kindes in einer sozialpädiatrischen Ambulanz außerhalb von Rheinland-Pfalz auch den Standpunkt vertreten, mit dem Träger dieser Ambulanz habe sie keinen Vertrag, wäre das tatsächlich auf die Position hinausgelaufen, dass sie die entsprechende Leistung überhaupt nicht bezahlen muss, obwohl sich aus § 120 Abs 2 S 1 SGB V - jedenfalls dem Grunde nach - eine Zahlungspflicht der jeweiligen KK ergibt. Dass der Gesetzgeber ein solches Ergebnis gewollt hat, kann ausgeschlossen werden.

26 Die Alternative zu der vom Senat für richtig gehaltenen Auslegung des § 120 Abs 2 S 2 SGB V aF im Sinne einer Verpflichtung aller KKn im Bundesgebiet durch die regionalen Vereinbarungen könnte nur darin bestehen, dass jede in § 120 Abs 2 S 1 SGB V genannte Einrichtung zumindest mit allen KKn-Verbänden im Bundesgebiet Verträge schließt. Das hält selbst die Beklagte für unrealistisch und stünde im Übrigen diametral dem Regelungskonzept gegenüber, für das sich der Gesetzgeber des HHVG bei der Neufassung des § 120 Abs 2 SGB V entschieden hat. Auch wenn diese Neufassung, worauf die Beklagte zutreffend hinweist, nicht rückwirkend in Kraft gesetzt worden ist, gibt sie doch die aktuelle Vorstellung des Gesetzgebers zur Gestaltung der Vergütungsverhältnisse im Bereich des § 120 Abs 2 SGB V wieder. Das spricht entscheidend dagegen, rückwirkend ab Juli 2005 Verträge der Träger der Hochschulambulanzen mit allen KKn in Deutschland zu fordern, obwohl der Gesetzgeber für die Zeit ab April 2017 das Erstreckungsmodell der regionalen Verträge präferiert hat.

27 3. Die Zahlungsforderung des Klägers ist entgegen der Auffassung der Beklagten auch für das Jahr 2008 nicht verjährt. Nach § 8 Abs 1 des Grundvertrages nach § 120 Abs 2 SGB V vom 14.7.2004 zwischen den Verbänden der KKn in Baden-Württemberg und dem Kläger hat die KK eine ihr übersandte Rechnung innerhalb von 30 Tagen zu begleichen (S 1). Die Verzugszinsberechnung erfolgt entsprechend der geltenden Landesregelung nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V (S 2). Nach § 19 Abs 1 dieser Landesregelung sind Verzugszinsen "ab Fälligkeit" zu zahlen. Diese Regelung ist so zu verstehen, dass die Zahlungsforderung des Klägers erst nach Ablauf von 30 Tagen nach Übersendung der Rechnung fällig wird. Die Rechnung über die Leistungen aus dem Quartal III/2008 datiert vom 12.12.2008, die verzugsauslösende Fälligkeit trat daher am 11.1.2009 ein. Das ist nach § 199 Abs 1 BGB der maßgebliche Zeitpunkt für die

Bestimmung des Jahres, nach dessen Schluss die - hier vierjährige - Verjährungsfrist zu laufen beginnt. Verjährungsrechtliche Voraussetzung der Entstehung des Anspruchs iS des § 199 Abs 1 Nr 1 BGB ist dessen Fälligkeit (*Palandt/Ellenberger, BGB, 76. Aufl 2017, § 199 RdNr 3*). Die Verjährungsfrist hat daher am 1.1.2010 begonnen und am 31.12.2013 geendet. Der Kläger hat diese Frist durch die am 26.6.2013 vorgenommene Klageerweiterung um 5273,84 Euro für Leistungen aus dem Quartal III/2008 gewahrt.

28 4. Die Zahlungsansprüche des Klägers sind für die Jahre 2006 bis 2011 in der geltend gemachten Höhe begründet. Die Vergütung der nach Nr 01708 EBM-Ä in der bis zum 31.3.2017 geltenden Fassung mit 330 Punkten bewerteten Laborleistungen im Rahmen des Neugeborenencreenings belief sich für die Jahre 2006 bis 2008 auf 11,44 Euro je Fall und ab 2009 auf 10,40 Euro. Davon ist auch das LSG ausgegangen und die Beklagte hat das nicht infrage gestellt.

29 Für das Jahr 2005 stehen dem Kläger allerdings nur 11,44 Euro pro Fall und nicht die geltend gemachten 68,62 Euro zu. Der letztgenannte Betrag entspricht der früheren sog Poliklinikpauschale, also dem Betrag, mit dem ohne Rücksicht auf den tatsächlichen Aufwand jeder Behandlungsfall in einer Hochschulambulanz vergütet wird. Die Vertragspartner in Baden-Württemberg haben nach den Feststellungen des LSG bewusst für das Jahr 2005 diesen Betrag auch für die Laborleistungen im Rahmen des Neugeborenencreenings vereinbart, um einen Finanzierungsbeitrag der KKn zum Aufbau des Labors des Klägers zu generieren. Dass die - bei isolierter Betrachtung - angemessene Vergütung dieser Leistungen deutlich niedriger war, folgt schon daraus, dass die Position 01708 EBM-Ä schon zum 1.7.2005 eingeführt worden war, die - mit 330 Punkten bewertet - bei einem realistischen Punktwert von 3,4 ct zu einem Preis von 11,30 Euro je Laboruntersuchung geführt hätte. Wegen der spezifischen Besonderheiten der im Vertrag zwischen den Verbänden der KKn in Baden-Württemberg und dem Kläger getroffenen Vereinbarungen ua zum Ausgleich des Budgets für stationäre Leistungen kann die - isoliert betrachtet - unangemessen hohe Vergütung pro Fall nicht zulasten der Beklagten gelten. Nach den Ausführungen des LSG sollte eine Art Anschubfinanzierung des Labors des Klägers gefunden und zum Ausgleich dafür das Budget für stationäre Leistungen, aus dem das Screening in der Vergangenheit bezahlt worden war, zugunsten der KKn in Baden-Württemberg vermindert werden. Eine unmittelbare wirtschaftliche Verantwortung der Beklagten für den Aufbau eines Labors für das Neugeborenencreenings beim Kläger besteht nicht, und dem Vertrag ist nicht zu entnehmen, wie sichergestellt werden könnte, dass die Vergütungen der Beklagten nicht über den Betrag hinausgehen, den die Verbände der KKn in Baden-Württemberg in ihrer Vereinbarung mit dem Kläger offenbar als ausreichend für die Anschubfinanzierung angesehen haben.

30 Der Auffassung des Klägers, der Vertrag mit den KKn-Verbänden in Baden-Württemberg müsse gleichwohl auch für das Jahr 2005 unmodifiziert zulasten der Beklagten gelten, folgt der Senat nicht. Eine Ausstrahlungswirkung des § 120 Abs 2 SGB V auf bereichsfremde KKn war bis zum

10.4.2017 nicht ausdrücklich gesetzlich bestimmt; deshalb hatten die Vertragspartner in Baden-Württemberg von vornherein keinen Anlass, eine Preisregelung zu treffen, die auch gegenüber KKn passt, für die etwa Regelungen über einen Budgetausgleich nicht eingreifen können. Das ist seit dem 11.4.2017 anders und kann künftig bei den Verträgen berücksichtigt werden. Insbesondere der Umstand, dass die Vertragspartner in Baden-Württemberg trotz des Inkrafttretens der EBM-Position 01708 zum 1.7.2005 für das gesamte Jahr 2005 auf die Pauschale zurückgegriffen haben, die mehr als fünfmal so hoch ist, zeigt, dass insoweit ein Finanzierungsbeitrag zugunsten des Klägers gewollt war, zu dem die Beklagte nicht ohne Weiteres verpflichtet war. Das hat zur Folge, dass jedenfalls die für die baden-württembergischen KKn im Vertrag vereinbarte Vergütungshöhe für 2005 die Beklagte nicht bindet. Deshalb muss zur Preisfestsetzung auf § 315 Abs 3, § 316 BGB iVm § 69 Abs 1 S 3 SGB V zurückgegriffen werden.

- 31 Danach ist, wenn eine Vergütung nicht vereinbart und einer Vertragspartei das Recht der Bestimmung der Höhe der Vergütung zugewiesen ist, eine gerichtliche Billigkeitskontrolle geboten. Hier hat mangels wirksamer Vereinbarung der Vergütungshöhe für das Jahr 2005 der Kläger grundsätzlich ein Vergütungsbestimmungsrecht, das jedoch auf den Widerspruch der Beklagten gerichtlich auf die Billigkeit seiner Ausübung hin zu überprüfen ist. Diese Kontrolle ergibt, dass jedenfalls eine Vergütung pro Screening von ca 69 Euro ersichtlich unbillig ist. Dieser Betrag macht das Sechsfache des Betrages aus, der ab 2006 vereinbart worden ist und - nach Schaffung der Nr 01708 EBM-Ä zum 1.7.2005 - ohne die Bezugnahme der Vertragspartner auf die allgemeine Pauschale für die Hochschulkliniken auch 2005 maßgebend gewesen wäre.
- 32 Die Unbilligkeit der Leistungsbestimmung durch den Kläger für das Jahr 2005 hat zur Folge, dass die Bestimmung durch das Gericht vorzunehmen ist (§ 315 Abs 3 S 2 BGB). Zentraler Ansatzpunkt für diese gerichtliche Bestimmung ist der Preis, der üblicherweise für die Leistung zu zahlen ist. Dabei kommt der Höhe der Vergütung, die der Kläger für die Laborleistungen im Rahmen des Neugeborenen Screenings bei solchen Kindern enthält, die in hauptamtlich geführten Krankenhausabteilungen geboren werden, maßgebliche Bedeutung zu. Die Leistungen, die der Kläger erbringt, unterscheiden sich nicht danach, ob der Kläger sie 2005 gegenüber Krankenhäusern mit hauptamtlich geführten Geburtshilfeabteilungen (auch außerhalb von Baden-Württemberg) oder gegenüber Belegärzten bei von diesen geleiteten Geburten erbracht hat. Deshalb hat der Senat den Kläger um Mitteilung gebeten, welche Vergütung dieser den Krankenhäusern in Rechnung gestellt hat, in deren hauptamtlich geführten gynäkologischen Abteilung Kinder geboren worden sind und die die entsprechenden Laborleistungen des Neugeborenen Screenings ebenfalls von dem Universitätsklinikum H. haben durchführen lassen.
- 33 Der Kläger hat die Frage im Schriftsatz vom 6.3.2018 ausdrücklich nicht beantwortet. Er räumt ein, dass er direkt mit den Kliniken abgerechnet hat, in deren hauptamtlich geführten Abteilungen Kinder geboren werden, weigert sich aber zu erklären, was er insoweit pro Fall im Jahr 2005 erhalten hat. Das hat zur Folge, dass kein Anlass besteht, den Rechtsstreit zur Klärung der

Angemessenheit der Vergütung im Jahr 2005 an das LSG zurückzuverweisen. Wenn der Kläger den maßgeblichen Referenzpreis nicht nennen will, auch nachdem er vom Senat darauf hingewiesen worden ist, dass es darauf ankommen kann, hat er sinngemäß auf eine weitere Sachaufklärung zur "Billigkeit" iS des § 315 Abs 3 BGB verzichtet.

- 34 Der Senat geht zugunsten des Klägers davon aus, dass die Beklagte für 2005 11,44 Euro pro Fall zahlen muss - wie für 2006 vereinbart - und nicht den von der Beklagten höchstens für zutreffend gehaltenen Betrag von 5,11 Euro. Zwar hätte sich der Kläger zur Behauptung der Beklagten, den niedrigeren Preis habe er 2002 den Krankenhäusern für jedes Labor-Screening angeboten, äußern müssen, was ebenfalls nicht geschehen ist. Selbst wenn dieser Vortrag der Beklagten deshalb als zutreffend unterstellt wird, kann der Senat nicht ausschließen, dass der niedrigere Betrag auf Besonderheiten beruht, die im Rahmen des § 120 Abs 2 SGB V keine Rolle spielen, etwa Rabatte oder Zusatzvereinbarungen. Maßgeblich ist deshalb der Preis, der sich an der punktzahlmäßigen Bewertung der Nr 01708 EBM-Ä ab 1.7.2005 orientiert.
- 35 5. Der Zinsanspruch des Klägers ergibt sich aus § 8 Abs 1 des Vertrages nach § 120 Abs 2 SGB V (Grundvertrag) für das Land Baden-Württemberg. Danach hat die KK die Rechnung innerhalb von 30 Tagen nach Rechnungsstellung zu bezahlen (S 1); für die Verzugszinsberechnung verweist S 2 auf die Landesregelung nach § 112 Abs 2 Nr 1 SGB V. § 19 Abs 3 dieser Landesregelung für die Vergütung stationärer Leistungen sieht als Zinssatz fünf Prozentpunkte über dem Basiszinssatz vor.
- 36 Diese vertragliche Vereinbarung ist hier maßgeblich. Das entspricht der Rechtsprechung des 1. Senats des BSG zur Verzinsungspflicht der KKn bei fälligen Krankenhausrechnungen, soweit entsprechende Vereinbarungen bestehen (*BSG SozR 4-2500 § 69 Nr 7; SozR 4-5562 § 11 Nr 2*). Dieser Grundsatz gilt auch, soweit von § 120 Abs 2 SGB V erfasste, ambulante Leistungen auf der Basis von vertraglichen Vereinbarungen unmittelbar von den KKn zu vergütet sind. Der Senat hält allerdings daran fest, dass Nachzahlungen vertragsärztlicher Honorare grundsätzlich nicht zu verzinsen sind, auch soweit Krankenhäuser auf gesetzlicher Grundlage an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen (*BSG SozR 4-2500 § 43b Nr 1 RdNr 52-53*). Eine solche Konstellation liegt hier nicht vor, weil die hier betroffenen Laborleistungen der Hochschulambulanzen im Rahmen des Screenings nicht von der KÄV aus der vertragsärztlichen Gesamtvergütung honoriert werden.
- 37 Soweit die Beklagte pauschal die Fälligkeit bestreitet, ist das unbeachtlich. Der Kläger hat für jede Rechnung genau das Datum, die Fälle und das Quartal bezeichnet und die Beklagte hat sich dazu nicht substantiiert geäußert.

38 6. Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs 1 SGG iVm § 155 Abs 1 VwGO. Die Kostenquote berücksichtigt, dass die Klage in Höhe von 99 550 Euro abgewiesen wurde; Zinsen wirken sich auf die Kostenquote nicht aus.