

B 6 KA 6/19 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung

6
1. Instanz
SG Marburg (HES)
Aktenzeichen
S 12 KA 616/14

Datum
18.03.2015
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KA 20/15

Datum
19.12.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 6 KA 6/19 R

Datum
13.05.2020
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Das Gericht darf einen angefochtenen Verwaltungsakt nur dann aufheben und die Sache an die Verwaltung zurückverweisen, wenn der Verwaltung eine unzureichende Aufklärung des Sachverhalts vorgeworfen werden kann.
2. Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung eines solchen Aufklärungsmangels ist regelmäßig der Zeitpunkt der Widerspruchsentscheidung.
3. Wenn ein Krankenhaus im Rahmen von Notfallbehandlungen in größerem Umfang Leistungen erbracht und abgerechnet hat, die über das begrenzte Spektrum solcher Behandlungen deutlich hinausgehen, ist die Kassenärztliche Vereinigung nicht verpflichtet, die gesamte Abrechnung von sich aus daraufhin zu überprüfen, ob einzelne Leistungen möglicherweise im Kontext der Versorgung von Notfällen erforderlich waren.
Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 19. Dezember 2018 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückverwiesen.

Gründe:

I
1

Die Beteiligten streiten um die Rechtmäßigkeit einer sachlich-rechnerischen Richtigstellung von Laborleistungen, die in der Notfallambulanz eines Krankenhauses erbracht worden sind.

2

Die Klägerin ist Trägerin eines im Bezirk der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung (KÄV) gelegenen Krankenhauses. In den Quartalen 1/2009 bis 1/2013 erbrachte sie in ihrer Notfallambulanz ambulante Leistungen für Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung und rechnete ua Laborleistungen nach Kapitel 32 des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) in einem Gesamtwert von 229 114,26 Euro als Notfalleleistungen ab. Diese Laborleistungen nahm die Beklagte von der Vergütung aus, da sie im Rahmen der Notfallbehandlung nicht berechnungsfähig seien.

3

Im Widerspruchsverfahren wies die Beklagte die Klägerin auf das Urteil des BSG vom 12.12.2012 ([B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1) hin. Nach dieser Entscheidung komme eine Vergütung für Laborleistungen allein in besonders begründeten Einzelfällen oder wenn das Krankenhaus nur als Auftragnehmer eines Überweisungsauftrages tätig werde in Betracht. Sie forderte die Klägerin auf, "substantiiert anhand der Einzelfälle die Notwendigkeit der zur Abrechnung eingereichten Laborleistungen für die Notfall-Erstversorgung darzulegen".

4

Die Klägerin trug zur Begründung ihrer Widersprüche vor, eine Kernaufgabe der interdisziplinären Notaufnahme sei die Sicherstellung einer unverzüglichen Notfalldiagnostik. Einzelne Fachgesellschaften - wie beispielsweise die Deutsche Gesellschaft für Neurologie und die Deutsche Atemwegsliga - betonten die Notwendigkeit von Labordiagnostik in der Notaufnahme. So seien beispielsweise die Bestimmung

von Serumelektrolyten, von Troponinwerten, der Kreatinkinasekonzentration, des C-reaktiven Proteins, von Leberwerten, von Lipasewerten, des Serumlaktats und der D-Dimere erforderlich. Auch gehöre zur Basisdiagnostik die Bestimmung des Blutbildes; zudem müssten Blutgasanalysen durchgeführt werden. In bestimmten Fällen könne auch eine weiterführende Labordiagnostik erforderlich werden. Laborparameter lieferten oft den entscheidenden diagnostischen Hinweis und beeinflussten daher die Entscheidung zwischen ambulanter Betreuung und stationärer Aufnahme. Die Klägerin führte ergänzend vier - nicht namentlich konkretisierte und zeitlich nicht von den strittigen Quartalen umfasste - Fallbeispiele aus dem Jahr 2014 an.

5

Die Beklagte wies die Widersprüche als unbegründet zurück (Widerspruchsbescheid vom 26.11.2014). Zwar sei nicht ausgeschlossen, dass in besonders gelagerten Einzelfällen im Notfalldienst die Erhebung von Laborwerten erforderlich sein könne. Hierzu fehle es jedoch an den notwendigen Darlegungen durch die Klägerin. Die Klägerin hatte mit ihrer Klage vor dem SG im Sinne einer Aufhebung der angefochtenen Bescheide wegen fehlender Sachverhaltsaufklärung durch die Beklagte Erfolg; im Übrigen hat das SG die Klage abgewiesen, weil gegenwärtig nicht feststehe, welche abgesetzten Laborleistungen nachzuvergüten seien (Urteil vom 18.3.2015).

6

Nachdem die Klägerin im erstinstanzlichen Klageverfahren Behandlungsunterlagen für elf Patienten eingereicht hat, nahm die Beklagte mit Bescheid vom 31.1.2017 eine (nachträgliche) sachlich-rechnerische Richtigstellung für die Quartale 3/2012 bis 1/2013 in Höhe von 203,01 Euro vor.

7

Das LSG hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 19.12.2018). Zu Recht habe das SG die Voraussetzungen des [§ 131 Abs 5 SGG](#) bejaht. Die sachlich-rechnerische Richtigstellung erfordere eine Prüfung im Einzelfall. Die Beklagte habe die Absetzung der Laborleistungen nach Kapitel 32 EBM-Ä jedoch regelhaft vorgenommen. Die Absetzung sei auch in Fällen erfolgt, in denen die Erbringung von Laborleistungen im Rahmen einer Notfallbehandlung nicht fernliege, wie etwa bei einem Infarktverdacht. Bei der Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung sei die Stufung von Mitwirkungspflichten des betroffenen Vertragsarztes bzw des Krankenhauses und der Amtsermittlungspflicht der KÄV zu beachten. Dem Vertragsarzt obliege es zunächst, die für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen notwendigen Angaben in der vorgeschriebenen Form einzureichen. Grundsätzlich gebe es aber keine Pflicht des Vertragsarztes, die Abrechnung in jedem Einzelfall von vornherein zu begründen (Hinweis auf BSG Urteil vom 1.7.1998 - [B 6 KA 48/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 75 Nr 10](#)). Formuliere die KÄV auf der Grundlage dieser Abrechnung in einzelnen Behandlungsfällen konkrete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM-Ä erfüllt sei, obliege es dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Da es aber keine allgemeine Begründungspflicht gebe, setze diese Darlegungslast erst ein, wenn die Beklagte einzelfallbezogene Zweifel formuliere. Da solche Beanstandungen hier durch die Beklagte nicht erfolgt seien, sei diese ihrer Amtsermittlungspflicht nicht gerecht geworden. Die Amtsermittlungspflicht sei auch nicht dadurch begrenzt, dass die Klägerin im Widerspruchsverfahren nur allgemeine Angaben gemacht, insbesondere nicht alle Behandlungsunterlagen vorgelegt habe. Die weiteren Ermittlungen seien auch entscheidungserheblich.

8

Die Beklagte rügt mit ihrer Revision, dass die Verurteilung zu einer weiteren Sachverhaltsaufklärung nach [§ 131 Abs 5 SGG](#) rechtsfehlerhaft erfolgt sei. Weder anhand der Ergebnisse des Verwaltungsverfahrens noch aufgrund des Vortrags der Klägerin im gesamten Klageverfahren habe sich für sie - die Beklagte - eine gesteigerte auf den Einzelfall bezogene Prüfpflicht ergeben. Eine umfangreiche Labordiagnostik gehöre nicht zur Basisversorgung im organisierten Notfalldienst. Die Klägerin habe ersichtlich keine situationsbezogene Auswahl der zu bestimmenden Laborwerte in den Behandlungsfällen vorgenommen. Vielmehr sei eine "kleine oder große Routinelabordiagnostik mit feststehenden Parametern" erfolgt. Aus den im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten elf Behandlungsfällen zeige sich, dass die Klägerin zwischen 13 und 21 Laborparameter pro Patient abgerechnet habe. Selbst die leitende Ärztin der Notaufnahme habe zu den vier davon in der Verhandlung beim SG besprochenen Fällen jeweils nur drei bis vier der erbrachten Laborleistungen als Bestandteil der Notfallversorgung für erforderlich gehalten. Zudem habe sie - die Beklagte - die Klägerin im Verwaltungsverfahren aufgefordert, substantiiert anhand der Einzelfälle zur Notwendigkeit der zur Abrechnung eingereichten Laboruntersuchungen im Hinblick auf den begrenzten Untersuchungs- und Behandlungsauftrag im Notdienst vorzutragen. Jedenfalls spätestens ab diesem Zeitpunkt sei ihre Amtsermittlungspflicht begrenzt gewesen.

9

Aber selbst wenn man die Notwendigkeit einer weiteren Sachaufklärung durch sie - die Beklagte - für erforderlich halte, hätte das LSG stärker hinsichtlich der Notwendigkeit dieser Sachaufklärung differenzieren müssen. So habe sie - die Beklagte - bereits in der Klageerwidernung darauf hingewiesen, dass auch Leistungen nach den GOP 32128 (C-reaktives Protein) und 32148 (Quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft mit apparativer Messung) sachlich-rechnerisch berichtigt worden seien. Für diese Leistungen sei bereits durch das Urteil des BSG vom 12.12.2012 ([B 6 KA 5/12 R](#) - [SozR 4-2500 § 115 Nr 1](#)) geklärt, dass diese im Regelfall nicht zur Notfall-Erstversorgung gehörten; daher liege die Darlegungspflicht für ihre Notwendigkeit bei der Klägerin. Zudem schränke der bestandskräftige Bescheid vom 31.1.2017 die Sachaufklärung ein.

10

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Hessischen LSG vom 19.12.2018 und des SG Marburg vom 18.3.2015 aufzuheben und die Klage vollumfänglich abzuweisen, hilfsweise, das Urteil des Hessischen LSG vom 19.12.2018 aufzuheben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurückzuverweisen.

11

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

12

Ob Laboruntersuchungen im Rahmen der Notfallbehandlung medizinisch notwendig seien, könne nur anhand einer Einzelfallprüfung entschieden werden. Die regelhafte Absetzung der Laborleistungen durch die Beklagte sei rechtswidrig. Eine Kürzung käme nur in Betracht, wenn die abgerechneten Laborparameter im Einzelfall die medizinische Notwendigkeit einer Notfallbehandlung überschritten hätten. Sie - die Klägerin - treffe auch keine gesteigerte Begründungspflicht bei Abrechnung dieser Leistungen. Jedenfalls aber habe die Beklagte für eine solche Begründungspflicht nicht die notwendigen Voraussetzungen geschaffen. So fehle bei der Onlineabrechnung die Möglichkeit für eine Freitexteingabe. Auch sei ihr Vorschlag, mit der Abrechnung die Patientendokumentation einzureichen, von der Beklagten abgelehnt worden. Sie sei auch nicht im Gerichtsverfahren mit weiterem Vortrag ausgeschlossen. Dies werde durch die Entscheidung des BSG vom 26.6.2019 (Hinweis auf [B 6 KA 68/17 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR 4-2500 § 106d Nr 6 vorgesehen) bestätigt.

II

13

Die zulässige Revision der Beklagten ist im Sinne der Aufhebung des Berufungsurteils und der Zurückverweisung der Sache an das LSG begründet ([§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#)).

14

A. Gegenstand des Revisionsverfahrens sind neben den Urteilen des SG und des LSG die für die Quartale 1/2009 bis 1/2013 ergangenen Honorarbescheide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26.11.2014. Der Bescheid vom 31.1.2017, mit welchem die Beklagte ua weitere Absetzungen der GOP 01210 (Notfallpauschale im organisierten Not(-fall)dienst) und GOP 01218 (Notfallkonsultationspauschale III im organisierten Not(-fall)dienst) auf Grundlage der erstinstanzlich vorgelegten Unterlagen zu elf Patienten vorgenommen hat, ist - wie das LSG zutreffend ausgeführt hat - nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens geworden. Nach [§ 96 Abs 1 SGG](#) wird nach Klageerhebung ein neuer Verwaltungsakt nur dann Gegenstand des Klageverfahrens, wenn er nach Erlass des Widerspruchsbescheides ergangen ist und den angefochtenen Verwaltungsakt abändert oder ersetzt. Ob ein Verwaltungsakt einen anderen abändert oder ersetzt, ist nach dem Regelungsgehalt beider Verwaltungsakte zu bestimmen und setzt einen Vergleich der Verfügungssätze der Bescheide voraus. Die Klägerin hat hier die Honorarbescheide nur begrenzt auf die Absetzungen von Leistungen nach Kapitel 32 EBM-Ä angefochten. Solche Berichtigungen wurden mit dem Bescheid vom 31.1.2017 nicht verändert bzw modifiziert. Dies hat die Beklagte im Termin vor dem Senat klargestellt.

15

B. Das Berufungsurteil leidet an einem von Amts wegen zu berücksichtigenden Verfahrensmangel, denn die Voraussetzungen für eine Aufhebung der angefochtenen Bescheide in Verbindung mit einer Zurückverweisung an die Verwaltung nach [§ 131 Abs 5 SGG](#) haben nicht vorgelegen. Die fehlerhafte Anwendung des [§ 131 Abs 5 SGG](#), in deren Folge eine Sachentscheidung unterblieb, ist auch in der Revisionsinstanz ohne Rüge von Amts wegen zu berücksichtigen (BSG Urteil vom 25.4.2013 - [B 8 SO 21/11 R](#) - SozR 4-3500 § 43 Nr 3 RdNr 17; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 170 RdNr 4a; Schütz in jurisPK-SGG, § 131 RdNr 69; vgl auch BSG Urteil vom 12.9.2018 - [B 4 AS 39/17 R](#) - [BSGE 126, 294](#) = SozR 4-4200 § 41a Nr 1, RdNr 13 ff). Die Beklagte beanstandet im Übrigen mit ihrer Revision ausdrücklich, dass das LSG die Anwendung des [§ 131 Abs 5 SGG](#) durch das SG gebilligt hat.

16

1. Nach [§ 131 Abs 5 Satz 1 und 5 SGG](#) (in der durch Art 8 Nr 2 des Zweiten Gesetzes zur Änderung des SGB IV und anderer Gesetze vom 21.12.2008 ([BGBl I 2933](#)) ab dem 1.1.2009 gültigen Fassung) kann das SG binnen sechs Monaten seit Eingang der Akten der Behörde bei Gericht den Verwaltungsakt und den Widerspruchsbescheid aufheben, ohne in der Sache selbst zu entscheiden, wenn es 1. eine weitere Sachaufklärung für erforderlich hält, 2. die noch erforderlichen Ermittlungen nach Art oder Umfang erheblich sind und 3. die Aufhebung auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachdienlich ist. Wie sich aus [§ 131 Abs 5 Satz 2 SGG](#) ergibt, gilt die vorgenannte Regelung auch für den hier gegebenen Fall der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage nach [§ 54 Abs 4 SGG](#).

17

Bei der Regelung in [§ 131 Abs 5 SGG](#) handelt es sich - ähnlich der in [§ 159 SGG](#), die die Zurückverweisungsbefugnis des LSG an das SG normiert - um eine Vorschrift mit Ausnahmecharakter, so dass die Tatbestandsvoraussetzungen eng auszulegen und auf besonders gelagerte Fälle beschränkt sind (vgl BSG Urteil vom 17.4.2007 - [B 5 RJ 30/05 R](#) - [BSGE 98, 198](#) = [SozR 4-1500 § 131 Nr 2](#), RdNr 19; Sächsisches LSG Urteil vom 15.12.2011 - [L 3 AS 619/10](#) - juris RdNr 17; Keller in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl 2017, § 159 RdNr 5a; Wolff-Dellen in Breitzkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl 2014, § 131 RdNr 17; Hintz/Lowe, SGG, 2012, § 131 RdNr 48; Hintz in BeckOK Sozialrecht, 56. Edition, Stand 1.3.2020, [§ 131 SGG](#) RdNr 12; Köhler, WzS 2012, 367, 370; Mey, SGB 2010, 68; zu [§ 113 Abs 3 VwGO](#) auch BVerwG Urteil vom 18.11.2002 - [9 C 2/02](#) - [BVerwGE 117, 200](#)). [§ 131 Abs 5 SGG](#) begründet eine Ausnahme von der Verpflichtung der Gerichte, die bei ihnen anhängigen Sachen grundsätzlich selbst spruchreif zu machen (BSG Urteil vom 12.9.2018 - [B 4 AS 39/17 R](#) - [BSGE 126, 294](#) = SozR 4-4200 § 41a Nr 1, RdNr 15). In Anlehnung an die Vorschriften des [§ 113 Abs 3 Satz 1 VwGO](#) und [§ 100 Abs 3 Satz 1](#) Finanzgerichtsordnung soll sie den Gerichten im Interesse einer zügigen Erledigung des Rechtsstreits eigentlich der Behörde obliegende zeit- und kostenintensive Sachverhaltsaufklärungen ersparen und einer sachwidrigen Aufwandsverlagerung entgegenwirken, wenn die noch erforderlichen Ermittlungen erheblich sind und die Aufhebung auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachdienlich ist (vgl [BT-Drucks 15/1508 S 29](#); BSG Urteil vom 12.9.2018 - [B 4 AS 39/17 R](#) - [BSGE 126, 294](#) = SozR 4-4200 § 41a Nr 1, RdNr 15).

18

[§ 131 Abs 5 SGG](#) zielt darauf ab, einer Verlagerung der Amtsermittlungspflicht der Behörde nach [§ 20 SGB X](#) in das gerichtliche Verfahren

entgegenzuwirken (vgl. Schütz in jurisPK-SGG, § 131 RdNr 59). Die Vorschrift dient nicht dazu, dem jeweils vorherigen Entscheidungsträger das eigene Verständnis von ausreichender Sachverhaltsaufklärung als verbindlich vorzuschreiben, sondern in Ausnahmefällen bei Unterschreitung der an eine Sachaufklärung zu stellenden Mindestanforderungen eine erneute Entscheidung des vorhergehenden Entscheidungsträgers nach weiteren Ermittlungen zu erwirken (Sächsisches LSG Urteil vom 15.12.2011 - [L 3 AS 619/10](#) - juris RdNr 21; Aussprache in Roos/Wahrendorf, SGG, 2014, § 131 RdNr 93; Schütz in jurisPK-SGG, § 131 RdNr 60; vgl. auch Wolff-Dellen in Breitzkreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 131 RdNr 19). Grundsätzlich soll nur ein der Behörde unterlaufener und den Sachverhalt betreffender Aufklärungsmangel und demzufolge eine sachwidrige Aufwandsverlagerung auf die Gerichte zur Zurückverweisung berechtigen (vgl. [BT-Drucks 15/1508 S 29](#); [BR-Drucks 378/03 S 67](#); BSG Urteil vom 17.4.2007 - [B 5 RJ 30/05 R](#) - [BSGE 98, 198](#) = [SozR 4-1500 § 131 Nr 2](#), RdNr 17; Dahm, RV 2014, 113, 114; Kröner/Westermeyer, SGB 2020, 204, 209). Maßgebender Zeitpunkt für die Beurteilung eines Aufklärungsmangels ist regelmäßig der Zeitpunkt der Widerspruchsentscheidung, da die Behörde spätere Entwicklungen bei ihrer Entscheidungsfindung nicht berücksichtigen konnte (vgl. Sächsisches LSG Urteil vom 15.12.2011 - [L 3 AS 619/10](#) - juris RdNr 19; Hessisches LSG Urteil vom 29.1.2019 - [L 3 U 63/18](#) - juris RdNr 23).

19

2. Ein solcher Aufklärungsmangel kann der Beklagten nicht vorgeworfen werden, denn weitere Ermittlungen durch die Beklagte waren (zumindest zum Zeitpunkt ihrer letzten Verwaltungsentscheidung am 26.11.2014) nicht erforderlich.

20

a. Grundsätzlich ist die KÄV berechtigt, Abrechnungen von Krankenhäusern über durchgeführte Notfallbehandlungen zu berichtigen, wenn Leistungen abgerechnet worden sind, die nicht zum Spektrum zulässiger Notfallbehandlungen gehören. Rechtsgrundlage der sachlich-rechnerischen Korrektur, deren Rechtmäßigkeit hier im Streit steht, ist [§ 106a Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#) (hier noch idF des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBl I 2190](#) (aF); heute [§ 106d Abs 2 Satz 1 Halbsatz 1 SGB V](#)). Danach stellt die KÄV die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte und Einrichtungen fest. Die Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen zielt auf die Feststellung, ob die Leistungen rechtmäßig, also im Einklang mit den gesetzlichen, vertraglichen oder satzungsrechtlichen Vorschriften des Vertragsarztrechts - mit Ausnahme des Wirtschaftlichkeitsgebots - erbracht und abgerechnet worden sind (vgl. BSG Urteil vom 2.4.2014 - [B 6 KA 20/13 R](#) - SozR 4-2500 § 117 Nr 6 RdNr 13; BSG Urteil vom 29.11.2017 - [B 6 KA 33/16 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 17 RdNr 19; s. auch BSG Urteile vom 24.10.2018 - [B 6 KA 45/17 R](#) - SozR 4-2500 § 135 Nr 28 RdNr 14 und - [B 6 KA 42/17 R](#) - SozR 4-2500 § 106a Nr 19 RdNr 10, zur Veröffentlichung in BSGE vorgesehen, jeweils mwN). Gegenstand der Abrechnungsprüfung ist auch die Abrechnung von Notfallbehandlungen, die durch nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende Krankenhäuser erbracht werden, da infolge der Gleichstellung der in Notfällen tätigen Krankenhäuser mit Vertragsärzten die für die Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts insoweit entsprechend gelten (BSG Urteil vom 10.12.2008 - [B 6 KA 37/07 R](#) - [BSGE 102, 134](#) = [SozR 4-2500 § 295 Nr 2](#), RdNr 14; BSG Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 3/12 R](#) - SozR 4-2500 § 75 Nr 13 RdNr 12; BSG Urteil vom 11.9.2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) - juris RdNr 15, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

21

b. Bei den Leistungen, die auf der Grundlage des [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) als Notfalleleistungen erbracht und abgerechnet werden, kann es sich nur um solche handeln, die auf die Erstversorgung ausgerichtet sind. In einer Krankenhausambulanz dürfen weder reguläre vertragsärztliche Behandlungen durchgeführt werden, die dem Umfang und der Ausrichtung nach über die Notfallversorgung hinausgehen, noch darf das Krankenhaus regulär Sprechstunden anbieten. Allein der Wunsch eines Versicherten nach einer ambulanten Behandlung im Krankenhaus verbunden mit der Geltendmachung akuten Behandlungsbedarfs stellt zu Zeiten regulärer vertragsärztlicher Sprechstunden keinen "Notfall" iS des [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) dar (BSG Urteil vom 2.7.2014 - [B 6 KA 30/13 R](#) - SozR 4-2500 § 76 Nr 2 RdNr 13; BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 68/17 R](#) - juris RdNr 21, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Ein Vergütungsanspruch besteht nur für solche diagnostischen und therapeutischen Leistungen, die entweder erforderlich sind, um zu erkennen, ob ein Notfall vorliegt, oder die ggf. für eine Erstversorgung des Patienten notwendig sind. Die Erstversorgung hat sich darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären (BSG Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1 RdNr 15; BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 68/17 R](#) - juris RdNr 23, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen; BSG Urteil vom 11.9.2019 - [B 6 KA 6/18 R](#) - juris RdNr 19, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

22

Zu den in einem Notfall medizinisch notwendigen und deshalb berechnungsfähigen Leistungen können auch Laboruntersuchungen gehören (BSG Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1). Zwar gilt dies nicht in gleicher Weise wie zB bei Röntgenuntersuchungen, weil Knochenbrüche oder der Verdacht auf solche zu den typischen Notfalldiagnosen gehören und insoweit die radiologische Untersuchung oft zwingender Bestandteil der Erstversorgung ist (vgl. BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 68/17 R](#) - juris RdNr 23, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Auch bei Laboruntersuchungen sind insoweit aber Maßnahmen denkbar, die etwa im Rahmen der chirurgischen oder internistischen Erstversorgung anfallen können (zB bei Verdacht auf Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina Pectoris). Wie der Senat bereits entschieden hat, kann selbst eine Bestimmung der Blutalkoholkonzentration oder des C-reaktiven Proteins in besonders gelagerten Einzelfällen Bestandteil einer Notfallbehandlung sein (BSG Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1 RdNr 17). Allerdings sind diese Laboruntersuchungen vom Ziel der sofortigen, aber oft nur zeitlich begrenzten Behandlung her auf Maßnahmen begrenzt, die bis zum Übergang des Patienten in die ambulante oder stationäre Regelversorgung unerlässlich sind (BSG Urteil vom 12.12.2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1 RdNr 15).

23

c. Der Umfang der in den betroffenen Quartalen von der Klägerin routinemäßig durchgeführten Laboruntersuchungen, der in den von der Beklagten berichtigten Abrechnungen dokumentiert ist, geht nach diesen Grundsätzen weit über den in der Notfallversorgung gebotenen Untersuchungsumfang hinaus. Die von der Klägerin selbst als repräsentativ für ihr Abrechnungs- und Leistungsverhalten im Klageverfahren

ausgewählten elf Beispielfälle zeigen, dass stets eine umfangreiche Labordiagnostik durchgeführt worden ist. So wurden zwischen 13 und 21 Laborparameter in der Abrechnung pro Patient angesetzt, woraus Netto-Honorarforderungen an EBM-Ä-Leistungen zwischen 12,21 Euro und 41,02 Euro resultierten. Es liegt auf der Hand, dass die Vielzahl dieser offenbar routinemäßig erhobenen Parameter nicht vom begrenzten Leistungsspektrum der Notfallbehandlungen gedeckt ist. Selbst die leitende Ärztin der Notaufnahme der Klägerin hat in der Erörterung der vier in der mündlichen Verhandlung beim SG exemplarisch besprochenen Fälle eingeräumt, dass - nach ihrer Bewertung - nur zwischen drei und vier der jeweils erbrachten Laborleistungen pro Behandlungsfall als Bestandteil einer Notfallversorgung erforderlich gewesen seien. Damit stellte sich die Situation für die Beklagte so dar, dass die ihr vorliegenden Abrechnungen überwiegend - und nicht nur in einem zu vernachlässigenden Umfang - zu Unrecht erbrachte Leistungen enthielten.

24

d. Es ist im Rahmen der Amtsermittlung nicht allein Aufgabe der beklagten KÄV, eine - wie hier - offensichtlich zumindest in wesentlichen Teilen ungerechtfertigte Abrechnung von Laborleistungen daraufhin zu überprüfen, ob einzelne Laborparameter möglicherweise auch unter Beachtung des begrenzten Leistungsspektrums von Notfallbehandlungen erhoben werden durften.

25

aa. Nach [§ 20 SGB X](#) ermittelt die Behörde den Sachverhalt von Amts wegen. Sie bestimmt Art und Umfang der Ermittlungen und ist an das Vorbringen und die Beweisanträge der Beteiligten nicht gebunden. Maßstab des Ermittlungsumfangs ist dabei die Aufklärung des entscheidungserheblichen Sachverhalts. Im Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung obliegt es grundsätzlich zunächst der KÄV, Ermittlungen zur Richtigkeit der Abrechnung durchzuführen. Bei der Ermittlung des Sachverhalts sollen die Beteiligten gemäß [§ 21 Abs 2 SGB X](#) allerdings mitwirken. Zudem sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte nach [§ 295 Abs 1a SGB V](#) verpflichtet und befugt, für die Erfüllung der Aufgaben nach [§ 106a SGB V](#) aF (jetzt [§ 106d SGB V](#)) auf Verlangen der KÄVen die für die Prüfung erforderlichen Befunde vorzulegen. Insoweit gehört die Vorlage der zur Prüfung benötigten Unterlagen zu den besonderen Mitwirkungspflichten des Vertragsarztes.

26

(1) Nach der Rechtsprechung des Senats (Beschluss vom 6.9.2000 - [B 6 KA 17/00 B](#) - juris RdNr 8) darf eine KÄV im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vom Arzt in Ansatz gebrachte Leistungen in vollem Umfang streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorliegen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lässt. Grundsätzlich muss die KÄV die Fehlerhaftigkeit der Honorarabrechnung belegen und begründen (vgl. zu den Darlegungsobliegenheiten grundsätzlich BSG Urteil vom 8.3.2000 - [B 6 KA 16/99 R - BSGE 86, 30](#) = [SozR 3-2500 § 83 Nr 1](#)). Eine Ausnahme hiervon ist allein gegeben, wenn feststeht, dass ein Arzt vorsätzlich oder zumindest grob fahrlässig falsch abgerechnet hat (zu den Auswirkungen einer falschen Abrechnungs-Sammelerklärung durch den Vertragsarzt s BSG Urteil vom 17.9.1997 - [6 RKA 86/95](#) - [SozR 3-5550 § 35 Nr 1](#) und sogleich RdNr 30). Nur in diesem Fall hat der Arzt die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen nachzuweisen.

27

(2) Wenn sich begründete Zweifel daran ergeben, dass der Tatbestand einer GOP erfüllt ist, obliegt es allerdings auch dem Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken, da ihn als Anspruchsteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft (BSG Beschluss vom 6.9.2000 - [B 6 KA 17/00 B](#) - juris RdNr 8; BSG Beschluss vom 17.3.2016 - [B 6 KA 60/15 B](#) - [BeckRS 2016, 68302](#) RdNr 11). Das gilt vor allem, wenn sich der Arzt auf für ihn günstige Tatsachen berufen will, die allein ihm bekannt sind oder nur unter seiner Mithilfe aufgeklärt werden können (BSG Beschluss vom 17.3.2016 - [B 6 KA 60/15 B](#) - [BeckRS 2016, 68302](#) RdNr 11; vgl. zur Wirtschaftlichkeitsprüfung BSG Urteil vom 21.3.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 40 mwN](#); zur Versagung des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses wegen Verletzung fehlender Mitwirkung des Krankenhauses an der Aufklärung des Sachverhalts vgl. BSG Urteil vom 22.4.2009 - [B 3 KR 24/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 109 Nr 18 RdNr 30 ff](#)). Diese - von der Darlegungs- und Feststellungslast zu trennende - besondere Mitwirkungspflicht ergibt sich daraus, dass dem Arzt ein Vergütungsanspruch nur dann zusteht, wenn er die Leistung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erbringen durfte; es ist daher seine Angelegenheit, die zur Begründung seines Anspruchs dienenden Tatsachen so genau wie möglich anzugeben und zu belegen (BSG Urteil vom 13.8.2014 - [B 6 KA 41/13 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr 46 RdNr 22](#); BSG Urteil vom 21.3.2012 - [B 6 KA 17/11 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr 35 RdNr 40](#)). Welche Angaben dabei vom Arzt erwartet werden können, hängt von den Umständen des Einzelfalles und insbesondere der Art der erbrachten Leistung ab.

28

Auch im Zuge der Prüfung der Richtigkeit der Honorarabrechnung ist der Arzt (bzw. das Krankenhaus im Rahmen der ambulanten Notfallversorgung) insoweit zur Mitwirkung verpflichtet (zu den über diese Mitwirkungspflicht noch hinausgehenden Pflichten des Arztes im Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung vgl. BSG Urteil vom 5.6.2013 - [B 6 KA 40/12 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr 41 RdNr 18](#); BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 68/17 R](#) - juris RdNr 26, zur Veröffentlichung in [SozR](#) vorgesehen). Die Ausgestaltung des Verfahrens der sachlich-rechnerischen Richtigstellung nach [§ 106a Abs 2 Satz 1 SGB V](#) (jetzt [§ 106d Abs 2 Satz 1 SGB V](#)) zielt darauf ab, unter den Bedingungen der zahlenmäßig hohen Abrechnungen durch Ärzte (bzw. Krankenhäusern im Rahmen von Notfallbehandlungen) eine für Ärzte und die KÄVen gleichermaßen tragfähige wie inhaltlich zutreffende Überprüfung der Abrechnungen sicherzustellen. Dabei ist der Arzt bei der Prüfung der Richtigkeit der Honorarabrechnung zur Mitwirkung verpflichtet, indem er bei entsprechenden Zweifeln die allein ihm bekannten Tatsachen aus seiner Sphäre vorträgt. Wenn der Arzt diesen Anforderungen nicht entspricht und wenn Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen aus diesem Grunde nicht festzustellen sind, dann geht dies zu Lasten des Arztes (vgl. zB BSG Beschluss vom 6.9.2000 - [B 6 KA 17/00 B](#) - juris RdNr 8; BSG Urteil vom 13.8.2014 - [B 6 KA 41/13 R](#) - [SozR 4-2500 § 106 Nr 46 RdNr 23](#); BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 68/17 R](#) - juris RdNr 26, zur Veröffentlichung in [SozR](#) vorgesehen).

29

(3) Nach diesen Grundsätzen ist es jedenfalls im Rahmen des [§ 20 SGB X](#) nicht allein Aufgabe der Beklagten, eine offensichtlich zumindest in wesentlichen Teilen unberechtigte Abrechnung von Laborleistungen daraufhin zu überprüfen, ob einzelne dieser Leistungen möglicherweise unter Beachtung des begrenzten Leistungsspektrums von Notfallbehandlungen erforderlich waren. Da die Beklagte die Klägerin im Verwaltungsverfahren darauf hingewiesen hat, dass die Notwendigkeit der Laboruntersuchungen im Einzelfall belegt werden muss und die Klägerin hierauf nicht mit hinreichendem Bezug zu den konkreten Umständen geantwortet und damit deutlich gemacht hat, die erforderlichen näheren Erläuterungen nicht abgeben zu wollen, war die Beklagte zur weiteren Sachaufklärung nicht verpflichtet. Schon aus diesem Grund waren die Voraussetzungen einer Zurückverweisung an die Verwaltung nach [§ 131 Abs 5 SGG](#) hier nicht erfüllt.

30

bb. Die hier zumindest in überwiegender Anzahl unberechtigten Abrechnungen der Klägerin beseitigen allerdings nicht die Wirkung der Abrechnungs-Sammelerklärung. In Fällen der Abrechnung nicht erbrachter Leistungen und einer grob fahrlässig falschen Abrechnungs-Sammelerklärung ist die KÄV zur umfassenden Berichtigung und Schätzung des dem Leistungserbringer überhaupt noch zustehenden Honorars berechtigt (BSG Urteil vom 17.9.1997 - [6 RKa 86/95](#) - [SozR 3-5550 § 35 Nr 1](#) S 5; BSG Urteil vom 15.5.2019 - [B 6 KA 63/17 R](#) - [SozR 4-2500 § 106a Nr 23 RdNr 31](#); BSG Beschluss vom 31.8.2018 - [B 6 KA 26/18 B](#) - [juris RdNr 12](#)). Beruhen unrichtige Angaben auf einem Behandlungsausweis bzw in der Honorarabrechnung auf leichter Fahrlässigkeit, beeinträchtigt dies nicht die grundsätzliche Garantiefunktion der Abrechnungs-Sammelerklärung und berechtigt lediglich zur rechnerischen und sachlichen Richtigstellung der Honorarabrechnung hinsichtlich dieser Abrechnungsfehler (BSG Urteil vom 17.9.1997 - [6 RKa 86/95](#) - [SozR 3-5550 § 35 Nr 1](#) S 5).

31

Die Berechtigung der KÄV zur umfassenden Berichtigung der Abrechnung und Schätzung des Honorars in Reaktion auf eine vorsätzlich oder grob fahrlässig falsch abgegebene Abrechnungs-Sammelerklärung besteht jedenfalls in der hier zu beurteilenden Fallkonstellation nicht. Die Klägerin hat zwar zahlreiche Laborleistungen wegen der Überschreitung des begrenzten Behandlungsumfanges bei Notfällen unberechtigt abgerechnet, diese Leistungen aber tatsächlich erbracht. Das steht der Abrechnung tatsächlich nicht erbrachter Leistungen unter dem Aspekt des Wegfalls der Garantiewirkung der Abrechnungs-Sammelerklärung nicht gleich. Die KÄV ist vielmehr in einem solchen Fall gehalten, dem Leistungserbringer Gelegenheit zu geben, seine Abrechnung näher zu begründen, vor allem in Behandlungsfällen, in denen weder die "Zulässigkeit" noch die "Unzulässigkeit" von Laboruntersuchungen im Rahmen der Notfallbehandlung offensichtlich ist.

32

C. Der Senat hat die Sache daher nach [§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG](#) zurückverwiesen.

33

1. Die Zurückverweisung erfolgt an das LSG. Eine Zurückverweisung vom BSG an das SG ist im Gesetz ausdrücklich nur für den Fall der Sprungrevision vorgesehen ([§ 170 Abs 4 Satz 1 SGG](#)). Das BSG hat darüber hinaus eine Zurückverweisung an das SG für möglich erachtet, wenn das Revisionsgericht zugleich die Kompetenz des LSG zur Zurückverweisung an das SG ([§ 159 Abs 1 SGG](#)) wahrnimmt (BSG Urteil vom 12.3.1981 - [11 RLw 1/80](#) - [BSGE 51, 223](#), 226 = [SozR 1500 § 78 Nr 18](#) S 31; BSG Urteil vom 23.6.1981 - [7 RAr 31/80](#) - [SozR 1500 § 136 Nr 6 S 7](#); vgl auch BSG Urteil vom 13.5.1998 - [B 6 KA 31/97 R](#) - [BSGE 82, 150](#), 157 = [SozR 3-1500 § 60 Nr 4](#) S 19). Zu einer solchen weitergehenden Zurückverweisung besteht im vorliegenden Fall schon deswegen kein Anlass, weil sie die Erledigung des Prozesses weiter verzögern würde (vgl BSG Urteil vom 13.5.1998 - [B 6 KA 31/97 R](#) - [BSGE 82, 150](#), 157 = [SozR 3-1500 § 60 Nr 4](#) S 19; BSG Urteil vom 24.3.1971 - [6 RKa 16/70](#) - [BSGE 32, 253](#), 255 = [SozR Nr 17 zu § 73 SGG](#)).

34

2. Eine abschließende Sachentscheidung durch den Senat kommt nicht in Betracht, weil auf Grundlage der Feststellungen des LSG nicht entschieden werden kann, ob die Voraussetzungen für die sachlich-rechnerische Richtigstellung in vollem Umfang oder nur teilweise vorgelegen haben. Erforderliche Tatsachenfeststellungen zu der Frage, ob es sich bei den abgerechneten Laborleistungen um diagnostische Maßnahmen gehandelt hat, die in einem Notfall erforderlich waren, hat das LSG - auf der Grundlage seiner Rechtsauffassung zu Recht - nicht getroffen. Das LSG muss den Sachverhalt im Hinblick auf die Richtigkeit der Abrechnungen iS des [§ 106a Abs 2 SGB V](#) aF daher noch aufklären. Dies kann wegen der Vielzahl der Fälle nur unter Mitwirkung der Beteiligten erfolgen.

35

a. Die Klägerin ist dabei mit näheren Erläuterungen zu den einzelnen Fällen im wiedereröffneten Berufungsverfahren nicht ausgeschlossen, auch wenn sie im Verwaltungsverfahren trotz Aufforderung durch die Beklagte keine einzelfallbezogenen Ausführungen gemacht und nicht hinreichend konkret vorgetragen hat.

36

Grundsätzlich ist die KÄV allerdings berechtigt, die Vergütung jedenfalls von Notfallleistungen, die üblicherweise nicht Bestandteil der Notfallversorgung sind, von der Erfüllung von Begründungsanforderungen abhängig zu machen. Die Begründung hat dann auch grundsätzlich mit der Abrechnung zu erfolgen. Voraussetzung hierfür ist aber, dass Inhalt und Umfang der Begründungspflicht klar und eindeutig geregelt worden sind (BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 68/17 R](#) - [juris RdNr 27](#), zur Veröffentlichung in [SozR](#) vorgesehen). Ohne normative Grundlage besteht im Grundsatz keine Pflicht des Vertragsarztes zur einzelfallbezogenen Begründung der in Ansatz gebrachten GOP bereits mit der Einreichung der Honorarabrechnung (BSG Urteil vom 1.7.1998 - [B 6 KA 48/97 R](#) - [SozR 3-2500 § 75 Nr 10](#) S 43 f; BSG Beschluss vom 17.3.2010 - [B 6 KA 23/09 B](#) - [juris RdNr 16](#); BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 68/17 R](#) - [juris RdNr 29](#), zur Veröffentlichung in [SozR](#) vorgesehen). Soweit entsprechende Begründungsanforderungen im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) geregelt werden, müssen diese eindeutig und verständlich formuliert sowie mit vertretbarem Aufwand umsetzbar sein. Dabei gilt: Je höher die Begründungsanforderungen sind und je eingeschränkter die Möglichkeit ist, eine unzureichende Begründung nachzuholen, desto höher sind die Anforderungen an die

Ausgestaltung der Regelung. Eine steuernde Wirkung in dem Sinne, dass die Abrechnung für Krankenhäuser so aufwändig oder unkalkulierbar ausgestaltet wird, dass die Erbringung von Notfallleistungen für diese unwirtschaftlich wird, darf mit den Begründungsanforderungen nicht verfolgt werden (BSG Urteil vom 26.6.2019 - [B 6 KA 68/17 R](#) - juris RdNr 29, zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen).

37

Eine diesen Anforderungen gerecht werdende Regelung zur Begründung der Erforderlichkeit der Notfallbehandlung galt für die Quartale 1/2009 bis 1/2013 im Bezirk der beklagten KÄV nicht. Im HVM finden sich keine konkreten Regelungen zur Vergütung von ambulanten Notfallbehandlungen und insbesondere dazu, welche Angaben eine Abrechnung diesbezüglich enthalten muss. Regelungen existieren allein hinsichtlich der Vergütung und Steuerung von Leistungen der Notfallbehandlung (vgl Nr 2.3.3 des HVM gemäß [§ 87b Abs 1 Satz 2 SGB V](#) iF des Beschlusses der Vertreterversammlung vom 10.3.2012, gültig ab 1.1.2012). Auch die Abrechnungsrichtlinien der Beklagten (vgl Abrechnungsrichtlinien der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen in der von der Vertreterversammlung am 20.2.2010 beschlossenen Fassung, gültig ab 1.4.2010), die auch für die in Notfällen in Anspruch genommenen Ärzte gelten (vgl Präambel Satz 2), enthalten nach den Feststellungen des LSG keine einschlägigen Vorgaben.

38

Die im Widerspruchsverfahren erfolgte Aufforderung der Beklagten an die Klägerin, die Notwendigkeit der zur Abrechnung eingereichten Laboruntersuchungen für die Notfallversorgung darzulegen, löst auch keine Präklusionswirkung aus. Für die Klägerin stand nicht fest, ob sie die Anforderungen der Beklagten mit zumutbarem Aufwand würde erfüllen können oder ob eine umfassende Dokumentation in jedem Behandlungsfall zu leisten wäre. Letzteres ist der Klägerin (auch) im Hinblick auf das Verhältnis der wirtschaftlichen Bedeutung des einzelnen Falles zum Aufwand zur Erstellung einer Dokumentation nicht zumutbar.

39

b. Das LSG wird daher zu prüfen haben, ob die abgesetzten Laborleistungen auch unter Beachtung des begrenzten Leistungsspektrums der Notfallbehandlung erforderlich waren. Maßgeblich für die Verteilung der Darlegungs- und Mitwirkungslasten sind die Grundsätze der Urteile des Senats vom 12.12.2012 ([B 6 KA 5/12 R](#) - SozR 4-2500 § 115 Nr 1) und 26.6.2019 ([B 6 KA 68/17 R](#) - zur Veröffentlichung in SozR vorgesehen). Je weniger typisch eine bestimmte Laboruntersuchung für den Versorgungsauftrag in einem Notfall ist, desto eingehender muss die Klägerin begründen, warum die Bestimmung des Laborparameters erforderlich gewesen ist. Auf der anderen Seite darf sich die Beklagte bei Leistungen, die aus medizinischen Gründen auch im Notfall erforderlich sein können, nicht auf eine Verneinung der Abrechnungsfähigkeit beschränken. Für die weitere Sachaufklärung bietet es sich an, Fall- oder Diagnosegruppen zu bilden (zB Verdacht auf Herzinfarkt, Schlaganfall, Angina Pectoris) zu denen die Klägerin erklärt, welche Laborparameter sie typischerweise für erforderlich hält, und die Beklagte dann ausführt, ob und inwieweit sie dieser Einschätzung folgt. Soweit Konsens besteht, werden weitere Ermittlungen im gerichtlichen Verfahren in der Regel nicht mehr erforderlich sein. Ergeben sich Quoten von jeweils für eine bestimmte (Verdachts-)Diagnose "zulässigen" bzw "unzulässigen" Laborleistungen, ist es nicht zu beanstanden, wenn davon auf den Umfang der insgesamt streitigen Berichtigungen in den streitbefangenen Quartalen hochgerechnet wird. So kann den Bedingungen einer Massenverwaltung angemessen Rechnung getragen werden.

40

D. Die Kostenentscheidung bleibt dem LSG im Rahmen seiner erneuten Entscheidung im wiedereröffneten Berufungsverfahren vorbehalten.
Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2020-10-26