

## L 4 KA 20/15

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Vertragsarztangelegenheiten  
Abteilung  
4  
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. Die Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung unterliegt im Verwaltungsverfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung einer Stufung von Mitwirkungspflichten des Leistungserbringers einerseits und der Amtsermittlungspflicht der Kassenärztlichen Vereinigung andererseits. Die Kassenärztliche Vereinigung genügt dem Untersuchungsgrundsatz nicht, wenn sie bei einer Rechnungslegung durch das abrechnende Krankenhaus, die den Abrechnungsrichtlinien genügt, bei Notfallbehandlungen die Vergütung von Laborleistungen regelwerkstechnisch absetzt, ohne im Einzelfall zu ermitteln.

2. Die gerichtliche Überprüfung einer quartalsgleichen sachlich-rechnerische Berichtigung ist nicht auf das Vorbringen des Leistungserbringers bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides beschränkt.

3. Das Ermessen in [§ 131 Abs. 5 SGG](#) dient allein der Sicherung richterlicher Verfahrensherrschaft. Dies begrenzt die berufsgerichtliche Überprüfung auf Ermessensfehler.

4. Zu den Voraussetzungen und der Tenorierung einer Entscheidung nach [§ 131 Abs. 5 SGG](#).  
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 18. März 2015 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den 13 Quartalen I/09 bis I/13 in Höhe von insgesamt 229.114,26 EUR netto wegen der Absetzung von im Rahmen von Notfallbehandlungen erbrachter Laborleistungen des Kapitels 32 EBM-Ä.

Die Klägerin betreibt ein Klinikum im Bereich der beklagten Kassenärztlichen Vereinigung Hessen. In den streitbefangenen Quartalen erbrachten die Ärzte der Klägerin Notfallbehandlungen, deren Vergütung die Beklagte jeweils mit Honorarbescheiden festsetzte (Bescheide vom 20. Juli 2009 für I/09, vom 11. Oktober 2009 für II/09, vom 23. Dezember 2009 für III/09, vom 27. März 2010 für IV/09, vom 29. Juni 2010 für I/10, vom 27. September 2010 für II/10, vom 28. Dezember 2010 für III/10, vom 30. März 2011 für IV/10, vom 24. Juni 2011 für I/11, vom 4. Oktober 2011 für II/11, vom 12. Januar 2012 für III/11, vom 2. April 2012 für IV/11, vom 3. Juli 2012 für I/12, vom 28. September 2012 für II/12, vom 6. Januar 2013 für III/12, vom 8. April 2013 für IV/12 und vom 15. Juli 2013, geändert durch Bescheid vom 11. September 2014 für I/13). Neben einzelnen weiteren Absetzungen setzte sie Laborleistungen des Kapitels 32 EBM-Ä ab. Zur Begründung wurde jeweils lediglich ausgeführt: "Im Rahmen einer Notfallbehandlung sind die nachfolgend aufgeführten GOP s nicht berechnungsfähig. Regel: 00000.3020VB" (in den Quartalen I/09 bis II/10 wurde als Endzahl der Regel angegeben: 302VB)."

Hiergegen legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein (eingegangen am 3. September 2009 gegen den Bescheid für I/09, am 17. Dezember 2009 gegen den Bescheid für II/09, am 18. März 2010 gegen den Bescheid für III/09, am 1. Juli 2010 gegen den Bescheid für IV/09 [irrtümlich mit I/10 bezeichnet, aber laut Telefonvermerk richtig gestellt], am 5. Oktober 2010 gegen den Bescheid für I/10, am 9. Dezember 2010 gegen den Bescheid für II/10, am 1. März 2011 gegen den Bescheid für III/10, am 1. Juli 2011 gegen den Bescheid für IV/10, am 16. Dezember 2011 gegen den Bescheid für I/11, am 10. Februar 2012 gegen den Bescheid für II/11, am 9. März 2012 gegen den Bescheid für III/11, am 18. Mai 2012 gegen den Bescheid für IV/11, am 23. August 2012 gegen den Bescheid für I/12, am 21. November 2012 gegen den Bescheid für II/12, am 22. Februar 2013 gegen den Bescheid für III/12, am 31. Mai 2013 gegen den Bescheid für IV/12 sowie am 28. August 2013 und am 13. November 2014 gegen den Bescheid bzw. Änderungsbescheid für I/13). Jeweils wurde zur Begründung ausgeführt, dass die Streichung von Laborleistungen in der Notfallbehandlung ohne Grund erfolgt sei.

Die Beklagte wies die Klägerin unter Datum vom 23. Juli 2013 auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hin und gab ihr Gelegenheit, substantiiert anhand der Einzelfälle die Notwendigkeit der von ihr zur Abrechnung eingereichten Laborleistungen für die Notfall-Erstversorgung darzulegen.

Die Klägerin trug zur Begründung ihrer Widersprüche unter Datum vom 21. November 2014 vor, eine Kernaufgabe der interdisziplinären Notaufnahme sei die Sicherstellung einer unverzüglichen Notfalldiagnostik: EKG, Labor, Sonographie, Echoröntgen, CT, Endoskopie. Auch betonten einzelne Fachgesellschaften die Notwendigkeit von Labordiagnostik in der Notaufnahme. Beispielhaft nenne die Deutsche Gesellschaft für Neurologie die Bestimmung von Blutzucker, Elektrolyten, Nierenwerten, Blutbild inklusive Thrombocytenzahl und INR als unmittelbar erforderlich in der Diagnostik zerebrovaskulärer Erkrankungen. Bei ausgewähltem Patientenkollektiv sollten darüber hinaus auch die Herzenzyme (hs-Troponin), Leberwerte, toxikologisches Screening, Leberwerte, TSH, Blutgasanalyse und Blutalkohol gemessen werden. Zum Management von ambulant erworbenen Atemwegsinfektionen sowie ambulant erworbener Pneumonie werde die Erfassung wichtiger biologischer Laborparameter empfohlen. Die Deutsche Atemwegsliga nenne die Labordiagnostik mit BSG, Blutbild, CRP, D-Dimere, Elektrolyte, Kreatinin und Blutzucker in der Versorgung von Patienten mit einer exacerbierten chronisch obstruktiven Lungenerkrankung. Zur Basisdiagnostik gehörten: Harnstoff, Kreatinin, Serumelektrolyte, Leberwerte, Lipase, CRP, INR, pTT, Kreatinkinase, Laktatdehydrogenase, C-reaktives Protein, Serumlaktat, hs Troponin, D-Dimer, Blutbild, arterielle Blutgasanalyse. In ausgewählten Patientenfällen könne auch eine weiterführende Labordiagnostik erforderlich werden. Dies werde durch die Leitlinien der verschiedenen Fachgesellschaften einwandfrei belegt. Laborparameter würden oft den entscheidenden diagnostischen Hinweis liefern und dabei die Entscheidung zwischen ambulanter Betreuung und stationärer Aufnahme beeinflussen. Zahlreiche vergleichbare Fälle würden täglich in ihrer zentralen Notaufnahme versorgt werden. Die Klägerin führte ergänzend vier Fallbeispiele aus dem Jahr 2014 an.

Die Beklagte verband alle Widerspruchsverfahren und wies mit Widerspruchsbescheid vom 26. November 2014 die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, der Notfalldienst sei nur auf die Notfall-Erstversorgung ausgerichtet. Der Arzt dürfe nicht mehr Leistungen erbringen und verordnen, als es dem Rahmen der Notfall-Erstversorgung entspreche. Der Behandlungsumfang sei beschränkt auf die Maßnahmen, die bis zum erneuten Einsetzen der Regelversorgung in den üblichen Sprechstundenzeiten erforderlich seien. Nach dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) - sei es nicht ausgeschlossen, dass in besonders gelagerten Einzelfällen im Notfalldienst die Erhebung von Laborwerten erforderlich sein könne. Wegen des Ausnahmecharakters dieser Fälle müssten die insoweit maßgeblichen medizinischen Diagnosen jedenfalls für die Abrechnungsprüfung erkennbar sein. Sie habe der Klägerin die Möglichkeit eingeräumt, anhand der Einzelfälle die Notwendigkeit der Laborleistungen für die Notfall-Erstversorgung darzulegen. Von dieser Möglichkeit habe die Klägerin keinen Gebrauch gemacht. Es sei somit nicht substantiiert dargelegt worden, dass die Erbringung der abgerechneten Laborleistungen notwendig gewesen sei.

Mit Bescheid vom 31. Januar 2017 (Bl. 310 ff. d.A.) belastete die Beklagte aufgrund einer sachlich-rechnerischen Überprüfung für die Quartale III/12 bis I/13 das Honorarkonto mit einem Korrekturbetrag in Höhe von 203,01 EUR. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass aufgrund der im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Unterlagen es an der Notfallindikation gefehlt habe (1 Fall), eine Verordnung zur Krankenhausbehandlung bereits vorgelegen habe (3 Fälle), eine Einlieferung mit dem Rettungswagen vorgelegen habe (2 Fälle) und eine Behandlung zu Sprechstundenzeiten erfolgt sei (2 Fälle).

Gegen die ursprünglichen Bescheide in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. November 2014 hat die Klägerin am 22. Dezember 2014 Klage erhoben. Sie hat vorgetragen, die Beklagte folgere aus der angeführten Entscheidung des Bundessozialgerichts eine gesteigerte Darlegungslast für den Leistungserbringer. Das Bundessozialgericht differenziere zwischen Spezial- und Basislaborleistungen. Es sei in der Entscheidung ausschließlich um Laboruntersuchungen der Blutalkoholkonzentration und des C-reaktiven Proteins gegangen. Lediglich für diese Leistungen habe das Bundessozialgericht festgestellt, dass diese nicht zur Basisversorgung des Notfalldienstes gehörten und ausgeführt, dass die Ergebnisse der Laboruntersuchungen regelmäßig erst einige Stunden später vorlägen und daher in die ambulante Weiterbehandlung fielen. Auch nur für diese Leistungen habe das Bundessozialgericht eine gesteigerte Darlegungslast festgestellt, nicht aber für Basislaborleistungen. Eine solche Darlegungslast treffe sie nicht. Insbesondere bei Basislaborleistungen, bei denen das Ergebnis sofort vorliege, sei die Sachlage eine völlig andere. Die Notwendigkeit der Laboruntersuchungen ergebe sich im Übrigen in den meisten Fällen bereits aus den Abrechnungsscheinen anhand der Diagnosen, Befunde und ICD-10-Codes. § 2 Nr. 1 der Abrechnungsrichtlinien der Beklagten schrieben vor, dass die Abrechnung nach den vorgesehenen Satzarten einzureichen sei. Ein Feld für eine besondere Begründung sei von der Beklagten nicht vorgesehen. Zu beachten sei auch, dass das Urteil des Bundessozialgerichts erst Anfang 2013 veröffentlicht worden sei. Die Entscheidung sei nicht zu erwarten gewesen. Die Klägerin hat vier aus ihrer Sicht repräsentative Patientenfälle - diese sind mit den im Widerspruchsverfahren aufgeführten Fällen identisch - aufgeführt. Nach Kap. II Nr. 1.2.4 EBM-Ä dürften Notfallambulanzen Leistungen nur abrechnen, wenn die Erkrankung des Patienten aufgrund ihrer Beschaffenheit einer sofortigen Maßnahme bedürfe und die Versorgung durch einen Vertragsarzt entsprechend [§ 76 SGB V](#) nicht möglich und/oder aufgrund der Umstände nicht vertretbar sei. Könne ein Vertragsarzt diese Leistung in seiner Praxis nicht erbringen, bedeute dies nicht, dass die Leistung medizinisch nicht notwendig sei. Sie verweise auf verschiedene Leitlinien, die für verschiedene Befunde und Beschwerden belegten, dass und in welchem Rahmen Laboruntersuchungen vorzunehmen seien. Ferner übersende sie Auszüge aus dem "Gutachten zur ambulanten Notfallversorgung im Krankenhaus der Management Consulting C. GmbH", das auf der Grundlage der Befragung von 55 Notfallambulanzen erstellt worden sei. Die Patientenstruktur der Notfallambulanzen sei unterschiedlich zu der der Vertragsärzte. Der Patient müsse in jedem Fall dahingehend untersucht werden, ob ihm eine Verweisung an den nächsten Vertragsarzt zumutbar sei. Der Patient könne sich aussuchen, ob er eine Notfallambulanz oder einen Vertragsarzt aufsuche. Wenn sie ausführe, ein Patient mit Verdacht auf Herzinfarkt könne nicht ohne eine Bestimmung von Troponin I entlassen werden, dann könne dies auf alle entsprechenden Fälle übertragen werden. Es wäre der Beklagten im Rahmen ihrer Amtsermittlungspflicht zuzumuten, weitere Informationen anzufordern. Sie sei nicht mit weiterem Vortrag ausgeschlossen.

Die Beklagte hat auf ihre Ausführungen in dem angefochtenen Widerspruchsbescheid sowie in den jeweiligen Honorarbescheiden (Information über die wesentlichen Änderungen der Abrechnung) verwiesen. Sie sei zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung. Sie könne die Laborleistungen nicht als Notfall-Erstversorgung erkennen, weshalb sie die Klägerin zur Darlegung aufgefordert habe. Auch sie gehe davon aus, dass es entscheidend sei, ob die erhobenen Laborparameter zur Notfall-Erstversorgung gehörten. Die aus dem Jahr 2014 vorgelegten Behandlungsfälle seien nicht streitgegenständlich. Zudem folgten sie immer dem gleichen stereotypen Muster. Es würden nur einzelne Maßnahmen begründet, nicht aber der gesamte Umfang der Leistungen. Soweit ein Laborparameter im Einzelfall notwendig sein sollte, müsse dies bereits auf dem Abrechnungsschein kenntlich gemacht werden. Bei einem Herzinfarkt sei der Patient stationär aufzunehmen, so dass Laborleistungen im Rahmen des DRG zu erbringen seien. Die Klägerin sei zur Substantiierung der Notwendigkeit der

Leistungen verpflichtet. Dies könne sie im gerichtlichen Verfahren nicht nachholen. Die Abrechnung nach einem stereotypen Muster gelte auch für die vorgelegten elf Behandlungsfälle.

Insoweit hat die Beklagte mit Schriftsatz vom 13. März 2015 (Bl. 86 ff. d.A.) Abrechnungen von zehn der elf von der Klägerin angeführten Behandlungsfälle vorgelegt, die auch Leistungen nach dem Kapitel 32 EBM-Ä betrafen, dem Gericht übersandt, nämlich: Name des Patienten Quartal Angegebene Diagnose D., D. III/12 M54.2 G Zervikalneuralgie E., E. IV/12 R11 G Übelkeit und Erbrechen F., F. IV/12 R10.3 G Schmerzen mit Lokalisation in anderen Teilen des Unterbauches G., G. III/12 Z03.4 G Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt H., H. III/12 I80.28 G Thrombose, Phlebitis und Thrombophlebitis sonstiger tiefer Gefäße der unteren Extremitäten I., I. III/12 R06.4 G Hyperventilation J., J. III/12 I80.8 G Thrombose, Phlebitis sonstiger Lokalisationen K., K. III/12 I20.0 G Instabile Angina pectoris, Z03.4 G Beobachtung bei Verdacht auf Herzinfarkt L., L. II/12 I21.9 A Akuter Myokardinfarkt, nicht näher bezeichnet M., M. III/12 R06.0 G Dyspnoe

Das Sozialgericht hat durch Urteil vom 18. März 2015 die Honorarbescheide für die Quartale I/09 bis I/13 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. November 2014 aufgehoben, soweit Laborleistungen nach Kapitel 32 abgesetzt worden sind. Die zulässige Klage sei zum Teil begründet. Die Honorarbescheide für die Quartale I/09 bis I/13 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. November 2014 seien wegen fehlender Sachaufklärung der Beklagten insoweit aufzuheben gewesen, als Laborleistungen nach Kapitel 32 EBM abgesetzt worden seien. Die Klage sei im Übrigen abzuweisen gewesen, weil gegenwärtig nicht feststehe, welche abgesetzten Laborleistungen nachzuvergüten seien.

Halte das Gericht eine weitere Sachaufklärung für erforderlich, könne es nach [§ 131 Abs. 5](#) Sätze 1, 2 und 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG), ohne in der Sache selbst zu entscheiden, den Verwaltungsakt und den Widerspruchsbescheid aufheben, soweit nach Art oder Umfang die noch erforderlichen Ermittlungen erheblich seien und die Aufhebung auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachdienlich sei. Satz 1 gelte auch bei Klagen auf Verurteilung zum Erlass eines Verwaltungsakts und bei Klagen nach § 54 Abs. 4; § 131 Absatz 3 sei entsprechend anzuwenden. Eine Entscheidung nach Satz 1 könne nur binnen sechs Monaten seit Eingang der Akten der Behörde bei Gericht ergehen.

Im Rahmen der sachlich-rechnerische Berichtigung könne die Beklagte auch überprüfen, ob die Grenzen einer Notfall-Erstversorgung eingehalten seien (Hinweis auf BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#) -). Eine sachlich-rechnerische Berichtigung erfolge grundsätzlich im Einzelfall. Komme eine generelle Erbringung oder Abrechnung der Leistung nicht in Betracht, z. B. im Falle eines Leistungsausschlusses nach den Gebührenregelungen oder bei Fehlen einer Abrechnungsberechtigung, so könne nach Auffassung der Kammer eine allgemeine ("maschinelle") Berichtigung erfolgen, ohne dass im Einzelfall auf den Behandlungsfall hinzuweisen und die Absetzung zu begründen sei. In diesen Fällen reiche es aus, unter Hinweis auf den allgemeinen Absetzungsgrund die Anzahl der abgesetzten Leistungen im Honorarbescheid aufzuführen. In dieser Weise sei die Beklagte hinsichtlich sämtlicher Laborleistungen der Klägerin verfahren. Sie habe in den Honorarbescheiden zu den Absetzungen lapidar bemerkt: "Im Rahmen einer Notfallbehandlung sind die nachfolgend aufgeführten GOP'en nicht berechnungsfähig. Regel: 00000.3020VB"; in den Quartalen I/09 bis II/10 sei als Endzahl der Regel angegeben worden: 302VB. Dies halte die Kammer allerdings für unzulässig, da ein allgemeiner Leistungsausschluss von Laborleistungen im Rahmen einer Notfallbehandlung weder nach gesetzlichen oder untergesetzlichen Gebührenregelungen oder nach der genannten Rechtsprechung bestehe. Eine besondere Begründungspflicht für die Erbringung von Laborleistungen bestehe nicht, auch nicht im Rahmen einer Notfallbehandlung. Sie sei weder aus dem EBM noch aus sonstigen normativen Regelungen herzuleiten. Nach der Regelstechnik des EBM enthielten entweder die Legenden der jeweiligen Leistungen die Bestimmung, dass die Leistung nur bei Angabe einer Begründung bzw. einer besonderen Begründung abgerechnet werden könne, oder die zusätzlichen Abrechnungsvorschriften des EBM forderten die Angabe einer Begründung. Ein genereller Ausschluss der Laborleistungen im Rahmen einer Notfallbehandlung bestehe auch nicht aus denklögen Gründen, sondern sei letztlich eine Frage des Einzelfalls. Dies habe die Erörterung beispielhafter Einzelfälle in der mündlichen Verhandlung nochmals nachdrücklich gezeigt. Das Fehlen einer eindeutigen fallbezogenen Zuordnung habe sich in der mündlichen Verhandlung z. B. auch bei Erörterung des Beispielfalls Nr. 11 gezeigt. Erst nach einer genauen Durchsicht des von der Beklagten vorgelegten Abrechnungsscheins mit den Kürzungen habe die Kammer feststellen können, dass in diesem Behandlungsfall kein CK (Kreatinkinase) abgerechnet worden sei. Von daher habe die Beklagte grundsätzlich eine Einzelfallprüfung vorzunehmen. Zu dieser gehöre als erster Schritt die Benennung des Behandlungsfalls, der Diagnose und des Absetzungsgrundes. Dabei stehe es der Beklagten frei, bei sich wiederholenden Absetzungsgründen auf eine allgemeine Begründung oder auf allgemeine Begründungselemente zu verweisen. Die Beklagte könne nicht auf eine generelle und vollständige Beweislastumkehr verweisen.

Eine Kassenärztliche Vereinigung dürfe im Wege der sachlich-rechnerischen Richtigstellung vom Arzt in Ansatz gebrachte Leistungen in vollem Umfang streichen, wenn deren Voraussetzungen erweislich nicht vorlägen oder ihr Vorliegen sich im Einzelfall nicht nachweisen lasse. Diese Berechtigung bestehe unabhängig davon, ob die Nichterfüllung der Leistungslegende nur in Einzelfällen oder in vielen Fällen im Streit sei. Grundsätzlich müsse die Kassenärztliche Vereinigung die Fehlerhaftigkeit der Honorarabrechnung beweisen. Eine Ausnahme hiervon sei allein gegeben, wenn feststehe, dass ein Arzt vorsätzlich oder zumindest grob fahrlässig falsch abgerechnet habe. Nur in diesem Fall habe der Arzt die ordnungsgemäße Erbringung der abgerechneten Leistungen nachzuweisen (Hinweis auf BSG, Urteil vom 8. März 2000 [B 6 KA 16/99 R](#) – Rn. 32). Können sich die Kassenärztliche Vereinigung eine solche Überzeugung von der Fehlerhaftigkeit der Abrechnung nicht bilden, könne der erforderliche Nachweis nicht durch eine "Vermutung" ersetzt und der Nachweis der ordnungsgemäßen Abrechnung im Wege der Beweislastumkehr auf den Vertragsarzt verlagert werden (Hinweis auf BSG, Urteil vom 8. März 2000 – [B 6 KA 16/99 R](#) – Rn. 38).

Die Kammer gehe davon aus, dass die vollständige Leistungserbringung grundsätzlich bereits mit der Abrechnung nachzuweisen sei, was im Regelfall allein mit der Abrechnung bzw. durch sie geschehe. Weitere Nachweise seien abgesehen von speziellen Abrechnungsvoraussetzungen oder Abrechnungsnachweisen nicht erforderlich. Bei Zweifeln an der ordnungsgemäßen Leistungserbringung werde der Vertragsarzt wieder auf die ursprüngliche Position eines Leistungserbringers zurückgeworfen, auch die ordnungsgemäße Erbringung seiner Leistungen nachzuweisen. Es handele sich hierbei um ein bloßes Tatsachenvorbringen. Ergäben sich in einzelnen Behandlungsfällen begründete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt sei, weil der abrechnende Vertragsarzt den Inhalt der Leistungslegende verkannt habe, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken. Da ihn als Anspruchssteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch treffe, liege eine derartige Mitwirkung in seinem eigenen Interesse. Es bestehe lediglich keine generelle Pflicht eines Vertragsarztes zur Abgabe einer einzelfallbezogenen Begründung für jede abgerechnete Leistung, auch habe eine Kassenärztliche Vereinigung nicht die Befugnis, schon nach bloßer Durchsicht der Honorarabrechnung auf ihre Plausibilität hin Honoraranforderungen

pauschal zu kürzen (Hinweis auf BSG, Beschluss vom 6. September 2000 – [B 6 KA 17/00 B](#) – juris Rn. 8).

Soweit die Klägerin im gesamten Verwaltungsverfahren keine Begründung zum Ansatz der Laborleistungen im Einzelfall abgegeben habe, sei die Klage entgegen der Auffassung der Beklagten nicht schon aus diesem Grund abzuweisen gewesen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts müssten wegen des Ausnahmeharakters der Erbringung von Laborleistungen, jedenfalls soweit sie seinerzeit streitgegenständlich gewesen seien, die insoweit maßgeblichen medizinischen Diagnosen für die Abrechnungsprüfung erkennbar sein. Bereits aus der Anforderung der seinerzeit streitgegenständlichen Leistungen beim Krankenhauslabor oder aus der Dokumentation über die Notfallbehandlung – anhand der dokumentierten Befunde und/oder Diagnose – müssten sich die für diese ungewöhnliche Diagnostik im Notfalldienst maßgeblichen Umstände ergeben; möglicherweise reiche es auch aus, wenn die nähere Begründung im Verfahren des Widerspruchs gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung nachgeliefert werde. Jedenfalls dürfe eine solche Substantiierung vom Leistungserbringer im Notfalldienst bei der Erbringung normalerweise nur zur Regelversorgung gehöriger Leistungen gefordert werden; denn nur er sei in der Lage, die Umstände zu schildern, aus denen sich die Besonderheit des Falles ergeben könnte (Hinweis auf BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#) –, Rn. 17). Hinsichtlich der Substantiierungspflicht könne die Kammer der genannten Rechtsprechung nicht entnehmen, dass ein Vortrag im gerichtlichen Verfahren unzulässig sein solle. Anders als im Terminbericht heiße es in der Entscheidung selbst, wie bereits zitiert (a.a.O. Rn. 17), möglicherweise würde es auch ausreichen, wenn die nähere Begründung im Verfahren des Widerspruchs gegen die sachlich-rechnerische Richtigstellung nachgeliefert werde. Insofern gehe die Kammer davon aus, dass die Substantiierungspflicht auf die Inhalte und damit den Nachweis der korrekten Leistungserbringung und nicht auf den Zeitpunkt des Vortrags zu beziehen ist. Wollte man die Ausführungen des Bundessozialgerichts aber im Sinne der Beklagten verstehen, so handele es sich nach Auffassung der Kammer um eine Abkehr von der bisherigen Rechtsprechung, die frühestens mit Veröffentlichung der Urteilsgründe, also nach dem hier streitgegenständlichen Zeitraum, zum Tragen käme. Dies zeige im Übrigen auch die Rechtsprechung des LSG Hessen (Zitat und Hinweis auf das Senatsurteil vom 20. März 2013 – [L 4 KA 60/10](#) – juris Rn. 32). Im Hinblick auf diese Entscheidung habe die Kammer daher ihre Auffassung, dass entsprechend den Verfahren der Wirtschaftlichkeitsprüfung auch im Verfahren der sachlich-rechnerischen Berichtigung grundsätzlich nur der Tatsachenvortrag zu berücksichtigen sei, der bereits Gegenstand des Verwaltungsverfahrens sei und die Ärzte mit neuem Sachvortrag im gerichtlichen Verfahren ausgeschlossen seien, aufgegeben. Eine Präklusionswirkung in Verfahren der sachlich-rechnerischen Richtigstellung bestehe daher nicht. Im Übrigen habe die Beklagte der Klägerin keine Frist zur abschließenden Stellungnahme gesetzt oder sie gar auf die Ausschlusswirkung hingewiesen. Dies halte die Kammer aber jedenfalls dann aus dem Gebot effektiven Rechtsschutzes und fairen Verfahrens ([Art. 19 Abs. 4 GG](#)) für erforderlich, wenn wie hier eine pauschale Leistungsabsetzung erfolge. Die Beklagte habe im Widerspruchsverfahren die Klägerin unter Datum vom 23. Juli 2013 unter Hinweis auf das Urteil des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 um Mitteilung gebeten, ob sie die Widerspruchsverfahren für erledigt erkläre und für den Fall, dass eine Rücknahme der Widersprüche für die Klägerin nicht in Betracht komme, abschließend Gelegenheit gegeben, substantiiert anhand der Einzelfälle die Notwendigkeit der zur Abrechnung eingereichten Laborleistungen für die Notfall-Erstversorgung darzulegen. Eine Frist zur Stellungnahme habe sie weder in diesem noch in einem anderen Schreiben gesetzt. Daraufhin sei das Schreiben der Prozessbevollmächtigten der Klägerin unter Datum vom 21. November 2014 zur Begründung der Widersprüche ergangen, das aber dem Widerspruchsausschuss nicht mehr vorgelegt worden sei. Die Beklagte habe der Klägerin hierzu im Schreiben vom 1. Dezember 2014 mitgeteilt, dass der Widerspruchsausschuss über die hier streitbefangenen Quartale bereits in seiner Sitzung vom 5. November 2014 entschieden habe, weshalb sie die Begründung den Widerspruchsverfahren für die Folgequartale ab II/13 zuordnen werde.

Der Umfang der noch erforderlichen Ermittlungen sei erheblich. Dies werde schon deutlich durch die mündliche Verhandlung. Auf Anfrage der Kammer habe die Klägerin Unterlagen zu elf Behandlungsfällen zur Gerichtsakte gereicht, zu zehn Behandlungsfällen habe die Beklagte die dazu gehörigen Abrechnungsscheine mit den vorgenommenen Berichtigungen eingereicht. In der annähernd zweistündigen Verhandlung hätten nicht alle diese Behandlungsfälle besprochen werden können, lediglich drei Behandlungsfälle hätten im Einzelnen besprochen werden können, da es bereits an einer strukturierten Verwaltungsentscheidung gefehlt habe. So habe sich z. B. im Behandlungsfall 11 ergeben, dass eine CK (Kreatinkinase) wohl erbracht, aber nicht abgerechnet und damit nicht abgesetzt worden sei. Der Umfang der Ermittlungen zeige sich nicht nur in der Vielzahl der Fälle, sondern auch darin, dass letztlich nur bei Würdigung des Einzelfalles eine Entscheidung über die unmittelbare Notwendigkeit getroffen werden könne. Kritisch sehe die Kammer lediglich den routinemäßigen Ansatz der Laborleistungen an, was in der mündlichen Verhandlung seitens der Klägerin z. T. eingeräumt worden sei, auch dadurch, dass diese darauf hingewiesen habe, zwischenzeitlich die üblichen Laborparameter enger gefasst zu haben. Den Nachweis von Troponin, der im Blut einen Herzmuskelschaden anzeigen kann, halte die fachkundig mit zwei Vertragsärzten besetzte Kammer im Regelfall, jedenfalls aber in den hier besprochenen Behandlungsfällen, zum Ausschluss eines Myokardinfarkts für unerlässlich, weshalb der auch im ärztlichen Bereitschaftsdienst vorgenommen werde. Dennoch habe die Beklagte offensichtlich auch diese Leistung generell abgesetzt. Im Fall Nr. 4 halte die Kammer eine Blutgasanalyse für notwendig. Im Fall Nr. 8 seien aufgrund der klinischen Voruntersuchung ein Liquor, das CRP (C-reaktive Protein) und ein kleines Blutbild nachvollziehbar.

Die Entscheidung der Kammer habe auch ergehen können, weil die Akten der Behörde bei Gericht erst am 15. Januar 2015 und damit vor weniger als sechs Monaten eingegangen seien. Eine weitere Sachaufklärung sei auch notwendig. Bereits die fehlende Benennung der Behandlungsfälle verhindere eine Überprüfung der Kammer. Aufgrund der fehlenden Benennung der Behandlungsfälle sei auch bisher eine ausreichende Anhörung unterblieben, die die Beklagte nachholen müsse. Soweit Unterlagen zur Verfügung gestellt würden, habe sie dann in eine vertiefte Sachprüfung einzutreten und die Absetzungen zu begründen. Aus diesen Gründen sei die Zurückweisung auch sachdienlich. Ohne jegliche Vorstrukturierung der Absetzungsfälle könne eine Überprüfung durch das Gericht nicht stattfinden bzw. müsste die Kammer sämtliche Ermittlungen nachholen. Eine Entscheidung der Kammer ermögliche den Beteiligten auch die Überprüfung der Entscheidung in der Berufungsinanz, ob insbesondere seitens der Klägerin ein allgemeiner Vortrag ausreichend sei bzw. ob ein weiterer Tatsachenvortrag der Klägerin ausgeschlossen sei.

Soweit die Kammer die Klage im Übrigen abgewiesen habe, habe sie zum Ausdruck bringen wollen, dass gegenwärtig kein Vergütungsanspruch festgestellt werden könne, da es insoweit an hinreichenden Ermittlungen fehle. Nach einer Neubescheidung stehe es der Klägerin jedenfalls frei, gegebenenfalls neu die Vergütung der dann wieder bzw. noch abgesetzten Leistungen einzuklagen.

Die Kammer erlaube sich im Hinblick darauf, dass in drei der elf vorgelegten Behandlungsfälle eine Verordnung von Krankenhausbehandlung vorgelegen habe, vorsorglich den Hinweis, dass in diesen Fällen eine vertragsärztliche Vergütung generell ausscheidet, da es sich um Krankenhausbehandlung nach [§ 115a Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) handele. Nach der Rechtsprechung des 1. Senats



des Bundessozialgerichts, der sich die Kammer anschließe, habe der Vertragsarzt zur Unterstützung der Diagnostik und Therapie, der Vermeidung von Doppeluntersuchungen und der Verkürzung der Verweildauer im Rahmen der Krankenhausbehandlung der Verordnung von Krankenhausbehandlung die für die Indikation der stationären Behandlung des Patienten bedeutsamen Unterlagen hinsichtlich Anamnese, Diagnostik und ambulanter Therapie beizufügen, soweit sie ihm vorlägen. Ergebe sich daraus ohne Weiteres, dass der Vertragsarzt pflichtwidrig die notwendige vertragsärztliche Diagnostik nicht ausgeschöpft habe, sodass das Krankenhaus den Versicherten zumutbar und kunstgerecht hierauf verweisen kann, habe das Krankenhaus hiernach zu verfahren und eine vorstationäre Abklärung der Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit abzulehnen. In einem solchen Fall könne das Krankenhaus keine vorstationäre Vergütung beanspruchen. Lasse der bei Aufnahme des Patienten zur vorstationären Abklärung dem aufnehmenden Arzt verfügbare Wissens- und Kenntnisstand demgegenüber keine Verweisung des Patienten auf notwendige vertragsärztliche Diagnostik zu, sondern erfordere er den Eintritt in eine Untersuchung, begründe dies zugleich den Anspruch auf Vergütung des Krankenhauses. Stelle sich bei der weiteren Untersuchung heraus, dass vertragsärztliche Diagnostik ausgereicht hätte, gehe dies nicht zu Lasten der Vergütung des Krankenhauses (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 21/12 R](#) –, juris Rn. 17f.).

Das Urteil ist der Beklagten am 24. März 2015 zugestellt worden.

Die Berufung der Beklagten ist am 9. April 2015 bei dem Hessischen Landesozialgericht eingegangen.

Sie trägt vor, die Klägerin sei aufgefordert worden, substantiiert anhand der Einzelfälle die Notwendigkeit der abgerechneten Laborleistungen darzulegen. Mit Schreiben vom 23. Juli 2013 sei die Klägerin auf die Entscheidung vom 12. Dezember 2012 hingewiesen worden. Die Klägerin sei ihrer Substantiierungspflicht nicht nachgekommen. Es sei der Klägerin spätestens nach dem Erhalt des Honorarbescheides für das Quartal I/09 bekannt gewesen, dass ihre im Notfall erbrachten Laborleistungen unter bloßer Zugrundelegung der von ihr eingereichten Abrechnungen regelhaft nicht vergütet werden würden. Eine entsprechende Möglichkeit zur Begründung bereits bei Abrechnung habe bereits seit dem Quartal I/09 im Begründungsfeld mit der Feldkennung 5009 bestanden. Gemessen an dem Maßstab, dass die maßgeblichen Diagnosen jedenfalls für die Abrechnungsprüfung erkennbar sein müssten, seien auch in den drei in der mündlichen Verhandlung besprochenen Fällen die Erforderlichkeit der Laborleistung nicht dargelegt. Gegenstand der sachlich-rechnerischen Berichtigung sei die regelhaft fehlende Einhaltung der immanenten Leistungsbeschränkung der ambulanten Notfallversorgung, durch "routinemäßige" Bestimmung von Laborparametern. So habe die Klägerin in der mündlichen Verhandlung den routinemäßigen Ansatz von Laborleistungen eingeräumt und zwischenzeitlich die üblichen Laborparameter enger gefasst. Die von der Klägerin exemplarisch vorgelegten Behandlungsunterlagen bestätigten diesen routinemäßigen Ansatz. Die Klägerin differenziere offensichtlich nicht danach, welche Laborleistungen im Rahmen der Notfallversorgung bis zum Wiedereinsetzen der Regelversorgung zwingend zur behelfsmäßigen Versorgung erforderlich seien.

Das Vorgehen der Klägerin anhand von Fallbeispielen sei nicht geeignet, die zunächst bei der Klägerin liegende Mitwirkungspflicht zu erfüllen. Dem Sozialgericht sei es nicht gelungen, innerhalb von zwei Stunden in drei Fällen eine abschließende Beurteilung zu treffen. Zudem sei trotz einer Auswahl von elf Fällen keiner der Beispielfälle mit dem zunächst genannten Fallbeispiel Nr. 2 vergleichbar. Es fehle an einer Möglichkeit einen Positivkatalog zu erstellen, der dem Regelwerk der Beklagten zugrunde gelegt werden könnte. Die mündliche Verhandlung vor dem Sozialgericht habe gezeigt, dass die Grenzen der Amtsermittlung erreicht seien und eine weitere Prüfung ohne vorhergehende Substantiierung durch die Klägerin unmöglich sei.

Wenn die Beklagte nicht befugt sein sollte, pauschal alle Laborleistungen abzusetzen, werde die Beklagte verpflichtet, zunächst in Vorleistung zu treten, obwohl das Teilnahmerecht der Klägerin als Notfallambulanz im Umfang einer Notfallerstversorgung bei der Abrechnung überschritten werde. Eine Prüfung auf medizinische Notwendigkeit unter Vorlage aller Behandlungsunterlagen von sämtlichen Kliniken hätte erhebliche Verzögerungen bei der Erstellung der Honorarunterlagen zur Folge, was der Pflicht zur zeitnahen Auskehrung der Gesamtvergütung widerspräche. Die Beklagte wäre letztlich allein auf die nachträgliche sachlich-rechnerische Prüfung verwiesen. Solche Prüfungsverfahren wären wirtschaftlich unmöglich.

Während Ärzte der Vergütungsgruppe "ärztlicher Bereitschaftsdienst" in den Quartalen I/09 und I/12 Laborleistungen in einer Gesamthöhe von 10.954,60 EUR bzw. 9.967,70 EUR angefordert hätten, seien in der Vergütungsgruppe "Notfallabrechnung Krankenhäuser" 360.058,70 EUR bzw. 526.542,60 EUR angefordert worden. Im Schriftsatz vom 10. Juli 2018 vertieft die Beklagte ihre Ausführungen zum wirtschaftlichen Hintergrund.

Die Beklagte ist der Rechtsauffassung, dass die Leistungspositionen 01210 bis 01218 EBM-Ä abgesehen von spezifischen diagnostischen oder therapeutischen Leistungen abschließend die Vergütung von Notfallbehandlungen regelten und deshalb eine Sperrwirkung entfalteten (Hinweis auf BSG, Urteil vom 2. Juli 2015 – [B 6 KA 30/13 R](#) –, juris Rn. 12). Auf der Grundlage des Urteils des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#) – sei die Erbringung von Laborleistungen im Notfall in der Regel nicht erforderlich und nur ausnahmsweise zu vergüten. Dies setze voraus, dass die Klägerin im Einzelfall die Notwendigkeit darlege. Es bestehe eine generelle Darlegungspflicht, die eine entsprechende Dokumentation der besonderen Umstände fordere. Auch im vom Bundessozialgericht entschiedenen Fall seien pauschal alle Leistungen nach den zwei betroffenen GOP'en ohne eine Einzelfallprüfung abgesetzt worden. Das Sozialgericht gehe zu Unrecht davon aus, dass die Beklagte verpflichtet sei, eine Einzelfallprüfung vorzunehmen. Vielmehr habe die Klägerin im Einzelfall zu begründen, warum die abgerechneten umfangreichen Laborleistungen notwendig gewesen seien. Die bloße Nennung einer ICD-Codierung sei für die Beurteilung der Notwendigkeit einer Laborleistung nicht ausreichend. Wegen des Ausnahmecharakters müssten nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die maßgeblichen Diagnosen schon für die Abrechnungsprüfung erkennbar sein. Die Darlegungspflicht folge zudem aus [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), da die Inanspruchnahme der Notfallambulanz der Krankenhäuser auch gesetzlich als Ausnahme von der Regelversorgung konzipiert sei. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Hinweis auf Urteil vom 17. September 2008 – [B 6 KA 51/07 R](#) –) sei die Behandlung im Rahmen des Notfalldienstes auf Maßnahmen beschränkt, die bis zum Übergang des Patienten in die ambulante oder stationäre Regelversorgung unerlässlich seien. Der Umfang der Diagnostik werde durch den medizinischen Bedarf und nicht durch die medizinische Infrastruktur der Praxis bestimmt, worauf auch das Bundessozialgericht hinweise. Insofern seien Notfallambulanzen und Vertragsärzte im Bereitschaftsdienst gleich zu behandeln. Die gesteigerte Darlegungspflicht gehe einher mit einer Besonderheit der Klägerin als regulärer Leistungserbringer im stationären Versorgungsbereich. Sie könne erbrachte Behandlungen auch als vorstationäre Leistungen abrechnen, während die Mitglieder der Beklagten die von ihnen erbrachten Leistungen nur bei der Beklagten als ambulante Leistungen abrechnen könnten. Zudem sei von der Klägerin darzulegen, dass sie die primäre Zuständigkeit

der Gemeinschaft der Vertragsärzte für die ambulante Versorgung der Versicherten hinreichend beachtet habe (Hinweis auf BSG, Urteil vom 17. September 2013 – [B 1 KR 21/12 R](#) –).

Nach dem Abschluss des Widerspruchsverfahrens sei entgegen der Auffassung des Sozialgerichts die Nachlieferung einer Begründung der Notwendigkeit nicht mehr möglich. Das BSG habe im Urteil vom 12. Dezember 2012 insbesondere aufgrund der angenommenen Präklusion keine Pflicht des Landessozialgerichts gesehen, die fünf Aktenordner auf passende Einzelfalldiagnosen und Unterlagen durchzusehen. Dies folge auch aus den bestehenden Gemeinsamkeiten der sachlich-rechnerischen Berichtigung mit der Wirtschaftlichkeitsprüfung im speziellen Leistungsbereich der Notfallversorgung. Die Begriffe der medizinischen Notwendigkeit und der Notwendigkeit im Sinne von [§ 12 SGB V](#) seien miteinander verknüpft. Diese Rechtsauffassung stelle keine Abkehr von der Rechtsprechung des Hessischen Landessozialgerichts dar, da diese bislang nur Sachverhalte im Rahmen der Regelversorgung und seitens zugelassener bzw. regulärer Leistungserbringer betroffen habe. Neben der schon beschriebenen immanenten Leistungsbeschränkung wohne dem Notfall auch ein situativer Moment inne, weil oft eine schnelle Entscheidung über die nur temporär durchzuführenden Behandlungsschritte vorzunehmen sei. Insoweit komme dem Arzt ein gewisser Beurteilungsspielraum zu, die Ausübung dieses Beurteilungsspielraums zu dokumentieren sei eine Aufgabe des Arztes. Die Beklagte bezieht sich hinsichtlich der Darlegungsobliegenheiten und der Präklusion auf das Urteil des Landessozialgerichts Hamburg vom 25. Februar 2015 – [L 5 KA 29/11](#) – und das Urteil des Sozialgericht Mainz vom 5. August 2015 – S 8 KA 227/13.

Die Klägerin verkenne die Unterschiede bei der Beweislastverteilung bei einer quartalsgleichen und einer nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigung. Berichtige die Beklagte die Abrechnung mit dem Honorarbescheid, indem sie Leistungsansätze streiche oder umwandle, sei der Honoraranspruch weder entstanden noch gar fällig geworden. Die Beweislast liege demnach beim Vertragsarzt. Korrigiere die Beklagte Honorarbescheid nachträglich, treffe sie die Beweislast (Hinweis auf LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 27. Juni 2016 – [L 11 KA 7/16 B ER](#), juris Rn. 31).

Entgegen der Rechtsauffassung des Sozialgerichts sei die Setzung einer Frist zur abschließenden Stellungnahme und ein Hinweis auf die Ausschlusswirkungen entbehrlich. Entgegen der Rechtsauffassung der Klägerin verstoße das Vorgehen nicht gegen das Rückwirkungsverbot (Hinweis auf LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 6. Oktober 2016 – [L 5 KA 30/15](#)).

Die hessischen Sozialgerichte entschieden zwischenzeitlich höchst unterschiedlich, ungeachtet des Hintergrundes der hiesigen Entscheidung am Maßstab nach [§ 131 Abs. 5 SGG](#), wie u.a. die Beweisaufnahme im Verfahren S 16 KA 460/15 und die Klageabweisungen in den Verfahren [S 16 KA 585/14](#) sowie den Entscheidungen der 12. Kammer des Sozialgerichts Marburg vom 21. Dezember 2017, im Senat anhängig unter L 4 KA 4/18 bis 8/18, zeigten.

Die Beklagte ist der Rechtsauffassung, die mit Bescheid vom 31. Januar 2017 korrigierten Fälle seien nicht mehr streitgegenständlich, da der Bescheid bestandskräftig geworden sei. Der Bescheid sei nicht nach [§ 96 SGG](#) Gegenstand des hiesigen Verfahrens geworden. Es handele sich um eine nachträgliche sachlich-rechnerische Richtigstellung. Es gehe nicht um die quartalsmäßige Feststellung des Teilhabeanspruchs an der vertragsärztlichen Versorgung, sondern um den anteiligen nachträglichen Verlust des Honoraranspruches und die Rückforderung. Wegen der Bestandskraft der Absetzungen der GOP 01210 bei den Patientinnen und Patienten D., M., K., G. und F. bzw. der GOP 01218 bei der Patientin I. könne ohne den Ansatz einer Grundpauschale auch keine Laborleistung abrechnungsfähig sein.

Die Beklagte beantragt,  
das Urteil des Sozialgerichts Marburg vom 18. März 2015 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,  
die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin trägt vor, die Beklagte habe die im Streit stehenden Leistungen bereits während der Abrechnungsprüfung "regelwerksmäßig" gelöscht. Sie habe überhaupt nicht ermittelt. Soweit die Beklagte beispielhaft Fälle anführe, in denen die ICD 10-Codierung nicht erkennbar sei, führe ein Verstoß gegen die Kodierpflicht nach [§ 34 Abs. 1 BMV-Ä](#) nicht zum Verlust des Vergütungsanspruches. Allein aus dem Umstand, dass nach Auffassung des Bundessozialgerichts der Notfalldienst in Arztpraxen nur zu einfachen Laborleistungen in der Lage sei, könne nicht gefolgert werden, dass die in der Notfallambulanz eines Krankenhauses mögliche Labordiagnostik nicht erforderlich sei.

Es sei unangemessen und wirtschaftlich untragbar, mit jeder Abrechnung eine ausführliche Einzelfallbegründung einreichen zu müssen. Die Beweisaufnahme im Verfahren des SG Marburg - S 16 KA 460/15 (Gutachten Anlage K 11 – Bl. 425 ff. d.A.) belege, dass sinnvoll Fallgruppen gebildet werden könnten.

Es verwundere nicht, dass die Leistungsanforderungen der Vergütungsgruppe Notfallambulanzen höher seien als im ärztlichen Bereitschaftsdienst. Patienten, die Labor- oder Röntgenleistungen benötigten, würden durch den ärztlichen Bereitschaftsdienst in der Regel an die Notfallambulanz verwiesen (Hinweis auf BSG, Urteil vom 28. Juni 2017 – [B 6 KA 12/16 R](#) – und auf das durch den vdek in Auftrag gegebene Gutachten des N-Instituts aus dem September 2016).

Die Klägerin ist der Rechtsauffassung, dass eine Vergütungspflicht für die Diagnostik bereits daraus folge, dass der Arzt einen Vergütungsanspruch dafür habe, dass er sich davon überzeugen müsse, dass der Patient nicht abgewiesen könne, weil er lediglich subjektiv eine Notfallsituation annehme (Hinweis auf BSG, Urteil vom 1. Februar 1995 [6 RKA 9/94](#) –). Die unstreitig bestehende Mitwirkungspflicht der Klägerin befreie die Beklagte nicht gänzlich von ihrer Amtsermittlungspflicht. Die Amtsermittlungspflicht ende zwar, wo die Mitwirkungspflicht der Klägerin anfangen, die Beklagte habe jedoch gar nicht ermittelt und nicht einmal dargelegt, warum sie Laborleistungen per se für nicht abrechnungsfähig halte. Aus dem Urteil des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 könne allenfalls eine gesteigerte, nicht aber ausschließliche Darlegungslast für den Leistungserbringer entnommen werden. Nachvollziehbar wäre gewesen, wenn die Beklagte atypische Fälle aufgegriffen hätte. Die Beklagte habe vielmehr ausnahmslos alle Fälle sachlich-rechnerisch korrigiert, auch die im Notfall notwendigen Leistungen. Ein solch grobes Schätzungsermessen stehe ihr nur im Rahmen der Plausibilitätsprüfung, gegebenenfalls der gemeinsamen Prüfeinrichtung im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung zu, indes nicht im Rahmen der sachlich-rechnerischen Richtigstellung. Die von der Beklagten angeführten Parallelen zur Wirtschaftlichkeitsprüfung bestünden nicht.

Entgegen der Rechtsauffassung des Sozialgerichts habe eine Krankenhauseinweisung keinen konstitutiven Charakter.

Es bestehe keine Wahlmöglichkeit zwischen vorstationärer Leistungserbringung und ambulanten Notfalleleistungen, da eine Abrechnung nach [§ 115a SGB V](#) eine Verordnung von Krankenhausbehandlung durch einen Vertragsarzt voraussetze. Zudem sei eine vorstationäre Behandlung nicht erforderlich, wenn eine vertragsärztliche Versorgung hinreichend sei. Sie verweist auf Rechtsprechung zur Abgrenzung zur stationären Behandlung nach [§ 39 SGB V](#).

Wegen des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsvorgänge der Beklagten (2 Bände), die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen. Hinsichtlich des Ergebnisses der mündlichen Verhandlung wird auf das Protokoll vom 19. Dezember 2018 verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Beklagten ist unbegründet.

I. Streitgegenstand des Berufungsverfahrens sind nur die Bescheide vom 20. Juli 2009 für das Quartal I/09, vom 11. Oktober 2009 für II/09, vom 23. Dezember 2009 für III/09, vom 27. März 2010 für IV/09, vom 29. Juni 2010 für I/10, vom 27. September 2010 für II/10, vom 28. Dezember 2010 für III/10, vom 30. März 2011 für IV/10, vom 24. Juni 2011 für I/11, vom 4. Oktober 2011 für II/11, vom 12. Januar 2012 für III/11, vom 2. April 2012 für IV/11, vom 3. Juli 2012 für I/12, vom 28. September 2012 für II/12, vom 6. Januar 2013 für III/12, vom 8. April 2013 für IV/12 und vom 15. Juli 2013, geändert durch Bescheid vom 11. September 2014 für I/13. Der Bescheid vom 31. Januar 2017, mit dem weitere Absetzungen auf der Grundlage der erstinstanzlich vorgelegten Unterlagen vorgenommen wurden, ist nicht Gegenstand des hiesigen Berufungsverfahrens geworden. Für eine Abänderung oder Ersetzung im Sinne von [§ 96 SGG](#) ist allein maßgeblich, ob sich durch die Neuregelung die Beschwer des Betroffenen verändert (stRspr; Schmidt, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG, 12. Aufl. 2017, § 96 Rn. 4b m.w.N.; zur Frage der nur teilweisen Rechtshängigkeit: Binder, in: Lütke, SGG, 5. Aufl. 2017, § 96 Rn. 4 m.w.N.). Damit kann grundsätzlich der eine sachlich-rechnerische Berichtigung ersetzender Berichtigungsbescheid nach [§ 96 SGG](#) zwar Gegenstand des Berufungsverfahrens werden (vgl. ohne Differenzierung hinsichtlich einer Ersetzung der quartalsgleichen durch eine nachträgliche Richtigstellung LSG Schleswig-Holstein, Urteil vom 28. Juni 2005 - [L 4 KA 9/05](#) -, juris Rn. 18). Hier hat allerdings die Klägerin von vornherein die Honorarbescheide bzw. die enthaltenen quartalsgleichen Berichtigungen nur begrenzt auf die Absetzungen von Leistungen nach Kapitel 32 EBM-Ä angegriffen. Solche Berichtigungen wurden mit dem Bescheid vom 31. Januar 2017 ausweislich der von der Beklagten vorgelegten Anlage B 5 (Anlage zum Bescheid) nicht verändert. Die dort vorgenommenen Absetzungen der GOP 01210 und GOP 01218 entfalten keine Tatbestandswirkung hinsichtlich des Vorliegens eines Notfalls für die im hiesigen Verfahren anhängigen Laborleistungen nach Kapitel 32 EBM-Ä.

II. Das Sozialgericht hat in prozessrechtlich wie materiell-rechtlich einwandfreier Weise die streitgegenständlichen Bescheide in der Fassung des Widerspruchsbescheides insoweit aufgehoben, als Laborleistungen nach Kap. 32 EBM-Ä abgesetzt wurden. Hält das Gericht eine weitere Sachaufklärung für erforderlich, kann es, ohne in der Sache selbst zu entscheiden, den Verwaltungsakt und den Widerspruchsbescheid aufheben, soweit nach Art oder Umfang die noch erforderlichen Ermittlungen erheblich sind und die Aufhebung auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachdienlich ist ([§ 131 Abs. 5 Satz 1 SGG](#)). Dies gilt nach [§ 131 Abs. 5 Satz 2 SGG](#) auch bei einer kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage, wie sie beim Rechtsschutz gegen quartalsgleiche sachlich-rechnerische Berichtigungen statthaft ist (Senatsurteil vom 19. Mai 2010 - [L 4 KA 79/09](#) -, juris; BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) -, juris Rn. 9 ; vgl. Scholz, in: Becker/Kingreen, SGB V, 6. Aufl. 2018, § 106d Rn. 17 m.w.N.) und wie sie erstinstanzlich auch beantragt wurde. Eine solche Entscheidung durch das Sozialgericht kann nach [§ 131 Abs. 5 Satz 5 SGG](#) nur binnen sechs Monaten seit Eingang der Akten der Behörde bei Gericht ergehen. Am Maßstab des zur Beurteilung dieser Absetzung anzuwendenden Rechts hat das Sozialgericht zu Recht eine weitere Sachaufklärung für erforderlich gehalten (dazu 1.). Auch die weiteren Voraussetzungen des [§ 131 Abs. 5 SGG](#) liegen vor (dazu 2.), so dass sich das Sozialgericht zu Recht auf die Aufhebung der Bescheide beschränkt hat, um eine erneute Entscheidung auf der Grundlage der Rechtsauffassung des Gerichts durch die Beklagte herbeizuführen (vgl. insoweit die Hinweise unter 3.).

1. Gemäß [§ 106a Abs. 1 SGB V](#) in der hier anzuwendenden, bis 31. Dezember 2016 geltenden Fassung prüfen die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Krankenkassen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnungen in der vertragsärztlichen Versorgung. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt dabei die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Nach den in den Jahren 2009 bis 2013 im Wesentlichen gleichlautenden Vorschriften in § 45 Abs. 1 und 2 BMV-Ä und § 34 EKV-Ä obliegt der Kassenärztlichen Vereinigung die Prüfung der von den Vertragsärzten vorgelegten Abrechnungen ihrer vertragsärztlichen Leistungen hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit. Die Kassenärztliche Vereinigung berichtigt die Honorarforderung des Vertragsarztes bei Fehlern hinsichtlich der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (beispielhaft § 45 Abs. 1 und 2 Satz 1 BMV-Ä in der Fassung vom 1. Januar 2011 bzw. § 34 Abs. 4 EKV-Ä). Die sachlich-rechnerische Berichtigung kann sowohl vor als auch nach Erlass des Honorarbescheids erfolgen.

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 12. Dezember 2012 [B 6 KA 3/12 R](#) -, juris Rn. 12 m.w.N). Diese Gleichstellung bewirkt nicht allein die Anwendung der für Vertragsärzte geltenden Honorarregelungen im engeren Sinne, sondern auch die entsprechende Geltung der übrigen für die Erbringung und Abrechnung von Leistungen maßgeblichen Bestimmungen des Vertragsarztrechts - einschließlich derjenigen über die Richtigstellung vertragsärztlicher Abrechnungen (BSG a.a.O., Rn. 12).

Zielrichtung der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit ist nach § 6 Abs. 1 der Richtlinien gemäß [§ 106a SGB V](#) in der ab 1. Juli 2008 bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung (RL) die rechtliche Ordnungsmäßigkeit der Leistungsabrechnung. Verstöße können z.B. darin liegen, dass die Leistung überhaupt nicht, nicht in vollem Umfang, ohne die zur Leistungsabrechnung erforderliche spezielle Genehmigung oder unter Überschreitung des Fachgebiets erbracht worden sind. Dasselbe gilt, wenn der Vertragsarzt Leistungen unter Verstoß gegen die Vorschriften über formale oder inhaltliche Voraussetzungen der Leistungserbringung durchgeführt und abgerechnet hat (LSG Hamburg, Urteil vom 25. Februar 2015 - [L 5 KA 29/11](#) -, juris Rn. 25; vgl. BSG, Urteil vom 12. Dezember 2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) -, juris Rn. 10 ff.). Sie umfasst nicht die Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung (§ 4 Abs. 2 RL).

Gemessen an diesem Maßstab unterliegt die Frage, ob sich die Erbringung von Laborleistung nach Kapitel 32 im Rahmen der Notfall-Erstversorgung hält, der Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit (dazu unter a). Sofern die Beklagte keine Plausibilitätsprüfung durchführt, handelt es sich dabei allerdings um eine einzelfallbezogene Prüfung, wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat (dazu unter b). Diese Einzelfallprüfung wurde von der Beklagten bei ihrer Vorgehensweise nicht hinreichend ausermittelt, um festzustellen, ob die Absetzungen zu Recht vorgenommen worden sind (dazu c). Diese weiteren Ermittlungen sind auch nicht wegen einer Präklusion oder einer vergleichbaren Beschränkung der Ergänzung des klägerischen Vortrags entbehrlich (dazu d).

a) Der Senat folgt den vom Bundessozialgericht im Urteil vom 12. Dezember 2012 [B 6 KA 5/12 R](#)-, juris Rn. 10 aufgestellten Rechtssätzen zur Begrenzung der Vergütung von Laborleistungen auf die Einhaltung des Rahmens einer Notfall-Erstversorgung. Zwar wird dort auch auf eine Konkretisierung des Anspruches durch einen Vertrag nach [§ 115 Abs. 1](#) i.V.m. Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und 5 SGB V Bezug genommen, der in Hessen in diesem Regelungsbereich fehlt. Der in der Sitzung überreichte Vertrag in der Fassung der Festsetzung der Landesschiedsstelle durch Beschluss vom 1. Juli 1991 weist als Rechtsgrundlage [§ 115 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V](#) aus und regelt auch nur die vor- und nachstationäre Behandlung im Krankenhaus. Nach Auffassung des Senates folgen die vom Bundessozialgericht aufgestellten Rechtssätze aber auch aus Bundesrecht, nämlich aus [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) durch die dortige auf die Notfallversorgung beschränkte Gleichstellung der Klägerin hinsichtlich der Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung.

Der Notfalldienst ist hiernach nur auf die Notfall-Erstversorgung ausgerichtet: Der Arzt darf nicht mehr Leistungen erbringen und verordnen, als es dem Rahmen der Notfall-Erstversorgung entspricht. Behandlungen im Rahmen des Notfalldienstes haben sich auf die Erstversorgung zu beschränken; sie sind darauf zu konzentrieren, Gefahren für Leib und Leben sowie unzumutbaren Schmerzen der Patienten zu begegnen sowie die Notwendigkeit einer stationären Behandlung abzuklären. Der Behandlungsumfang ist beschränkt auf die Maßnahmen, die bis zum erneuten Einsetzen der Regelversorgung in den üblichen Sprechstundenzeiten erforderlich sind. Der Umfang der Diagnostik ist auf die Erstversorgung des Patienten ausgerichtet. Befunde, die dazu nicht benötigt werden, sind im Notfalldienst nicht zu erheben. Das schließt prinzipiell weder Röntgen- noch Laboruntersuchungen aus, begrenzt diese indessen vom Ziel der sofortigen, aber oft nur zeitlich begrenzten Behandlung her auf Maßnahmen, die bis zum Übergang des Patienten in die ambulante oder stationäre Regelversorgung unerlässlich sind. Der medizinische Bedarf für die Erstversorgung und nicht die medizinische Infrastruktur der Praxis, in der der Notfalldienst angeboten wird, bestimmen den Umfang der Diagnostik. So kann ein vollwertiger Notfalldienst nach wie vor in Arztpraxen durchgeführt werden, in denen – wenn überhaupt – nur einfache Laboruntersuchungen sofort ausgeführt werden können. Schon deshalb kann eine umfangreiche Labordiagnostik nicht zur Basisversorgung im organisierten Notfalldienst gehören.

b) Da es sich hierbei nicht um einen grundsätzlichen Ausschluss der Abrechenbarkeit von Laborleistungen des Kapitel 32 EBM-Ä in der Weise handelt, dass sie von Rechts wegen nicht neben der Notfallpauschale nach 01210 ff. berechnungsfähig wären, sondern nur dann ausgeschlossen sind, wenn sich der gleichgestellte Leistungserbringer außerhalb seines Versorgungsauftrages des Notfalldienstes bewegt, erfordert die sachlich-rechnerische Berichtigung eine Prüfung des Einzelfalls in dem Sinne, dass die zur Beurteilung der Ordnungsgemäßheit der Abrechnung erforderlichen Tatsachen im Einzelfall zu ermitteln ist. Es sind also zuerst faktische Gründe, die eine "regelwerkstechnische" Berichtigung der Abrechnung ausschließen, wie sie etwa bei der Abrechnung einander ausschließender GOP'en in Betracht kommt (vgl. Steinhilper, in: Schnapp/Wigge, Handbuch des Vertragsarztrechts, 3. Aufl. 2017, § 16 Rn. 29).

In dieser Weise ist indes die Beklagte hinsichtlich sämtlicher Laborleistungen der Klägerin verfahren. Sie hat in den Honorarbescheiden zu den Absetzungen lediglich bemerkt: "Im Rahmen einer Notfallbehandlung sind die nachfolgend aufgeführten GOP'en nicht berechnungsfähig. Regel: 00000.3020VB" (in den Quartalen I/09 bis II/10 wurde als Endzahl der Regel angegeben: 302VB). Auch in Fällen, in denen die Erbringung von Laborleistungen nicht fern liegt, wie etwa eines Infarktverdachts, erfolgten die Absetzungen regelwerksartig ersichtlich ohne Prüfung des Einzelfalls. Der fachkundig mit zwei Vertragsärzten besetzte Senat schließt sich insoweit nach eigener Prüfung der Einschätzung des Sozialgerichts an, dass der Nachweis von Troponin, der im Blut einen Herzmuskelschaden anzeigen kann, in den einschlägigen erstinstanzlich besprochenen Behandlungsfällen, zum Ausschluss eines Myokardinfarkts unerlässlich ist, weshalb der auch im ärztlichen Bereitschaftsdienst vorgenommen wird.

Hinzu kommt, dass auch die Systematik der auf [§ 106a SGB V](#) a.F. aufbauenden Varianten der sachlich-rechnerischen Berichtigung einer solchen Vorgehensweise entgegensteht. Ihrem Gegenstand nach muss die Honoraranforderung eines Arztes die im Abrechnungsquartal erbrachten Leistungen einzeln und konkret nach den Gebührenordnungen aufgeschlüsselt bezeichnen. Dementsprechend haben sich die Prüfung und ggf. Beanstandung ebenfalls auf die abgerechneten Leistungen im Einzelnen und auf die Vereinbarkeit der Abrechnung mit den Gebührenordnungen zu beziehen. Die von den prüfenden Stellen gemäß [§§ 20, 21 SGB X](#) durchzuführenden Ermittlungen sind demgemäß im Grundsatz stets auf jede einzelne der abgerechneten Leistungen zu richten, haben also bei Beanstandung und Honorarkürzung hinsichtlich jeder bemängelten Leistung ausreichenden Nachweis der Tatsachen zu erbringen, die die Maßnahmen rechtfertigen (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 27. Juni 2016 [L 11 KA 7/16 B ER](#) -, juris Rn. 26). Insoweit unterscheidet sich die quartalsgleiche sachlich-rechnerische Berichtigung von der auf einer Plausibilitätsprüfung beruhenden Berichtigung und von der Wirtschaftlichkeitsprüfung (siehe zu diesen Unterschieden auch unten unter d).

c) Entgegen der Auffassung der Beklagten war die Amtsermittlungspflicht nicht dadurch begrenzt, dass die Klägerin auf die Aufforderung vom 23. Juli 2013 nur allgemeine Angaben gemacht hat, insbesondere nicht alle Behandlungsunterlagen bezüglich aller Fälle vorgelegt hat.

Die Ermittlung der ordnungsgemäßen Leistungsabrechnung bzw. des Verstoßes unterliegt im Verwaltungsverfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung einer Stufung von Mitwirkungspflichten der Klägerin einerseits und der Amtsermittlungspflicht der Beklagten andererseits, wobei in Rechtsprechung und Literatur – wie auch in der erstinstanzlichen Entscheidung – Fragen der objektiven Beweislast und Beweislastumkehr nicht immer hinreichend deutlich von der Begrenzung der Amtsermittlungspflicht der KÄV durch die Mitwirkungspflicht der Leistungserbringer abgegrenzt werden (vgl. Seifert, in: Eichenhofer/von Koppenfeld-Spies/Wenner, SGB V, 3. Aufl. 2018, § 106d Rn. 19: Beweislast beim Arzt, die aber "maßvoll zu handhaben" sei; differenzierend LSG Nordrhein-Westfalen Beschluss vom 27. Juni 2016 – [L 11 KA 7/16 B ER](#) -, juris, einerseits Rn. 26 und andererseits Rn. 27-31).

Dem Vertragsarzt – hier: der gleichgestellten Klägerin – obliegt hiernach zunächst, die für die Abrechnung der ärztlichen Leistungen notwendigen Angaben in der vorgeschriebenen Form einzureichen. Das untergesetzliche Recht zur Rechnungslegung selbst fordert zu diesem Zeitpunkt keine weitere Begründung (beispielhaft § 2 der Abrechnungsrichtlinien der Beklagten in der ab 1. April 2010 geltenden



Fassung). Soweit ab 1. Januar 2011 die Pflicht zur Online-Abrechnung eingeführt wurde ([§ 295 Abs. 4 SGB V](#)) und es dem Vertragsarzt nunmehr obliegt, vierteljährlich schriftlich die sachliche Richtigkeit seiner Abrechnung zu bestätigen (§ 35 Abs. 2 Satz 3 BMV-Ärzte in der ab 1. Januar 2011 geltenden Fassung), folgt hieraus nichts anderes. Das Bundessozialgericht betonte schon zuvor, dass der Vertragsarzt zur "peinlich genauen Abrechnung" verpflichtet sei (vgl. BSG, Urteil vom 24. November 1993 – [6 RKA 70/91](#) – juris Rn. 22). Grundsätzlich gibt es allerdings keine Pflicht des Vertragsarztes, die Abrechnung in jedem Einzelfall von vornherein zu begründen (BSG, Urteil vom 1. Juli 1998 – [B 6 KA 48/97 R](#) –, [SozR 3-2500 § 75 Nr. 10](#), juris Rn. 10); nach der Regelungstechnik der Vertragsgebührenordnungen enthalten ausnahmsweise entweder die Legenden der jeweiligen Leistungen die Bestimmung, dass die Leistung nur bei Angabe einer Begründung bzw. einer besonderen Begründung abgerechnet werden kann oder die zusätzlichen Abrechnungsvorschriften der Vertragsgebührenordnungen fordern die Angabe einer Begründung (BSG a.a.O., Rn. 10). Solche ausnahmsweise bestehenden Begründungsanforderungen hat das Bundessozialgericht auch nicht im Wege richterlicher Rechtsfortbildung im Urteil vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#) – bezüglich der dortigen Laborleistungen nach dem heutigen Kapitel 32 EBM-Ä aufgestellt; vielmehr hat es darauf hingewiesen, dass "möglicherweise" die nähere Begründung noch nachgeholt werden könne (BSG a.a.O. Rn. 17). Jedenfalls kann aus dieser Passage nicht gefolgert werden, dass die Beklagte bei fehlender Begründung beauftragt sei, Kapitel 32 regelwerkmäßig abzusetzen. Formuliert die KÄV auf der Grundlage dieser Abrechnung und gegebenenfalls hinzutretender weiterer Umstände in einzelnen Behandlungsfällen konkrete Zweifel daran, dass der Tatbestand einer Gebührenordnungsposition erfüllt ist, obliegt es auch dem betroffenen Arzt, an der Beseitigung dieser Zweifel durch sachdienliche Angaben mitzuwirken; da ihn als Anspruchsteller grundsätzlich die Feststellungslast hinsichtlich der Voraussetzungen für seinen Vergütungsanspruch trifft, liegt eine derartige Mitwirkung in seinem eigenen Interesse (BSG, Beschluss vom 6. September 2000 – [B 6 KA 17/00 B](#) – juris, Rn. 8). Da es aber keine allgemeine Begründungspflicht gibt, setzt diese Darlegungslast erst ein, wenn die Beklagte einzelfallbezogene Zweifel formuliert, die angesichts der Materie nach Auffassung des Senats bis zu einem gewissen Umfang auch fallgruppenbezogen sein können.

Aus den von der Beklagten vorgelegten zehn Abrechnungsscheinen ist nicht erkennbar, dass die formalen Anforderungen der Abrechnung nicht eingehalten worden seien. Die Abrechnungsscheine, die auch nach den Angaben des Beklagtenvertreters in der mündlichen Verhandlung den Datenstand wiedergeben, den die Beklagte von der Klägerin erhalten hat, enthalten vollständige Angaben zum Versichertenstatus des Patienten, ICD-10-Kodierung, zum Datum der Behandlung sowie zu den abgerechneten Leistungsziffern. Formale Mängel der Abrechnung werden von der Beklagten auch nicht geltend gemacht.

Bereits diese zehn exemplarischen Fälle zeigen indes, dass die Beklagte auf die Vorlage der Abrechnung mit der Angabe der ICD-10 Kodierung, Angaben zum Zeitpunkt und zum Behandelnden sowie der entsprechenden GOP'en hin konkrete Beanstandungen hätte formulieren müssen. Erst diese hätten die Klägerin verpflichtet, ihrerseits unter Vorlage von Unterlagen die Erbringung von Laborleistungen gerade als erforderlich im Rahmen der Notfall-Erstversorgung zu belegen. Die Beklagte ist damit ihrer Amtsermittlungspflicht nicht gerecht geworden.

d) Die weiteren Ermittlungen sind auch entscheidungserheblich; der Klage wäre nicht bereits deshalb der Erfolg zu versagen, weil die Klägerin mit weiterem Vorbringen auf die anzustellenden Ermittlungen der Beklagten hin präkludiert wäre. Eine solche Präklusion oder andere Begrenzung der gerichtlichen Kontrolle im Hinblick auf den zu überprüfenden Sachverhalt existiert im Verfahren der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht. Insofern gilt dasselbe, was der Senat bereits zur nachträglichen sachlich-rechnerischen Berichtigung jenseits der Plausibilitätsprüfung entschieden hat (Urteile des Senats vom 20. März 2013 – [L 4 KA 60/10](#) –, juris Rn. 30 ff. und vom 27. Mai 2015 – [L 4 KA 50/12](#) –, juris Rn. 174). Eine Parallele zur Wirtschaftlichkeitsprüfung kann nicht gezogen werden, da nur dort ein Beurteilungsspielraum der Verwaltung anzuerkennen ist, der die gerichtliche Kontrolltiefe begrenzt. Auch dort handelt es sich mangels gesetzlicher Anordnung nicht um eine Präklusion (so auch ausdrücklich BSG, Urteil vom 28. August 2013 – [B 6 KA 46/12 R](#) –, juris Rn. 32). Vielmehr können die kassenärztlichen Prüfungsgremien besondere Verhältnisse des Einzelfalls nur berücksichtigen, soweit diese für sie erkennbar oder vom Vertragsarzt geltend gemacht worden sind. Den Vertragsärzten kommt daher insoweit bereits im Verwaltungsverfahren eine besondere Mitwirkungspflicht zu. Wird dieser Mitwirkungspflicht nicht nachgekommen, so kann eine darauf beruhende Unvollständigkeit der Sachaufklärung nicht den Prüfungsgremien angelastet werden (vgl. bereits BSG, Urteil vom 8. Mai 1985 – [6 RKA 24/83](#) – juris); es handelt sich also im Bereich der Wirtschaftlichkeitsprüfung um besondere Mitwirkungsobliegenheiten, die dem Beurteilungsspielraum geschuldet sind. Der Beurteilungsspielraum dort findet seine verfassungsrechtliche Rechtfertigung am Maßstab von [Art. 19 Abs. 4 GG](#) insbesondere im unbestimmten Rechtsbegriff der Wirtschaftlichkeit in Zusammenspiel mit der pluralistischen Zusammensetzung der Prüfstelle als Expertengremium. Er findet bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung seine Begrenzung auf Fragestellungen, die gerade der Bewertung unter Heranziehung der besonderen Fachkunde der Mitglieder der Prüfungsgremien bedürfen (BSG, Urteil vom 2. November 2005 – [B 6 KA 63/04 R](#) – [BSGE 95, 199](#), zitiert nach juris Rn. 36 m.w.N.). Ein solcher Beurteilungsspielraum fehlt hier (vgl. auch allgemein zur sachlich-rechnerischen Richtigstellung BSG, Urteil vom 10. Dezember 2008 – [B 6 KA 45/07 R](#), juris Rn. 31), er wäre auch anders als bei der Wirtschaftlichkeitsprüfung jedenfalls bei den hier einschlägigen Fragestellungen im Rahmen der quartalsgleichen sachlich-rechnerischen Berichtigung nicht zu rechtfertigen. Daher lehnt auch das die Gegenauffassung vertretende Landessozialgericht Rheinland-Pfalz die Annahme eines Beurteilungsspielraums ab (Urteil vom 19. Oktober 2017 – [L 5 KA 1/17](#) –, juris Rn. 22), leitet aber die Beschränkung der gerichtlichen Überprüfung auf den Streitstand des Widerspruchsverfahrens aus einer Norm des dortigen Honorarverteilungsmaßstabs ab (LSG Rheinland-Pfalz a.a.O. Rn. 23 f.), die in Hessen fehlt. Eine entsprechende Beschränkung der gerichtlichen Kontrolle folgt schließlich auch nicht aus Rechtssätzen des Urteils des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 – [B 6 KA 5/12 R](#) – in Rn. 17. Es ist dort keine Abkehr von dem Grundsatz erkennbar, dass die besonderen Substantiierungspflichten im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren im Beurteilungsspielraum begründet sind. Die dortigen Formulierungen können entsprechend der hiesigen Senatsrechtsprechung auch in dem Sinne gelesen werden, dass einer späteren Substantiierung nur ein geringerer Beweiswert zukommt.

Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten können auch Besonderheiten der Notfallversorgung keine Abkehr von der bisherigen Senatsrechtsprechung begründen. Zwar weist die Beklagte zutreffend darauf hin dass dem Notfall auch ein situativer Moment innewohne, weil oft eine schnelle Entscheidung über die nur temporär durchzuführenden Behandlungsschritte vorzunehmen sei. Der insoweit von ihr angeführte "gewisse Beurteilungsspielraum" des Arztes, dessen Ausübung zu dokumentieren sei, ist – sofern man ihn überhaupt anerkennen sollte – kein Beurteilungsspielraum im rechtstechnischen Sinne (zu [§ 39 SGB V](#) kritisch: BSG, Beschluss vom 25. September 2007 – [GS 1/06](#) –, [BSGE 99, 111](#), zitiert nach juris Rn. 29). Zudem ist die Zeitnähe der Dokumentationserstellung und die Zeitnähe einer etwaigen Substantiierung der Voraussetzungen des Honoraranspruchs nach ständiger Senatsrechtsprechung aus den von der Beklagten genannten Gründen ein gewichtiges Kriterium im Rahmen der Beweiswürdigung. Dies schützt die öffentlichen Belange der Beklagten hinreichend.

e) Lediglich ergänzend wird darauf hingewiesen, dass sich für den Senat aus den von der Beklagten angeführten Parallelverfahren am Sozialgericht Marburg kein Widerspruch zum hiesigen Verfahren ergibt. Die Unterschiede sind rein prozessualer Natur. Hier war auf der Grundlage von [§ 131 Abs. 5 SGG](#) zu prüfen, ob die Beklagte im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren den Sachverhalt zur sachlich-rechnerischen Berichtigung hinreichend aufgeklärt hat. Dort bestand nach Ablauf der Sechsmonatsfrist des [§ 131 Abs. 5 SGG](#) für das Sozialgericht keine Möglichkeit, die Angelegenheit an die Beklagte gleichsam zurückzuverweisen. Dies hat zur Folge, dass das Gericht von Amts wegen verpflichtet ist, den Sachverhalt zu erforschen, soweit der gegenüber dem Verwaltungsverfahren vertiefte Sachvortrag hierzu Anlass bietet. Es kann nach Lage des Einzelfalls entweder eine förmliche Beweisaufnahme erforderlich werden; auch ist es im Rahmen des unter c) dargestellten gestuften Schemas von Mitwirkungs- und Ermittlungslasten in der gerichtlichen Beweisaufnahme nicht ausgeschlossen, dass dem letztlich objektiv beweisbelasteten Vertragsarzt prozessrechtskonform eine Präklusionsfrist nach [§ 106a SGG](#) gesetzt wird.

2. Das Sozialgericht hat zutreffend auch die übrigen Voraussetzungen des [§ 131 Abs. 5 SGG](#) als erfüllt angesehen.

a) Der weitere Ermittlungsaufwand ist erheblich. Bereits auf der Grundlage der exemplarisch in der erstinstanzlichen mündlichen Verhandlung und zuvor schriftsätzlich erfolgten Substantiierung der Zweifel der Beklagten konnte das Sozialgericht der Klage nicht ohne Weiteres stattgeben. Andererseits ging das Sozialgericht aus den zutreffenden ausgeführten Gründen davon aus, dass die Klägerin nicht mit der Vorlage der einzelnen Behandlungsunterlagen präkludiert war. Allein der Umfang der vielen Behandlungsfälle mit Absetzungen im oberen dreistelligen Bereich von jeweils von unterschiedlichen Laborleistungen pro Quartal, zudem bei 13 Quartalen, belegt insoweit die Erheblichkeit. Im Übrigen verweist der Senat auch insoweit auf die zutreffenden Gründe der angefochtenen Entscheidung, S. 12 und 13.

b) Die Vorgehensweise ist auch unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten sachgerecht. Die Beklagte verfügt über die Software, um die bei ihr bereits in elektronischer Form vorhandenen Abrechnungsdaten zu verarbeiten. Auf diese Weise ist es wegen der Vorstrukturierung für die Beklagte leichter, maßgebliche Zweifelsfälle, die der weiteren Ermittlung bedürfen, zu identifizieren. Damit kann es der Beklagten jedenfalls schneller und mit weniger Vorarbeiten gelingen, die notwendigen Ermittlungen nachzuholen, als es dies dem Sozialgericht möglich wäre. Auf dieser Grundlage kann dann die Klägerin entscheiden, ob sie die Auffassung der Beklagten bei etwaigen verbleibenden Absetzungen teilt oder den Rechtsweg beschreitet, wo sich dann die Auseinandersetzung auf das jeweilige Detail beschränken dürfte. Insoweit steht der unvollständigen Verwirklichung des eigentlichen Rechtsschutzinteresses der Klägerin durch die Kassation anstelle der Verurteilung zur Leistung eine Wahrung der prozessökonomischen Interessen der Klägerin gegenüber. Im Übrigen verweist der Senat auch hinsichtlich der Sachdienlichkeit auf die entsprechenden Ausführungen des Sozialgerichts auf Seite 14 der Entscheidung.

c) Das Sozialgericht hat auch innerhalb der Sechsmonatsfrist entschieden. Die Akten der Beklagten sind am 15. Januar 2015 beim Sozialgericht eingegangen, das Urteil datiert vom 18. März 2015.

d) Die Verfahrensentscheidung des Sozialgerichts ist auch hinsichtlich des von [§ 131 Abs. 5 SGG](#) vorgesehenen Ermessens nicht zu beanstanden. Zwar handelt es sich hierbei um eine Ermessensentscheidung des Gerichts. Hinsichtlich der berufs- und revisionsgerichtlichen Überprüfung der Ausübung des Ermessens ist aber darauf hinzuweisen, dass bereits auf Tatbestandsebene im Rahmen der unbestimmten Rechtsbegriffe der "Erheblichkeit" des Ermittlungsaufwandes und der "Sachdienlichkeit" der Aufhebung unter Berücksichtigung der Belange der Beteiligten eine umfassende Würdigung der Qualität des Rechtsschutzinteresses und der Prozessökonomie erfolgt. Damit bleibt auch wenig Raum für eine darüber hinausgehende Ermessensbetätigung und eine entsprechende Überprüfung für das Berufungsgericht (ähnl. Schütz, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGG [Stand: 5. April 2018], § 131 Rn. 64 und 69 m.w.N., der letztlich jede Kontrolle auf Ermessensfehler ablehnt). Zweck des Ermessens in [§ 131 Abs. 5 SGG](#) ist vor allem die Sicherung richterlicher Verfahrensherrschaft dadurch, dass wegen des Ermessens kein Anspruch eines Verfahrensbeteiligten auf eine "Zurückverweisung" an die Verwaltung besteht (Keller, in: Meyer-Ladewig u.a., SGG, 12. Aufl. 2017, § 131 Rn. 18b). Zudem besteht auch keine objektive Verpflichtung des Gerichts, im Falle des Vorliegens der Voraussetzungen nur der Anfechtungsklage stattzugeben. Das Ermessen eröffnet damit lediglich die Möglichkeit, trotz vorliegender Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 131 Abs. 5 SGG](#) eine vollständige Herstellung von Entscheidungsreife im gerichtlichen Verfahren herbeizuführen; eine fehlende Begründung des Gerichts zu dieser Möglichkeit, die über Aspekte der Erheblichkeit und Sachdienlichkeit hinausgehen müsste, stellt wegen des besonderen Zwecks der Ermessenseinräumung keinen Ermessensfehler dar. Zudem sind weitere Umstände, die für eine vollständige Herstellung von Entscheidungsreife im gerichtlichen Verfahren sprechen könnten, hier nicht ersichtlich und werden auch von den Beteiligten nicht vorgetragen.

3. Das Sozialgericht hat nach alledem zutreffend über den Anfechtungsantrag entschieden. Da nur die Beklagte Berufung eingelegt hat, unterliegt die Frage, ob das Sozialgericht die Beklagte zur Neubescheidung hätte verpflichten müssen, ebenso wenig der berufsgerichtlichen Prüfung wie die Frage, ob das Sozialgericht die Klage zutreffend im Übrigen abgewiesen hat.

Zur Vermeidung von Missverständnissen über die Bindungswirkung dieses Urteils und zum weiteren Vorgehen der Beklagten auf der Grundlage der erstinstanzlichen Tenorierung weist der Senat gleichwohl auf Folgendes hin:

a) In den Anwendungsfällen des [§ 131 Abs. 5 SGG](#) ergeht gerade kein Bescheidungsurteil, sondern es werden die bereits erlassenen ablehnenden Bescheide lediglich aufgehoben (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 131 Rn. 20; so wohl auch BSG, Urteil vom 10. Dezember 2008 – [B 6 KA 45/07 R](#) – juris, Rn. 31, dort bereits im Kontext der Klarstellung des Anwendungsbereichs des [§ 131 Abs. 5 SGG](#) durch das Gesetz zur Änderung des Sozialgerichtsgesetzes und des Arbeitsgerichtsgesetzes vom 26. März 2008, [BGBl. I S. 444](#)). Mit der Aufhebung der Bescheide lebt hinsichtlich der Absetzung der Vergütungen für Leistungen nach dem Kapitel 32 der Anspruch der Klägerin auf angemessene Teilhabe an der Verteilung der von den Krankenkassen an die Kassenärztliche Vereinigung gezahlten Gesamtvergütung wieder auf, da es sich um eine quartalsgleiche sachlich-rechnerische Berichtigung gehandelt hat. Damit wird der Streitgegenstand in den Stand des Verwaltungsverfahrens zurückversetzt, woraus die Pflicht der Beklagten zur Neubescheidung resultiert.

Für die entgegengesetzte Rechtsauffassung, dass im Falle eines Verpflichtungsbescheidungsbegehrens auch bei einer Entscheidung nach [§ 131 Abs. 5 SGG](#) zwingend eine Verpflichtung zur Neubescheidung ausgesprochen werden müsse (so LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19. April 2012 – [L 11 SB 45/11](#) –, juris Rn. 21; Roos/Wahrendorf/Aussprug, SGG, 2014, § 131 Rn. 109; Hauck, in: Hennig, SGG [Loseblatt: Stand:

Dezember 2011], § 131 Rn. 197), spricht zwar prima facie die Anordnung der entsprechenden Anwendung von [§ 131 Abs. 3 SGG](#) nach [§ 131 Abs. 5 Satz 2 SGG](#). Systematik, Entstehungsgeschichte und prozessrechtsdogmatische Gründe sprechen indes dagegen: Die Varianten der Entscheidung über eine Verpflichtungsbeschwerdeklage nach [§ 131 Abs. 3 SGG](#) und der Entscheidung nach [§ 131 Abs. 5 SGG](#) stehen selbständig nebeneinander (BSG, Urteil vom 10. Dezember 2008 - [B 6 KA 45/07 R](#) - juris, Rn. 31). Der Gesetzgeber war - wie die "Klarstellungen" und die Beseitigung eines Redaktionsversehens durch die ab 1. April 2008 und 1. Januar 2009 geltenden Fassungen zeigen ([BT-Drs. 16/7716, S. 21](#) und [16/10488, S. 19](#)) - der Auffassung, dass bereits aufgrund der vorherigen Gesetzesfassung für die "Zurückverweisung" an die Verwaltung die Kassation hinreichend ist und bereits dadurch auch hinsichtlich des Verpflichtungsbegehrens das Verwaltungsverfahren wieder eröffnet ist (vgl. Wolff-Dellen, in: Breikreuz/Fichte, SGG, 2. Aufl. 2014, § 131 Rn. 21). Er sah sich allerdings allein wegen der gegenteiligen Auffassung des Bundessozialgerichts im Urteil vom 17. April 2007 - [B 5 RJ 30/05 R](#) -, Rn. 20 zur klarstellenden Normierung der entsprechenden Anwendung des [§ 131 Abs. 3 SGG](#) veranlasst. Damit wollte er aber nicht die dogmatischen Unterschiede zwischen der Verpflichtungsbeschwerdeklage und der Entscheidungsvariante nach Absatz 5 einebnen; so werden die Voraussetzungen des der Verpflichtungsbeschwerdeklage zugrunde liegenden Anspruchs in Falle des Vorgehens nach [§ 131 Abs. 5 SGG](#) gerade nicht geprüft. Die entsprechende Anwendung des Absatzes 3 kann daher nicht bedeuten, dass die Entscheidung nach Absatz 5 idemisch wie die Entscheidung bei unmittelbarer Anwendung des Absatzes 3 zu tenorieren ist. Dies würde eine Rechtskraftwirkung suggerieren, hinter der die tatsächliche Prüfung zurückbleibt. Die entsprechende Anwendung des Absatzes 3 soll vielmehr dem Gericht den Ausspruch ermöglichen, dass bei der Neubeschreibung die Rechtsauffassung des Gerichts zu beachten ist (so auch Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 12. Aufl. 2017, § 131 Rn. 20).

b) Die im Rahmen von [§ 131 Abs. 5 SGG](#) nicht angezeigte Klageabweisung "im Übrigen" durch das Sozialgericht steht einer Neubefassung der Beklagten mit dem Begehren der Klägerin nicht entgegen. Das Sozialgericht hat in den Entscheidungsgründen zutreffend deutlich gemacht, dass es die Klage wegen der fehlenden Ermittlungen "gegenwärtig" für unbegründet hält und die Klageabweisung eine neuerliche Klage nicht hindert. Die materielle Rechtskraft einer Klageabweisung als derzeit oder gegenwärtig unbegründet steht einer neuen Klage bzw. hier einer Neubeschreibung durch die Verwaltung nicht entgegen, wenn die zuvor fehlende materielle Voraussetzung (bzw. hier: nicht festgestellte materielle Voraussetzung) vorliegt (vgl. zu § 322 Zivilprozessordnung: Gruber, in: Vorwerk/Wolf, BeckOK-ZPO [Stand: 1. Dezember 2018], § 322 Rn. 45 m.w.N.). Erhebt die Beklagte nach weiterer Sachverhaltsaufklärung erstmals substantiierte Einwendungen gegen die Abrechnung einzelner Leistungen nach Kapitel 32 EBM-Ä, so ist die Klägerin nicht etwa mit den dagegen zu erhebenden Verteidigungsmitteln wegen der Klageabweisung im Übrigen ausgeschlossen.

III. Die Beklagte ist mit ihrer Berufung vollumfänglich unterlegen, so dass sie die Kosten der Berufung zu tragen hat ([§ 197a SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung).

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen. Die Reichweite des Urteils des Bundessozialgerichts vom 12. Dezember 2012 - [B 6 KA 5/12 R](#) - wird sowohl hinsichtlich der Qualität der Darlegungserfordernisse als auch hinsichtlich der Frage der präklusionsähnlichen Beschränkung der Darlegung auf das Widerspruchsverfahren nicht nur von den Beteiligten, sondern auch von verschiedenen Landessozialgerichten höchst unterschiedlich interpretiert (vgl. die hiesige Rechtsauffassung einerseits und LSG Hamburg, Urteil vom 25. Februar 2015 - [L 5 KA 29/11](#) -, juris Rn. 33; LSG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 19. Oktober 2017 - [L 5 KA 1/17](#) -, juris Rn. 22 andererseits).

Rechtskraft  
Aus  
Login  
HES  
Saved  
2020-11-12