

Titel:

**Honorargruppe, Komplexe differentialdiagnostische Erwägungen,
Krankenhausabrechnungstreitigkeit, Rechtsgutachten, Sachverständigengutachten**

Normenketten:

JVEG § 4 Abs. 1

JVEG § 8 Abs. 1 Nr. 1

JVEG § 8 Abs. 2 i.V.m. § 9 Abs. 1 JVEG

JVEG § 8 Abs. 3 i.V.m. § 407 a Abs. 4 S. 2 ZPO

JVEG Anlage 1 zu § 9 Abs. 1

Leitsätze:

Zur Vergütung von Sachverständigengutachten in Krankenhausabrechnungstreitigkeiten nach der ab dem 01.01.2021 geltenden Fassung des JVEG.

Zur Abgrenzung von medizinischen und rechtlichen Fragen zur richtigen Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen.

Sachverständigengutachten in Krankenhausabrechnungstreitigkeiten können nicht regelmäßig der Honorargruppe M3 zugeordnet werden; diese ist anzuwenden, wenn es um die Prüfung des Verlaufs der Krankenhausbehandlung unter Einbeziehung komplexer differentialdiagnostischer Erwägungen geht.

Zur Anwendung von § 8a Abs. 3 JVEG i.V.m. § 407 a Abs. 4 S. 2 ZPO auf Sachverständigengutachten in Krankenhausabrechnungstreitigkeiten.

Schlagworte:

Honorargruppe, Komplexe differentialdiagnostische Erwägungen, Krankenhausabrechnungstreitigkeit, Rechtsgutachten, Sachverständigengutachten

Vorinstanz:

SG Landshut, Beschluss vom 08.03.2021 – S 4 RF 4/21

Fundstelle:

BeckRS 2025, 35268

Tatbestand

1

Die Beschwerde des Beschwerdeführers gegen den Beschluss des Sozialgerichts Landshut vom 8. März 2021, S 4 RF 4/21, wird zurückgewiesen.

Gründe

I.

2

Streitig ist die Höhe der Vergütung nach dem Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) für ein im Auftrag des Gerichts erstelltes Gutachten.

3

Das Sozialgericht Landshut (SG) ernannte den Antragsteller und Beschwerdegegner (Bg) im Verfahren S 4 KR 54/20, in dem es um einen Vergütungsanspruch für stationäre Krankenhausleistungen in Höhe von 1.407,12 Euro ging, mit Beweisanordnung vom 04.01.2021 zum ärztlichen Sachverständigen und beauftragte ihn mit der Erstellung eines Gutachtens nach Aktenlage. Bezüglich des stationären Aufenthalts des Versicherten S vom 20.03.2018 bis 28.03.2018 sollten die Fragen beantwortet werden, wegen welcher Krankheiten der stationäre Aufenthalt notwendig gewesen sei, ob aus medizinischer Sicht der Aufenthalt richtig kodiert worden sei und wenn nein, welche Kodierung richtig gewesen wäre.

4

Das Gutachten des Bg vom 29.01.2021 ging am 01.02.2021 beim SG ein. Mit ebenfalls am 01.02.2021 eingegangener Kostenrechnung vom 29.01.2021 machte der Bg einen Betrag in Höhe von insgesamt 1.005,43 Euro geltend und legte der Berechnung einen Zeitaufwand von sieben Stunden (Akten- und Literaturstudium: 1 Stunde; Abfassung, Reinschrift, Korrektur: 6 Stunden) zu einem Stundensatz von 120,- Euro sowie Portoauslagen von 4,90 Euro und Umsatzsteuer von 19% zugrunde.

5

Die Kostenbeamtin setzte die Vergütung mit Schreiben vom 03.02.2021 lediglich in Höhe von 719,83 Euro fest und legte der Berechnung einen Zeitaufwand von gerundet 7,5 Stunden zu einem Stundensatz von 80,- Euro sowie Portoauslagen von 4,90 Euro und Umsatzsteuer von 19% zugrunde. Es sei für ein Gutachten in Gebührenrechtsfragen nach dem Kostenrechtsänderungsgesetz (KostRÄG) vom 21.12.2020 die Honorargruppe M1 (Stundensatz 80,- Euro) anzusetzen.

6

Hiergegen hat sich der Bg mit Schriftsatz vom 07.02.2021 gewendet und die richterliche Festsetzung der Vergütung beantragt. Er habe bereits in seiner Kostenrechnung darauf hingewiesen, dass in diesem speziellen Einzelfall eine Begutachtung spezieller Kausalzusammenhänge einer stationären Behandlung und deren Kodierung sowie eine Erörterung differentialdiagnostischer Probleme vorliege, daher sei die Honorargruppe M3 anzuwenden. Die speziellen Kausalzusammenhänge ergäben sich hier bei der Erörterung der Zuordnung der Hauptdiagnose. Es seien die Auffassungen der Klinik und des Gutachters des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur Kausalität der zur Aufnahme führenden Erkrankung (Sepsis) und der zugrundeliegenden Erkrankung (perforierte Appendizitis) zu diskutieren gewesen. Auch seien differentialdiagnostische Überlegungen zur korrekten Verschlüsselung der Hauptdiagnose erforderlich gewesen. Hier habe eine Diskrepanz zwischen der ICD-Kodierung der Hauptdiagnose durch die Klinik und durch den MDK bestanden.

7

Die Honorargruppe M1 sei nur für „einfache gutachtliche Beurteilungen ohne Kausalitätsfeststellungen“ heranzuziehen. Ein Gutachten zur DRG-Abrechnung sei, im Gegensatz z.B. zu einer GOÄ-Abrechnung, per se kein „einfaches“ Gutachten, da allein die vielfältigen Komponenten, die zur Ermittlung einer DRG beachtet werden müssten (z.B. Haupt- und Nebendiagnosen, Prozeduren, Alter und Geschlecht des Patienten, Aufnahmegewicht, Beatmungs- und Verweildauer) in ihrer Komplexität dies ausschließen würden.

8

Da DRG-Abrechnungsgutachten in aller Regel Fragestellungen zur Verschlüsselung medizinischer Diagnosen bzw. Prozeduren oder zu medizinischen Begründungen bei strittiger Verweildauer beinhalten, sei in der Mehrzahl dieser Gutachten grundsätzlich von dem Erfordernis einer Diskussion von Kausalzusammenhängen und/oder von der Erörterung differentialdiagnostischer Probleme auszugehen und somit – auch bereits in der Vergangenheit – eine Zuordnung zur Honorargruppe M3 gegeben.

9

Der Antragsgegner und Beschwerdeführer (Bf) hat darauf hingewiesen, dass bis zum 31.12.2020 Gutachten zu Kodierungs- bzw. DRG-Fragen nach den Honorargruppen M2 bzw. M3 abgerechnet worden seien. Die Rechtsprechung hierzu sei uneinheitlich gewesen. Aufgrund des KostRÄG 2021 sei seit 01.01.21 in Teil 2 der Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 JVEG in der Spalte mit der Honorargruppe M1 „Einfache gutachtliche Beurteilungen ohne Kausalitätsfeststellungen“ nach „insbesondere“ unter Nr. 1 „in Gebührenrechtsfragen“, neu als „Regelbeispiel“ in Klammern „z.B. Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen“ aufgenommen worden. Schon jetzt gebe es Kostenschuldner, die aufgrund qualitativ hochwertiger und wissenschaftlicher Gutachten ein Anerkenntnis abgäben, dann aber wegen der Höhe der von der Staatskasse verauslagten Kosten, die sie tragen müssten, Erinnerung nach § 66 GKG einlegten mit dem Argument, die Kosten des Gutachtens seien zu hoch. Daher würden vorbehaltlich einer anderweitigen Kostenrechtsprechung Gutachten in „Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen“ nunmehr M1 zugeordnet. Es sei aber fraglich, was genau der Gesetzgeber mit dem Regelbeispiel „Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen“ gemeint habe. Der Vertreter der Staatskasse sehe hier geradezu den Prototyp für eine Vielzahl von Streitigkeiten zwischen Krankenkassen und Krankenhäusern. Die Honorargruppe M2 könnte nunmehr obsolet geworden sein. Wann aber Kausalitätsprobleme vorlägen und sie für M3 ausreichten, sei auch in Anbetracht des Grundsatzbeschlusses des Kostensenats des Bayerischen Landessozialgerichts (BayLSG) vom

03.11.2014, L 15 SF 254/12 umstritten. Ohne den dort vom Kostensenat empfohlenen Hinweis der Hauptsachrichter in der Beweisanordnung z.B. auf den Nikolaus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005, 1 BvR 347/98, und/oder die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zum offlabel-use (Urteil vom 19.03.2002, B 1 KR 37/00 R) wäre für die Kostenbeamten nur schwer erkennbar, ob von der Erfüllung der Kriterien der Honorargruppe M3 ausgegangen werden könne. Es müsse daher durch den Kostensenat des BayLSG Klarheit und Rechtssicherheit geschaffen werden. Im Übrigen sei darauf hinzuweisen, dass der Streitwert der Klage 1.407,12 Euro betrage. Nach der Kommentarliteratur zu § 8a Abs. 3 JVEG könnten Kosten für das Gutachten ab der Hälfte des Streitwerts als unverhältnismäßig anzusehen sein.

10

Das SG hat mit Beschluss vom 08.03.2021 die Vergütung des Bg für sein Gutachten vom 29.01.2021 auf 1.005,43 Euro festgesetzt. Dem Bg seien über die mit der gerichtlichen Feststellung vom 03.02.2021 bereits bewilligte Vergütung hinaus 285,60 Euro nachzuvergüten.

11

Der vom Bg angegebene Zeitaufwand von 7,0 Stunden sei der Vergütung zugrunde zu legen. Die Vergütung erfolge nach der Honorargruppe M3.

12

Aufgrund des KostRÄG 2021 stehe seit 01.01.21 in nunmehr Teil 2 der Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 JVEG in der Spalte mit der Honorargruppe M 1 „Einfache gutachtliche Beurteilungen ohne Kausalitätsfeststellungen“ nach „insbesondere“ unter Nr.1 „in Gebührenrechtsfragen“, neu als „Regelbeispiel“ in Klammern „z.B. Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen“. Der Gesetzgeber des KostRÄG 2021 sei davon ausgegangen, dass es sich um eine Regelvermutung handele. Aufgrund der ausdrücklich formulierten Gesetzesbegründung könne in dem expliziten Aufführen eines Fachgebietes durch den Gesetzgeber keine bindende Zuordnung, sondern lediglich eine Regelvermutung gesehen werden.

13

Der Grundsatzbeschluss des BayLSG zu den Voraussetzungen einer Vergütung für ein Sachverständigengutachten auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung nach der Honorargruppe M3 finde keine Anwendung. Da sich im vorliegenden Fall der Streitigkeit einer Krankenhausabrechnung die Schwierigkeit aus den Kausalitätsbeurteilungen ergebe, greife diese Rechtsprechung zum Schwierigkeitsgrad im Sinne der Honorargruppe M3 bei Zustandsgutachten nicht.

14

Das vorliegende Gutachten zu der Abrechnung und Kodierung von Krankenhausleistungen nach DRG-Fallpauschalen stelle ein medizinisches Sachverständigengutachten dar, dessen Vergütung sich nach den Honorargruppen M1 – M3 zu richten habe. Denn nach dem Abrechnungssystem nach Fallpauschalen bestimmten die Haupt- und Nebendiagnosen die Abrechenbarkeit der Leistung. Welche abrechenbare Leistung vorliege, entscheide sich auf medizinischem Gebiet, nämlich danach, welche Haupt- und Nebendiagnosen nach zutreffender ärztlicher Feststellung vorlägen. Auch wenn die Abrechnung selbst und die Subsumtion unter bestimmte Fallgruppen eher ein Verwaltungshandeln oder eine juristische Subsumtion darstellten, sei deren Ergebnis zwingend durch den medizinischen Sachverhalt vorgegeben. Damit sei im Kern über die Abrechnung eines medizinischen Gutachtens zu entscheiden, so dass die Voraussetzungen der Honorargruppen M1 bis M3 zu prüfen seien (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 04.07.2017, L 2 SF 122/17 B E; Thüringer LSG, Beschluss vom 14.11.2018, L 1 JVEG 827/18 B).

15

Das vorliegende Gutachten zur Streitigkeit einer Krankenhausabrechnung erfülle die Voraussetzungen der Honorargruppe M3 als Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad, denn es beinhalte spezielle Kausalzusammenhänge und differentialprognostische Probleme. Dies ergebe sich aus den überzeugenden, umfassenden und ausführlich begründeten Ausführungen des Bg, auf die verwiesen werde.

16

Die Hinweispflicht des Sachverständigen nach § 407a Abs. 4 S. 2 ZPO mit der Folge, dass bei einer Verletzung der dort statuierten Hinweispflicht eine Festsetzung der Sachverständigenvergütung nach § 8a Abs. 3 JVEG nach billigem Ermessen erfolge, stehe der Festsetzung der Vergütung nicht entgegen. In nach § 183 SGG kostenfreien sozialgerichtlichen Verfahren sei § 407a Abs. 4 S. 2 ZPO nach der

Rechtsprechung des BayLSG (Beschluss vom 17.12.2013, L 15 SF 275/13) nicht anwendbar. Die Eröffnung des Anwendungsbereichs in gerichtskostenpflichtigen Verfahren nach § 197a SGG könne die Kammer offen lassen, weil in Konstellationen wie vorliegend eine nach billigen Ermessen niedrigere Vergütung des Sachverständigen grundsätzlich nicht in Betracht komme. Die Kammer schließe sich insofern der Auffassung des Thüringer LSG im Beschluss vom 08.11.2018, Az.: L 1 SF 145/18 B an. Es sei bei einem Streitwert der Klage in Höhe von 1.407,12 Euro und einer Vergütung für das Gutachten in Höhe von 1.005,43 Euro zwar von einer Unverhältnismäßigkeit auszugehen. Da aber eine gesetzliche Krankenkasse einerseits und ein Krankenhaus andererseits Beteiligte dieses sozialgerichtlichen Verfahrens bezüglich einer Abrechnungsstreitigkeit seien, komme eine nach billigen Ermessen niedriger festgesetzte Vergütung des Sachverständigen nach § 8a Abs. 3 JVEG – ohne Hinzukommen besondere Umstände – grundsätzlich nicht in Betracht.

17

Gegen diesen Beschluss hat der Bf vom 08.03.2021 wegen grundsätzlicher Bedeutung Beschwerde erhoben. Da der Gutachtensauftrag vom 04.01.2021 stamme, finde nach § 24 JVEG die durch das KostRÄG geänderte Fassung des JVEG Anwendung. Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten seien derart häufig, dass es keinen Sinn mache, sie als Regelbeispiel für die Honorargruppe M1 aufzunehmen, um regelmäßig in der Praxis zu dem Ergebnis zu kommen, im konkreten Einzelfall sei die Honorargruppe M3 anzuwenden. Die Zuordnung zur Honorargruppe M3 sei vorliegend nicht nachvollziehbar. Insbesondere sei eine Kausalitätsfeststellung nicht zu erkennen, die nur bei Kausalitätsfeststellungen im Bereich des Bundesversorgungsgesetzes, des Opferentschädigungsgesetzes und der Unfallversicherung anzunehmen sei.

18

Das SG hat der Beschwerde nicht abgeholfen und sie dem BayLSG zur Entscheidung vorgelegt.

19

Der Bg hat ausgeführt, ein DRG-Gutachten sei per se kein „einfaches“ Gutachten, da allein die vielfältigen Komponenten, die zur Ermittlung einer strittigen DRG beachtet werden müssten in ihrer Komplexität ein einfaches Gutachten ausschließen würden. Hierzu komme ein umfangreiches Regelwerk, das bei der Begutachtung zu berücksichtigen sei. Darüber hinaus beinhalteten DRG-Abrechnungsgutachten in aller Regel Fragestellungen zur Verschlüsselung medizinischer Diagnosen bzw. Prozeduren oder zur medizinischen Begründung bei strittiger Verweildauer. Somit sei in der Mehrzahl der Gutachten von dem Erfordernis einer Diskussion von Kausalzusammenhängen und/oder von der Erörterung differentialdiagnostischer Probleme auszugehen. Der medizinische Sachverständige nehme gerade keine Zuordnung von Krankheiten und Behandlungsmaßnahmen zu einer bestimmten DRG vor. Diese sei Gegenstand des Groupierungs-Prozesses. Es handle sich nicht um beschreibende Ist-Zustands-Begutachtungen, vielmehr müssten Krankheitsverläufe, Besonderheiten der stationären Behandlung mit ärztlichen und pflegerischen Verlaufsberichten berücksichtigt werden. Aufgrund der Komplexität der zu begutachtenden Materie sowie der nahezu regelhaft erforderlichen Ausführungen zu den Kausalzusammenhängen bzw. differentialdiagnostischen Erwägungen sei eine Zuordnung zur Honorargruppe M3 unabdingbar, selbst wenn diese Gutachten nicht namentlich in der Honorargruppe aufgeführt seien.

20

Im vorliegenden Einzelfall sei explizit auf die in dem Gutachten enthaltenen Diskussion spezieller Kausalzusammenhänge bei der Erörterung zur Zuordnung der Hauptdiagnose zu verweisen. Strittig gewesen seien die Auffassungen der Klinik und des MDK-Gutachters zur Kausalität der zur Aufnahme führenden Erkrankung (Sepsis) und der zugrundeliegenden Erkrankung (perforierte Appendizitis). Die Kausalität sei im Sinne eines allgemeinen Rechtsbegriffs im Versicherungsrecht zu erörtern und ein Zusammenhang zwischen Schadensereignis (perforierte Appendizitis) und eingetretenem Schaden (Sepsis) aufzuzeigen gewesen in der Art, dass das Ereignis als Ursache des Schadens anzusehen sei. Desweiteren seien auch differentialdiagnostische Überlegungen zur korrekten Verschlüsselung der Hauptdiagnose erforderlich gewesen. Es habe eine Diskrepanz zwischen der ICD-Kodierung der Hauptdiagnose durch die Klinik und durch den MDK bestanden. Hierzu seien im Gutachten differentialdiagnostische Erörterungen erfolgt, welche die Auffassung des MDK bestätigt hätten. Im Ergebnis seien die Anforderungen der Honorargruppe M3 im Gutachten erfüllt.

21

Der Bf hat auf den Beschluss des BayLSG vom 03.11.2014, Az.: L 15 SF 254/12 hingewiesen, nach dem für die Annahme der Honorargruppe M3 u.a. die Erforderlichkeit der Erörterung des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Diskussion bzw. Auswertung der medizinischwissenschaftlichen Studien zur Beantwortung der gerichtlichen Fragen vorliegen müsse. Dies sei im gegenständlichen Gutachten nicht erfolgt. Selbst wenn der Gesetzgeber das Regelbeispiel „Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen“ wieder abschaffe, habe der Kostensenat über die Zuordnung zur Honorargruppe M2 oder M3 zu entscheiden. Dass eine „Kausalität im Sinne eines allgemeinen Rechtsbegriffs im Versicherungsrecht“ zu prüfen gewesen sei, sei nicht erkennbar.

22

Ergänzend hat der Bf auf die Entscheidung des LSG Niedersachsen-Bremen vom 08.03.2021, L 7 KO 7/18 (KR) hingewiesen und ausgeführt, es sei befremdlich, dass nach jahrelangem Streit über die Zuordnung zu einer Honorargruppe nunmehr dem Sachverständigen eine Vergütung vollständig versagt werden solle. Mit Schreiben vom 14.07.2021 hat der Bf auf die mit Wirkung zum 03.07.2021 erfolgte erneute Änderung der gesetzlichen Regelung zur Honorargruppe M1 hingewiesen.

23

Zur Entscheidung lagen die beigezogenen Akten des SG zu den Verfahren S 4 KR 54/20 und S 4 RF 4/21 sowie die Beschwerdeakte vor.

II.

24

Gegenstand des Beschwerdeverfahrens ist der vom Beschwerdeführer angegriffene Beschluss des SG vom 08.03.2021, mit dem das SG den Vergütungsanspruch des Bg für sein Gutachten vom 29.01.2021 auf 1.005,43 Euro festgesetzt hat.

25

Das Verfahren ist zur Entscheidung wegen grundsätzlicher Bedeutung dem Senat übertragen worden, § 4 Abs. 7 S. 2 JVEG.

26

Die Beschwerde ist zulässig, aber unbegründet.

27

1. Die Beschwerde ist nach § 4 Abs. 3 JVEG zulässig, weil der Wert des Beschwerdegegenstandes 200,- Euro übersteigt. Das SG hat der Beschwerde nicht abgeholfen und sie dem BayLSG vorgelegt (§ 4 Abs. 4 S. 1 JVEG).

28

2. Die Beschwerde ist aber unbegründet.

29

Die gerichtliche Festsetzung gemäß § 4 Abs. 1 JVEG stellt keine Überprüfung der von den Kostenbeamten vorgenommenen Ermittlung der Entschädigung oder Vergütung dar, sondern ist eine davon unabhängige erstmalige Festsetzung. Bei der Festsetzung durch die Kostenbeamten handelt es sich um eine lediglich vorläufige Regelung, die durch den Antrag auf gerichtliche Festsetzung hinfällig wird (vgl. Bundesgerichtshof, Entscheidung vom 05.11.1968, Az.: RiZ (R) 4/68). Damit wird eine vorherige Berechnung der Beträge im Verwaltungsweg sowohl bei den Einzelpositionen als auch im Gesamtergebnis gegenstandslos. Das Gericht hat daher eine vollumfassende Prüfung des Entschädigungs- oder Vergütungsanspruchs vorzunehmen, ohne auf Einwände gegen die im Verwaltungsweg erfolgte Festsetzung beschränkt zu sein.

30

Auch im Beschwerdeverfahren ist eine vollständige Prüfung der Festsetzung der Vergütung ohne Beschränkung auf die mit der Beschwerde vorgetragenen Umstände vorzunehmen. Allerdings ist im Beschwerdeverfahren das Verbot der reformatio in peius – anders als im Antragsverfahren nach § 4 Abs. 1 JVEG – zu beachten (vgl. Beschluss des Senats vom 11.01.2021, Az.: L 12 SF 113/19 m.w.N.).

31

Die Vergütung eines Sachverständigen setzt sich gemäß § 8 Abs. 1 JVEG aus dem Honorar für seine Leistungen, dem Ersatz für Fahrtkosten, der Entschädigung für Aufwand und dem Ersatz für sonstige und besondere Aufwendungen zusammen.

32

Für die Berechnung des Honorars nach § 8 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 i.V.m. § 9 Abs. 1 JVEG ist vorliegend ein Gesamtzeitaufwand von 7,0 Stunden und ein Stundensatz von 120,- Euro zugrunde zu legen.

33

a.) Anzuwenden ist vorliegend, da das Gutachten mit Beweisanordnung vom 04.01.2021 in Auftrag gegeben worden ist, nach § 24 JVEG die durch das KostRÄG geänderte und zum 01.01.2021 in Kraft getretene Fassung des JVEG.

34

b.) Gemäß § 8 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 i.V.m. § 9 Abs. 1 JVEG erhält der Sachverständige für seine Leistung ein Honorar, das nach Stundensätzen zu bemessen ist. Die Höhe des Stundensatzes variiert je nach der Zugehörigkeit des Gutachtens zu einer bestimmten Honorargruppe (§ 9 Abs. 1 JVEG i.V.m. Anlage 1 zu § 9 Abs. 1). Die Stundensätze für medizinische und psychologische Gutachten sind in Teil II der Anlage 1 nach Honorargruppen (M1 bis M3) geregelt. Das Honorar wird gemäß § 8 Abs. 2 JVEG für jede Stunde der erforderlichen Zeit gewährt, wobei die letzte bereits begonnene Stunde voll gerechnet wird, wenn sie zu mehr als 30 Minuten für die Erbringung der Leistung erforderlich war; andernfalls beträgt das Honorar die Hälfte des sich für eine volle Stunde ergebenden Betrags.

35

c.) Der vom Bg in seiner Kostenrechnung vom 29.01.2021 angegebene Zeitaufwand für die Erstellung des Gutachtens vom 29.01.2021 von insgesamt sieben Stunden ist auch zur Überzeugung des Senats plausibel.

36

Für die Vergütung ist die Honorargruppe M3 anzuwenden und damit ein Stundensatz von 120,- Euro anzusetzen.

37

aa.) Bei dem Gutachten handelt es sich nicht um ein reines Rechtsgutachten, so dass nicht zu entscheiden ist, ob mit dieser Begründung eine Zuordnung zu einer der drei Honorargruppen M1 bis M3 nicht bzw. nur teilweise möglich ist (vgl. LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 08.03.2021, L 7 KO 7/18 (KR); Beschluss vom 24.03.2023, L 7 KO 21/20 (KR), Beschluss vom 12.08.2024, L 7 KO 8/21 (KR)) oder ob wegen einer verfahrensrechtlich fehlerhaften Beauftragung eines Mediziners mit der Erstattung eines Gutachtens zu Fragen der Kodierung in einer Krankenhausabrechnungsstreitigkeit, die das Gericht eigentlich selbst zu beantworten hätte, gerade nicht dazu führen kann, dass ein Sachverständiger für das Gericht ohne einen Honoraranspruch tätig wird (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen vom 15.10.2021, L 15 KR 744/21 B).

38

Zwar hatte der Bg ausweislich des Wortlauts der Beweisanordnung des SG vom 04.01.2021 bezüglich des stationären Aufenthalts des Versicherten S vom 20.03.2018 bis 28.03.2018 neben der Frage, wegen welcher Krankheiten der stationäre Aufenthalt notwendig gewesen sei, auch die Fragen zu beantworten, ob aus medizinischer Sicht der Aufenthalt richtig kodiert worden sei, und wenn nein, welche Kodierung richtig gewesen wäre.

39

Der Bg sollte aber gerade nicht eine rechtliche Beurteilung der ICD- bzw. OPS-Kodierung oder der anzuwendenden Kodierrichtlinien vornehmen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) ist im Gegensatz zu den einzugebenden Diagnosen und Prozeduren sowie sonstigen Sachverhaltsangaben, die einem gerichtlichen Beweis zugänglich sind, die automatische Subsumption durch zertifizierte Grouper eine rechtliche Beurteilung (vgl. BSG, Urteil vom 08.11.2011, B 1 KR 8/11 R). Auch ist die kodierrechtliche Auslegung des Wortlautes eines ICD-Kodes einer Begutachtung durch einen medizinischen Sachverständigen nicht zugänglich (vgl. BSG, Beschluss vom 19.03.2020, B 1 KR 65/19 B). Die Beurteilung dieser Rechtsfragen fällt in die Zuständigkeit der mit den Verfahren befassten Richter, in die sie sich gegebenenfalls einzuarbeiten haben.

40

Vorliegend waren aber – wie in einer Vielzahl von Krankenhausstreitigkeiten – medizinische Vorfragen zu klären, deren Beantwortung einem medizinischen Laien nicht möglich ist. Erst dies hat aber im vorliegenden Verfahren eine rechtliche Bewertung der Frage ermöglicht, welche der von der Klinik vorliegend kodierten Diagnosen als Hauptdiagnose anzunehmen war. Der Bg hatte als medizinischer Sachverständiger gerade nicht eine rechtliche Subsumption unter einen bestimmten Kode oder eine Regelung der Kodierrichtlinie oder eine Auslegung des Wortlautes eines bestimmten Kodes oder einer Regelung der Kodierrichtlinie vorzunehmen. Vielmehr hatte er, ohne dass der Hauptsachrichter dies in der Beweisanordnung explizit und ausführlich formuliert hatte, wie sich den diesbezüglichen ausführlichen Ausführungen in seinem Gutachten entnehmen lässt, auf der Grundlage der Inhalte der ihm vorgelegten Hauptsacheakte aus medizinischer Sicht zu klären, welche Diagnosen bei dem Versicherten zu welchem Zeitpunkt im Rahmen des stationären Aufenthaltes vorgelegen hatten und – was zwischen den Beteiligten des Klageverfahrens strittig war – welche der von der Klinik gestellten Diagnosen aus medizinischer Sicht letztlich diejenige war, die nach objektiver ex post Betrachtung am Ende der Krankenhausbehandlung hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Versicherten verantwortlich gewesen war.

41

Der Versicherte war mit den Symptomen einer Sepsis stationär aufgenommen worden. Die klagende Klinik hatte als Ursache der Sepsis die im weiteren Verlauf diagnostizierte perforierte Appendizitis mit Leberabszess angegeben, die operativ saniert wurde. Aus Sicht der beklagten Krankenkasse war die stationäre Aufnahme zur Behandlung einer Grippe mit septischem Geschehen erfolgt. Der Bg ist nach Prüfung der medizinischen Unterlagen zu dem Ergebnis gekommen, dass die perforierte Appendizitis ursächlich für den stationären Aufenthalt und ursächlich für das Auftreten der Sepsis war. Als Hauptdiagnose sei der ICD-Kode K35.31 (akute Appendizitis mit lokalisierter Peritonitis mit Perforation oder Ruptur), zu kodieren.

42

Auch dass der Bg als medizinischer Sachverständiger in seinem Gutachten abschließend ausführt, welche ICD- und OPS-Kodes richtigerweise zu kodieren waren und welche DRG sich hieraus ergibt, führt nicht zu einem anderen Ergebnis und macht das Gutachten nicht zu einem Rechtsgutachten. Die rechtliche Beurteilung, ob nach Auslegung der Bestimmungen der ICD-, OPS-Kodes und der Kodierrichtlinien und rechtlicher Subsumption tatsächlich die Kodierung richtig war, oblag weiter ausschließlich dem Gericht.

43

bb.) Auch eine Vergütung nach der Honorargruppe M1 kommt nicht in Betracht. Insbesondere kann nicht der im vorliegenden Verfahren anzuwendenden Fassung der Anlage 1 entnommen werden, dass für Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten generell die Honorargruppe M1 anzuwenden wäre (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen vom 15.10.2021, L 15 KR 744/21 B).

44

Die Honorargruppe M 1 umfasst einfache gutachtliche Beurteilungen ohne Kausalitätsfeststellung. Mit der Änderung des JVEG zum 01.01.2021 durch das KostRÄG 2021 wurden in Teil 2 der Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 JVEG Änderungen in den Honorargruppen geregelt. In der Honorargruppe M 1 „Einfache gutachtliche Beurteilungen ohne Kausalitätsfeststellungen“ wurde nach „insbesondere“ unter Nr. 1 „in Gebührenrechtsfragen“ eingefügt „(z.B. Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen)“.

45

In der diesbezüglichen Gesetzesbegründung (Bundesrat Drucksache 565/20 S. 83) ist ausgeführt, die Honorarstundensätze für medizinische und psychologische Sachverständigengutachten sollten in der Anlage 1 neu geregelt werden. Die zu den einzelnen Honorargruppen aufgelisteten Regelbeispiele für medizinische und psychologische Gutachten seien aktualisiert worden. Die unter den einzelnen Stufen aufgeführten Beispiele stellten Regelbeispiele dar. Im Einzelfall könnten Gutachten schwieriger oder weniger schwierig sein als der entsprechende Regelfall. Es bedürfe somit stets einer einzelfallbezogenen Beurteilung. Zu Honorargruppe M1 ist ausgeführt, wie bereits im bisherigen Recht sollten als Regelbeispiele für die Honorargruppe M1 einfache gutachtliche Beurteilungen in Gebührenrechtsfragen und zur Minderung der Erwerbsfähigkeit nach Monoverletzung angeführt werden.

46

Damit ergibt sich schon aus dem Wortlaut der damaligen Regelung und der ausdrücklich formulierten Gesetzesbegründung, dass „Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen“ nicht als weiteres Regelbeispiel für die Honorargruppe M1 eingefügt worden sind. Eingefügt werden sollten lediglich mögliche Beispiele für einfache gutachtliche Beurteilungen in Gebührenrechtsfragen. In dem expliziten Aufführen eines Teilbereichs eines Fachgebietes im Klammerzusatz zu einem Regelbeispiel kann also keinesfalls eine bindende Zuordnung gesehen werden, zumal im Übrigen explizit darauf hingewiesen wird, dass es stets einer einzelfallbezogenen Beurteilung bedarf.

47

Zwischenzeitlich ist mit dem Gesetz zur Modernisierung des notariellen Berufsrechts und zur Änderung weiterer Vorschriften, Art. 17 (BGBl. 2021, Teil I Nr. 38, S. 2154 ff.) mit Wirkung ab 03.07.2021 eine weitere Änderung der Anlage 1 zu § 9 JVEG erfolgt. Es wurden in Honorargruppe M1 in Nr.1 die Worte „(z.B. Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen)“ wieder gestrichen. In der Gesetzesbegründung ist ausgeführt, es habe sich gezeigt, dass der Zusatz in der Praxis dazu führen könne, dass in Fällen von Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen die angemessene Zuordnung der Sachverständigenleistungen erschwert werde. Im Hinblick auf die Komplexität der Fragestellungen, die im Zusammenhang mit Streitigkeiten bei Krankenhausabrechnungen auftreten könnten, erscheine es geboten, für diese Fälle nicht den Anschein einer gesetzlichen Festlegung auf eine bestimmte Honorargruppe zu erwecken. Vielmehr solle klargestellt werden, dass es für die Zuordnung ausschließlich auf die Umstände des konkreten Einzelfalls ankomme. Damit ist nunmehr auch vom Gesetzgeber festgestellt, dass eine gesetzliche Festlegung der Vergütung von Gutachten in Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten auf eine bestimmte Honorargruppe nicht gewollt war.

48

Eine einfache gutachtliche Beurteilungen ohne Kausalitätsfeststellung in Gebührenrechtsfragen ist vorliegend offensichtlich nicht gegeben.

49

cc) Da auch in der vorliegend anzuwendenden Fassung des JVEG Gutachten aus dem Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung in den Honorargruppen M1 bis M3 der Anlage 1 zum JVEG keine explizite Erwähnung als Regelbeispiele finden, geht auch der nunmehr zuständige Kostensenat davon aus, dass diese nach ihrem Schwierigkeitsgrad einer der Honorargruppen M1 bis M3, vornehmlich aber den Honorargruppen M2 und M3 zuzuordnen sind (vgl. BayLSG, Beschluss vom 03.11.2014, L 15 SF 254/12). Dies gilt ebenso für Sachverständigengutachten in Krankenhausvergütungsstreitigkeiten. Es bedarf daher einer Betrachtung im Einzelfall.

50

Nicht heranziehbar ist insoweit die Entscheidung des BayLSG vom 03.11.2014, L 15 SF 254/12. Danach sind auf dem Gebiet der gesetzlichen Krankenversicherung erstellte Gutachten jedenfalls dann nach der Honorargruppe M3 zu vergüten, wenn die folgenden drei Kriterien kumulativ erfüllt sind: Beurteilung einer Erkrankung einschließlich der Prognosebeurteilung, sofern es nicht auf der Hand liegt, dass die Erkrankung ganz leicht zu beurteilen und die Prognose ganz einfach ist, Erforderlichkeit der Erörterung alternativer Behandlungsmethoden einer Erkrankung, sofern es nicht auf der Hand liegt, dass die Frage ganz leicht zu beurteilen ist, und Erforderlichkeit der Erörterung des aktuellen Stands der wissenschaftlichen Diskussion bzw. Auswertung der medizinisch wissenschaftlichen Studien zur Beantwortung der gerichtlichen Fragen. Von der Erfüllung der Kriterien der Honorargruppe M3 könne mit Blick auf die aufgezeigten Vorgaben immer dann ausgegangen werden, wenn die dem Sachverständigen gestellten gerichtlichen Beweisfragen auf den sogenannten Nikolaus-Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005, 1 BvR 347/98, und/oder die Rechtsprechung des BSG zum sogenannten offlabel-use (Urteil vom 19.03.2002, B 1 KR 37/00 R) Bezug nähmen.

51

Diese Rechtsprechung betrifft die Begutachtung in leistungsrechtlichen Fragen und ist offensichtlich für Sachverständigengutachten in Krankenhausabrechnungsstreitigkeiten nicht heranzuziehen, die nicht die Beurteilung von Erkrankungen mit Prognosebeurteilung betreffen. Es ist daher nach den allgemeinen Kriterien der Zuordnung zu Honorargruppen vorzugehen. Danach wird der Schwierigkeitsgrad nach dem konkreten Gegenstand, also der Fragestellung des Gutachtens bestimmt.

52

Der Honorargruppe M2 sind nach der Anlage I Teil II JVEG beschreibende (Ist-Zustands-) Begutachtungen nach standardisiertem Schema ohne Erörterung spezieller Kausalzusammenhänge mit einer medizinischen Verlaufsprognose und mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad zuzurechnen. Beispielhaft hat der Gesetzgeber der Honorargruppe Gutachten in Verfahren nach dem Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und zur Erwerbsminderung oder Berufsunfähigkeit in Verfahren nach dem Sechsten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VI) zugeordnet. Nach der Honorargruppe M3 zu vergüten sind demgegenüber Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad (Begutachtung spezieller Kausalzusammenhänge und/oder differentialdiagnostischer Probleme und/oder Beurteilung der Prognose und/oder Beurteilung strittiger Kausalitätsfragen), insbesondere Gutachten zum Kausalzusammenhang bei problematischen Verletzungsfolgen, zu ärztlichen Behandlungsfehlern, in Verfahren nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder in Verfahren zur Anerkennung von Berufskrankheiten, Arbeitsunfällen und den daraus folgenden Gesundheitsschäden und zur Minderung der Erwerbsfähigkeit nach dem Siebten Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII).

53

Die Rechtsprechung zur Bestimmung des Schwierigkeitsgrades von Sachverständigengutachten in Krankenhausabrechnungstreitigkeiten ist sehr differenziert. So kommt das LSG Nordrhein-Westfalen in seinem Beschluss vom 20.08.2019, L 15 KR 489/19 B, zu dem Ergebnis, der Ansatz der Honorargruppe M2 sei gerechtfertigt, wenn der Schwerpunkt der Begutachtung nach den gestellten Beweisfragen auf der Frage liege, ob und in welchem Umfang eine stationäre Therapie erforderlich war oder ob eine ambulante Behandlung ausgereicht hätte und damit im Wesentlichen auf der Durchführung einer reinen Zustandsbegutachtung, die über einen durchschnittlichen Schwierigkeitsgrad nicht hinausgehe. In seinem Beschluss vom 29.03.2023, L 15 KR 747/22 B, kommt das LSG zu dem Ergebnis, M2 sei anzunehmen, wenn die gestellten Beweisfragen nicht schwierige Kausalzusammenhänge und/oder differentialdiagnostische oder ätiologische Probleme betreffen und es letztlich um eine beschreibende Begutachtung von Vorgängen während des stationären Aufenthaltes des Versicherten in der Klinik der Klägerin gehe. Das Thüringische LSG kommt in seiner Entscheidung vom 11.11.2018, L 1 JVEG 827/18 B, zu dem Ergebnis, dass Indizien für die Annahme eines hohen Schwierigkeitsgrades im Sinne der Honorargruppe M 3 die außergewöhnliche Fachkompetenz des Sachverständigen und der Umstand sein könnten, dass nur wenige Sachverständige für die Begutachtung in Betracht kämen. Das LSG Berlin-Brandenburg hat in seinem Beschluss vom 04.07.2017, L 2 SF 122/17 B E ausgeführt, wenn die Abrechnung zwischen Krankenhaus und Krankenkasse abhängig von der Feststellung der Haupt- und Nebendiagnosen sei, gehe es immer um die Frage, wie die zugrunde liegende und behandelte Erkrankung differentialdiagnostisch zu fassen und damit abzurechnen sei. Deshalb stellten sich in solchen Gutachten praktisch immer differentialdiagnostische Probleme im Hinblick auf die behandelte Erkrankung und deren Abrechnung, da es ansonsten nicht zu einem Streit zwischen Krankenkasse bzw. dem MDK und dem Krankenhaus gekommen wäre. Denn der Streit setze in aller Regel voraus, dass die Erkrankung und deren Behandlung differentialdiagnostisch unterschiedlich bewertet würden. Regelmäßig liege damit auch eine komplizierte Fragestellung vor. Eine solche komplexe Abklärung des Krankheitsbildes und seiner Behandlung und deren Einstufung als Haupt- oder Nebendiagnose rechtfertige daher regelhaft die Honorargruppe M3.

54

Auch zur Überzeugung des Senats kann keinesfalls eine Zuordnung von Gutachten in Krankenhausabrechnungstreitigkeiten in allen Fällen zur Honorargruppe M2 oder zur Honorargruppe M3 vorgenommen werden. Allerdings geht auch der Senat davon aus, dass in den Fällen, in denen es – wie vorliegend – um die Feststellung der Haupt- und Nebendiagnosen und damit um eine Prüfung des Verlaufs der Krankenhausbehandlung unter Einbeziehung komplexer differentialdiagnostischer Erwägungen geht, die Honorargruppe M3 anzuwenden ist. In den Fällen, in denen vom Gericht lediglich eine Ist-Zustandsbeschreibung ohne Prognosebeurteilung in Auftrag gegeben worden ist, z.B. im Rahmen der Prüfung der Erforderlichkeit einer stationären Therapie oder der ausschließlichen Frage, welche Diagnosen vorgelegen haben, ist aber Honorargruppe M2 anzuwenden.

55

Vorliegend ist problematisch, dass sich die konkrete Fragestellung dem Gutachtensauftrag nicht entnehmen lässt. Es sollten danach die Krankheiten genannt werden, wegen derer der stationäre Aufenthalt notwendig war, weiter sollte ausgeführt werden, ob der Aufenthalt aus medizinischer Sicht richtig kodiert worden ist

bzw. welche Kodierung richtig gewesen wäre. Das SG hat die Beweisfragen wie dargestellt nicht weiter konkretisiert.

56

Dass hier allerdings offenkundig gerade die Frage zwischen den Beteiligten streitig war, welche Diagnose für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes der Versicherten nach Analyse hauptsächlich verantwortlich war, ergibt sich aus der auch dem Bg zur Verfügung gestellten Hauptsacheakte und findet seinen Niederschlag in den Ausführungen im Gutachten. Diesem ist zu entnehmen, dass streitig zwischen den Beteiligten die Frage war, welche Hauptdiagnose im Sinne der Kodierrichtlinien anzusetzen war. Der Bg, der die Frage zu beantworten hatte, ob der Krankenhausaufenthalt aus medizinischer Sicht richtig kodiert worden ist, hatte also zu prüfen, welche Diagnose nach Analyse – also nach objektiver expost Betrachtung der Aufnahmegründe am Ende der Krankenhausbehandlung – aus medizinischer Sicht als diejenige festzustellen war, die hauptsächlich für die Veranlassung des stationären Krankenhausaufenthaltes des Versicherten verantwortlich war.

57

Der Bg hatte in seinem Gutachten also nicht eine auf eigener Untersuchung und/oder Heranziehung von Fremdunterlagen beruhende beschreibende Beurteilung des Ist-Zustandes vorzunehmen. Er musste vielmehr den Ablauf des stationären Aufenthaltes prüfen und die im Rahmen des stationären Aufenthaltes evaluierten Untersuchungsbefunde und diagnostischen Tests sowie chirurgischen Eingriffe heranziehen. Konkret ist der Bg nach Prüfung der ihm vorgelegten Befunde zu dem Ergebnis gekommen, dass nicht – wie vom MDK angenommen – die bei dem Versicherten unstreitig vorliegende Sepsis die Hauptdiagnose war, sondern dass vielmehr die Sepsis als Folge der bei dem Versicherten ebenfalls unstreitig vorliegenden Diagnose einer perforierten Appendizitis anzusehen war. Dabei hat der Bg auch die weitere medizinische Frage beantwortet, die Behandlung welcher der zwei Diagnosen die meisten Ressourcen verbraucht hat. Es war also eine ausführliche differentialdiagnostische Beurteilung mit Feststellung der Kausalität für die Veranlassung des stationären Aufenthaltes erforderlich.

58

Es handelt sich hierbei also offensichtlich nicht um eine den Ist-Zustand beschreibende Begutachtung nach standardisiertem Schema und mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad. Im Hinblick auf die hier zugrundeliegenden Beweisfragen ist damit die Annahme eines hohen Schwierigkeitsgrades und eine Honorierung nach der Honorargruppe M3 – wie beantragt – plausibel.

59

d.) Eine Minderung des Vergütungsanspruchs gem. § 8a Abs. 3 JVEG i.V.m. § 407a Abs. 4 S. 2 ZPO, wonach das Gericht nach Anhörung der Beteiligten nach billigem Ermessen eine Vergütung bestimmt, die in einem angemessenen Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes steht, wenn die geltend gemachte Vergütung erheblich außer Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes steht und der Sachverständige nicht darauf hingewiesen hat, kommt hier nicht in Betracht.

60

Der Senat kann im vorliegenden Verfahren offen lassen, ob die Regelung in gerichtskostenpflichtigen sozialgerichtlichen Verfahren nach § 197a SGG Anwendung findet (für Verfahren nach § 183 SGG ausgeschlossen: BayLSG, Beschluss vom 17.12.2013, L 15 SF 275/13; offen gelassen für Verfahren nach § 197a SGG: Thüringer LSG, Beschluss vom 08.11.2018, L 1 SF 145/18 B; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 16.05.2022, L 15 KR 221/22 B).

61

Denn der Senat geht bei einer geltend gemachten Vergütung i.H.v. 1.005,43 Euro, die bei weitem nicht den Wert des Streitgegenstandes von 1.407,12 Euro erreicht, bereits nicht davon aus, dass diese erheblich außer Verhältnis zum Wert des Streitgegenstandes steht. Wie das SG kommt der Senat weiter zur Überzeugung, dass bei verständiger Würdigung aller Umstände im Übrigen davon auszugehen wäre, dass bei einem entsprechenden Hinweis des Bg auf die zu erwartende Höhe der Kosten des Gutachtens seine Tätigkeit nicht eingeschränkt oder unterbunden worden wäre. So waren sowohl auf Klage- als auch auf Beklagtenseite professionelle oder sachkundige Beteiligte, die Einholung eines Sachverständigengutachtens war von der Klägerseite im Klageverfahren angeregt worden, die Beteiligten hatten Kenntnis von der Beweisanordnung erlangt und von Beklagtenseite war hierzu Stellung genommen worden.

62

d) Die Portokosten sind wie beantragt zu erstatten, die auf die Vergütung entfallende Umsatzsteuer ist nach § 12 Abs. 1 Nr. 4 JVEG zu ersetzen. Es ergibt sich eine Vergütung für das Gutachten vom 29.01.2021 in Höhe von 1.005,43 Euro.

63

Der Beschluss ist unanfechtbar (§ 4 Abs. 4 Satz 3 JVEG).

64

Er ergeht gebührenfrei; Kosten sind nicht zu erstatten (§ 4 Abs. 8 JVEG).