

L 4 KR 3613/14 NZB

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Stuttgart (BWB)

Aktenzeichen

S 11 KR 5778/12

Datum

10.07.2014

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 4 KR 3613/14 NZB

Datum

10.03.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10. Juli 2014 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Beschwerdeverfahrens.

Der Streitwert für das Verfahren der Nichtzulassungsbeschwerde wird endgültig auf EUR 63,76 festgesetzt.

Gründe:

I.

Die Klägerin begehrt mit ihrer Beschwerde die Zulassung der Berufung gegen das klageabweisende Urteil des Sozialgerichts Stuttgart (SG) vom 10. Juli 2014.

Die Klägerin ist Trägerin eines in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommenen Krankenhauses, das zur Versorgung gesetzlich Krankenversicherter und zur ambulanten Durchführung der in dem zwischen dem Spitzenverband Bund der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft e.V. und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vereinbarten Katalog ambulant durchführbarer Operationen und sonstiger stationärer Eingriffe genannten Eingriffe zugelassen ist. Die Klägerin hat den Landesverbänden der Krankenkassen, den Ersatzkassen, der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg und dem dortigen Zulassungsausschuss mitgeteilt, welche ambulanten Operationen erbracht werden.

Im März 2012 behandelte die Klägerin unter anderem vier bei der Beklagten versicherte Patienten. Bei allen Versicherten wurde ein intraocularer Eingriff der Kategorie X2 vorgenommen. Bei zwei Versicherten waren zuvor – im Januar 2012 bzw. im Februar 2012 – im Krankenhaus der Klägerin ambulante Voruntersuchungen durchgeführt worden. Für diese beiden Versicherten stellte die Klägerin unter anderem jeweils die Gebührenordnungsposition (GOP) 06212 (Ordinationskomplex ab 60. Lebensjahr – augenärztliche Grundpauschale) des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) in Höhe von EUR 14,90 sowie die GOP 01436 EBM (Konsultationspauschale) in Höhe von EUR 1,75 – jeweils zuzüglich Honorar in Höhe von sieben Prozent – in Rechnung. Für die beiden anderen Versicherten, bei denen keine Voruntersuchungen im Krankenhaus der Klägerin durchgeführt wurden, stellte die Klägerin unter anderem die GOP 06212 EBM in Höhe von EUR 14,90 zuzüglich Honorar in Höhe von sieben Prozent in Rechnung, nicht aber die Konsultationspauschale.

Die Beklagte beglich die Forderungen der Klägerin nicht, soweit sie die Grundpauschale betrafen. Mit ihrer beim SG erhobenen Klage verfolgte die Klägerin zuletzt noch das Ziel der Verurteilung der Beklagten zur Zahlung von EUR 348,82 zuzüglich Prozesszinsen aus EUR 63,76 seit dem 6. Dezember 2003 in Höhe von acht Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz. Der Betrag von EUR 348,82 setzt sich zusammen aus der Hauptforderung von EUR 63,76 (vier Mal Grundpauschale zuzüglich Honorar in Höhe von sieben Prozent à EUR 15,94) sowie Verzugszinsen in Höhe von EUR 285,06.

Das SG wies die Klage mit Urteil vom 10. Juli 2014 ab. Zwar sei die Grundpauschale nach GOP 06212 EBM bei ambulanten Operationen in Krankenhäusern grundsätzlich abrechenbar. Ein ambulant operierendes Krankenhaus sei grundsätzlich berechtigt, nach den Leistungen des Abschnittes 31.2 EBM auch eine Grundpauschale bzw. Konsultationspauschale nach Maßgabe der jeweiligen GOP abzurechnen. Nr. 5 der Präambel zu Abschnitt 31.2 EBM bestimme, dass sämtliche durch den Operateur erbrachten ärztlichen Leistungen von den GOPen dieses Abschnitts erfasst und alle anderen GOPen verdrängt würden. Nach dem eindeutigen Wortlaut der Nr. 8 der Präambel gelte von dieser

Grundregel eine Ausnahme für die abschließend dort genannten GOPen, zu denen auch die GOP 01436 EBM (Konsultationspauschale) sowie die Grundpauschale zähle. In den vier streitigen Behandlungsfällen seien jedoch die Voraussetzungen für die Abrechnung der Grundpauschale nicht erfüllt gewesen. Die augenärztlichen Grundpauschalen GOP 06210 bis 06212 EBM setzten als obligaten Leistungsinhalt lediglich einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt voraus, seien aber neben der Konsultationspauschale GOP 01436 EBM nicht berechnungsfähig. Die Konsultationspauschale GOP 01436 EBM komme hier zur Abrechnung, weil den Operationen fachgruppengleiche Überweisungen zur Mitbehandlung oder Weiterbehandlung zugrunde gelegen hätten. Die GOP 01436 EBM bestimme, dass für die Berechnung der jeweiligen arztgruppenspezifischen Grundpauschale mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt notwendig sei. Allerdings erstrecke der vierte Spiegelstrich den Leistungsinhalt der Konsultationspauschale ausdrücklich auf ggf. mehrere Sitzungen. Insoweit sei der Wortlaut beider Regelungsbestandteile der GOP 01436 EBM widersprüchlich. Nach seiner – des SG – Auffassung decke die Konsultationspauschale alle Behandlungsleistungen eines Behandlungsfalles ab, auf welche sich die jeweilige Überweisung erstrecke, unabhängig von der Zahl der damit verbundenen Arzt-Patienten-Kontakte; letzteres folge aus der Formulierung "ggf. in mehreren Sitzungen". Zum Leistungsinhalt einer ambulanten Operation zählten alle in Nr. 5 der Präambel zu Abschnitt 31.2 EBM genannten Leistungen, ebenso die zur Erfüllung der Anforderungen der Nr. 4 der genannten Präambel erforderlichen Leistungen. Ob diese Leistungen am Operationstag oder im Rahmen einer separaten Voruntersuchung erbracht würden, sei unerheblich. Nur wenn eine Diagnostik oder Behandlung durchgeführt werde, die keiner der Definitionen unter den Spiegelstrichen zwei bis fünf der Konsultationspauschale zuzuordnen sei, könne zusätzlich die arztgruppenspezifische Grundpauschale abgerechnet werden. Hierzu bedürfe es dann mindestens eines zusätzlichen Arzt-Patienten-Kontaktes, was wiederum dem obligaten Leistungsinhalt der jeweiligen Grundpauschale entspreche. Dies werde insbesondere dann der Fall sein, wenn sich ein von dem Grund der Überweisung unabhängiger Behandlungsanlass ergebe. Mithin werde die Anwendbarkeit der jeweiligen arztgruppenspezifischen Grundpauschale erst durch die GOP 01436 EBM unter den dort bestimmten Voraussetzungen eröffnet. Daraus folge im Umkehrschluss, dass die Konsultationspauschale gegenüber den Grundpauschalen vorrangig abzurechnen sei. Die Auffassung, dass die Grundpauschale für ein im Vorfeld der Narkose bzw. der Operation erfolgtes Aufklärungsgespräch bzw. eine Untersuchung durch Anästhesist und Operateur und die Konsultationspauschale für einen gegebenenfalls erforderlichen postoperativen Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet werden könnten, finde im Text der GOP 01436 EBM keine Stütze. Dass die Klägerin in einem der streitigen Behandlungsfälle eine zusätzliche Leistung erbracht habe, die über den Leistungsumfang einer ambulanten Operation hinausgehe, sei weder dargetan noch ersichtlich. Dem Urteil ist eine Rechtsmittelbelehrung beigefügt, nach der das Urteil mit der Berufung angefochten werden könne.

Die Klägerin hat gegen die Nichtzulassung der Berufung in dem ihr am 1. August 2014 zugestellten Urteil am 25. August 2014 Beschwerde eingelegt. Die Klägerin vertritt die Ansicht, dass das Verfahren die Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung aufwerfe, ob vom einem ambulant operierenden Krankenhaus die arztgruppenspezifische Grundpauschale nach EBM abgerechnet werden dürfe und ob die Abrechenbarkeit generell bei gleichzeitiger Abrechenbarkeit der Konsultationspauschale ausgeschlossen sei oder in welchen Fallkonstellationen nicht. Ob eine arztgruppenspezifische Grundpauschale von ambulant operierenden Krankenhäusern abgerechnet werden dürfe, sei in der Rechtsprechung bislang ungeklärt, aber von großer wirtschaftlicher Bedeutung. Sie stelle sich in allen ambulant operierenden Krankenhäusern. Im Lichte der Ausführungen des Bundessozialgerichts (BSG) in seinem Urteil vom 1. Juli 2013 ([B 1 KR 1/13 R](#) – in juris) sei die Frage, ob von einem ambulant operierenden Krankenhaus die arztgruppenspezifische Grundpauschale abgerechnet werden dürfe, nun zwar zu bejahen. Vom BSG sei aber das Verhältnis von Grund- und Konsultationspauschale zueinander nicht abschließend entschieden worden. Das BSG habe angedeutet, dass beide Pauschalen nebeneinander abrechenbar seien, wenn in demselben Behandlungsfall mindestens ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt sei, also zwei Kontakte stattgefunden hätten. Offen sei jedoch gelassen worden, ob der weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakt am Operationstag selbst stattfinden dürfe. Das BSG habe sich auch nicht der Frage angenommen, ob der weitere Kontakt die präoperative Untersuchung und die postoperative Nachsorge durch einen anderen als den operierenden Arzt darstellen könne. Ob ein weiterer persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt erfolge, wenn der Patient mehrere Tage (Wochen) vor der Operation untersucht werde, lasse sich dem Urteil vom 1. Juli 2014 nicht entnehmen. Solche Konstellationen seien jedoch Gegenstand der vorliegenden streitgegenständlichen Behandlungsfälle. Es hätten mehrere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte – teils am Operations-, teils am Vortrag, teils im Nachgang zur ambulanten Operation – stattgefunden. Zu beurteilen sei daher, ob diese weiteren persönlichen Arzt-Patienten-Kontakte die Abrechnung der Grundpauschale neben der Konsultationspauschale rechtfertigten.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 10. Juli 2014 zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Die Beklagte ist – nach Vorlage der schriftlichen Gründe des Urteils des BSG vom 1. Juli 2014 ([B 1 KR 1/13 R](#) – in juris) – der Ansicht, dass die von der Klägerin aufgeworfenen Fragen höchstrichterlich geklärt seien.

Zu den weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

II.

1. Der Senat ist zur Entscheidung über die Beschwerde nach der zum Zeitpunkt der Entscheidung über die Beschwerde geltenden Geschäftsverteilung des Landessozialgerichts (LSG) Baden-Württemberg zuständig, weil er eine Angelegenheit der Sozialversicherung (Krankenversicherung) und nicht des Vertragsarztrechts betrifft. Grundlage des Rechtsstreits ist ein Vertrag nach [§ 115b Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#). Klagen aufgrund solcher Verträge gehören nicht zu den Angelegenheiten des Vertragsarztrechts, für die gemäß [§ 31 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) jeweils ein eigener Senat zu bilden ist. Denn [§ 10 Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGG](#), der im Rahmen des [§ 31 Abs. 2 SGG](#) entsprechend gilt (LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 27. Oktober 2010 – [L 11 \(10\) KA 14/07](#) – in juris, Rn. 47 ff.; vgl. auch BSG, Urteil vom 4. März 2014 – [B 1 KR 16/13 R](#) – in juris, Rn. 14 f.), erfasst Klagen aufgrund von Verträgen nach [§ 115b Abs. 1 SGB V](#) gerade nicht (so auch die Begründung des Gesetzentwurfes der Bundesregierung auf [Bundestags-Drucksache 17/6764, S. 26](#); BSG, Urteil vom 4. März 2014 – [B 1 KR 16/13 R](#) – in juris, Rn. 14; a.A. für den Fall, dass die Vergütung ambulanter Eingriffe aufgrund von Verträgen im Sinne des [§ 115b Abs. 1 SGBV](#), die von niedergelassenen Vertragsärzten erbracht werden, streitig ist, LSG Berlin-Brandenburg,

Zwischenbeschluss vom 27. März 2013 – [L 7 KA 87/10](#) – in juris, Rn. 51; aufgehoben durch BSG, a.a.O.).

2. Die Beschwerde der Klägerin gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des SG vom 10. Juli 2014 ist statthaft ([§ 145 Abs. 1 Satz 1 SGG](#)) und gemäß [§ 145 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt worden.

Die Beschwerde ist auch im Übrigen zulässig. Nach [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) in der hier anwendbaren, ab 1. April 2008 geltenden Fassung bedarf die Berufung der Zulassung, wenn der Wert des Beschwerdegegenstands bei einer Klage, die eine Geld- oder Sachleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt betrifft, EUR 750,00 nicht übersteigt. Diese Regelung findet nur dann keine Anwendung, wenn die Berufung wiederkehrende oder laufende Leistungen für mehr als ein Jahr betrifft ([§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#)). Dieser Beschwerdewert wird vorliegend nicht erreicht; der Ausnahmetatbestand des [§ 144 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert beträgt EUR 63,76; in Höhe dieses Betrages hat die Klägerin zuletzt beim SG hinsichtlich der Hauptforderung die Verurteilung der Beklagten zur Zahlung beantragt; dieses Begehren verfolgt sie weiter. Die ebenfalls begehrte Verurteilung zur Verzugszins- und Prozesszinszahlung ist bei der Berechnung des Beschwerdewertes nicht erhöhend zu berücksichtigen (vgl. Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 144 Rn. 15; Sommer, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 144 Rn. 18).

Der Umstand, dass dem Urteil des SG eine Rechtsmittelbelehrung beigelegt war, nach der das Urteil mit der Berufung angefochten werden kann, steht der Zulässigkeit der Nichtzulassungsbeschwerde nicht entgegen, da eine falsche Rechtsmittelbelehrung unbeachtlich ist und keine Zulassung der Berufung darstellt (ständige Rechtsprechung; etwa BSG, Beschluss vom 2. Juni 2004 – [B 7 AL 10/04 B](#) – in juris, Rn. 8; weitere Nachweise bei Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 144 Rn. 40; siehe auch Sommer, in: Roos/Wahrendorf [Hrsg.], SGG, 2014, § 144 Rn. 51).

3. Die Beschwerde ist jedoch nicht begründet.

Nach [§ 144 Abs. 2 SGG](#) ist die Berufung zuzulassen, wenn (1.) die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat, (2.) das Urteil von einer Entscheidung des LSG, des BSG, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder (3.) ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Diese Voraussetzungen für eine Zulassung der Berufung liegen nicht vor.

a) Der Rechtssache kommt keine grundsätzliche Bedeutung im Sinne des [§ 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) zu. Grundsätzliche Bedeutung hat eine Rechtssache dann, wenn ihre Entscheidung über den Einzelfall hinaus dadurch an Bedeutung gewinnt, dass die Einheit und Entwicklung des Rechts gefördert wird oder dass für eine Anzahl ähnlich liegender Fälle eine Klärung erfolgt (ständige Rechtsprechung des BSG seit dem Urteil vom 20. Dezember 1955 – [10 RV 225/54](#) – in juris, Rn. 18, zur entsprechenden früheren Vorschrift des [§ 150 Nr. 1 SGG](#)). Die Streitsache muss mit anderen Worten eine bisher nicht geklärte Rechtsfrage aufwerfen, deren Klärung im allgemeinen Interesse liegt, um die Rechtseinheit zu erhalten und die Weiterentwicklung des Rechts zu fördern; die entscheidungserhebliche Rechtsfrage muss klärungsbedürftig und klärungsfähig sein (Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 144 Rn. 28; vgl. dort auch § 160 Rn. 6 ff. mit Nachweisen aus der Rechtsprechung zur Frage der Revisionszulassung).

Eine klärungsbedürftige Rechtsfrage in diesem Sinn wirft die Rechtssache nicht auf. Insbesondere ist die Frage, ob von einem ambulant operierenden Krankenhaus eine arztgruppenspezifische Grundpauschale nach EBM abgerechnet werden darf, bereits höchstrichterlich entschieden. Zwar hat das BSG in seinem Urteil vom 1. Juli 2014 ([B 1 KR 1/13 R](#) – in juris) keine endgültige Entscheidung in der Sache getroffen, sondern die Sache an das zuständige Berufungsgericht zurückverwiesen. Prämisse der Zurückverweisung war indes, dass ein Krankenhaus bei Durchführung ambulanter Operationen grundsätzlich die Grundpauschale, in jenem Verfahren die gynäkologische Grundpauschale nach GOP 08211 EBM, abrechnen darf (a.a.O., Rn. 17). Anderenfalls wäre die Zurückverweisung an das zuständige Berufungsgericht zur Feststellung, ob im konkreten Fall die Konsultationspauschale neben oder statt der Grundpauschale abrechenbar ist, nicht folgerichtig. Hiervon geht inzwischen auch die Klägerin aus, die in ihrem Schriftsatz vom 17. November 2014 ausgeführt hat, dass im Lichte der Ausführungen des BSG die Frage, ob von einem ambulant operierenden Krankenhaus die arztgruppenspezifische Grundpauschale nach EBM grundsätzlich abgerechnet werden darf, dahingehend zu beantworten sein dürfte, dass dies der Fall ist. Zwar betraf die Entscheidung des BSG die frauenärztliche Grundpauschale; für die hier einschlägige augenärztliche Grundpauschale kann aber nichts anderes gelten, da deren obligater Leistungsinhalt (persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt) ansonsten identisch sind. Die von der Klägerin aufgeworfene Rechtsfrage der Abrechenbarkeit der arztgruppenspezifischen Grundpauschale nach dem EBM lässt sich damit ohne weiteres aufgrund des genannten Urteils des BSG vom 1. Juli 2014 beantworten.

Auch die anderen Fragen, die der vorliegende Rechtsstreit aufwirft, sind entgegen der Auffassung der Klägerin durch das genannte Urteil des BSG vom 1. Juli 2014 geklärt. So ist geklärt, dass die Grundpauschale nicht neben der Konsultationspauschale abrechenbar ist, wenn der Behandlung im Krankenhaus zwar eine Überweisung zur Mit- oder Weiterbehandlung zugrunde lag, neben den von der Konsultationspauschale erfassten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakten das Krankenhaus in demselben Behandlungsfall aber nicht mindestens einen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt hatte (a.a.O., Rn. 21). Ein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt liegt nach den Ausführungen des BSG nicht vor, wenn neben dem ambulanten Eingriff lediglich die Voruntersuchungen und Aufklärungsgespräche stattgefunden haben (a.a.O., Rn. 2, 21); in dem vom BSG entschiedenen Fall erfolgte die Voruntersuchung am Tag vor der Operation; sie stellt nach den Ausführungen des BSG keinen weiteren Arzt-Patienten-Kontakt dar, der zur Abrechenbarkeit der Grundpauschale führt. So verhielt es sich nach den Feststellungen des SG aber in den vier dem hiesigen Rechtsstreit zugrunde liegenden Behandlungsfällen, in denen neben der Operation lediglich Aufklärungsgespräche und Voruntersuchungen stattfanden. Dass hierbei – wie die Klägerin suggeriert – zu differenzieren sei nach dem Umstand, welcher zeitliche Abstand zwischen der Voruntersuchung oder dem Aufklärungsgespräch und der Operation liege, lässt sich dem Urteil des BSG nicht entnehmen. Das BSG hat zur Verneinung eines weiteren Arzt-Patienten-Kontaktes den sachlichen Zusammenhang zur Operation ausreichen lassen, ohne eine bestimmte zeitliche Nähe zu verlangen.

Da nach den Feststellungen des SG außer Voruntersuchungen (in zwei Fällen) und den Aufklärungsgesprächen (in allen vier Fällen) kein weiterer Arzt-Patienten-Kontakt durch das Krankenhaus der Klägerin erfolgt war, wirft das vorliegende Verfahren mithin keine Fragen auf, die sich nicht anhand des Urteil des BSG beantworten lassen. Das SG hat – in antizipierter Übereinstimmung mit den damals noch nicht im

Volltext bekannten Entscheidungsgründen des BSG – die gleichzeitige Abrechenbarkeit der Grundpauschale neben der Konsultationspauschale gerade deswegen verneint, weil keine zusätzliche Leistung erbracht worden sei, die über den Leistungsumfang einer ambulanten Operation hinausging. Indem das BSG Arzt-Patienten-Kontakte, die "im Rahmen einer Mitbehandlung" (a.a.O., Rn. 21) erfolgt sind, nicht als weitere Arzt-Patienten-Kontakte einstuft, ist geklärt, dass ein Arzt-Patienten-Kontakt, der zur zusätzlichen Abrechenbarkeit der Grundpauschale führt, außerhalb der durch die Überweisung veranlassten Mitbehandlung erfolgen muss. Dass ein solcher, außerhalb des Rahmen der Überweisung zur Mitbehandlung liegender Arzt-Patienten-Kontakt in den vier Behandlungsfällen, die dem hiesigen Rechtsstreit zugrunde liegen, erfolgt ist, lässt sich aber weder den Feststellungen des SG noch dem Vorbringen der Beteiligten entnehmen. Das SG hat vielmehr ausdrücklich festgestellt, dass weder dargetan noch ersichtlich sei, dass die Klägerin in einem der streitigen Behandlungsfälle eine zusätzliche Leistung erbracht hätte, die über den Leistungsumfang einer ambulanten Operation hinausginge. Auch die Klägerin trägt lediglich vor, dass in den Behandlungsfällen mehrere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte stattgefunden haben, behauptet aber nicht einmal, dass sich diese Kontakte außerhalb der durch die Überweisung veranlassten Mitbehandlung bewegt hätten. Dass die von ihr mit Schriftsatz vom 26. Januar 2015 geschilderten Arzt-Patienten-Kontakte am Operationstag, am Vortrag bzw. im Nachgang zur ambulanten Operation nicht als weitere Arzt-Patienten-Kontakte einzustufen sind, die zur (zusätzlichen) Abrechenbarkeit der Grundpauschale führen, ist indes durch das zitierte Urteil des BSG geklärt. Wenn daneben weitere Arzt-Patienten-Kontakte erfolgt wären, würde dies im Übrigen allenfalls dazu führen, dass das Urteil des SG unzutreffend wäre, aber keine Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung aufwerfen.

Alle weiteren anzustellenden Erwägungen oder Überlegungen sind auf den Einzelfall bezogen und werfen keine klärungsbedürftige Rechtsfrage von allgemeiner Bedeutung auf.

b) Darüber hinaus liegt auch eine Divergenz im Sinne des [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) nicht vor. Eine solche Divergenz ist anzunehmen, wenn tragfähige abstrakte Rechtssätze, die einer Entscheidung des SG zugrunde liegen, mit denjenigen eines der in [§ 144 Abs. 2 Nr. 2 SGG](#) genannten Gerichte nicht übereinstimmen. Das SG muss seiner Entscheidung also einen Rechtssatz zugrunde gelegt haben, der mit der Rechtsprechung jener Gerichte nicht übereinstimmt (vgl. hierzu Leitherer, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Aufl. 2014, § 160 Rn. 13 mit Nachweisen aus der Rechtsprechung zur Frage der Revisionszulassung). Einen Rechtssatz in diesem Sinn hat das SG in seinem Urteil vom 10. Juli 2014 nicht aufgestellt.

c) Auch ein wesentlicher Mangel des gerichtlichen Verfahrens im Sinne des dritten Zulassungsgrundes liegt nicht vor. Er ist auch von den Beteiligten nicht behauptet worden.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

5. Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#), [§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG) sowie [§ 47 Abs. 1 Satz 1, Abs. 3, § 63 Abs. 2 Satz 1, GKG](#). Die Zinsforderungen – sowohl die Verzugszinsen als auch die Prozesszinsen – bleiben bei der Streitwertfestsetzung außer Betracht, da es sich um Nebenforderungen handelt ([§ 43 Abs. 1 GKG](#)).

Dieser Beschluss ist mit der Beschwerde nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Das angefochtene Urteil des SG wird hiermit rechtskräftig ([§ 145 Abs. 4 Satz 4 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-03-12