L 7 KO 21/20 (KR)

Land
Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht
LSG Niedersachsen-Bremen
1. Instanz
SG Hildesheim (NSB)
Aktenzeichen
56 KR 552/17
Datum
23.09.2020
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 7 KO 21/20 (KR)
Datum
24.03.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1. Zur Vergütung eines Sachverständigengutachtens über die Abrechnung von Krankenhausleistungen, in dem medizinische Fragen mit Fragen nach der Kodierung von DRG- Fallpauschalen vermischt wurden.
2. Gutachten zu Fragen zur Kodierung von Krankenhausleistungen und deren Abrechnung sind als Rechtsgutachten nicht vergütungsfähig, weil die zutreffende Anwendung und Auslegung der Kodierrichtlinien und damit auch die zutreffende Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen als Rechtsfragen dem Sachverständigenbeweis entzogen sind.
3. §§ 8a Abs. 2 S. 2 , 9 Abs. 1 S.3, S. 4 JVEG a.F. stehen einer Vergütung nur eines Teils des Gutachtens als medizinisches Gutachten bei gleichzeitiger Ablehnung der Vergütung für rechtliche Ausführungen nicht entgegen.

Die Vergütung des Antragstellers für sein im Verfahren L 4 KR 230/19 erstattetes Sachverständigengutachten vom 14. September 2020 wird auf 551,14 Euro festgesetzt.

Gründe

I.

Die Beteiligten streiten über die Vergütung für ein im Berufungsverfahren vom Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingeholtes Gutachten.

In dem zugrundeliegenden Klageverfahren vor dem Sozialgericht (SG) Hildesheim (Az. S 56 KR 552/17) stritten die dortigen Beteiligten, die klagende Trägerin eines Krankenhauses (im Folgenden: Klägerin) und die beklagte AOK Niedersachsen (im Folgenden: Beklagte), um die Erstattung der Kosten für die Behandlung einer bei der Beklagten versicherten Patientin, die die Klägerin auf der Basis der DRG-G52Z (*Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung bei Krankheiten und Störungen der Verdauungsorgane*) mit insgesamt 7.317,38 Euro abgerechnet hatte.

Die 88-jährige Patientin war am 14. Oktober 2016 im Krankenhaus aufgenommen worden, nachdem sie über das Dialysezentrum MVZ F. bei zunehmender Inappetenz nach Dialyse sowie Angabe eines Gewichtsverlustes mit allgemeiner Schwäche und eingeschränkter häuslicher Selbständigkeit eingewiesen worden war. Sie wurde nach exakt 14 Tagen am 28. Oktober 2016 in gebessertem Allgemeinzustand aus dem Krankenhaus in die Häuslichkeit mit Unterstützung der Tochter entlassen.

Die Beklagte glich zunächst die von der Klägerin geltend gemachten Kosten in voller Höhe aus. Nach Einholung einer Stellungnahme durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) vom 28. April 2017 nahm die Beklagte dann aber unter dem 14. Juni 2017 einen Abzug in Höhe von 5.323,43 Euro von der Rechnung vor und verrechnete den von ihr geltend gemachten Rückforderungsanspruch mit unstreitigen Behandlungskosten aus einem anderen Behandlungsfall. Die Klägerin habe den Behandlungsfall zu Unrecht über die DRG-G52Z zu einem Kostengewicht von 2,184 abgerechnet. Einschlägig sei vielmehr lediglich die DRG-G67B zu einem Kostengewicht von 0,573, was zu einer Rechnung in Höhe von lediglich 1.993,95 Euro führe. Die medizinische Notwendigkeit einer vollstationären geriatrischen frührehabilitativen

Komplexbehandlung gemäß der Prozedur 8-550 sei nur bis zum 22. Oktober 2016 erkennbar gewesen. Bei der am Rollator und in den Aktivitäten des täglichen Lebens weitgehend selbständigen Versicherten sei am 21. Oktober 2016 als letzte medizinische Maßnahme, die die Notwendigkeit einer stationären Behandlung begründen würde, eine Gastroskopie vorgenommen worden. Die nach Eingang der histologischen Befunde am 27. Oktober 2016 aufgenommene Motilium-Medikation hätte bereits ambulant eingeleitet werden können. Eine Entlassung wäre am 22. Oktober 2016 nach der Dialyse in die Häuslichkeit möglich gewesen. Dann wären keine 14 Behandlungstage zur Abrechnung der OPS 8-550.1 – Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 14 Behandlungstage und 20 Therapieeinheiten – mehr erreicht worden, die zur Kodierung der DRG-G52Z jedoch erforderlich sei. So wäre lediglich die Prozedur OPS 8-550.0 – Geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung: Mindestens 7 Behandlungstage und 10 Therapieeinheiten – erfüllt gewesen, was lediglich zur DRG-G67B geführt hätte.

Diesen Differenzbetrag von 5.323,43 Euro machte die Klägerin daraufhin mit einer Leistungsklage beim SG Hildesheim geltend. Die akutstationäre geriatrische frührehabilitative Behandlung sei über den gesamten Zeitraum medizinisch erforderlich gewesen. Angesichts der in den Vormittagsstunden des 25. Oktober 2016 aufgetretenen schweren Hypoglykämie mit Blutzuckerwerten von minimal 23mg% sei es medizinisch geboten gewesen, die Versicherte aufgrund ihrer chronischen Nierenerkrankung im Stadium 5 weiter stationär zu versorgen. Da im Folgenden eine erhebliche Änderung der Insulin-Dosis vorgenommen worden sei, habe es der ärztlichen Sorgfaltspflicht entsprochen, den Blutzuckerverlauf über das Wochenende noch zwei weitere Tage zu überwachen.

Das SG Hildesheim beauftragte daraufhin mit Beweisanordnung vom 20. Juni 2018 Prof. Dr. G. mit der Erstellung eines Sachverständigengutachtens. In dem Gutachten vom 11. Oktober 2018 führte der Gutachter u.a. aus, eine primäre Fehlbelegung habe nicht vorgelegen und sei auch weder vom MDK noch von der Beklagten unterstellt worden. Die Diskussion erstrecke sich vorwiegend auf die sekundäre Fehlbelegung, weil diese vom MDK als Begründung angeführt werde. Der MDK sehe in seiner Begründung nur die Gastroskopie zur Abklärung von Inappetenz und Gewichtsabnahme als nötig an, übersehe dabei aber, dass die rezidivierenden, zum Teil nächtlichen Unterzuckerungen im Alter eine gefährliche Situation mit multiplen negativen Auswirkungen darstellen könnten. Die Klägerin habe die Verbindung zwischen Unterzuckerungen und allgemeinen funktionellen Symptomen wie Gangunsicherheit, Hilfebedürftigkeit, ein durchaus „geriatrischer“ Gedankengang, zwar nicht hergestellt, sich mit dem Insulin-Anpassplan aber korrekt verhalten. Daher sehe er als Gutachter die Krankenhausbehandlung aufgrund der Zuckereinstellung als nötig an und damit auch die Abrechnungsfähigkeit des OPS 8-550.1, woraus sich die DRG K444Z, ein Basiskostengewicht von 2,115 sowie ein Erlös von 6.933,37 Euro ergebe.

Die Beklagte nahm dieses Gutachten zum Anlass, ein weiteres Gutachten beim MDK in Auftrag zu geben. In diesem Gutachten vom 12. Februar 2019 wies der MDK darauf hin, dass die OPS 8-550.1 als Mindestmerkmale eine „wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung mit wochenbezogener Dokumentation bisheriger Behandlungsziele, Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele“ erfordere. Im vorliegenden Fall seien an beiden Teamsitzungen zwar alle an der Behandlung der Patientin beteiligten Berufsgruppen vertreten gewesen, die Teilnahme des Fachbereichs Psychologie sei dagegen nicht dokumentiert. Wegen der fehlenden Teilnahme des Psychologen habe die Durchführung der Teamsitzungen damit unter Berücksichtigung der aktuellen Rechtsprechung (Urteil des Bundessozialgerichts <BSG> vom 19. Dezember 2017 - B 1 KR 19/17 R) nicht den Anforderungen des OPS 8-550.1 entsprochen. Die akutstationäre Verweildauer von 14 Tagen werde dagegen gutachtlich in voller Länge als medizinisch begründet akzeptiert.

Die Klägerin nahm zu diesem Gutachten des MDK mit Schriftsatz vom 21. März 2019 Stellung und hob dabei hervor, dass der MDK nunmehr in Einklang mit dem von Prof. Dr. H. erstatteten Gutachten ebenfalls zu der Einschätzung gelangt sei, dass eine akutstationäre Behandlung von 14 Tagen medizinisch notwendig gewesen sei. Soweit der MDK nun erstmals unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG argumentiere, der OPS-Kode 8-550.1 sei nicht erfüllt, weil eine Teilnahme des Fachbereichs Psychologie/Neuropsychologie nicht belegt sei, halte die Klägerin diese Rechtsprechung des BSG für überzogen, unpraktikabel und unwirtschaftlich. Es werde dadurch ein zusätzlicher Dokumentationsaufwand und Formalismus abverlangt, der auf Kosten der ohnehin schon überlasteten Ärzte, Therapeuten und Pflegekräfte gehe und der im Ergebnis auch zu keinem zusätzlichen Mehrwert an Qualität im Rahmen der geriatrischen Behandlung führe. Im Übrigen sei die Rechtsprechung des BSG mit Anbruch des neuen Jahres überholt, weil das Deutsche Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) mit Blick auf die Entscheidung des BSG und die darin enthaltene Fehlinterpretation ab dem 1. Januar 2019 die Befugnis erhalten habe, Klarstellungen zu formulieren, die rückwirkend bis zum 1. Januar 2013 Gültigkeit entfalten würden, wovon das DIMDI Gebrauch gemacht habe.

In der mündlichen Verhandlung vom 27. März 2019 schlossen die Beteiligten daraufhin zur Erledigung des Rechtsstreits einen Vergleich, wonach sich die Beklagte verpflichtete, zur Abgeltung der Klageforderung einen Betrag in Höhe von 2.000,00 Euro zu zahlen und 37 % der Kosten des Verfahrens zu tragen. Die Beteiligten behielten sich vor, den Vergleich binnen zwei Wochen widerrufen zu dürfen und erklärten sich für diesen Fall mit einer Entscheidung des Gerichts durch Urteil ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden.

Am 8. April 2019 widerrief die Klägerin den Vergleich und bat um eine gerichtliche Entscheidung.

Mit Urteil vom 24. April 2019 verurteilte das SG daraufhin die Beklagte, an die Klägerin 5.323,43 Euro zuzüglich Zinsen in Höhe 2% über dem jeweiligen Basiszinssatz der EZB seit dem 14. Juni 2017 zu zahlen. Die Klägerin habe den streitbefangenen Fall korrekt unter Zugrundelegung der DRG G52Z mit einem Kostengewicht von 2,184 gegenüber der Beklagten abgerechnet. Insbesondere habe sie die OPS 8-550.1 kodieren dürfen. Insoweit nehme das Gericht Bezug auf das ausführliche und nachvollziehbare Gutachten des Prof. Dr. H.. Soweit die Beklagte einwende, dass an den beiden Teamsitzungen am 21. und 28. Oktober 2016 die Teilnahme des Fachbereichs Psychologie nicht dokumentiert sei, treffe dies in der Sache zwar zu. Die Teilnahme von Vertretern dieser Berufsgruppe an den Teamsitzungen sei jedoch nicht erforderlich gewesen, weil der OPS 8-550 (nur) die Teilnahme aller an der Behandlung des Patienten beteiligten Berufsgruppen fordere. Der Fachbereich Psychologie sei indessen hier gar nicht beteiligt gewesen. Deshalb seien die Mindestmerkmale dieses OPS erfüllt. Die gegenteilige Ansicht der Beklagten finde im (eng auszulegenden) Text des OPS keine Stütze.

Hiergegen legte die Beklagte die beim LSG zum Aktenzeichen L 4 KR 230/19 geführte Berufung ein. Das SG habe jegliche Auseinandersetzung mit dem Vorbringen des MDK vermieden und sei den Ausführungen des Prof. Dr. H. „blind“ gefolgt. Außerdem habe das SG den OPS 8-550.1 falsch ausgelegt. Das SG meine, dass der Fachbereich Psychologie an den Teamsitzungen vom 21. und 28. Oktober 2016 nicht hätte teilnehmen müssen. Diese Auslegung des OPS 8-550.1 gehe fehl, denn sie impliziere, dass der Behandlungsleiter prüfen und entscheiden könne, ob ein psychologischer Behandlungsbedarf bestehe. Dies komme allerdings nicht in Betracht, weil die Teilnahme der Berufsgruppen gerade dazu dienen solle, den Behandlungsbedarf aus „erster Hand“ festzustellen, was hier nicht dokumentiert sei. Im Übrigen halte sie die Neufassung des OPS 8-550.1 für verfassungswidrig.

Die Klägerin erwiderte auf diese Berufung und hob erneut hervor, dass der MDK sich der medizinischen Bewertung des Prof. Dr. H. hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit der 14-tägigen stationären Verweildauer angeschlossen habe. Es könne daher nicht nachvollzogen werden, dass das SG den Ausführungen des Prof. Dr. H. „blind“ gefolgt sei. Einen Verstoß gegen das materielle Recht im Hinblick auf die Auslegung des OPS 8.550.1 könne die Klägerin ebenfalls nicht erkennen. Die Auslegung des SG sei entsprechend der nach ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung vorgegebenen Auslegungsmaxime eng am Wortlaut erfolgt. Das Auslegungsergebnis des SG werde auch dem Sinn und Zweck der wöchentlichen Teambesprechungen gerecht. Im Übrigen widerspreche die von der Beklagten vertretene weite Auslegung des OPS 8-550.1 auch den Grundsätzen des Wirtschaftlichkeitsgebots nach § 12 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V).

In ihrer Replik hierzu erklärte die Beklagte, maßgeblich für den vorliegenden Fall sei der OPS 2016. Eine Rückwirkung des OPS 2019 könne es nicht geben, weil dieser Regelungscharakter hätte. Eine solche Rückwirkung würde gegen die aus dem Rechtsstaatsprinzip ableitbaren Grundsätze von Rechtssicherheit und Vertrauensschutz verstoßen. Insofern werde eine Vorlage an das Bundesverfassungsgericht nach Art. 100 Grundgesetz angeregt.

Mit Beweisanordnung vom 31. Januar 2020 beauftragte der 4. Senat des LSG Herrn Prof. Dr. I. mit der Erstattung eines Gutachtens nach Aktenlage. Die Beweisfragen lauteten wie folgt:

„1. Welche Erkrankungen lagen bei der Patientin J. in der Zeit des Krankenhausaufenthalts vom 14. bis 28.10.2016 vor?

2. Lag eine primäre Fehlbelegung vor? Wenn ja, welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten standen zur Verfügung?

3. Lag eine sekundäre Fehlbelegung vor? Wenn nein, bitte stellen Sie dar, welche konkreten Mittel des Krankenhauses im vorliegenden Behandlungsfall erforderlich waren und wann bzw. bis wann sie zum Einsatz kamen. Wenn ja, ab wann? Welche ambulanten Behandlungsmöglichkeiten standen zur Verfügung?

4. Welche Diagnosen und Prozeduren sind nach den jeweils gültigen medizinischen Klassifikationen ICE), OPS und DKR zu kodieren?

a) Trifft der Einwand der Beklagten zu, dass eine frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß der Prozedur 8-550 nur bis zum 22.10.2016 erkennbar gewesen sei und deshalb nur der OPS-Code 8.550.0 (7 Behandlungstage/10 Therapieeinheiten) abrechenbar war?

b) Ist dokumentiert oder nicht dokumentiert, dass an den Teamsitzungen vom 21. und 28.10.2016 auch Vertreter der Berufsgruppe Psychologie teilgenommen haben?

5. Welcher Vergütungsbetrag ergibt sich aus der Beantwortung der Beweisfragen 2-4? Um rechnerische Darlegung wird gebeten.

6. Stimmt Ihre Beurteilung des medizinischen Sachverhalts und der daraus folgenden vergütungsrechtlichen Folgen überein mit

a) den gutachtlichen Stellungnahmen des MDK (heute MD)?

b) mit dem Gutachten des Dr. H. vom 11.10.2018?

Wenn nein: Aus welchen Gründen weichen Sie ggf. davon ab?

7. Ist der medizinische Sachverhalt geklärt?“

Der Beweisanordnung war ein Anschreiben beigefügt, u.a. mit folgendem Inhalt:

„Die Beweisfragen und der Akteninhalt sind den Verfahrensbeteiligten und dem Gericht bekannt. Die Beweisfragen sind daher in dem Gutachten nicht zu wiederholen. Ebenso ist auf die auszugsweise wörtliche Wiedergabe der in den Akten befindlichen Gutachten, Befundberichten, Arztbriefe oder sonstigen ärztlichen Unterlagen zu verzichten. Soweit auf Gutachten, Befundberichte, Arztbriefe oder sonstige ärztlichen Unterlagen Bezug genommen wird, sind diese mit dem Datum, dem Verfasser, und der Fundstelle in den Akten (Blattzahl) zu kennzeichnen. Etwas anderes gilt nur, soweit das Gericht dies ausdrücklich anordnet. Werden die Beweisfragen wiederholt oder die Auszüge aus den oben genannten ärztlichen Unterlagen in dem Gutachten wörtlich wiedergegeben, ohne dass dies ausdrücklich durch das Gericht angeordnet ist, wird hierfür keine Vergütung gezahlt.“

Nach Mitteilung einer Verhinderung des beauftragten Gutachters wurde Prof. Dr. K. mit geänderter Beweisanordnung vom 24. Februar 2020 als Sachverständiger vom LSG beauftragt bei unveränderten Beweisfragen.

Nach erneuter Mitteilung einer Verhinderung des beauftragten Gutachters wurde Dr. L. mit geänderter Beweisanordnung vom 15. April 2020 als Sachverständiger vom LSG beauftragt bei unveränderten Beweisfragen.

Nach weiterer Mitteilung einer Verhinderung des beauftragten Gutachters wurde schließlich der Antragsteller mit geänderter Beweisanordnung vom 8. Mai 2020 als Sachverständiger vom LSG beauftragt bei unveränderten Beweisfragen.

Am 17. September 2020 übersandte der Antragsteller an das LSG sein insgesamt 18 Seiten umfassendes Gutachten vom 14. September 2020. In diesem führte er auf den Seiten zwei bis neun die der Begutachtung zugrunde gelegten dokumentierten Erkrankungen und Befunde an. Einen insoweit streitigen und klärungsbedürftigen medizinischen Sachverhalt benannte der Antragsteller nicht. Auf den Seiten zehn und elf gab er den Text wieder, den der OPS 8-550 unter den Hinweisen zu den Mindestmerkmalen hat. Ab Seite 12 erfolgte dann die Beantwortung der Beweisfragen, wobei die Beweisfragen jeweils aufgeführt wurden. Eine primäre Fehlbelegung habe nicht vorgelegen, ebenso wenig eine sekundäre Fehlbelegung. An diesem Punkt bestehe Übereinstimmung mit den Vorgutachtern des MDK und mit dem Vorgutachten des Prof. Dr. H.. Auf den Seiten 15 oben bis Mitte sowie Seite 16 Mitte bis Seite 18 Mitte setzte sich der Antragsteller dann mit der Frage auseinander, welche Diagnosen und Prozeduren nach den jeweils gültigen medizinischen Prozeduren zu kodieren seien und kam zu dem Ergebnis, das der OPS 8-550 (2016) nicht kodiert werden könne, weil die Leistungserbringung nicht vollständig sei, weil die Teilnahme der Berufsgruppe Psychologie an den Teamsitzungen nicht dokumentiert sei.

Das Gutachten ist am 22. September 2020 an die Beteiligten im Verfahren L 4 KR 230/19 mit der Bitte um Stellungnahme übersandt worden mit dem Hinweis, dass das Gutachten nicht vollumfänglich zu überzeugen vermöge. Die Aussagen zur sekundären Fehlbelegung sowie zur Hauptdiagnose seien nicht uneingeschränkt nachvollziehbar. Außerdem würden zur den Voraussetzungen des OPS-Kodes neue Probleme aufgeworfen. Der Senat müsse daher voraussichtlich ein weiteres Gutachten einholen. Die damit einhergehenden Kosten drohten jedoch außer Verhältnis zur Streitsumme zu geraten. Der im Streit stehende Betrag von 5.323,43 Euro dürfte durch die bereits angefallenen Prozesskosten bereits überschritten sein. Zur Vermeidung weiterer Kosten regte er deshalb an, dass sich die Beteiligten vergleichsweise einigen mögen.

Mit Schreiben vom 17. November 2020 teilte die Beklagte daraufhin mit, dass sie keinen Vergleich schließen wolle. Die Verweildauer sei vom MDK in voller Länge als medizinisch begründet akzeptiert worden. Es gehe allein noch um die Frage, ob die Mindestmerkmale des OPS 8-550.1 erfüllt seien. Das sei nach ihrer Auffassung nicht der Fall und verwies insoweit auf ein weiteres Urteil des SG Hildesheim vom 25. August 2020 (S 20 KR 446/17).

Mit Schriftsatz vom 26. November 2020 teilte auch die Klägerin mit, dass sie eine vergleichsweise Einigung nicht für zielführend erachte. Die Verweildauer sei nicht mehr streitig. Es konzentriere sich vielmehr alles auf die im vorliegenden Fall maßgeblich zu entscheidende Rechtsfrage, ob die Teilnahme eines Vertreters des Therapiebereichs Psychologie/Neuropsychologie im Sinne des OPS-Kodes 8-550.1 erforderlich sei, auch wenn kein psychologischer Behandlungsbedarf bestanden habe und keine Therapie durch diese Berufsgruppe erfolgt sei. Gegen das Urteil des SG Hildesheim vom 25. August 2020 sei im Übrigen Nichtzulassungsbeschwerde zum BSG eingelegt worden.

Mit Schriftsatz vom 2. März 2022 teilte die Beklagte mit, dass der 16. Senat des LSG mit Urteil vom 20. Juli 2021 (Az. L 16 KR 414/20) die hier streitige Rechtsfrage nunmehr entsprechend der Rechtsauffassung der Beklagten entschieden habe. Daraufhin nahm die Klägerin mit

Schriftsatz vom 12. April 2022 die Klage zurück.

Bereits am 17. September 2020 hatte der Antragsteller für die Erstellung seines Gutachtens eine Vergütung in Höhe von insgesamt 1.063,44 Euro geltend gemacht. Im Einzelnen hatte er folgende Positionen abgerechnet: 3 Stunden Aktenstudium, 4 Stunden Ausarbeitung des Gutachtens, 3 Stunden Diktat und Korrektur des Gutachtens. Er multiplizierte diese 10 Stunden mit dem Betrag von 100,00 Euro, weil er sein Gutachten der Honorargruppe M3 nach § 9 des Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetzes (JVEG) zuordnete. Außerdem rechnete er Schreibgebühren in Höhe von 23,65 Euro, Kopierkosten in Höhe von 36,00 Euro und 3,79 Euro Portokosten ab. Umsatzsteuer machte er nicht geltend.

Die Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle (UdG) des LSG setzte am 23. September 2020 die Vergütung auf lediglich 957,09 Euro fest. Hierbei erhöhte sie die Arbeitszeit für das Aktenstudium von 3 auf 4 Stunden und für die Ausarbeitung des Gutachtens von 4 auf 5 Stunden. Den Arbeitsaufwand für Diktat und Korrektur des Gutachtens setzte sie entsprechend der Angabe des Antragstellers ebenfalls mit 3 Stunden an. Sie multiplizierte den so berechneten gesamten Stundenaufwand von 12 Stunden jedoch lediglich mit dem Betrag von 75,00 Euro, was der Einstufung in die Honorargruppe M2 entsprach. Es habe sich lediglich um eine Begutachtung nach standardisiertem Schema ohne Erörterung spezieller kausaler Zusammenhänge mit einfacher medizinischer Verlaufsprognose und mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad gehandelt, die der Honorargruppe M2 zuzuordnen sei. Entsprechend der weiteren Angaben des Antragstellers setzte sie außerdem die Schreibgebühren mit 23,65 Euro und die Portokosten mit 3,79 Euro an. Bei den Kopierkosten nahm sie allerdings einen Abzug vor und setzte lediglich 29,65 Euro an, weil der Umfang des Gutachtens nach Umrechnung von 1.500 Anschlägen pro Seite auf 1.800 Anschläge pro Seite entsprechend der DIN Norm 1422 nur noch einen Umfang von 15 Seiten gehabt habe und dementsprechend nur geringere Kopierkosten abgerechnet werden könnten.

Dagegen hat der Antragsteller sich mit Schreiben vom 28. September 2020 gewandt, richterliche Festsetzung beantragt und geltend gemacht, dass es sich bei dem von ihm erstellten Gutachten um ein solches mit hohem Schwierigkeitsgrad gehandelt habe, das nach der Honorargruppe M3 abzurechnen sei. Es habe sich um ein Gutachten im „Revisionsverfahren“ gehandelt. Es seien „bereits vorliegende medizinische Gutachten, eine rechtliche Wertung sowie verschiedene, auch von der Erstinstanz nicht sachgerecht gewertete juristische Probleme der Wertung von Aussagen von INEK, DIMDI und Medizinischem Dienst“ zu berücksichtigen gewesen.

Der Antragsgegner hat zu dem Antrag Stellung genommen und erklärt, dass ein Schwierigkeitsgrad, der eine Zuordnung zur Honorargruppe M3 rechtfertigen würde, bei dem Gutachten des Antragstellers nicht vorliege. Es sei lediglich eine Zustandsbegutachtung durchgeführt worden, die nach der Gruppe M2 zu entschädigen sei.

Mit Schreiben vom 4. November 2020 erklärte der Antragsteller sodann, er stelle „die Einstufung in die Gruppen M1 – M3 insgesamt“ für sein erstelltes Gutachten infrage. Indiskutabel sei die Einstufung in M1, da es sich eben nicht um eine reine Zustandsbegutachtung gehandelt habe. Diese sei bereits vollständig durch Vorgutachten erstellt worden. Diese Gutachten seien inhaltlich zu überprüfen und zu ergänzen gewesen. Darüber hinaus sei, und dies sei absehbar außerhalb der M-Vergütung zu sehen, ersatzweise allenfalls in M3 eine Abwägung aus medizinischer Sicht zu treffen, welche der scheinbar widersprüchlichen Definitionen vom Bundessozialgericht, DIMDI bzw. Auslegungshinweisen zu Kodierrichtlinien für diesen Fall zutreffend seien. Hierbei handele es sich analog zu klassischen medizinischen Gutachten um eine hoch differenzierte Überlegung, die in keinem Fall mit einer „Zusatzbegutachtung“ gleichgesetzt werden dürfe.

Der Senat hat die Beteiligten mit Verfügung vom 18. November 2021 darauf hingewiesen, dass in der Beweisanordnung vom 8. Mai 2020 nicht nur Fragen zu vorliegenden Erkrankungen der Patientin sowie zum Bestehen einer primären oder sekundären Fehlbelegung, sondern auch gutachterliche Auskünfte zur Kodierung und zur Berechnung des Vergütungsbetrags gestellt worden seien und dass der Senat bereits mit Beschluss vom 8. März 2021, Aktenzeichen L 7 KO 7/18 (KR), entschieden habe, dass jedenfalls die gutachterlichen Ausführungen zur Kodierung und zur Berechnung des Vergütungsbetrags keiner der Honorargruppen M1 –- M3 der Anlage 1 zu § 9 Justizvergütungs- und Entschädigungsgesetz (JVEG) in der bis zum 31. Dezember 2020 geltenden Fassung (a.F.) zugeordnet werden könnten, weil es sich dabei um Rechtsfragen handele, die dem Sachverständigenbeweis nicht zugänglich seien, weshalb hierfür keine Vergütung geltend gemacht werden könne. Daneben kämen noch weitere Kürzungen in Betracht, weil in dem Gutachten die Beweisfragen wiederholt worden seien, obwohl in dem gerichtlichen Anschreiben ausdrücklich darauf hingewiesen worden sei, dass die Beweisfragen den Verfahrensbeteiligten und dem Gericht bekannt sind und daher in dem Gutachten nicht zu wiederholen seien.

Der Antragsteller hat hierzu mit Schreiben vom 24. November 2021 Stellung genommen. Durch den Beweisbeschluss des 4. Senats des LSG sei ausdrücklich ein Mediziner beauftragt worden. Er sei beauftragt worden, die in den übersandten Akten enthaltenen Gutachten, Befundberichte und alle anderen medizinischen Äußerungen kritisch zu würdigen. In den Beweisfragen insbesondere zu den Themen 1, 2, 3, 6 und 7 werde ausdrücklich auf medizinische Fragen Bezug genommen. Aus den Beweisfragen sei nicht ersichtlich gewesen, dass die Fragestellungen 4 und 5 gutachterlich nicht zu beantworten und daher nicht liquidationsfähig gewesen seien. Sollte das LSG derartige Anfragen an einen Gutachter stellen und im Nachgang feststellen, dass dies bewusst geschehen sei, ohne dass hierfür eine Vergütung erfolgen solle, würde dies ggfs. den Tatbestand einer vorsätzlichen Täuschung durch das LSG erfüllen. Zum Zeitpunkt der Gutachtenerstellung sei der Beschluss des LSG vom 8. März 2021 noch nicht bekannt gewesen, so dass der Antragsteller nicht habe entsprechend reagieren können. Soweit das LSG die Wiederholung der Beweisfragen im Gutachten moniere, sei dies unerheblich. In der Beweisanordnung des LSG sei der Hinweis, die Fragen sollten nicht explizit wiederholt werden, nicht aufzufinden. Im Übrigen handele es sich

hierbei um insgesamt maximal 1,5 Seiten im Gesamtgutachten, was zu vernachlässigen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Beiakte L 4 KR 230/19 verwiesen.

II.

Die Vergütung der Sachverständigen, die vom Gericht herangezogen werden, richtet sich nach den Vorschriften des JVEG (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 JVEG).

Maßgeblich sind gemäß § 24 JVEG die Vorschriften des JVEG in der bis 31. Dezember 2020 geltenden Fassung (im Folgenden JVEG a.F.), weil der Antragsteller als Sachverständiger vom LSG mit Beweisanordnung vom 8. Mai 2020 vor dem Inkrafttreten der Neufassung des JVEG zum 1. Januar 2021 durch das Gesetz zur Änderung des Justizkosten- und des Rechtsanwaltsvergütungsrechts und zur Änderung des Gesetzes zur Abmilderung der Folgen der COVID-19-Pandemie im Zivil-, Insolvenz- und Strafverfahrensrecht (Kostenrechtsänderungsgesetz 2021 – KostRÄG 2021) vom 21. Dezember 2020 (BGBl. I 3229) herangezogen worden ist.

Der Antrag auf richterliche Festsetzung ist gemäß § 4 Abs. 1 JVEG a.F. statthaft und führt zu der Festsetzung der im Tenor genannten Vergütung.

1.

Das LSG entscheidet nach § 4 Abs. 7 Satz 2 JVEG a.F. in Senatsbesetzung, weil die Frage, wie ein Gutachten über die Abrechnung von Krankenhausleistungen, in dem medizinische Fragen mit Fragen nach der Kodierung nach DRG-Fallpauschalen vermischt wurden, im Zuständigkeitsbereich des LSG Niedersachsen-Bremen zu vergüten ist, grundsätzliche Bedeutung hat.

2.

Bei der Entscheidung sind alle für die Bemessung der Vergütung maßgeblichen Umstände zu überprüfen, unabhängig davon, ob sie angegriffen worden sind (Thüringer LSG, Beschluss vom 27. Januar 2021 – L 1 JVEG 1295/19 - juris RdNr. 10). Denn die gerichtliche Festsetzung gemäß § 4 Abs. 1 JVEG a.F. stellt keine Überprüfung der von den Kostenbeamten vorgenommenen Ermittlung der Entschädigung oder Vergütung dar, sondern ist eine davon unabhängige erstmalige Festsetzung (Bayerisches LSG, Beschluss vom 11. Januar 2021 – L 12 SF 113/19 – juris RdNr. 27). Bei der Festsetzung durch die Kostenbeamten handelt es sich um eine lediglich vorläufige Regelung, die durch den Antrag auf gerichtliche Festsetzung hinfällig wird (Bundesgerichtshof <BGH>, Dienstgericht des Bundes, Entscheidung vom 5. November 1968, - RiZ (R) 4/68 – juris RdNr. 28). Damit wird eine vorherige Berechnung der Beträge im Verwaltungsweg sowohl bei den Einzelpositionen als auch im Gesamtergebnis gegenstandslos (Bayerisches LSG, Beschluss vom 11. Januar 2021 – L 12 SF 113/19 – juris RdNr. 27). Das Gericht hat daher eine vollumfassende Prüfung des Entschädigungs- oder Vergütungsanspruchs vorzunehmen. Es ist bei der Festsetzung weder an die Höhe der Einzelansätze noch an den Stundenansatz oder an die Gesamthöhe der Vergütung in der Festsetzung durch den UdG oder den Antrag der Beteiligten gebunden; es kann nur nicht mehr festsetzen, als beantragt ist. Eine Reduzierung der von der Urkundsbeamtin festgesetzten Vergütung ist dagegen möglich.

3.

Gemäß § 8 Abs. 1 JVEG a.F. erhalten Sachverständige als Vergütung ein Honorar für ihre Leistungen (§§ 9 bis 11 JVEG a.F.), Fahrtkostenersatz (§ 5 JVEG a.F.), Entschädigung für Aufwand (§ 6 JVEG a.F.) sowie Ersatz für sonstige und besondere Aufwendungen (§§ 7 und 12 JVEG a.F.). Soweit das Honorar nach Stundensätzen zu bemessen ist, wird es gemäß § 8 Abs. 2 JVEG a.F. für jede Stunde der erforderlichen Zeit einschließlich notwendiger Reise- und Wartezeiten gewährt (§ 8 Abs. 2 Satz 1 JVEG a.F.) und nach dem nach § 9 JVEG a.F. zu bestimmenden Stundenhonorar festgesetzt.

Bei der Honorarbemessung nach Stundensätzen gemäß § 9 JVEG ist in einem ersten Schritt eine Zuordnung der jeweiligen gutachterlichen Tätigkeit zu einer der gesetzlich vorgegebenen Honorargruppen erforderlich (dazu unter a) sowie in einem zweiten Schritt die Festlegung des insoweit vergütungsfähigen Zeitaufwands (dazu unter b).

a)

Hinsichtlich der Bemessung der zu vergütenden Stundensätze sieht § 9 Abs. 1 Satz 1 JVEG a.F. entsprechend der Zuordnung zu einer

bestimmten Honorargruppe Stundensätze zwischen 65 und 125 Euro für die Honorargruppen 1 bis 13 und Stundensätze zwischen 65 Euro und 100 Euro für die speziellen medizinischen Honorargruppen M1 bis M3 vor. Die Zuordnung einer gutachterlichen Leistung zu einer Honorargruppe bestimmt sich gemäß § 9 Abs. 1 Satz 2 JVEG a.F. nach der Anlage 1 des JVEG a.F. Ist die Leistung auf einem Sachgebiet zu erbringen, das in keiner Honorargruppe genannt wird, ist sie unter Berücksichtigung der allgemein für Leistungen dieser Art außergerichtlich und außerbehördlich vereinbarten Stundensätze einer Honorargruppe nach billigem Ermessen zuzuordnen (§ 9 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 1 JVEG a.F.); dies gilt entsprechend, wenn ein medizinisches oder psychologisches Gutachten einen Gegenstand betrifft, der in keiner Honorargruppe genannt wird (§ 9 Abs. 1 Satz 3 Halbsatz 2 JVEG a.F.). Ist die Leistung auf mehreren Sachgebieten zu erbringen oder betrifft das medizinische oder psychologische Gutachten mehrere Gegenstände und sind die Sachgebiete oder Gegenstände verschiedenen Honorargruppen zugeordnet, bemisst sich das Honorar gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 Halbsatz 1 JVEG a.F. einheitlich für die gesamte erforderliche Zeit nach der höchsten dieser Honorargruppen. § 9 Abs. 1 Satz 3 JVEG a.F. gilt jedoch entsprechend, wenn dies mit Rücksicht auf den Schwerpunkt der Leistung zu einem unbilligen Ergebnis führen würde (§ 9 Abs. 1 Satz 4 Halbsatz 2 JVEG a.F.).

In Anlage 1 zu § 9 Abs. 1 JVEG a.F. (im Folgenden Anlage 1) werden die medizinischen Gutachten entsprechend ihrer Schwierigkeit in drei Honorargruppen (M1 - M3) eingeteilt. Unter die Honorargruppe M1 fallen nach der gesetzlichen Definition der Anlage 1 einfache gutachterliche Beurteilungen, insbesondere zur Minderung der Erwerbsfähigkeit nach einer Monoverletzung. Die Honorargruppe M2 wird in der Anlage 1 wie folgt definiert: Beschreibende (Ist-Zustands-) Begutachtung nach standardisiertem Schema ohne Erörterung spezieller Kausalzusammenhänge mit einfacher medizinischer Verlaufsprognose und mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad. Hierunter sollen nach der Anlage 1 u.a. Gutachten in Verfahren nach dem Neunten Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) oder zur Minderung der Erwerbsfähigkeit und zur Invalidität fallen. Die Honorargruppe M3 erfordert dagegen nach der gesetzlichen Definition der Anlage 1 Gutachten mit hohem Schwierigkeitsgrad, also Begutachtungen spezieller Kausalzusammenhänge und/oder differenzialdiagnostischer Probleme und/oder Beurteilung der Prognose und/ oder Beurteilung strittiger Kausalitätsfragen. Beispielhaft nennt die Anlage 1 hierzu u.a. Gutachten zum Kausalzusammenhang bei problematischen Verletzungsfolgen oder Gutachten zu Berufskrankheiten und zur Minderung der Erwerbsfähigkeit bei besonderen Schwierigkeiten.

Regelmäßig unterfallen die typischen in der Sozialgerichtsbarkeit eingeholten Gutachten mit durchschnittlicher Schwierigkeit der Honorargruppe M2 (Thüringer LSG, Beschluss vom 18. November 2020 – L 1 JVEG 998/19 - Juris RdNr. 26; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. September 2004 - L 12 RJ 3686/04 KO-A – juris RdNr. 54). Gutachten der Gruppe M3 erfordern dagegen umfassende und vielseitige bzw. vielschichtige Überlegungen (Thüringer LSG, Beschluss vom 18. November 2020 – L 1 JVEG 998/19 - Juris RdNr. 26; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. September 2004 - L 12 RJ 3686/04 KO-A – juris RdnR. 59). Die Schwierigkeiten können mit den diagnostischen oder ätiologischen Fragen zusammenhängen, aber auch andere Gründe haben, z.B. durch eine Vielzahl unklarer oder widerspruchsvoller Befunde oder anamnestischer Angaben bedingt sein (Thüringer LSG, Beschluss vom 18. November 2020 – L 1 JVEG 998/19 - Juris RdNr. 26; LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 22. September 2004 - L 12 RJ 3686/04 KO-A – juris RdNr. 59). Es genügt nicht, wenn - wie in den meisten Gutachten erforderlich - differentialdiagnostische Überlegungen angestellt werden; sie müssen einen hohen Schwierigkeitsgrad haben (Thüringer LSG, Beschluss vom 18. November 2020 – L 1 JVEG 998/19 - Juris RdNr. 26).

Im vorliegenden Fall unterfallen Teile des Gutachtens der Honorargruppe M2, während insbesondere die Ausführungen des Antragstellers auf den Seiten 10 und 11, 13 oben bis Mitte sowie 15 oben bis Mitte sowie 16 Mitte bis 18 Mitte nicht vergütungsfähig sind, weil sie sich auf rechtliche Fragen beziehen, die keinem Beweis zugänglich sind und zu denen deshalb die Einholung eines Sachverständigengutachtens unzulässig war.

aa)

Soweit vom Antragsteller mit den Beweisfragen zu 1. bis 3. medizinische Sachaufklärung erbeten wurde, sind die darauf bezogenen medizinischen Ausführungen des Antragstellers auf den Seiten 2 bis 9, 12, 13 Mitte bis 14, 15 Mitte bis 16 Mitte und 18 Mitte bis unten des Gutachtens als medizinisches Gutachten einzustufen, das der Honorargruppe M2 unterfällt. Es stellt eine beschreibende (Ist-Zustands-) Begutachtung nach standardisiertem Schema ohne Erörterung spezieller Kausalzusammenhänge mit einfacher medizinischer Verlaufsprognose und mit durchschnittlichem Schwierigkeitsgrad dar. Die Begutachtung spezieller Kausalzusammenhänge und/oder differenzialdiagnostischer Probleme, die geeignet sind, ein Gutachten als ein solches mit hohem Schwierigkeitsgrad der Honorargruppe M3 zuzuordnen, war dagegen nicht gefordert und ist auch nicht erfolgt. Allein die Verwendung des Wortes "spezieller" in der Beschreibung der Voraussetzungen der Honorargruppe M 3 macht deutlich, dass nicht das Anstellen jeder Kausalerwägung und/oder jeder differenzialdiagnostischen Überlegung die Einstufung in diese Honorargruppe rechtfertigt.

Das Gutachten war zudem nicht derart schwierig oder komplex, dass ein hoher Schwierigkeitsgrad i.S. der Honorargruppe M3 angenommen werden könnte. Eine solche Komplexität kann insbesondere nicht allein wegen des Umstandes angenommen werden, dass eine Auseinandersetzung mit bereits vorliegenden ärztlichen Äußerungen und insbesondere drei Vorgutachten erforderlich war. Denn typischerweise ist bei in der Berufung anhängigen Rechtsstreiten bereits eine medizinische Beweisaufnahme sowohl im Verwaltungsverfahren als auch im erstinstanzlichen Verfahren vorangegangen. Der Umstand, dass der Antragsteller wegen des bereits längeren Verfahrenslaufes möglicherweise mehr vorhandenes medizinisches Schriftgut sichten und sich mit ihm auseinandersetzen muss, findet seine ausreichende Berücksichtigung in dem damit verbundenen höheren Zeitaufwand. Zudem ergibt sich aus den ärztlichen Äußerungen, den Vorgutachten und den Erklärungen der Beteiligten im erstinstanzlichen Verfahren bereits die übereinstimmende Akzeptanz der von den Beweisfragen zu 2. und 3. erfassten Frage der akutstationären Verweildauer von 14 Tagen als medizinisch begründet. Unabhängig von der Frage, ob und ggf. aus welchen Gründen bzw. in welchem Umfang ein darauf bezogener erneuter medizinischer Begutachtungsauftrag für die Entscheidung der Abrechnungsstreitigkeit daher überhaupt hätte erforderlich sein sollen, sind insoweit jedenfalls keine Gesichtspunkte für eine besondere Schwierigkeit oder Komplexität ersichtlich.

bb)

Soweit der Antragsteller die von ihm vorgenommene Einstufung seines Gutachtens in die Honorargruppe M3 damit begründet, dass eine rechtliche Wertung von ihm gefordert sowie „verschiedene, auch von der Erstinstanz nicht sachgerecht gewertete juristische Probleme der Wertung von Aussagen von INEK, DIMDI und Medizinischem Dienst“ zu berücksichtigen gewesen seien, führt dies nicht zu einer Höherstufung des Gutachtens in die Honorargruppe M3, sondern lässt für diese Teile des Gutachtens auf den Seiten 10 und 11, 13 oben bis Mitte sowie 15 oben bis Mitte sowie 16 Mitte bis 18 Mitte sogar die Vergütungsfähigkeit gänzlich entfallen. Eine Vergütung sieht das Gesetz hierfür nicht vor. Die entsprechenden Ausführungen des Antragstellers lassen sich weder unter Zugrundelegung der Anlage 1 zu § 9 JVEG a.F. noch nach der Ermessensvorschrift des § 9 Abs. 1 Satz 3 JVEG a.F. einer Honorargruppe zuordnen.

(1)

Der Antragsteller ist in den Beweisfragen der Beweisanordnung vom 8. Mai 2020 zu den Ziffern 4 und 5 mit der Beantwortung reiner Rechtsfragen beauftragt worden. Er ist danach gefragt worden, welche Diagnosen und Prozeduren nach den jeweils gültigen medizinischen Klassifikationen ICE, OPS und DKR zu kodieren seien, ob der Einwand der Beklagten zutreffe, dass eine frührehabilitative Komplexbehandlung gemäß der Prozedur 8-550 nur bis zum 22. Oktober 2016 erkennbar gewesen sei und deshalb nur der OPS-Code 8.550.0 (7 Behandlungstage/10 Therapieeinheiten) abrechenbar gewesen sei, ob dokumentiert oder nicht dokumentiert sei, dass an den Teamsitzungen vom 21. und 28. Oktober 2016 auch Vertreter der Berufsgruppe Psychologie teilgenommen hätten, und welcher Vergütungsbetrag sich aus der Beantwortung der Beweisfragen 2-4 ergebe unter rechnerischer Darlegung. Gutachten zu derartigen Fragen zur Kodierung von Krankenhausleistungen und deren Abrechnung werden in Anlage 1 zu § 9 JVEG a.F. nicht aufgeführt. Sie können als Rechtsgutachten auch nicht erfasst sein, weil die gerichtliche Einholung von Rechtsgutachten, soweit nicht die in § 293 ZPO geregelten Ausnahmefälle eingreifen, unzulässig ist (vgl. hierzu Beschluss des Senats vom 8. März 2021 – L 7 KO 7/18 (KR)). Die von dem Antragsteller getätigten gutachterlichen Ausführungen lassen sich daher auch nicht nach § 9 Abs. 1 Satz 3 JVEG a.F. unter Berücksichtigung der allgemein für Leistungen dieser Art außergerichtlich und außerbehördlich vereinbarten Stundensätze einer Honorargruppe nach billigem Ermessen zuordnen. Diese Auffangvorschrift des JVEG a.F. zur Sachverständigenvergütung ist auf gerichtlich eingeholte, nicht § 293 ZPO unterfallende Rechtsgutachten nicht anwendbar (Beschluss des Senats vom 8. März 2021 – L 7 KO 7/18 (KR)).

Die Einholung eines Rechtsgutachtens zu in Deutschland geltenden, deutschen Rechtsnormen ist dem gerichtlichen Sachverständigenbeweis wesensfremd (vgl. Beschluss des Senats vom 8. März 2021 – L 7 KO 7/18 (KR)). Der Sinn und Zweck des Sachverständigenbeweises besteht darin, dass der Sachverständige als Gehilfe des Richters seine besondere Sachkunde zur Verfügung stellt, um aus bestimmten Tatsachen konkrete Schlussfolgerungen zu ziehen, Kenntnisse von Erfahrungssätzen zu vermitteln oder mit besonderem Fachwissen Tatsachen festzustellen, und dadurch die Erkenntnismöglichkeiten des Gerichts zu erweitern (vgl. Bundesverwaltungsgericht <BVerwG>, Beschluss vom 12.Oktober 2010 – 6 B 26/10 - juris RdNr. 5; Keller in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl. 2020, § 118 RdNr. 11a; Leopold in: Beck-online Großkommentar, SGG, Stand 1. Januar 2021, § 118 RdNr. 75; Roller in: Berchtold, SGG, 6. Aufl. 2021, § 118 RdNr. 18). Für Rechtsfragen lautet der Grundsatz des deutschen Rechtes dagegen „iura novit curia“, also dass der Richter das Recht kennen (bzw. selbständig feststellen), auslegen und anwenden muss (Prütting in: Münchener Kommentar, ZPO, 6. Aufl. 2020, § 293 ZPO RdNr. 2; Saenger in: Saenger, ZPO, 8. Aufl. 2019, § 293 ZPO RdNr. 2; Huber in Musielak/Voit, ZPO, 17. Aufl. 2020, § 293 ZPO RdNr. 1). Die Rechtsermittlung obliegt dem Richter selbständig und in vollem Umfange, soweit der Grundsatz des „iura novit curia“ gilt, insbesondere in dem weiten Bereich des deutschen Gesetzesrechts (Prütting in: Münchener Kommentar, ZPO, 6. Aufl. 2020, § 293 ZPO RdNr. 4). Dies bedeutet für das Gericht im Einzelnen, dass es entweder die genaue Kenntnis vom anzuwendenden Recht hat oder dass es dieses Recht ermitteln muss, sei es durch Studium von Literatur und Rechtsprechung oder durch Informationen von Kollegen, wissenschaftlichen Mitarbeitern oder anderen Fachleuten (Prütting in: Münchener Kommentar, ZPO, 6. Aufl. 2020, § 293 ZPO RdNr. 4). Diese Art der richterlichen Information über die Rechtslage ist ein *interner Vorgang* und hat keinerlei Verbindung zu einem Beweisverfahren (Prütting in: Münchener Kommentar, ZPO, 6. Aufl. 2020, § 293 ZPO RdNr. 4). Die Kenntnis des allgemein gültigen, in Deutschland geltenden deutschen Rechts und auch des gemäß Art. 25 bzw. Art. 59 Absatz 2 Grundgesetz (GG) transformierten Völkerrechts sowie des Rechts der EU wird vom deutschen Richter dabei bedingungslos gefordert (Geimer in: Zöller, ZPO, 33 Aufl. 2020, § 293 RdNr. 1; Huber in Musielak/Voit, ZPO, 17. Aufl. 2020, § 293 ZPO RdNr. 2). Soweit ein Gericht zur Beurteilung inländischen Rechts ein Sachverständigengutachten einholt, liegt deshalb eine unrichtige Sachbehandlung im Sinne des § 8 Gerichtskostengesetz (GKG) vor, weil die Anwendung inländischen Rechts originäre richterliche Aufgabe ist, die einem Sachverständigen nicht überlassen werden darf. Ein Sachverständigengutachten im gerichtlichen Verfahren ist ein Beweismittel zur Feststellung von Tatsachen, nicht zur Feststellung der Rechtslage (OLG Düsseldorf – Beschluss vom 6. Juni 2006 - I-23 W 26/06, 23 W 26/06 - NJW-RR 2007, 1151 = juris RdNr. 17). Der Sachverständige hat nicht die Aufgabe, den entscheidungserheblichen Prozessstoff zusammenzustellen, zu ordnen oder in rechtlicher Hinsicht zu bewerten. Eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass eine Beweisaufnahme nur über streitige Tatsachen, nicht aber Rechtsnormen durchzuführen ist, sieht das Gesetz nur in § 293 ZPO bezüglich der Feststellung ausländischen Rechts, Gewohnheitsrechts oder von Statuten vor. Für die Auslegung inländischen Rechts gilt dies nicht, auch wenn es sich um komplexe wirtschaftliche Zusammenhänge handelt (Oberlandesgericht <OLG> Brandenburg Beschluss vom 2. Oktober 2003 - 9 UF 221/02 - juris; OLG Düsseldorf – Beschluss vom 6. Juni 2006 – I -23 W 26/06, 23 W 26/06 - NJW-RR 2007, 1151 = juris RdNr. 17). Auch der Umstand, dass sich eine Materie zum „Spezialgebiet“ entwickelt hat, ist kein Grund, ein Gutachten einzuholen (Geimer in: Zöller, ZPO, 33 Aufl. 2020, § 293 RdNr. 1). Der qualifizierte Volljurist, der als Richter eingestellt worden ist, muss in der Lage sein, sich in auch für ihn fremde Rechtsgebiete einzuarbeiten (Spickhoff ZZP 112 (1999), 265, 268). Aus diesem Grund ist anerkannt, dass Kosten für vom Gericht bestellte Rechtsgutachten, die durch § 293 ZPO nicht gedeckt sind, den Parteien - wegen unrichtiger Sachbehandlung durch das Gericht – gemäß § 21 Abs. 1 Satz 1 GKG nicht auferlegt werden dürfen (Geimer in: Zöller, ZPO, 33 Aufl. 2020, § 293 RdNr. 1).

Entsprechend ist es auch im Rahmen von Streitigkeiten über die Abrechnung und Kodierung von Krankenhausleistungen nach DRG-Fallpauschalen Sache des Gerichts, über die Frage der richtigen Kodierung zu entscheiden und festzustellen, ob die von einem Krankenhaus abgerechnete Vergütung zutreffend oder unzutreffend war (vgl. BSG, Beschluss vom 19. März 2020 – B 1 KR 65/19 B – juris RdNr. 6: *„Die Frage, ob der Wortlaut „biskuspidale Aortenklappe“ kodierrechtlich einschränkend auszulegen ist, ist eine dem medizinischen Sachverständigengutachten nicht zugängliche Rechtsfrage.“*). Dies darf nicht einem Sachverständigen überlassen werden. Vielmehr darf

dieser nur beauftragt werden, soweit die zugrundeliegenden tatsächlichen Voraussetzungen einer Klärung bedürfen. Gegenstand ärztlicher Feststellung kann allein sein, welche Beschwerden und Erkrankungen bei dem Patienten bestanden, die dem abzurechnenden Behandlungsfall zugrunde liegen. Hierzu können und müssen ggf. als Tatfragen gutachterliche Feststellungen im Wege des Sachverständigenbeweises nach § 118 Abs. 1 Satz 1 SGG i.V.m. §§ 402 ff. ZPO eingeholt werden, wenn und soweit im Einzelfall z.B. konkrete Befunde, Krankheitsbilder, Diagnosen und Behandlungen streitig sind. Auch und gerade in Bereichen eines im Einzelfall schwierigen Zusammenspiels zwischen rechtlichen und medizinischen Fragen ist es die essentielle und nicht delegierbare richterliche Aufgabe und Verantwortung, in einem ersten Schritt den entscheidungserheblichen Prozessstoff zusammenzustellen und die für die jeweilige Abrechnungskonstellation relevanten streitigen Kodierungsvoraussetzungen zu identifizieren, in einem zweiten Schritt bei dabei ggf. relevanten medizinischen Fragen eine Aufklärung durch geeignete prozessrechtliche Ermittlungsmethoden, ggf. auch durch Beauftragung von nach den Vorgaben des JVEG zu erstattenden und zu vergütenden medizinischen Sachverständigengutachten, herbeizuführen und abschließend in einem letzten Schritt die danach für die jeweilige Abrechnungskonstellation relevanten rechtlichen Fragen auf der Grundlage des ausermittelten Sachverhalts zu entscheiden. Die auf der Grundlage eines ggf. unter Zuhilfenahme von medizinischem Sachverstand hinreichend geklärten Sachverhalts dann zutreffende Anwendung und Auslegung der Kodierrichtlinien und damit auch die zutreffende Kodierung von Haupt- und Nebendiagnosen sind dagegen – entgegen einer teilweise abweichend vertretenen Auffassung (vgl. LSG Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 4. Juli 2017 – L 2 SF 122/17 B E – juris RdNr. 6) - vor dem Hintergrund der ausgeführten Grundsätze zur Rechtsermittlung und der entsprechend eindeutigen und unmissverständlichen Rechtsprechung des BSG (vgl. Beschluss vom 19. März 2020 – B 1 KR 65/19 B) als Rechtsfragen dem Sachverständigenbeweis entzogen (vgl. Beschluss des Senats vom 8. März 2021 – L 7 KO 7/18 (KR)).

Unabhängig von der tatrichterlich zu beurteilenden Frage der Erheblichkeit für den zu entscheidenden Rechtsstreit unterfallen daher die in der Beweisanordnung vom 8. Mai 2020 gestellten medizinischen Fragen hinsichtlich der vorliegenden Erkrankungen, der Haupt- und Nebendiagnosen und der stationären Behandlungsbedürftigkeit den dem Sachverständigenbeweis zugänglichen gutachterlichen Feststellungen. Dies gilt jedoch nicht für die von den Beteiligten insoweit übereinstimmend als streitgegenständlich bezeichnete Frage der Erfüllung der Mindestmerkmale des OPS 8-550.1, hier konkret der erforderlichen Teilnahme eines Vertreters des Therapiebereichs Psychologie/Neuropsychologie, weil es sich hierbei nach den eindeutigen und zutreffenden Ausführungen im Urteil des LSG vom 20. Juli 2021 (Az. L 16 KR 414/20) um eine auf der Grundlage des Wortlauts sowie der Rechtsprechung des BSG und der später erfolgten Klarstellung des DIMDI allein rechtlich zu beurteilende und zu entscheidende Frage gehandelt hat. Das LSG hat hierzu in seiner Entscheidung vom 20. Juli 2021 ausgeführt:

„Ausgehend von diesen Grundsätzen war im vorliegenden Fall nicht die abgerechnete DRG F48Z, sondern die – niedriger bewertete – DRG F63B zu kodieren. Insbesondere durfte die im Streit stehende OPS 8-550.1 nicht verschlüsselt werden....

...

Vorliegend ist eine wöchentliche Teambesprechung unter Beteiligung aller Berufsgruppen nicht nachgewiesen. Das BSG hat hierzu in seinem Urteil vom 19. Dezember 2017 (B 1 KR 19/17 R, juris RdNr 35) ausgeführt, zu dokumentieren seien konkret wochenbezogen jeweils Behandlungsergebnisse und eigenständige Behandlungsziele je Therapiebereich aufgrund der wöchentlich stattfindenden gemeinsamen Teambesprechung einschließlich der personenbezogenen Benennung aller teilnehmenden Berufsgruppen nach ihren Vertretern und der fachärztlichen Behandlungsleitung....

...

Entgegen der Auffassung der Klägerin und des SG ist das zwingende Erfordernis der Teilnahme des Therapiebereichs Logopädie/fazioorale Therapie auch nicht durch die zwischenzeitlich erfolgte Klarstellung des DIMDI in seiner Corrigenda zum OPS 2019 entfallen. Das DIMDI hat hierin klargestellt, dass die OPS 8-550 rückwirkend ab dem 1. Januar 2013 wie folgt zu verstehen ist:...

...

Die Klarstellung führt damit lediglich zu Erleichterungen bei den Dokumentationspflichten betreffend den Inhalt der Teambesprechungen. Anders, als das BSG die OPS ausgelegt hat, müssen Inhalte nicht (mehr) alle Berufsgruppen beisteuern, sondern es genügen die Beiträge der patientenbezogenen beteiligten Berufsgruppen. Außerdem gibt das DIMDI an, dass eine Beteiligung von im Kode nicht genannten Berufsgruppen (Sozialdienst) nicht erforderlich ist. Auch diese Klarstellung erfolgte als Resonanz auf das Urteil des BSG, das eine Teilnahme auch des Sozialdienstes und der Pflege forderte. Im ersten Satz der Klarstellung wird dagegen nach wie vor eine „Beteiligung aller Berufsgruppen einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung“ vorausgesetzt. An dem Erfordernis der Anwesenheit aller Therapiebereiche ändert die Corrigenda des DIMDI damit nichts.“

(2)

Der Gesetzgeber hat in Kenntnis dieser Grundsätze konsequenterweise keine Honorargruppe für Gutachten zu inländischen Rechtsfragen in der Anlage 1 zu § 9 JVEG a.F. vorgesehen. Denn eine Vergütung nach dem JVEG a.F. für ein nach dem deutschen Recht unzulässig eingeholtes Gutachten zu inländischen Rechtsfragen würde anderenfalls den Grundsatz „iura novit curia“ unterlaufen und im Ergebnis die verfassungswidrige Übertragung der originär dem Richter obliegenden Aufgabe der Rechtsfindung und Rechtsauslegung (vgl. Art. Art. 92 Satz 1 Halbsatz 1 GG: *„Die rechtsprechende Gewalt ist den Richtern anvertraut“*) auf den Sachverständigen monetär honorieren.

(3)

Diese Wertentscheidung des Gesetzgebers darf auch nicht über die Auffangklausel des § 9 Abs. 1 Satz 3 JVEG a.F. umgangen werden, indem über diese Norm die gesetzlich nicht vorgesehene Vergütung von Rechtsgutachten zu inländischen Rechtsfragen ermöglicht wird. Dies würde dem Zweck der Auffangklausel auch nicht entsprechen. In der Begründung des Entwurfs des KostRMoG vom 11. November 2003 wurde als Grund für die Schaffung des § 9 Abs. 1 Satz 3 JVEG a.F. angeführt, dass die Aufzählung in der Anlage 1 zu § 9 JVEG a.F. schon im Hinblick auf die Vielzahl der Sachgebiete, auf denen Sachverständige heute tätig seien, nur die in der Praxis wichtigsten Sachgebiete erfassen könne, weshalb es einer Regelung für das Honorar derjenigen Sachverständigen bedurft hätte, die auf einem weniger häufig nachgefragten Sachgebiet tätig seien (vgl. BT-Drs. 15/1971, S. 182). Die Auffangvorschrift sollte damit also lediglich die Berücksichtigung solcher Sachgebiete ermöglichen, die aus Gründen der quantitativen Nachfrage durch die Gerichte nicht gesondert in den Honorargruppen aufgeführt worden waren. Die Zulässigkeit der Gutachtenbeauftragung auf dem nicht erfassten Sachgebiet setzt die Vorschrift dagegen wie selbstverständlich voraus.

(4)

Eine Vergütung der Ausführungen des Antragstellers auf den Seiten 10 und 11, 13 oben bis Mitte sowie 15 oben bis Mitte sowie 16 Mitte bis 18 Mitte kommt auch nicht nach der Vorschrift des § 9 Abs. 1 Satz 4 Halbsatz 1 JVEG a.F. in Betracht, wonach sich in den Fällen, in denen die Leistung auf mehreren Sachgebieten zu erbringen ist oder das medizinische oder psychologische Gutachten mehrere Gegenstände betrifft und die Sachgebiete oder Gegenstände verschiedenen Honorargruppen zugeordnet sind, das Honorar gemäß § 9 Abs. 1 Satz 4 Halbsatz 1 JVEG a.F. einheitlich für die gesamte erforderliche Zeit nach der höchsten dieser Honorargruppen zu bemessen ist. Die Ausführungen des Antragstellers auf den Seiten 10 und 11, 13 oben bis Mitte sowie 15 oben bis Mitte sowie 16 Mitte bis 18 Mitte lassen sich – wie dargelegt - überhaupt keiner Honorargruppe zuordnen, so dass ein Honorargruppenkonflikt der verschiedenen erbrachten Leistungen innerhalb des Gutachtens nicht besteht, der über § 9 Abs. 1 Satz 4 Halbsatz 1 JVEG a.F. gelöst werden müsste.

Die Vergütung eines Teils des Gutachtens als medizinisches Gutachten bei gleichzeitiger Ablehnung der Vergütung für rechtliche Ausführungen stellt vor diesem Hintergrund auch keinen Verstoß gegen die Konzeption des § 9 JVEG a.F. dar. Der Regelung des § 9 Abs. 1 Satz 4 Halbsatz 1 JVEG a.F. einerseits und der Begründung des Entwurfs eines Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (Kostenrechtsmodernisierungsgesetz – KostRMoG) vom 11. November 2003 zu 3 9 JVEG a.F. (vgl. BT-Drs. 15/1971, S. 182) andererseits lässt sich entnehmen, dass § 9 JVEG a.F. die Konzeption zugrunde liegt, dass der Gutachter sein Gutachten, auch wenn es mehrere Sachgebiete oder Gegenstände betrifft, nur einer Honorargruppe zuordnen können und nur einen einheitlichen Stundensatz für die Erstellung geltend machen können soll. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass eine aus verschiedenen Stundensätzen nach dem jeweiligen Umfang der zeitlichen Inanspruchnahme oder gar auf der Grundlage eines „gemischten“ Stundensatzes gebildete Gesamtvergütung zu ermitteln ist (BT-Drs. 15/1971, S. 182). Diese Konzeption wird gewahrt, wenn lediglich ein Teil des Gutachtens als medizinisches Gutachten vergütet wird bei gleichzeitiger Ablehnung der Vergütung für rechtliche Ausführungen. Es kommt dabei gerade nicht zur Kollision mehrerer Sachgebiete oder Gegenstände, die mehreren Honorargruppen zugeordnet werden könnten, so dass auch keine verschiedenen Stundensätze nach dem jeweiligen Umfang der zeitlichen Inanspruchnahme oder gar ein „gemischter“ Stundensatz zu befürchten sind.

(5)

Der fehlenden Vergütungsfähigkeit der Ausführungen des Antragstellers auf den Seiten 10 und 11, 13 oben bis Mitte sowie 15 oben bis Mitte sowie 16 Mitte bis 18 Mitte steht auch nicht die Regelung des § 8a Abs. 2 Satz 2 JVEG a.F. entgegen. Nach dieser Norm gilt eine Leistung eines Sachverständigen unwiderlegbar als verwertbar, soweit das Gericht die Leistung berücksichtigt hat (vgl. BT-Drs. 17/11471, S. 260: *„Der Sachentscheidung für eine Verwertbarkeit im Hauptsacheverfahren soll präjudizierende Wirkung zukommen“*; vgl. hierzu auch Binz in: Binz/Dörndorfer/Zimmermann, GKG, FamGKG, JVEG, 4. Aufl. 2019, § 8a JVEG RdNr. 13 m.w.N.). Denn eine Sachentscheidung durch das LSG ist im Verfahren L 4 KR 230/19 nicht erfolgt. Nachdem das Gutachten des Antragstellers an die Beteiligten unter Hinweis auf die Erforderlichkeit zur Einholung weiterer Gutachten und mit der Bitte um Stellungnahme zu einem etwaigen Vergleich übersandt worden ist, der von beiden Verfahrensbeteiligten unter Hinweis darauf abgelehnt wurde, dass vorliegend alleine Rechtsfragen im Raum stünden, nahm die Klägerin am 12. April 2022 ihre Klage zurück, nachdem der 16. Senat des LSG die hier streitige Rechtsfrage durch Urteil vom 20. Juli 2021 entsprechend der Rechtsauffassung der Beklagten entschieden hatte, so dass das Verfahren ohne Sachentscheidung des LSG beendet wurde.

(6)

Anderweitige Rechtsgrundlagen, auf die der Antragsteller seinen Vergütungsanspruch für die Ausführungen auf den Seiten 10 und 11, 13 oben bis Mitte sowie 15 oben bis Mitte sowie 16 Mitte bis 18 Mitte stützen könnte, wie z.B. Gebührenordnungen o.ä., kommen nicht in Betracht. Das JVEG ist hinsichtlich der Vergütung gerichtlich herangezogener Sachverständiger abschließend (Oberverwaltungsgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 6. November 2014 – OVG 12 B 2.14 – juris RdNr. 24 ff.).

cc)

Der Antragsteller kann auch keinen Vergütungsanspruch unmittelbar aus der mit Beweisanordnung erfolgten Beauftragung durch den 4. Senat herleiten, weil Erklärungen, Bewertungen, Entscheidungen, Verfügungen und Anordnungen des ein Sachverständigengutachten beauftragenden Fachsenats keinerlei Auswirkungen oder Bindungswirkungen für die gemäß § 4 JVEG a.F. originär für die Vergütungsfestsetzung zuständigen Urkundsbeamten bzw. Richter entfalten können. Denn Rechtsgrundlage für die Vergütung von

Sachverständigengutachten sind allein die Vorschriften des JVEG.

Der Senat kann hier auch offenlassen, ob der Sachverständige seiner Obliegenheit, dem Gericht gegenüber sämtliche Umstände offen zu legen, die einer Benennung als Gutachter entgegenstehen könnten, ausreichend nachgekommen ist. Hinsichtlich dieser Obliegenheit verweist der Senat der Vollständigkeit halber auf seine Entscheidung vom 8. März 2021 (L 7 KO 7/18 (KR)), in dem er ausführlich die besondere Rechtsbeziehung zwischen dem beauftragenden Fachsenat und dem Sachverständigen als Hilfsperson des Gerichts, die auch gegenseitige Informationspflichten beinhaltet, dargestellt hat.

b)

Hinsichtlich der Festlegung des auf dieser Grundlage vergütungsfähigen Zeitaufwands ist anhand eines am Grundsatz der Erforderlichkeit der Vergütung orientierten abstrakten Maßstabs sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Gutachtensachverhalts, –gegenstands und –inhalts der für die auftragsgemäße Begutachtung objektiv anzusetzende zeitliche Umfang zu bestimmen. Wesentlich ist insoweit zunächst, dass für die Erstellung des Gutachtens nach der Rechtsprechung des Senats (vgl. Beschlüsse vom 5. Juli 2021 - L 7 KO 3/20 (U) – und vom 12. Oktober 2021 – L 7 SF 5/19 B (KR)) zur Gewährleistung eines objektiven Maßstabs hinsichtlich des erforderlichen Zeitaufwandes die vier vergütungspflichtigen Arbeitsschritte

- Aktenstudium und vorbereitende Arbeiten,

- Untersuchung und Anamnese,

- Abfassung der Beurteilung (Ausarbeitung),

- Diktate und Durchsicht (Korrektur).

zu unterscheiden sind, wobei jeweils nicht die individuelle Arbeitsweise des Sachverständigen und damit die tatsächlich aufgewandte Zeit maßgeblich ist, sondern gemäß § 8 Abs. 2 Satz 1 JVEG die für die Erstattung des Gutachtens erforderliche und nach einem abstrakten Maßstab zu ermittelnde Zeit.

Dies bedeutet allerdings nicht, dass die Angaben des Sachverständigen zu der von ihm aufgewendeten Zeit bei der Vergütungsfestsetzung keinerlei Rolle spielen. Sie legen vielmehr die Obergrenze fest, die vergütet werden kann. Bei den Angaben des Sachverständigen zum Zeitaufwand handelt es sich um Tatsachenvortrag des Sachverständigen, den das jeweils befasste Gericht nicht daraufhin zu hinterfragen hat, ob der angesetzte Zeitaufwand vielleicht zu niedrig bemessen ist (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 3. Februar 2020 – L 15 KR 690/19 B – juris RdNr. 12). Vielmehr ist davon auszugehen, dass der Sachverständige den angegebenen Zeitaufwand tatsächlich (subjektiv) benötigt hat, weil für die Annahme, dass ein ärztlicher Sachverständiger einen geringeren als den tatsächlich angefallenen Zeitaufwand angibt, in der Regel kein Anlass besteht (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 3. Februar 2020 – L 15 KR 690/19 B – juris RdNr. 12; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 29. März 2006 - L 4 B 19/06 -; LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 28. November 2007 - L 4 B 1/07 -). Dieser grundsätzlich als gegeben anzunehmende tatsächliche Zeitaufwand ist lediglich darauf zu überprüfen, ob er objektiv erforderlich war. Ein Sachverständiger kann jedoch nie mehr als den Zeitaufwand vergütet bekommen, den er tatsächlich aufgewendet hat (LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 3. Februar 2020 – L 15 KR 690/19 B – juris RdNr. 12). Insofern war die Vorgehensweise der Urkundsbeamtin im vorliegenden Fall, die Zeiten für Aktenstudium und Ausarbeitung des Gutachtens gegenüber den Angaben des Antragstellers zu erhöhen, unzulässig.

aa)

Für den ersten Arbeitsschritt "Aktenstudium und vorbereitende Arbeiten" ist dabei ohne eine Differenzierung nach Akteninhalt ein einheitlicher Durchschnittswert von 100 Aktenseiten pro Stunde anzusetzen (vgl. Beschlüsse des Senats vom 5. Juli 2021 - L 7 KO 3/20 (U) – und vom 12. Oktober 2021 – L 7 SF 5/19 B (KR), woraus sich bei 118 Blatt Verwaltungsunterlagen und einer zum Zeitpunkt der Übersendung an den Antragsgegner 134 Blatt umfassenden Gerichtsakte insgesamt 252 Blatt ergeben, die von dem Antragsteller durchzusehen waren. Hierfür werden 2,5 Stunden angesetzt.

bb)

Der zweite Arbeitsschritt „Untersuchung und Anamnese“ entfällt im vorliegenden Fall, weil lediglich ein Gutachten nach Aktenlage erbeten worden war.

cc)

Für den dritten Arbeitsschritt "Abfassung der Beurteilung“ (Ausarbeitung) ist nach den maßgeblichen Vergütungsmaßstäben (vgl. Beschlüsse des Senats vom 5. Juli 2021 – L 7 KO 3/20 (U) – und vom 12. Oktober 2021 – L 7 SF 5/19 B (KR) für die Ausarbeitung unter Beantwortung der vom Gericht gestellten Fragen als „Kernstück“ des Gutachtens ein Zeitaufwand von einer Stunde je Standardseite mit 1.800 Anschlägen zu berücksichtigen.

Die Beantwortung der vom Gericht gestellten und nach dem JVEG vergütungsfähigen Fragen und deren nähere Begründung erfolgte in dem von dem Antragsteller erstellten Gutachten auf den Seiten 12, 13 Mitte bis 14, 15 Mitte bis 16 Mitte und 18 Mitte bis unten, wobei der Antragsteller jedoch entgegen der ausdrücklichen Anweisung im Begleitschreiben zur Beweisanordnung, das der Antragsteller ausweislich seines Empfangsbekenntnisses vom 15. Mai 2020 auch erhalten hat, die Beweisfragen wiederholt hat. Die Wiederholung der Beweisfragen auf den genannten Seiten beläuft sich auf insgesamt zehn Zeilen. Da der Antragsteller eine Seite mit ca. 30 Zeilen beschrieben hat, reduziert dies die vergütungsfähige Seitenzahl um eine 1/3-Seite.

Nicht berücksichtigungsfähig sind weiterhin nach den bereits erfolgten Ausführungen die auf den Seiten 10 und 11, 13 oben bis Mitte sowie 15 oben bis Mitte sowie 16 Mitte bis 18 Mitte erfolgten rechtlichen Ausführungen zur Einordnung von Diagnosen und Prozeduren nach den jeweils gültigen medizinischen Klassifikationen ICD und OPS (Operationen- und Prozeduren-schlüssel) und zur Kodierung nach Maßgabe der Deutschen Kodierrichtlinien.

Es errechnen sich daher 3 Seiten und eine 2/3-Seite, die den Kernbereich des Gutachtens ausmachen.

Der Antragsteller hat allerdings nicht die Normseite mit 1.800 Anschlägen verwendet, sondern Seiten mit 1.444 Anschlägen (18 Seiten mit insgesamt 26.000 Anschlägen), so dass die 3 Seiten und eine 2/3-Seite auf Normseiten umzurechnen sind. Es errechnen sich 3 Normseiten. Ausgehend von einem Zeitaufwand von einer Stunde für die Ausarbeitung einer Normseite errechnet sich ein Zeitaufwand von 3 Stunden für die Ausarbeitung des Gutachtens.

dd)

Für den vierten Arbeitsschritt „Diktat und Korrektur“ eines Gutachtens ist nach der Rechtsprechung des LSG Niedersachsen-Bremen (vgl. Beschlüsse des Senats vom 5. Juli 2021 - L 7 KO 3/20 (U) – und vom 12. Oktober 2021 – L 7 SF 5/19 B (KR) im Regelfall, also ohne ausnahmsweise eine abweichende Bemessung des Zeitaufwandes rechtfertigende besondere Gründe, ein erforderlicher Zeitaufwand von einer Stunde für circa bis zu 6 Seiten eines Gutachtens anzusetzen, wobei auch insoweit zur sachgerechten Berücksichtigung der individuell unterschiedlichen Schriftbilder und Seitenränder eine vorherige Umrechnung auf eine Normseite mit 1.800 Anschlägen erforderlich ist.

Im Gegensatz zum Arbeitsschritt "Abfassung der Beurteilung“ ist dabei allerdings nicht nur das „Kernstück“, sondern grundsätzlich das gesamte Gutachten mit allen für das Verständnis und die erforderliche Bewertung eines Gutachtens erforderlichen Neben- und Zusatzinformationen zu berücksichtigen, also z.B. auch die Wiedergabe der vom Gutachter erhobenen Untersuchungsbefunde, die Angabe der verwendeten und berücksichtigten Quellen etc.

Nicht vergütungsfähig sind allerdings auch in diesem Bereich die einem Sachverständigengutachten nach § 9 JVEG nicht zugänglichen kodierrechtlichen Ausführungen.

Nicht vergütungsfähig sind weiterhin ohne entsprechende ausdrückliche gerichtliche Beauftragung bzw. ohne eine zwingende Erforderlichkeit der Wiedergabe für die Verständlichkeit und Verwertbarkeit des Gutachtens Zusammenfassungen von Akteninhalten und von etwaigen zusätzlich eingeholten und vorliegenden Befundberichten sowie die Wiedergabe der Beweisfragen (vgl. Beschluss des Senats vom 16. Dezember 2021 – L 7 SF 4/19 B (KR)). Bereits in den Akten befindliche Unterlagen sind sowohl den Beteiligten als auch dem Gericht bekannt, weshalb insoweit im Regelfall eine ggf. verweisende Bezugnahme ausreicht, z.B. auf bestimmte Befunde, Diagnosen etc., während eine ausführliche wiederholende Darstellung im Gutachten selbst grundsätzlich entbehrlich und daher auch nicht zu vergüten ist, sofern nicht im Einzelfall, z.B. aufgrund der Komplexität des Sachverhalts, eine Darstellung des medizinischen Akteninhalts für die Verständlichkeit und Nachvollziehbarkeit des Gutachtens erforderlich war. Allein die etwaige Erleichterung für die Begutachtung und die spätere Lesbarkeit des Gutachtens genügt hingegen nicht. Insoweit ist der beauftragte Sachverständige im Rahmen der von ihm frei zu bestimmenden Herangehensweise an die Gutachtenerstellung selbstverständlich nicht gehindert, einen Aktenauszug als Arbeitsgrundlage für die Gutachtenerstellung zu fertigen. Hieraus resultiert aber nicht die Erforderlichkeit, diese interne Arbeitsgrundlage auch in den späteren zu vergütenden Gutachtentext aufzunehmen und entsprechend auch keine Erforderlichkeit für eine darauf bezogene Vergütung.

Das Gutachten weist einen Umfang von 18 Seiten auf bei einer Anschlagszahl von insgesamt 26.000. Es errechnen sich 1.444 Anschläge pro Seite. Nicht vergütungsfähig, weil rein rechtliche Fragen betreffend, sind die Seiten 10 und 11, 13 oben bis Mitte sowie 15 oben bis Mitte sowie 16 Mitte bis 18 Mitte. Es verbleiben damit lediglich 13 Seiten, die prinzipiell vergütungsfähig sind. Hinzu kommt, dass auf diesen 13 Seiten nicht sämtliche Ausführungen des Antragstellers erforderlich waren. So wiederholt der Antragsteller die Beweisfragen, was zu einer Reduzierung um eine Drittelseite führt (s.o.). Hinzu kommen seitenlange Wiedergaben zur Vorgeschichte der Patientin auf den Seiten 2 bis 4, die aus den Akten bekannt und ausweislich des dem Gutachtenauftrag beigefügten Begleitschreibens nicht im Gutachten zu wiederholen waren. Eine ausdrückliche Anordnung des Gerichts, die in den Akten befindlichen Gutachten, Befundberichte, Arztbriefe oder sonstigen ärztlichen Unterlagen zu wiederholen, ist nicht ersichtlich. Im Ergebnis sind daher 2 Seiten und eine 1/3-Seite des Gutachtens aufgrund der

nicht erforderlichen Wiedergabe von aus den Akten bekannten ärztlichen Befundberichten sowie der Wiederholung der Beweisfragen nicht vergütungsfähig und damit vom Gutachten zu subtrahieren. Es verbleiben 10 Seiten und eine 2/3-Seite, die umgerechnet auf die Normseite mit 1.800 Anschlägen 8 und 1/2 Normseiten ergeben. Bei einem Zeitaufwand von einer Stunde für sechs Seiten errechnet sich ein Zeitaufwand für Diktat und Korrektur des Gutachtens von 1,41 Stunden.

ee)

Soweit sich nach den ausgeführten Vorgaben ein insgesamt ermittelter vergütungsfähiger Zeitaufwand mit einer nicht vollständigen Abrechnungsstunde errechnet, wird diese gemäß § 8 Abs. 2 JVEG voll gerechnet, wenn sie zu mehr als 30 Minuten für die Erbringung der Leistung erforderlich war, sowie anderenfalls bei weniger als 30 Minuten mit der Hälfte des sich für eine volle Stunde ergebenden Betrags.

c)

Sonstige Aufwendungen des Gutachters sind gemäß § 8 Abs. 1 JVEG zu erstatten, z.B. als Fahrtkostenersatz gemäß § 5 JVEG bzw. als Aufwandsentschädigung gemäß § 6 JVEG bei im Rahmen der Gutachtenerstellung erforderlichen Terminswahrnehmungen, als Ersatz für gefertigte Kopien gemäß § 7 JVEG oder als Aufwendungsersatz für Hilfskräfte oder für Schreibkosten gemäß § 12 JVEG.

Bei den nach § 12 Abs. 1 Nr. 3 JVEG mit je 0,90 Euro je angefangenen 1.000 Anschlägen zu vergütenden Schreibkosten ist dabei - entsprechend der bereits erfolgten Ausführungen zur Aufwandsvergütung im Arbeitsschritt „Diktat und Korrektur“ - grundsätzlich das gesamte Gutachten mit allen für das Verständnis und die erforderliche Bewertung eines Gutachtens erforderlichen Neben- und Zusatzinformationen zu berücksichtigen, allerdings erneut ohne die nicht beauftragte bzw. nicht erforderliche Wiedergabe von Akteninhalten. Ausgehend von den 10 Seiten und eine 2/3-Seite, die nach den obigen Ausführungen vergütungsfähig sind, errechnen sich 15.393 Anschläge (10,66 Seiten x 1.444 Anschläge pro Seite) bzw. ein Betrag von 13,85 Euro.

Gleiches gilt auch bei den nach § 7 Abs. 2 Nr. 1 JVEG mit je 0,50 Euro pro Seite für die ersten 50 Seiten und 0,15 Euro für alle weiteren Seiten zu vergütenden Gutachtenkopien, wobei zudem auch insoweit die Umrechnung auf Standardseiten mit jeweils 1.800 Anschlägen zu erfolgen hat. Es sind daher Kopien für 8 und 1/2 Normseiten (siehe oben unter (dd)) bei den Gutachtenkopien anzusetzen, die allerdings im Umfang von 17 Seiten zu vergüten sind, weil das SG das Gutachten in dreifacher Ausfertigung erbeten hat.

Die Erstattungsfähigkeit der Portokosten ergibt sich aus § 7 Abs. 1 Satz 1 JVEG a.F.

Umsatzsteuer macht der Antragsteller nicht geltend, so dass diese Position entfällt.

4.

Danach errechnet sich die Vergütung des Antragstellers für das von ihm erstattete Sachverständigengutachten zusammenfassend wie folgt:

Aktenstudium und vorbereitende Arbeiten:	2,50 Stunden
Abfassung der Beurteilung (Ausarbeitung):	3,00 Stunden
Diktate und Durchsicht (Korrektur):	1,41 Stunden
Gesamt:	6,91 Stunden
Gerundet	7,00 Stunden

Sachverständigenhonorar (7,0 Stunden x 75 Euro):	525,00 Euro
Schreibauslagen (rund 15.393 Anschläge x 0,90 Euro):	13,85 Euro
17 Zweitschriften á 0,50 Euro:	8,50 Euro
Zwischensumme:	547,35 Euro
Porto:	3,79 Euro

Gesamtsumme:	**551,14 Euro**

5.

Kosten sind nicht zu erstatten (§ 4 Abs. 8 Satz 2 JVEG a.F.).

6.

Dieser Beschluss ist unanfechtbar (§ 4 Abs. 4 Satz 3 JVEG a.F.).

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-07-07