



Im Namen des Volkes

Urteil

In dem Rechtsstreit

[REDACTED]

Klägerin und Berufungsklägerin,

Prozessbevollm.: Rechtsanwalt Friedrich W. Mohr,
Diether-von-Isenburg-Straße 9 - 11, 55116 Mainz,

gegen

[REDACTED]

Beklagte und Berufungsbeklagte,

hat der 8. Senat des Hessischen Landessozialgerichts in Darmstadt ohne mündliche Verhandlung am 25. März 2021 durch den Vorsitzenden Richter am Landessozialgericht Legde, die Richterin am Landessozialgericht Dreiseitel und den Richter am Landessozialgericht Daume sowie den ehrenamtlichen Richter Rackensperger und die ehrenamtlichen Richterinnen Dettmar-Voerste für Recht erkannt:

Auf die Berufung der Klägerin wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 5. November 2018 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin 5658,92 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 6. April 2018 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Rechtsstreits in beiden Instanzen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf 5658,92 € festgesetzt.

Tatbestand

Im Streit steht der Vergütungsanspruch für drei stationäre Behandlungsmaßnahmen in dem von der Klägerin in S. [REDACTED] betriebenen Krankenhaus.

Dort befanden sich die Versicherten der Beklagten [REDACTED] (L) vom 4. November 2016 bis 21. November 2016, [REDACTED] (D) vom 31. Januar 2017 bis 17. Februar 2017 und [REDACTED] (R) vom 2. Februar 2017 bis 20. Februar 2017 in vollstationärer Behandlung. Für die Behandlung der L wurden der Beklagten von der Klägerin mit Rechnung vom 3. Januar 2017 u.a. auf der Grundlage der diagnosebezogenen Fallgruppe (Diagnosis Related Group - DRG) I41Z insgesamt 5.127,99 € in Rechnung gestellt. Für die Behandlung der D berechnete diese am 3. März 2017 u.a. auf der Grundlage der DRG E42Z insgesamt 6.008,20 € und für die Behandlung des R mit Rechnung vom 21. März 2017 u.a. auf der Grundlage der DRG B440 insgesamt 6.342,57 €. Die vor genannten DRG basierten dabei jeweils maßgeblich auf der Kodierung des Operationen- und Prozedurenschlüssels (OPS) 8-550.1. Die Rechnungen wurden von der Beklagten unter dem Vorbehalt der Überprüfung durch den MDK zunächst vollständig bezahlt.

Nach einer Prüfung im Krankenaus der Klägerin in S. [REDACTED] am 20. April 2017 im Auftrag einer anderen Krankenkasse ([REDACTED]) wurde vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MDK) am 25. April 2017 ein Gutachten zu den Strukturvoraussetzungen des OPS 8-550 erstattet und darin das Vorliegen des Mindestmerkmals „Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung“ verneint. Nach dem Ausscheiden des früheren Chefarztes der geriatrischen Abteilung stehe diese seit Oktober 2016 unter der fachärztlichen Behandlungsleitung von Oberarzt [REDACTED] (M), der zu 100 % in der dortigen Geriatrie tätig sei. Im Abwesenheitsfall werde er von Chefarzt Dr. [REDACTED] (Z) vertreten, der jedoch nicht am Standort S. [REDACTED] sondern in dem ebenfalls von der Klägerin betriebenen Klinikum in M. [REDACTED] tätig sei und dort seinerseits im Rahmen der geriatrischen Komplexbehandlung die fachärztliche Behandlungsleitung inne habe. Diese Vertretungsregelung genüge nicht den Mindestmerkmalen des OPS 8-550. Das Klinikum S. [REDACTED] verfüge seit

Anfang Oktober 2016 nicht mehr über eine fachärztliche Stellvertretung mit der Zusatzbezeichnung Geriatrie, die in Abwesenheitszeiten von M als Behandlungsleitung für die geriatrische frührehabilitative Komplexbehandlung überwiegend in der geriatrischen Einrichtung tätig sei. Z könne als fachärztliche Behandlungsleitung am Standort ME [REDACTED] die Stellvertretung für M am Standort SC [REDACTED] nicht in ausreichendem zeitlichem Umfang gewährleisten, da er seinerseits überwiegend am Standort ME [REDACTED] als dortige fachärztliche Behandlungsleitung in der Geriatrie tätig sei. Da seit Anfang Oktober 2016 keine Stellvertretung mit Zusatzbezeichnung Geriatrie im Klinikum SC [REDACTED] für die Zeiten planbarer Abwesenheit von M vorhanden sei, sei das strukturelle Mindestmerkmal einer fachärztlichen Behandlungsleitung mit der Zusatzbezeichnung "Geriatrie" aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses derzeit nicht gegeben. Auf der Grundlage dieses Gutachtens und nach Streichung des OPS 8-550 errechnete die Beklagte eine Überzahlung bezüglich der Behandlung von L i.H.v. 1.951,24 €, der Behandlung von D i.H.v. 2.166,91 € und der Behandlung von R i.H.v. 1.540,77 €. Bezüglich der Rückforderung der Gesamtsumme von insgesamt 5.658,92 € setzte die Beklagte der Klägerin eine Frist zur Überweisung bis zum 29. Mai 2017, ohne dass die Klägerin dem nachkam, so dass die Beklagte die vorgenannten Beträge schließlich gegen unstreitige Forderungen der Klägerin aus der Abrechnung stationärer Krankenhausbehandlungen anderer Versicherter aufrechnete.

Die Klägerin hat hiergegen am 6. April 2018 Klage vor dem Sozialgericht Kassel erhoben, mit der sie die Zahlung der aufgerechneten 5.658,92 € zuzüglich Zinsen geltend macht. Zur Begründung hat sie vorgetragen, der Wortlaut des OPS 8-550 erfordere keine Vertretungsregelung für die fachärztliche Behandlungsleitung. Gegen die Behandlungsleitung durch M selbst mache die Beklagte keine Einwände geltend. Dies reiche für die Erfüllung des OPS 8-550 aus. Lege man die ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur strengen Auslegung von OPS-Kodes zu Grunde, dürfe man die generelle Abrechnungsmöglichkeit des OPS 8-550 nicht von einer Stellvertreterregelung abhängig machen. Unbeschadet dessen bestehe im Klinikum SC [REDACTED] eine Vertretungsregelung für den Fall, dass M abwesend sei. In diesem Fall nehme Z die fachärztliche Behandlungsleitung wahr. Damit werde das im OPS 8-550 geforderte Mindestmerkmal erfüllt. Es sei davon auszugehen, dass das Mindestmerkmal auf die reguläre Arbeitszeit eines fachärztlichen Behandlungsleiters abstelle. Ein Geriater mit einer regelmäßigen Arbeitszeit von 40 Wochenstunden müsse daher 21 Wochenstunden in der geriatrischen Einheit tätig sein. Vorliegend sei zu beachten, dass ein Chefarzt nicht an die Arbeitszeitregelungen des Arbeitszeitgesetzes gebunden sei, da er die Funktion eines leitenden Angestellten wahrnehme. Er könne daher sowohl 21 Stunden in der Woche im Klinikum

M. [REDACTED] seinem Stammsitz, als auch im Abwesenheitsfall von M im Klinikum S. [REDACTED] die fachärztliche Behandlungsleitung in der Fachabteilung Geriatrie im Umfang von 21 Wochenstunden ausüben. Aus diesem Gesichtspunkt heraus trafen die Einwände der Beklagten und des MDK nicht zu.

Mit Gerichtsbescheid vom 5. November 2018 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Entgegen der Klägerin sei der OPS 8-550 in keinem der drei Behandlungsfälle erlösrelevant zu kodieren, da die Klägerin nicht die hierfür erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllt habe. Das Mindestmerkmal der Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung setze begriffsnotwendig die grundsätzliche Gewährleistung des Vorhandenseins einer entsprechenden Stellvertretung voraus. Eine fachärztliche Behandlungsleitung müsse auch im Falle der Abwesenheit des verantwortlichen Behandlungsleiters durchgehend gewährleistet sein. Hieraus folge, dass eine verantwortliche Stellvertretung nicht durch den gleichzeitig an einem anderen Krankenhaus bzw. an einem anderen, 50 km entfernt liegenden Standort tätigen Behandlungsleiter übernommen werden könne, da dies zwangsläufig zu Überschneidungen führe und dann entweder an dem einen oder dem anderen Standort eine verantwortliche Behandlungsleitung tagsüber nicht zur Verfügung stehe. Aus dem Wortlaut "Behandlungsleitung" - und nicht bloß Leitung oder Teamleitung - folge, dass es dabei um eine gesteigerte Verantwortung für die unmittelbare Behandlung der Patienten und nicht nur um die Verantwortung für die Organisation und das Funktionieren der Behandlungseinheit gehe und eine derartige Verantwortung nur bei persönlicher Anwesenheit eines über die im OPS 8-550 genannten Qualifikationen verfügenden, seine Behandlungsleitung für die Dauer der Behandlung tatsächlich ausübenden Facharztes wahrgenommen werden könne, was nicht mehr der Fall sei, wenn der Stellvertreter zeitgleich an einem anderen Ort und darüber hinaus dann auch dort selbst als Behandlungsleiter tätig sei. Sei ein strukturelles Mindestmerkmal - wie hier - nicht gegeben, lägen die Voraussetzungen für die Kodierung des OPS 8-550 auch grundsätzlich nicht vor. Insoweit sei eine grundsätzliche Betrachtung der strukturellen Voraussetzungen erforderlich und keine Einzelfallbetrachtung der Krankenhausaufenthalte. Damit habe die Klägerin in den hier betroffenen 3 Abrechnungsfällen den OPS 8-550 zu Unrecht erlösrelevant kodiert, mit der Folge der von der Beklagten insoweit rechnerisch zutreffend festgestellten Überzahlungen. Insoweit hätten der Beklagten in dieser Höhe entsprechende öffentlich-rechtliche Erstattungsansprüche zugestanden, die sie nach den §§ 812ff BGB, 387 BGB zu den dann erfolgten Aufrechnungen berechtigten.

Der Gerichtsbescheid ist am 9. November 2018 an den Prozessbevollmächtigten der Klägerin zugestellt worden. Die Berufung der Klägerin ist am Montag, den 10. Dezember 2018 am Hessischen Landessozialgericht eingegangen.

Die Klägerin macht geltend, die Beklagte habe bezüglich der streitgegenständlichen Behandlungsfälle die nach § 275 Abs. 1c i.V.m. S. 4 SGB V erforderliche Einzelfallprüfung nicht fristgerecht eingeleitet. Seit dem 1. Januar 2016 gelte diese Regelung mit der Folge, dass die Überprüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit eines OPS-Kodes innerhalb der dort geregelten 6-Wochen-Frist durchzuführen sei. Eine entsprechende Einzelfallprüfung habe die Beklagte vorliegend nicht eingeleitet, so dass sie mit ihren Einwänden gegen die Erfüllung der Mindestmerkmale des OPS 8-550 ausgeschlossen sei und für das Gericht ein hieraus resultierendes Verwertungsverbot bestehe. Im Übrigen sei nach der gebotenen wortlautgetreuen Auslegung des OPS 8-550 eine Stellvertretung der Behandlungsleitung nicht erforderlich. Dies habe in dem Wortlaut des OPS 8-550 bis heute keinen Niederschlag gefunden. Schließlich sei für den Fall der Verhinderung des Behandlungsleiters M in Form der dargelegten Regelung der Vertretung durch Z gewährleistet, dass auch dann eine fachärztliche Behandlungsleitung gegeben sei, die „überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit“ tätig sein könne.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 5. November 2018 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 5.658,92 € nebst Zinsen hieraus in Höhe von jeweils 5 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz hieraus seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte ist der Ansicht, ihre Einwendungen gegen die Erfüllung der Mindestmerkmale des OPS-Kode 8-550 seien vorliegend nicht ausgeschlossen, weil die Beklagte nicht innerhalb der Sechs-Wochen-Frist eine Prüfung der Abrechnungen durch den MDK eingeleitet habe. Der Klägerin sei entgegenzuhalten, dass die Beklagte nur mit den Einwendungen ausgeschlossen sein könne, die ihr zum Zeitpunkt der Einwendung auch bekannt gewesen seien. Bei der vom MDK nach Ablauf der 6-Wochen-Frist mitgeteilten Beanstandung handele es sich aber um einen strukturellen Mangel, welcher der Beklagten zunächst gar nicht bekannt sein konnte. Zur Durchführung von Prüfungen der strukturellen Mindestvoraussetzungen biete § 11 Abs. 4 Satz 3 KHEntgG die gesetzliche Grund-

lage. Das BSG gehe in ständiger Rechtsprechung davon aus, dass die Zulässigkeit einer Einzelfallprüfung davon abhängt, ob die Krankenkasse Auffälligkeiten bei der Abrechnung geltend gemacht habe. Danach müsse die gestellte Rechnung Fragen nach der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausrechnung und/oder in Bezug auf die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots aufwerfen, die die Krankenkasse ohne Einschaltung des MDK von sich aus nicht beantworten könne. Fragen nach der sachlich-rechnerischen Richtigkeit der Krankenhausrechnung und/oder in Bezug auf die Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots hätten bei den streitgegenständlichen drei Abrechnungen für die Beklagte aber nicht bestanden. Die Beklagte habe davon ausgehen dürfen, dass die Klägerin nur die Leistungen zur Abrechnung bringen, für die sie auch alle strukturellen bzw. organisatorischen Voraussetzungen erfülle. Entgegen der Ansicht der Klägerin gebe der Wortlaut des OPS 8-550 das Erfordernis einer Vertretungsregelung für die fachärztliche Behandlungsleitung her. Eine Behandlungsleitung müsse unabdingbar vorhanden sein. Im Falle der Abwesenheit von M sei eine Behandlungsleitung durch ihn nicht mehr gewährleistet, mithin sei im Falle seiner Abwesenheit keine Behandlungsleitung mehr vorhanden. Eine Behandlungsleitung sei dann durch eine Stellvertretung sicherzustellen, die überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sei. Bei der Behandlungsleitung gehe es um die gesteigerte Verantwortung für die unmittelbare Behandlung der Patienten und nicht nur um die Verantwortung für die Organisation und das Funktionieren der Behandlungseinheit. Eine derartige Verantwortung könne aber nur bei persönlicher Anwesenheit wahrgenommen werden. Mindestanforderungen bzgl. der zeitlichen Anwesenheit der verantwortlichen Vertretung seien mithin eben doch zu erfüllen.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis zu einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Der Senat konnte im Einverständnis der Beteiligten den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die zulässige Berufung der Klägerin ist auch in der Sache begründet.

Mit dem Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 5. November 2018 wurde die Klage zu Unrecht abgewiesen. Der Klägerin steht der geltend gemachte Anspruch in Höhe von 5.658,92 € aus den Rechnungen vom 3. Januar 2017, 3. März 2017 und 21. März 2017 zu, da insoweit die Voraussetzungen für eine Vergütung der darin in Ansatz gebrachten DRG I41Z, E42Z und B440 vorliegen. Dem steht jeweils nicht die mangelnde Kodierbarkeit des OPS 8-550.1 entgegen.

Wegen der rechtlichen Voraussetzungen des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegenüber der Beklagten aufgrund der von ihr durchgeführten Krankenhausbehandlungen der Versicherten L, D und R und deren Berechnung auf der Grundlage des DRG-Systems wird zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden und von den Beteiligten nicht in Abrede gestellten Ausführungen des Sozialgerichts Bezug genommen und von einer erneuten Darstellung abgesehen (§ 153 Abs. 2 SGG).

Die abrechnungsrelevanten Diagnosen sind zwischen den Beteiligten nicht streitig und werden vom Senat, wie sie sich aus den Rechnungen ergeben, der Entscheidung zu Grunde gelegt. Es steht weiterhin zwischen den Beteiligten nicht im Streit und ist für den Senat auch ansonsten nicht fraglich, dass sich der Anspruch der Klägerin auf die streitgegenständliche Forderung von 5.658,92 € dann ergibt, wenn von dieser in allen drei streitgegenständlichen Behandlungsfällen zu Recht die Prozedur 8-550.1 nach dem einschlägigen OPS der Versionen 2016 und 2017 kodiert werden konnte. Wenn - wie hier - Rechnungsposten von (normen)vertraglichen Vereinbarungen zahlenförmigen Inhalts mit abhängen und beide Beteiligte insoweit eine besondere professionelle Kompetenz aufweisen, bedarf es keiner weiteren Ermittlungen, wenn die Berechnungsergebnisse keinem Streit zwischen den Beteiligten ausgesetzt sind und sonstige konkrete Umstände keine Anhaltspunkte für eine fehlerhafte Berechnung ergeben (BSG, Urteil vom 21. April 2015 – B 1 KR 10/15 R –, Rn. 9, juris).

Vorliegend zu klären ist insoweit allein, ob die Klägerin die Voraussetzungen des OPS 8-550.... bezüglich des Mindestmerkmal unter dem ersten Spiegelstrich in den insoweit wörtlich übereinstimmenden Versionen 2016 und 2017 erfüllt, der wie folgt lautet:

- Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung (Zusatzweiterbildung oder Schwerpunktbezeichnung im Bereich Geriatrie erforderlich). Die fachärztliche Behandlungsleitung muss überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig sein

Das Fehlen dieser Mindestvoraussetzung für die Kodierbarkeit des OPS 8-550.1 sieht der Senat auf der Grundlage des Gutachtens des MDK vom 25. April 2017 nicht als erwiesen an. Die „fachärztliche Behandlungsleitung“ mit entsprechender Qualifikation im Bereich Geriatrie wird vorliegend in der Person von M erfüllt, welcher auch überwiegend in der betreffenden geriatrischen Einheit tätig ist. Dies wird weder vom MDK noch von der Beklagten in Abrede gestellt. Entgegen deren Ansicht erfordert das vorgenannte Mindestmerkmal des OPS 8-550 demgegenüber keine Vertretungsregelung dergestalt, dass zusätzlich ein zweiter Facharzt mit den entsprechenden Qualifikationen im Bereich Geriatrie in der geriatrischen Einheit tätig ist. Dies lässt sich dem Wortlaut des OPS 8-555 nicht entnehmen und wird von diesem auch nicht begriffsnotwendig vorausgesetzt.

Das Sozialgericht Aachen hat hierzu in einem Urteil vom 7. Juli 2020 (S 14 KR 560/19 –, juris Rn. 42 - 49) folgende Ausführungen gemacht, denen sich der Senat nach eigener Prüfung anschließt:

Der OPS formuliert das Erfordernis einer jederzeitigen Vertretungsmöglichkeit des geforderten besonders qualifizierten Personals ersichtlich gerade nicht ausdrücklich. ...Bei der Auslegung von Vergütungsregelungen – wie dem hier streitigen OPS 8-550 – (ist) eine besonders strenge Orientierung am Wortlaut geboten, während Bewertungen und Abwägungen zu versagen sind. Soweit ohnehin der Wortlaut die Grenze jeder Auslegung ist, kann es hiernach nicht ausreichen, dass das Verständnis einer Abrechnungsregelung ... mit dem Wortlaut (noch) vereinbar ist. Vielmehr wird ersichtlich, dass sich dem Verständnis der Abrechnungsregelungen unter dem Anspruch einer konkreten Regelung (der Struktur einer Allgemeinverfügung ähnlich, § 31 S. 2 Alt. 1 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - Sozialverfahren und Sozialdatenschutz -SGB X) zu nähern ist. Danach ist grundsätzlich erforderlich, dass Anforderungen ausdrücklich benannt werden. Nicht ausdrücklich Aufgenommenes ist grds. keine Voraussetzung für die Kodierbarkeit. Soweit die Krankenkasse ...über den Wortlaut des OPS 8-550 hinaus – i. S. e. ständigen Gewährleistungspflicht die Erforderlichkeit einer über den einzelnen Behandlungs-/Abrechnungsfall hinausgehenden Sicherstellung der fachärztlichen Behandlungsleistung... durch die Möglichkeit einer Vertretung bei Krankheit oder Urlaub der entsprechenden Kräfte aus dem Erfordernis nach Spiegelstrich vier, der wöchentlichen Teambesprechung unter Beteiligung der fachärztlichen Behandlungsleitung, ableiten will, vermö-

gen auch systematische Gesichtspunkte dies nicht überzeugend zu begründen.... zumal nicht einmal den Auslegungshinweisen des MDK zum OPS 8-550, Version 2017 (https://kcgeriatrie.de/Info-Service_Geriatrie/Documents/2017_Auslegungshinweise_8-550.pdf; abgerufen zuletzt am 7. Juli 2020) das Erfordernis einer generell verfügbaren ausreichend qualifizierten Vertretung für den möglichen Fall der Abwesenheit der ärztlichen Behandlungsleistung und/oder der herausgestellten Pflegefachkraft zu entnehmen ist. Gegenteilig stellen diese Hinweise unter Punkt 4 in Bezug auf die ärztliche Behandlungsleitung konkret auf die Leitung der Behandlung "des" Patienten ab. In der Vergangenheit ist die Kodierung des OPS durch den MDK offensichtlich auf den Behandlungsfall bezogen (zu Recht) moniert worden, wenn ein Teammitglied krankheitsbedingt die wöchentliche Teambesprechung versäumt hat (vgl. den unbeachtet gebliebenen Änderungsvorschlag der Deutschen Krankenhausgesellschaft zum OPS 2014: <https://www.dimdi.de/dynamic/downloads/klassifikationen/ops/vorschlaege/vorschlaege2014/169-geriatfruehreha-schlottmann.pdf>; abgerufen am 21. Oktober 2018). Insofern ist der MDK offensichtlich bereits in der Vergangenheit davon ausgegangen, dass die wöchentliche Teambesprechung einzelfallbezogen zu prüfen ist. Dem entspricht, dass das Merkmal der Teambesprechung in den Checklisten zur Abfrage der Strukturmerkmale des OPS 8.550 nicht abgefragt wird/wurde. Wie auch die Erfordernisse der "Behandlung durch ein geriatrisches Team unterfachärztlicher Behandlungsleitung", des "standardisierten geriatrischen Assessments" einer Mindestanzahl, "aktivierend – therapeutischer Pflege durch besonders geschultes Pflegepersonal" und der "teamintegrierte Einsatz" spezifischer Therapiebereiche gab das Erfordernis der "wöchentlichen Teambesprechung" aus seinem Wortlaut im Jahr 2017 heraus nicht preis, ob damit abstrakt-generelle Strukturvoraussetzungen aufgestellt werden sollen, die unabhängig vom einzelnen Behandlungsfall aufgrund der allgemeinen Organisation und Dienststruktur des Krankenhauses (vgl. zu dieser Umschreibung einer Strukturvoraussetzung: BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – B 3 KR 25/12 R –, SozR 4-5562 § 7 Nr 4, Rn. 21) zu beurteilen sind, oder ob (allein) ein unmittelbarer Bezug zum Behandlungsfall besteht. Beides erschien prima facie gleichermaßen möglich. Auf einen Bezug zum konkreten Behandlungsfall wiesen und weisen immerhin, wenngleich nicht zwingend, die normierten Dokumentationspflichten. Die Pflicht zur wochenbezogenen Dokumentation bisheriger Behandlungsergebnisse und weiterer Behandlungsziele im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechung stellen insoweit ebenso wie die Pflicht zur Dokumentation der Unmöglichkeit der Erhebung einzelner Assessmentbestandteile aufgrund des Zustandes des Patienten einen Bezug zum konkreten Behandlungsfall her und weisen insofern von einer Strukturvoraussetzung weg (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 14. Dezember 2016 – L 5 KR 4875/14 –, Rn. 39-41, juris). Dies wurde und wird in Bezug auf die personelle Qualität der

wöchentlichen Teambesprechung durch die zeitliche Staffelung der OPS 8-550-x von (mindestens) 7, 14 oder 21 Tagen des jeweiligen Behandlungsfalles, also einer, zwei oder drei Behandlungswochen gestützt. Ein konkreter Behandlungsfall nach dem OPS 8-550 ohne mindestens einmalige Teambesprechung ist hiernach – anders als bei einer abstrakt-generellen Strukturvoraussetzung denkbar – nicht möglich. Die Korrespondenz der – nur auf den konkreten Behandlungsfall beziehbaren – (Mindest)zeiteinheiten mit der Taktung der umschriebenen Teambesprechung sprach und spricht insofern dafür, dass auch diese Voraussetzung mit Blick auf den konkreten Behandlungsfall zu beurteilen ist. Bestätigt wird der Befund durch die rückwirkende "Klarstellung" des DIMDI zum Jahr 2019 für die Zeit ab 2013, dass Beiträge zur wöchentlichen Teambesprechung der "patientenbezogen" beteiligten Berufsgruppen, einschließlich der fachärztlichen Behandlungsleitung (insoweit unverändert), ausreichend sind. Die fachärztliche Behandlungsleistung musste und muss hiernach durch einen i. S. d. ersten Mindestmerkmals des OPS 8-550 qualifizierten Arztes gerade im konkreten Einzelfall tatsächlich übernommen werden. Unter systematischen Gesichtspunkten ist ferner festzustellen, dass das Regelwerk des OPS personelle Gewährleistungspflichten als solche benennt. So erfordert der OPS 8-980 zur sonstigen multimodalen Komplexbehandlung etwa die "Gewährleistung einer ständigen ärztlichen Anwesenheit" i. S. e. "allgemeinen", von der tatsächlichen Anwesenheit im konkreten Behandlungsfall unabhängigen Sicherstellung "unter allen – vorhersehbaren – Umständen" (BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – B 3 KR 25/12 R –, SozR 4-5562 § 7 Nr 4, Rn. 18 ff.; vgl. auch OPS 8-981 "neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles", 1. Unterpunkt - dazu: BSG, Urteil vom 19. Juni 2018 – B 1 KR 38/17 R –, Rn. 15 ff., juris), während auch dort für die fachärztliche Behandlungsleitung keine Gewährleistungsanforderung formuliert wird – etwa i. S. d. Erfordernisses einer unter allen vorhersehbaren Umständen gegebenen qualifizierten Vertretungsmöglichkeit der ärztlichen Behandlungsleitung. Die OPS 8-98b.00 ff. geben erkennbar strukturell vor, dass "jeder" akute Schlaganfallpatient umgehend von einem Facharzt für Neurologie oder einem entsprechend qualifizierten Arzt untersucht wird. Zum Teil werden Voraussetzungen im OPS sogar ausdrücklich als Strukturmerkmal gekennzeichnet, etwa im OPS 8.98b (andere neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalles). In anderem Zusammenhang wird über Begriffe des "Vorhandenseins" und des "Einsatzes" die Unterscheidung zwischen strukturellen Erfordernissen von fallbezogenen Merkmalen eindeutig, so etwa – im Gegenüber zum OPS 8-550 (vgl. dazu: Landessozialgericht Hamburg, Urteil vom 18. Dezember 2014 – L 1 KR 60/14 –, Rn. 23, juris; SG Aachen, Urteil vom 30. Mai 2018 – S 1 KR 148/17, nicht veröffentlicht) – in den OPS 8-98a(.1) (teilstationäre geriatrische Komplexbehandlung), OPS 8-97d (multimodale Komplexbehandlung bei Morbus Parkinson) und zugleich erkennbar, dass auch strukturelle Erfordernisse gerade während

des konkret zu vergütenden Behandlungsfalles gegeben gewesen sein müssen (vgl. OPS 8-98a, einleitender Satz: Jeder Tag mit teilstationärer geriatrische Behandlung, an dem die nachfolgenden Bedingungen erfüllt werden). Vorgaben zur Erforderlichkeit von Stellvertretungen benennt der OPS ausdrücklich – in Ziffern 8-98d und 8-98h etwa gerade die ärztliche Behandlungsleitung betreffend. Sofern also im Rahmen der vorgesehenen fachärztlichen Behandlungsleitung im OPS 8-550, deren Anwesenheit bei der wöchentlichen Teambesprechung erforderlich ist, eine ständige Anwesenheitsgewährleistung einer ärztlichen Behandlungsleistung bzw. einer Stellvertretung gerade nicht ausgesprochen wird, deutet auch dies darauf hin, dass es diesbezüglich auf den tatsächlichen personellen Einsatz, die tatsächliche Übernahme der Behandlungsleitung (im konkreten Behandlungsfall) ankommt (für die fachärztliche Behandlungsleistung im Rahmen des OPS 8-981 "Neurologische Komplexbehandlung des akuten Schlaganfalls" entsprechend: Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 24. März 2015 – L 11 KR 5212/13 –, Rn. 51 ff., juris: In dem Fall war allein ein qualifizierter Behandlungsleiter vorhanden, kein Vertreter. Das LSG sah den OPS als erfüllt an). Dies verdeutlicht in Bezug auf die Personalie der fachärztlichen Behandlungsleitung und deren Anwesenheit im Rahmen der wöchentlichen Teambesprechung i. S. d. OPS 8-550 die Entscheidung des Ersten Senates des BSG vom 14. Oktober 2014 (B 1 KR 25/13 –, juris). Auch im dortigen Fall hatte die beklagte Krankenkasse die Auffassung vertreten, das klagende Krankenhaus dürfe den OPS nur abrechnen, falls bei Abwesenheit des die Qualifikationserfordernisse der fachärztlichen Behandlungsleitung erfüllenden Arztes adäquater Ersatz zur Verfügung stehe. Sie – die beklagte Krankenkasse – habe die Klägerin informiert, Rechnungen mit dem OPS 8-550 nur zu akzeptieren, wenn sie die strukturellen Voraussetzungen für die Abrechnung nachweise (BSG, a.a.O. –, Rn. 2). Anders als im Fall des o. a. Urteils des BSG vom 18. Juli 2013 (B 3 KR 25/12 R) zum Erfordernis der "Gewährleistung einer ständigen ärztlichen Anwesenheit" im OPS 8-980 – indem auch schon die tatsächliche ständige Anwesenheit eines Arztes im konkreten Behandlungsfall zweifelhaft war (vgl. a.a.O., Rn. 19) – hat das BSG den Vergütungsanspruch des Krankenhauses im Urteil vom 14. Oktober 2014 (a.a.O. –, Rn. 14) und in der Parallelentscheidung mit Urteil vom 10 März 2015 (B 1 KR 4/15 R –, Rn. 14, juris) – trotz der entsprechenden Begründung der Krankenkasse – jedoch gerade nicht aufgrund einer vom konkreten Behandlungsfall unabhängigen Sicherstellung einer fachärztlichen Behandlungsleitung "unter allen – vorhersehbaren – Umständen" verneint, sondern hat die tatsächliche Übernahme der Behandlungsleitung/ die tatsächliche Anwesenheit während der wöchentlichen Teambesprechung im konkreten Behandlungsfall geprüft (vgl. auch: Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 14. Dezember 2016 – L 5 KR 4875/14 –, Rn. 37, juris; SG Aachen, Urteil vom 23. April 2013 – S 13 KR 214/12 –, Rn. 18, juris; SG Aachen, Urteil

vom 23. April 2013 – S 13 KR 212/12 –, Rn. 17; SG Magdeburg, Urteil vom 30. Juli 2013 – S 45 KR 75/11 WA –, Rn. 44, juris; SG Berlin, Urteil vom 22. August 2012 – S 28 KR 631/09 –, Rn. 27, juris), die sich nicht als Strukturvoraussetzung begreifen lässt (vgl. zur Charakteristik eines Strukturmerkmals nunmehr auch § 275 Abs. 2-3 SGB V in der seit Januar 2020 gültigen Fassung). Da die allein ausreichend qualifizierte Ärztin des Krankenhauses bei konkreten Teamkonferenzen im jeweiligen Behandlungszeitraum nicht anwesend war, hat das BSG den Anspruch des Krankenhauses abgelehnt. Die geforderte Verantwortung könne nur bei persönlicher Anwesenheit eines über die in OPS 8-550 genannten Qualifikationen verfügenden, seine Behandlungsleitung für die Dauer der Behandlung tatsächlich ausübenden Facharztes wahrgenommen werden (BSG, Urteil vom 10. März 2015 – B 1 KR 4/15 R –, Rn. 14, juris). In diesem Zusammenhang zieht das BSG (a.a.O.) unter Hinweis auf das Urteil vom 18. Juli 2013 (B 3 KR 7/12 R –, SozR 4-2500 § 109 Nr. 30, Rn. 22) eine Parallele zum Verständnis des "Verantwortlichen" bei der multimodalen Schmerztherapie im OPS 8-918 (dort 2007, Wortlaut ab 2009 um das Erfordernis einer täglichen ärztliche Visite oder Teambesprechung und eine interdisziplinäre wöchentliche Teambesprechung ergänzt). Die dort wörtlich angesprochene "ärztliche Behandlungsleitung" bezieht sich aber offenkundig auf den konkreten Behandlungsfall und lässt keine Möglichkeit eines abstrakt-strukturellen Verständnisses i. S. e. Gewährleistungspflicht für alle Behandlungsfälle unter allen vorhersehbaren Umständen zu. Denn dem Wortlaut nach hat eben "eine mindestens 7-tägige interdisziplinäre Behandlung" der ihrem gesundheitlichen Profil nach beschriebenen Patienten hier "mit ärztlicher Behandlungsleitung" "nach festgelegtem Behandlungsplan" zu erfolgen, wobei der Verantwortliche über die Zusatzbezeichnung "Spezielle Schmerztherapie" verfügen muss (vgl. entsprechend die auf den Behandlungsfall bezogene Prüfung des BSG, Urteil vom 18. Juli 2013 – B 3 KR 7/12 R –, SozR 4-2500 § 109 Nr. 30, Rn. 22, freilich wiederum ohne Begründung eines Vertretungserfordernisses – zur Einordnung als "Einzelfall"-, statt als strukturelle" Voraussetzung durch das BSG auch: Beume/Porten, KH 2014, S. 1044 (1046); ebenso: Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 1. März 2012 – L 5 KR 192/10 –, Rn. 34, juris). Soweit aus dem Kreis der Krankenkassen vertreten worden ist ..., aus der Entscheidung vom 14. Oktober 2014 (B 1 KR 25/13 –, Rn. 14, juris) sei zu folgern, es genüge nicht, dass die Leitung letztlich regelhaft keinen Dienst habe, ohne dass eine adäquate Stellvertretung vorliege, ist dies der Entscheidung des BSG insofern gerade nicht zu entnehmen. Vielmehr hätte das BSG – teilte es die Auffassung der Krankenkasse – zudem seine Prüfung auf die allgemeine Dienststruktur des Krankenhauses gerichtet, jedenfalls aber nach dem Befund des Versäumnisses einer wöchentlichen Teambesprechung während des Behandlungszeitraumes durch die als fachärztliche Leitung in Betracht kommende Ärztin weitere Ausführungen dazu gemacht, dass damit die

Sicherstellung der Anwesenheit der fachärztlichen Behandlungsleitung während wöchentlicher Teambesprechungen zugleich auch "allgemein" nicht gewährleistet gewesen sei. Denn soweit die Sicherstellung der fachärztlichen Leitung selbst im Falle einer generellen Gewährleistungspflicht – auch nach der Auffassung der Krankenkasse, die etwa keine Vorkehrungen für den Fall der Erkrankung des Vertreters der sich im Urlaub befindenden etatmäßigen Behandlungsleitung gesichert sehen will – auf das Vorhersehbare beschränkt, bleibt festzustellen, ob dem Säumnis im Einzelfall ein unvorhergesehener Umstand zugrunde lag. Ein solcher hinderte die Kodierung in der Konsequenz nämlich nicht.

Lediglich ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass es bereits nach dem Wortlaut des OPS insoweit maßgeblich darauf ankommt, ob **die Behandlung** unter den genannten Bedingungen erfolgt ist. Damit stellt der Wortlaut der Bestimmung auf die konkrete Behandlungssituation ab und nicht losgelöst hiervon auf strukturelle bzw. personelle Gegebenheiten im Behandlungszeitraum. Ob die konkreten Behandlungen von L vom 4. November 2016 bis zum 21. November 2016, von D vom 31. Januar 2017 bis zum 17. Februar 2017 und von R vom 2. Februar 2017 bis zum 20. Februar 2017 durch ein „geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung“ erfolgt sind und die fachärztliche Behandlungsleitung in diesen Zeiträumen überwiegend in der zugehörigen geriatrischen Einheit tätig gewesen ist, lässt sich dem Ergebnis der Rechnungsprüfung der Beklagten nicht entnehmen. Nach den vorstehenden Ausführungen kann es demgegenüber dahinstehen, ob eine hinreichende Vertretungsmöglichkeit des für die ärztliche Behandlungsleistung qualifizierten Arztes M im Krankenhaus der Klägerin generell bestand. Vielmehr kommt es danach darauf an, ob die qualifizierte geriatrische Behandlungsleitung bezüglich der drei streitgegenständlichen Abrechnungsfälle im jeweiligen konkreten Einzelfall erfüllt war. Von der Klägerin wird dies implizit mit den vorliegenden Rechnungen geltend gemacht, während sich gegenteiliges den Ermittlungen der Beklagten sowie dem Gutachten des MDK vom 25. April 2017 nicht entnehmen lässt. Der Oberarzt im Krankenhaus der Klägerin M erfüllt nach dem Gutachten des MDK zweifelsfrei die Voraussetzungen für eine qualifizierte geriatrische Behandlungsleitung im Sinne des OPS 8-555. Vorliegend ergeben sich keine Anhaltspunkte, dass M während der streitgegenständlichen stationären Aufenthalte nicht überwiegend in der geriatrischen Abteilung tätig gewesen sein könnte und insoweit ein Vertretungsfall eingetreten ist, bzw. die ggf. notwendige Vertretung im konkreten Einzelfall nicht hinreichend durch Z wahrgenommen werden konnte.

Zur Nachholung entsprechender Ermittlungen im vorliegenden Berufungsverfahren bestand für den Senat keine Veranlassung. Hierbei würde es sich dann um Einzelfallprüfungen nach § 275 Abs. 1c i.V.m. S. 4 SGB V handeln, welche spätestens 6 Wochen

nach Eingang der jeweiligen Abrechnung durch die Beklagte einzuleiten und den MDK durchzuführen gewesen wären. § 275 Abs. 1c SGB V in der vorliegend maßgeblichen Fassung vom 10. Dezember 2015 lautet: *„Bei Krankenhausbehandlung nach § 39 ist eine Prüfung nach Absatz 1 Nr. 1 zeitnah durchzuführen. Die Prüfung nach Satz 1 ist spätestens sechs Wochen nach Eingang der Abrechnung bei der Krankenkasse einzuleiten und durch den Medizinischen Dienst dem Krankenhaus anzuzeigen. Falls die Prüfung nicht zu einer Minderung des Abrechnungsbetrags führt, hat die Krankenkasse dem Krankenhaus eine Aufwandspauschale in Höhe von 300 Euro zu entrichten. Als Prüfung nach Satz 1 ist jede Prüfung der Abrechnung eines Krankenhauses anzusehen, mit der die Krankenkasse den Medizinischen Dienst beauftragt und die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert.“* Bei der auf den einzelnen Abrechnungsfall bezogenen Prüfung, ob „die Behandlung durch ein geriatrisches Team unter fachärztlicher Behandlungsleitung“ durchgeführt worden ist, handelt es sich um eine Einzelfallprüfung im vorgenannten Sinne. Die in § 275 Abs. 1c Satz 4 SGB V geforderte Voraussetzung „...die eine Datenerhebung durch den Medizinischen Dienst beim Krankenhaus erfordert“ wird durch § 3 PrüfV wie folgt konkretisiert: *„Die „Krankenkasse hat die von dem Krankenhaus übermittelten Leistungs- und Abrechnungsdaten in Hinblick auf die Wirtschaftlichkeit der Krankenhausleistungen und Korrektheit deren Abrechnung näher zu prüfen. Die Prüfung erfolgt auf der Grundlage der Daten, die von den Krankenhäusern nach § 301 SGB V in Verbindung mit den hierzu getroffenen Vereinbarungen korrekt und vollständig zu übermitteln sind.“* Die nach § 301 Abs. 1 Satz 1 SGB V zu übermittelnden Daten sind u.a. *„5. die Bezeichnung der aufnehmenden Fachabteilung, bei Verlegung die der weiterbehandelnden Fachabteilungen“*. Vorliegend ist eine Überprüfung der einzelnen streitgegenständlichen Abrechnungsfälle im Hinblick auf die Durchführung der jeweiligen Behandlung durch eine Fachabteilung, welche die qualitativen Anforderungen des OPS 8-550 erfüllt, nicht erfolgt und von der Beklagten auch im gerichtlichen Verfahren nicht mehr nachgeholt werden.

Der Zinsanspruch folgt aus § 10 Abs. 5 des Hessischen Vertrages über die allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung i. V. m. § 112 Abs. 2 S. 1 Nr. 1 SGB V und § 291 BGB.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i. V. m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung und folgt dem Ausgang des Verfahrens.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.

Der Streitwert bestimmt sich nach § 52 Abs. 3 des Gerichtskostengesetzes, wonach bei einem Antrag, der eine bezifferte Geldleistung betrifft, deren Höhe maßgebend ist.

I. Rechtsmittelbelehrung

Diese Entscheidung kann nur dann mit der Revision angefochten werden, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb **eines Monats** nach Zustellung der Entscheidung schriftlich oder in elektronischer Form beim Bundessozialgericht einzulegen. Sie muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein und die angefochtene Entscheidung bezeichnen.

Die Beschwerde in schriftlicher Form ist zu richten an das Bundessozialgericht, Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel bzw. das Bundessozialgericht, 34114 Kassel (nur Brief und Postkarte).

Die elektronische Form wird durch Übermittlung eines elektronischen Dokuments gewahrt, das für die Bearbeitung durch das Gericht geeignet ist und

- von der verantwortenden Person qualifiziert elektronisch signiert ist oder
- von der verantwortenden Person signiert und auf einem sicheren Übermittlungsweg gem. § 65a Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) eingereicht wird.

Weitere Voraussetzungen, insbesondere zu den zugelassenen Dateiformaten und zur qualifizierten elektronischen Signatur, ergeben sich aus der Verordnung über die technischen Rahmenbedingungen des elektronischen Rechtsverkehrs und über das besondere elektronische Behördenpostfach (Elektronischer-Rechtsverkehr-Verordnung - ERVV) in der jeweils gültigen Fassung. Informationen hierzu können über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) abgerufen werden.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen

1. Rechtsanwälte,
2. Rechtslehrer an einer staatlichen oder staatlich anerkannten Hochschule eines Mitgliedstaates der Europäischen Union, eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz, die die Befähigung zum Richteramt besitzen,
3. selbstständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder,
4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder,

5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder,
6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder,
7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu den Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung der Entscheidung von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich oder in elektronischer Form zu begründen.

In der Begründung muss dargelegt werden, dass

- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat oder
- die Entscheidung von einer zu bezeichnenden Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
- ein zu bezeichnender Verfahrensmangel vorliegt, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für das Beschwerdeverfahren gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht schriftlich oder in elektronischer Form (s.o.) einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; **hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen**. Der Vordruck ist kostenfrei bei allen Gerichten erhältlich. Er kann auch über das Internetportal des Bundessozialgerichts (www.bsg.bund.de) heruntergeladen und ausgedruckt werden.

Im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs ist der Vordruck in Papierform auszufüllen, zu unterzeichnen, einzuscannen, qualifiziert zu signieren und dann in das elektronische Gerichtspostfach des Bundessozialgerichts zu übermitteln (s.o.).

Falls die Beschwerde nicht schon durch einen zugelassenen Prozessbevollmächtigten eingelegt ist, müssen der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse nebst den Belegen innerhalb der Frist für die Einlegung der Beschwerde beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

III. Ergänzende Hinweise

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden. Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um zwei weitere Abschriften. Dies gilt nicht im Rahmen des elektronischen Rechtsverkehrs.

Legde

Dreiseitel

Daume

Ausgefertigt:

Darmstadt, 31.03.2021

May, Verwaltungsangestellte
als Urkundsbeamtin
der Geschäftsstelle