

## L 6 KR 75/21

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
1. Instanz  
SG Halle (Saale) (SAN)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 7943/19  
Datum  
13.07.2021  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 6 KR 75/21  
Datum  
12.10.2023  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie

Leitsätze

1.

[§ 137 Abs 1 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 2016 gültigen Fassung steht einem Automatismus zwischen Nichterfüllung von Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien und vollständigem Vergütungsausschluss entgegen.

2.

Es obliegt der Regelungskompetenz des G-BA, ob er jede in einer Richtlinie nach [§ 136 Abs 1 Satz 1 Nr 2 SGB V](#) enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung mit der Folge eines Vergütungswegfalls bei Nichterfüllung einstuft oder dies unterlässt bzw. weitere Differenzierungen vornimmt.

3.

Ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs als schärfstes Sanktionsmittel kann nur dann Folge einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen sein, wenn dies die jeweils einschlägige Einzelrichtlinie des G-BA unter speziell geregelten und im betreffenden Einzelfall erfüllten Voraussetzungen themenspezifisch vorsieht. Etwas anderes gilt nur, wenn das Gesetz einen Vergütungswegfall – wie zB in [§ 136b Abs 5 Satz 2 SGB V](#) hinsichtlich eines Verstoßes gegen Mindestmengenregelungen – selbst vorgibt.

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Halle vom 13. Juli 2021 verurteilt, der Klägerin 33.230,72 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 % jährlich seit dem 14. Februar 2017 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Verfahrenskosten beider Rechtszüge.

Die Revision wird zugelassen.

Der Gegenstandswert wird auf 33.230,72 € festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist, ob ein Vergütungsanspruch wegen teilweiser Nichteinhaltung von Anforderungen der Richtlinie zu minimalinvasiven Herzklappeninterventionen (MHI-RL) des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) zur Gänze ausgeschlossen ist.

Die seinerzeit bei der Beklagten gesetzlich krankenversicherte E. R. (nachfolgend die Versicherte) wurde in dem von der Klägerin betriebenen Klinikum, das in den Krankenhausplan des Landes Sachsen-Anhalt aufgenommen ist, vom 11. bis 18. Januar 2016 stationär behandelt. Nach dem Entlassungsbericht der Universitätsklinik und Poliklinik für Innere Medizin III vom 18. Januar 2016 erfolgte die stationäre Aufnahme der Versicherten zur geplanten Mitraclipimplantation bei hochgradiger funktioneller Mitralklappeninsuffizienz mit konsekutiver pulmonaler Hypertonie und deutlicher Rechtsherzbelastung. Der entsprechende Eingriff erfolgte am 13. Januar 2016.

Für die Behandlung rechnete die Klägerin gegenüber der Beklagten unter dem 28. Januar 2016 auf Grundlage der Hauptdiagnose I34.0

(Mitralklappeninsuffizienz) sowie u.a. des OPS 5-35a.41 (Mitralklappenrekonstruktion transvenös, inkl. transvenöse Cliprekonstruktion) die DRG F98C (Komplexe minimalinvasive Operationen an Herzklappen ohne minimalinvasiven Eingriff an mehreren Herzklappen, ohne hochkomplexen Eingriff, ohne komplexe Diagnose, Alter > 15 Jahre, ohne sehr komplexen Eingriff) i.H.v. insgesamt 33.150,72 € (abzüglich der Selbstbeteiligung der Versicherten i.H.v. 80,00 €) ab.

Die Beklagte beglich diesen Betrag zunächst, forderte mit Schreiben vom 31. Januar 2017 jedoch Rückzahlung von 33.230,72 € (inklusive der Selbstbeteiligung der Versicherten). Aufgrund einer Prüfung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MD) sei festgestellt worden, dass bei der Klägerin vom 25. Juli 2015 bis zum 24. März 2016 die nach der MHI-RL nötigen strukturellen Voraussetzungen zur Leistungserbringung nicht erfüllt gewesen seien. Am 13. Februar 2017 verrechnete die Beklagte 33.230,72 € mit unstrittigen Forderungen der Klägerin aus anderen Behandlungsfällen.

Am 23. Dezember 2019 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht (SG) Halle Klage erhoben. Nach den [§§ 137 Abs. 1 Satz 2, 136b Abs. 9 Satz 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) könne ihr Vergütungsanspruch nur entfallen, wenn dies in der jeweiligen Qualitätssicherungsrichtlinie des G-BA ausdrücklich geregelt sei. Dies sei hier nicht der Fall. Jedenfalls stehe ihr ein Anspruch in Höhe wirtschaftlichen Alternativverhaltens im Sinne der DRG F03F zu.

Die Beklagte hat wiederholt, bei der Klägerin hätten zum Behandlungszeitpunkt nicht die Voraussetzungen von § 5 Abs. 10 MHI-RL vorgelegen. Danach sei in Krankenhäusern mit einer Fachabteilung für Herzchirurgie eine herzchirurgische Versorgung durch permanente Präsenz eines Operationsdienstes sicherzustellen, wobei der Operationsdienst über herzchirurgische Erfahrung verfügen müsse. Die Nichteinhaltung der Vorgaben einer Qualitätssicherungsrichtlinie habe einen vollständigen Vergütungsverlust zur Folge (Hinweis auf Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 15/13 R](#) – juris). Aus der MHI-RL folge bei Nichteinhaltung von Qualitätsanforderungen auch kein Anspruch auf anteilige Vergütung. Auch sonst könne unabhängig von der tatsächlich erbrachten Leistung keine Erstattung der Kosten verlangt werden, die hypothetisch bei Erbringung einer geeigneten, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistung angefallen wären.

Mit Urteil vom 13. Juli 2021 hat das SG die Klage abgewiesen und hierzu in den Gründen ausgeführt: Der ursprünglich entstandene Anspruch der Klägerin auf Vergütung von Krankenhausbehandlungen für andere Versicherte sei durch wirksame Aufrechnung der Beklagten mit deren i.H.v. 33.230,72 € bestehenden Erstattungsanspruch wegen der Vergütung für die vorliegende Krankenhausleistung erloschen. In [§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V](#) in der Fassung des Krankenhausstrukturgesetzes vom 10. Dezember 2015 (KHSG, BGBl. I, S. 2229) sei der Wegfall des Vergütungsanspruchs für Leistungen vorgesehen, bei denen die Mindestanforderungen nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) nicht erfüllt seien. In Übereinstimmung hiermit sei durch [§ 136b Abs. 9 Satz 2 SGB V](#) die Anwendung einer qualitätsabhängigen Vergütung insgesamt für Fälle ausgeschlossen, in denen es um die Einhaltung von zwingenden Qualitätsvorgaben gehe. Entsprechendes sei hier der Fall. Die MHI-RL finde auf minimalinvasive Herzklappeninterventionen im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung von Patientinnen und Patienten im Erwachsenenalter Anwendung. Umfasst seien kathetergestützte Aortenklappenimplantationen (TAVI) und Clipverfahren an der Mitralklappe. Die konkret einbezogenen Leistungen würden gemäß § 3 Abs. 1 und 3 Satz 1 MHI-RL durch den jährlich zu überprüfenden und ggf. zu aktualisierenden OPS festgelegt (MHI-RL Anlage 1). Bei der Festlegung der Anforderungen zur Sicherung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität im Sinne von [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) sei durch Bündelung der erforderlichen herzchirurgischen, kardiologischen und anästhesiologischen Expertise auf die interdisziplinäre Versorgung durch ein fachärztlich besetztes Herzteam besonderes Gewicht gelegt worden. Insoweit seien in § 4 MHI-RL Mindestanforderungen an die fachlich-medizinische Ausrichtung des Krankenhauses, seine Räumlichkeiten und die apparative Ausstattung zur Erbringung von TAVI-Leistungen und Clipverfahren an der Mitralklappe bestimmt. Durch § 5 MHI-RL seien die Voraussetzungen an die Qualifikation und Verfügbarkeit des ärztlichen und pflegerischen Personals einschließlich der Besetzung des Herzteams sowie des Operationsdienstes festgelegt. Zwar enthalte die MHI-RL keine Rechtsfolgen. Würden zwingende Qualitätsanforderungen nicht eingehalten, führe dies jedoch zum vollständigen Vergütungsverlust. Denn dann sei die Versorgung im Sinne von [§ 39 SGB V](#) nicht erforderlich (Hinweis auf BSG, Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 15/13 R](#) – s.o.). Ein vollständiger Vergütungsausschluss sei zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit der (vertragsärztlichen) Versorgung und der gesetzlichen Krankenversicherung unvermeidlich (Hinweis auf BSG, Urteil vom 23. Juni 2010 – [B 6 KA 7/09 R](#) – juris; Urteil vom 8. September 2004 – [B 6 KA 14/03 R](#) – juris). Würden Verstöße gegen die für die Leistungserbringung maßgeblichen Bestimmungen nur mittels Vergütung des fiktiv rechtmäßigen Verhaltens sanktioniert, ginge deren Steuerungsfunktion dagegen verloren. Versicherte wären durch eine Behandlung außerhalb des Systems unkontrollierten Risiken ausgesetzt.

Gegen das ihr am 30. Juli 2021 zugewandene Urteil hat die Klägerin am 11. August 2021 beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt und ihre Ansicht vertieft. Für einen vollständigen Vergütungswegfall bestehe keine Grundlage. Der vom SG zitierten Rechtsprechung sei vor den Änderungen durch das KHSG entgegenzuhalten gewesen, dass diese grundlegend der Normsystematik widerspreche. Denn nach [§ 137 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) in der bis zum 31. Dezember 2015 gültigen Fassung (a.F.) hätten Vergütungsabschlüsse durch den G-BA vorgesehen werden können. Der Regelungsgehalt dieser Norm sei vollständig entleert, wenn der Vergütungsanspruch anknüpfend an [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) von vorneherein erst gar nicht entstanden sei. Nunmehr sei bei der Missachtung von Qualitätsanforderungen in [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) ein gestuftes Sanktionssystem vorgegeben, wobei [§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V](#) das vollständige Entfallen des Vergütungsanspruchs dann eröffne, wenn dies in der jeweiligen Qualitätssicherungsrichtlinie des G-BA ausdrücklich vorgesehen sei. Darüber hinaus müsse die Sanktionierung dem Verhältnismäßigkeitsgrundsatz entsprechen, was nicht denkbar sei, wenn jedweder Verstoß einen vollständigen Vergütungsausschluss bedinge (Hinweis auf Penner/Büscher, GuP 2016, 121).

Unabhängig davon seien die Vorgaben der MHI-RL bereits seit deren Inkrafttreten am 25. Juli 2015 erfüllt gewesen. Beanstandet worden sei vom MD eine fehlende permanente Präsenz des Bereitschaftspersonals im OP-Dienst der Herzchirurgie, wobei es im Prüfzeitraum von August 2015 bis zum 3. Februar 2016 lediglich um Einzeltage gegangen sei, an denen statt eines Bereitschaftsdienstes lediglich ein Rufdienst eingeplant gewesen sei. Im Rahmen des Prüfverfahrens sei vom Klinikum darauf hingewiesen worden, dass in den exemplarisch zur Verfügung gestellten Dienstplänen für August und September 2015 an den Wochenenden jeweils zwei Mitarbeiter der Herzchirurgie im OP-Bereitschaftsdienst ausgewiesen seien und dass es sich – unabhängig von einer möglicherweise fehlerhaften Bezeichnung der Dienstart – um Bereitschaftsdienstzeiten im engeren Sinne gehandelt habe. Gleichwohl sei in der Folge der MD-Prüfung im Hinblick auf die Auslegung der MHI-RL eine Reorganisation im Zentral-OP erfolgt, so dass der bis dahin vorhandene Bereitschaftsdienst der Herzchirurgie durch einen Hausdienst, also einen Bereitschaftsdienst mit Anwesenheit im Klinikum und einen zusätzlichen – so genannten – Rufbereitschaftsdienst besetzt gewesen sei (zweigleisige Präsenz durch permanente Bereitschaft des OP-Dienstes mit Erfahrung in der Herzchirurgie und zusätzliche Bereitschaft des OP-Dienstes der Herzchirurgie selbst). Tatsächlich habe aber jederzeit ein OP-Team zur Verfügung gestanden,

wobei allein zehn Mitarbeiter des OP-Dienstes im Zentral-OP und weitere zwölf Mitarbeiter der Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin mit Erfahrung in der Herzchirurgie ausgewiesen gewesen seien. Letztlich sei der Rechtsweg zur Überprüfung der Strukturvoraussetzungen nach Änderung der Dienstplanmodelle und erfolgreicher Nachprüfung nicht beschritten worden. Die Umstellung sei jedoch ausschließlich zur Vermeidung einer weiteren Beanstandung und nicht deshalb erfolgt, weil dies zur Einhaltung der Vorgaben der MHI-RL erforderlich gewesen sei.

Schließlich könne ein Vergütungswegfall nur denjenigen Bestandteil betreffen, auf den sich die Vorgaben der MHI-RL bezögen. Selbst wenn also der OPS 5-35a.41 gestrichen werde, sei also immer noch die übrige stationäre Versorgung der Versicherten zu vergüten, deren Behandlung die Beklagte weder im Rahmen einer Einzelfallprüfung noch sonst beanstandet habe. Entsprechend seien jedenfalls die Kosten eines fiktiven offenen chirurgischen Eingriffs nach der DRG F03F zu erstatten.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 13. Juli 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 33.230,72 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 % jährlich seit dem 14. Februar 2017 zu zahlen;

hilfsweise, die Beklagte zu verurteilen, ihr 15.642,18 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 5 % jährlich seit dem 14. Februar 2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Revision zuzulassen.

Sie hält das Urteil des SG für zutreffend. Krankenhäusern, die eine Leistung unter Verstoß gegen die Anforderungen einer Qualitätssicherungsrichtlinie erbrächten, stehe keinerlei Vergütung zu (Hinweis auf BSG, Urteil vom 19. April 2016 - [B 1 KR 28/15 R](#) - juris). Nach § 5 Abs. 2 Nr. 1 der Qualitätsförderungs- und Durchsetzungs-Richtlinie des G-BA (QFD-RL) sei bei Nichterfüllung von Mindestanforderungen nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) ein Vergütungswegfall festzulegen, was durch den gesetzlichen Ermächtigungsrahmen gedeckt sei (Hinweis auf [BT-Drs. 18/5372](#), 92 f. sowie 18/6586, 109; Deister in: Hauck/Noftz, SGB, Stand Mai 2021, [§§ 136, 137 SGB V](#); jurisPK-SGB V/G-BA/Kronenberger, § 7 MHI-RL Rn. 23, § 1 MHI-RL Rn. 27 ff. und § 3 MHI-RL Rn. 16). Ein vollständiger Vergütungsausschluss sei auch verfassungskonform (Hinweis auf Bundesverfassungsgericht [BVerfG], Beschlüsse vom 7. Mai 2014 - [1 BvR 3571/13](#) und [1 BvR 3572/13](#) - juris).

Auf entsprechende gerichtliche Anforderung hat die Beklagte den Prüfbericht des MD vom 3. Februar 2016 übermittelt. Danach erfülle das Klinikum der Klägerin die in der MHI-RL formulierten Grundvoraussetzungen der katheteregestützten Aortenklappenimplantationen wie auch der transvenösen Clip-Rekonstruktionen der Mitralklappe bis auf die fehlende permanente Präsenz des Operationsdienstes mit herzchirurgischer Erfahrung (24-Stunden-Präsenz, Bereitschaftsdienst möglich). In seinem nach Begehung am 11. Mai 2016 erstellten Folgebericht vom 13. Mai 2016 hat der MD darauf verwiesen, dass bereits zum Zeitpunkt der Vorprüfung seitens der Klägerin ein Projekt zur Überarbeitung der OP- und Dienstzeiten geplant gewesen sei. Die Klinikvertreter hätten auf halbjährlich erfolgende Belastungsanalysen verwiesen. Mit Dienstantritt des neuen Direktors der Universitätsklinik und Poliklinik für Herzchirurgie Mitte 2015 habe sich ein sprunghafter Anstieg der Belastung des Rufbereitschaftsdienstes ergeben. Im Januar/Februar 2016 sei eine 60 %ige Inanspruchnahme des herz-thorax-chirurgischen OP-Rufbereitschaftsdienstes registriert worden, so dass eine Neuorganisation habe erfolgen müssen. Seither existierten vier Bereitschaftsdienste an den Wochenenden. Zusätzlich zu HNO, Allgemeinchirurgie und Gynäkologie/Geburtshilfe sei ein herzchirurgischer Bereitschaftsdienst eingerichtet worden, der sich aus den Mitarbeitern des originären Herzoperationsdienstes generiere. In diesem Zusammenhang befinde sich ein Mitarbeiter im Krankenhaus (Bereitschaftsdienst) und ein zweiter in Rufbereitschaft mit einer Einsatzzeit von 20 Minuten. Somit sei seit der Neuorganisation ab dem 25. März 2016 garantiert, dass ein Mitarbeiter des herz-thorax-chirurgischen OP-Dienstes permanent präsent sei, der über die entsprechende herzchirurgische Erfahrung verfüge.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Rechtsstreits durch den Senat ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der von den Beteiligten beigezogenen Verwaltungs- bzw. Patientenakten Bezug genommen. Dieser Unterlagen waren Gegenstand der Beratung und Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) und auch ansonsten zulässige Berufung hat Erfolg, worüber der Senat mit Zustimmung der Beteiligten gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden konnte.

Zutreffend ist zwischen den Beteiligten nicht umstritten, dass der Klägerin aufgrund stationärer Behandlungen anderer Versicherter der Beklagten zunächst Anspruch auf die abgerechnete Vergütung i.H.v. 33.230,72 € (einschließlich der Selbstbeteiligung der Versicherten) zustand. Dieser anderweitige Vergütungsanspruch ist nicht durch die gemäß [§ 387](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in entsprechender Anwendung seitens der Beklagten erklärte Aufrechnung mit einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch in entsprechender Anwendung von [§ 812 BGB](#) wegen Überzahlung der Vergütung für die hier erfolgte Krankenhausbehandlung der Versicherten nach [§ 389 BGB](#) in entsprechender Anwendung erloschen. Diese Aufrechnung ist unwirksam, weil der Beklagten insoweit kein Erstattungsanspruch zustand. Sie zahlte der Klägerin den zuvor genannten Betrag mit Rechtsgrund. Denn die Voraussetzungen des Anspruchs der Klägerin auf Krankenhausvergütung für die Behandlung der Versicherten vom 11. bis 18. Januar 2016 lagen in Höhe des geltend gemachten Erstattungsanspruchs vor.

Der Vergütungsanspruch der Klägerin entstand dem Grunde nach durch die im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) erforderliche stationäre Versorgung der Versicherten in ihrem zugelassenen Krankenhaus. Ihrer Höhe nach bemisst sich die Vergütung nach vertraglichen Fallpauschalen auf gesetzlicher Grundlage. Dies ergibt sich aus [§ 109 Abs. 4 Satz 3 SGB V](#) (in der Fassung vom 23. April 2002, [BGBl. I S. 1412](#)) in Verbindung mit § 7 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG - in der Fassung vom 15. Dezember 2004, [BGBl. I S. 3429](#)) und § 17b

Krankenhausfinanzierungsgesetz (in der Fassung vom 26. März 2007, [BGBl. I S. 378](#)). Näheres regeln die Vertragsparteien auf Bundesebene nach § 9 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 3 KHEntgG durch einen Fallpauschalenkatalog und Abrechnungsbestimmungen in Fallpauschalenvereinbarungen. Die danach zu ermittelnde DRG-Position bestimmt sich u.a. nach der ICD-10 in der jeweiligen Fassung des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI; nunmehr Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte) – hier für das Jahr 2016 (ICD-10-GM 2016) – und den von den Vertragsparteien auf Bundesebene vereinbarten Deutschen Kodierrichtlinien (DKR) für dieses Jahr.

Zu den Voraussetzungen eines Vergütungsanspruchs gehört auch die Verpflichtung des Krankenhauses, die Leistung nur nach Maßgabe bestimmter Qualitätssicherungsanforderungen erbringen zu dürfen. Der Senat schließt sich der ständigen Rechtsprechung des BSG an, wonach das Qualitätsgebot im Rahmen der Erforderlichkeit auch Anforderungen an die strukturellen und prozeduralen Voraussetzungen der Leistungserbringung stellt. Eine dem Qualitätsgebot widersprechende Krankenhausbehandlung ist daher nach dem bis zum 31. Dezember 2015 geltenden Recht insgesamt unwirtschaftlich und damit nicht zu vergüten (siehe nur BSG, Urteil vom 7. März 2023 – [B 1 KR 3/22 R](#) – juris, Rn. 17, m.w.N. zum dort zugrunde zu legenden alten Rechtszustand).

Hier ist zwischen den Beteiligten unstreitig, dass die stationäre Behandlung der Versicherten erforderlich im Sinne von [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) war. Dem schließt sich der Senat nach Würdigung des medizinischen Sachverhalts an. Sie ist auch ohne den streitigen Bereitschaftsdienst am Wochenende ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich gewesen; ebenso überschritt sie nicht das Maß des Notwendigen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Die Operation erfolgte am 13. Januar 2016 (Montag); es existiert kein Indiz, dass bei dieser oder anschließend notwendige Ärzte tatsächlich nicht anwesend waren. Die konkrete Leistungserbringung gegenüber der Versicherten entsprach mithin in jeder Hinsicht den Qualitätsanforderungen (vgl. nochmals BSG, Urteil vom 7. März 2023 – [B 1 KR 3/22 R](#) – a.a.O.; anders insoweit derjenige Sachverhalt, der dem Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 28/15 R](#) – zugrunde lag, juris, Rn. 17).

Nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) legt der G-BA für die vertragsärztliche Versorgung und für zugelassene Krankenhäuser grundsätzlich einheitlich für alle Patienten durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 13 SGB V](#) insbesondere Kriterien für die indikationsbezogene Notwendigkeit und Qualität der durchgeführten diagnostischen und therapeutischen Leistungen, insbesondere aufwändiger medizintechnischer Leistungen fest; dabei sind auch Mindestanforderungen an die Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität zu bestimmen. Hierdurch soll auch sichergestellt werden, dass Leistungserbringer nicht aus ökonomischen Gründen Leistungen mit unzureichender technischer oder personeller Ausstattung zu Lasten der Qualität erbringen (BSG, Urteil vom 16. August 2021 – [B 1 KR 18/20 R](#) – juris, Rn. 13 unter Hinweis auf [BT-Drs. 14/6893, S. 30](#), zu Nr. 5 Buchst. b).

Im vorliegenden Zusammenhang hat der G-BA die Qualitätssicherungsanforderungen in der MHI-RL festgelegt. Ob bei der Klägerin (insbesondere ihrer Klinik und Poliklinik für Innere Medizin III) auch im Zeitraum der Behandlung der Versicherten vom 11. bis 18. Januar 2016 allgemein alle auf Grundlage von [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) in den §§ 4 bis 6 MHI-RL normierten Anforderungen vorliegen, steht zwar nicht zweifelsfrei fest. Der Senat vermag sich nämlich keine volle Überzeugung davon zu bilden, dass sie seinerzeit sämtliche 51 Richtlinienvorgaben vollständig erfüllte (vgl. Anlage 2, Abschnitt II. Nr. 16 MHI-RL). Geeignete Beweismittel zur Untermauerung ihres entsprechenden Vortrags hat die Klägerin trotz gerichtlicher Aufforderung nicht vorgelegt. Zwar ist es entsprechend dem Berufungsvorbringen wahrscheinlich, dass bereits vor dem 25. März 2016 jederzeit – also insbesondere auch am Wochenende – ein OP-Team mit Erfahrung in der Herzchirurgie zur Verfügung stand. Trotzdem hat die Klägerin nach der am 3. Februar 2016 erfolgten Prüfung des MD eine Reorganisation im Sinne des Vorhalts einer zweigleisigen Präsenz bei permanenter Bereitschaft eines OP-Dienstes mit Erfahrung in der Herzchirurgie und zusätzlicher Bereitschaft des OP-Dienstes der Herzchirurgie selbst vorgenommen. Das spricht dafür, dass dies zwecks Gewährleistung des vom MD im Prüfbericht vom 3. Februar 2016 beanstandeten [§ 5 Abs. 6 Satz 1 MHI-RL](#) erforderlich war. Entsprechend hat der MD im Folgebericht vom 13. Mai 2016 auf das bereits am 3. Februar 2016 angesteuerte Projekt zur Überarbeitung der OP- und Dienstzeiten verwiesen und seit der Neuorganisation ab dem 25. März 2016 die Erfüllung sämtlicher Vorgaben – von Anlage 2 der MHI-RL – bestätigt.

Dies lässt den Vergütungsanspruch der Klägerin jedoch (ausnahmsweise) nicht entfallen.

Zwar kann ein Verstoß gegen wirksame Qualitätssicherungsrichtlinien des G-BA auch zu einem Wegfall des Vergütungsanspruchs führen (siehe BSG, Urteil vom 16. August 2021 – [B 1 KR 18/20 R](#) – juris; Urteil vom 19. April 2016 – [B 1 KR 28/15 R](#) – juris; Urteil vom 1. Juli 2014 – [B 1 KR 15/13 R](#) – juris, wonach hierdurch das Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsgebot der [§§ 12 Abs. 1, 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) und damit die Erforderlichkeit i.S.v. [§ 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) tangiert wird). Einem einschränkungslosen Automatismus zwischen Nichterfüllung von Anforderungen aus Qualitätssicherungsrichtlinien und Vergütungsausschluss steht jedoch [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) in der ab dem 1. Januar 2016 gültigen und hier maßgeblichen Fassung des KHSG entgegen (ebenso Deister in: Hauck/Noftz SGB V, Stand Mai 2021, § 137 Rn. 20 f.; Matthäus/Ulmer in: v. Koppenfels-Spies/Wenner, SGB V, 4. Aufl. 2022, § 137 Rn. 9; Felix, SGB 2017, 259 [267]; Gerlach, NZS 2019, 724 [730]; a.A. jurisPK-SGB V/G-BA/Kronenberger, § 1 MHI-RL Rn. 27 ff., § 3 MHI-RL Rn. 16 und § 7 MHI-RL Rn. 23). Denn hiernach „kann“ vom G-BA im Rahmen eines gestuften Sanktionssystems nach [§ 137 Abs. 1 Satz 3 Nr. 2 SGB V](#) auch ein Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen werden (vgl. auch [§ 136b Abs. 9 Satz 2 SGB V](#) in der bis zum 19. Juli 2021 gültigen Fassung des KHSG [siehe Art. 1 Nr. 41 Buchst. a) Unterbuchst. cc) und Buchst. g) Gesundheitsversorgungsweiterentwicklungsgesetz – GVWG – vom 11. Juli 2021, [BGBl. I, S. 2754](#), und [BT-Drs. 19/26822, S. 90](#) und 95], wonach bei Nichteinhaltung von Mindestanforderungen Qualitätsabschläge ausgeschlossen waren). Entsprechendes ist anknüpfend an [§ 137 Abs. 1 Satz 5 SGB V](#) in grundsätzlicher Weise in [§ 5 Abs. 2 Nr. 1 QFD-RL](#) geregelt. Nach den [§§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 QFD-RL](#) ist die Festlegung der Voraussetzungen eines Wegfalls des Vergütungswegfalls jedoch den einzelnen themenspezifischen Richtlinien vorbehalten, was seine Grundlage in [§ 137 Abs. 1 Satz 6 SGB V](#) hat (vgl. auch [§ 3 Abs. 1 QFD-RL](#)). Folgerichtig wird in der QFD-RL nicht bestimmt, was unter einer Mindestanforderung im Einzelnen zu verstehen ist. Diese Festlegungen und weitere Konkretisierungen sind vielmehr den jeweiligen Einzelrichtlinien vorbehalten. Es obliegt mithin der Regelungskompetenz des G-BA, ob er jede in einer Richtlinie nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) enthaltene Vorgabe als Mindestanforderung mit der Folge eines Vergütungswegfalls bei Nichterfüllung einstuft oder nicht bzw. weitere Differenzierungen vornimmt.

Darüber hinaus gibt [§ 137 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) ausdrücklich ein verhältnismäßig auszugestaltendes und anzuwendendes gestuftes Sanktionssystem vor (siehe auch [§ 3 Abs. 2 QFD-RL](#)). Aus diesem Regelungssystem folgt, dass ein vollständiger Wegfall des Vergütungsanspruchs als schärfstes Sanktionsmittel nur dann Folge einer Nichterfüllung von Mindestanforderungen ist, wenn dies die jeweils einschlägige Einzelrichtlinie des G-BA unter speziell geregelten – und im betreffenden Einzelfall erfüllten – Voraussetzungen themenspezifisch vorsieht. Etwas anderes gilt nur, wenn das Gesetz einen Vergütungswegfall – wie z.B. in [§ 136b Abs. 5 Satz 2 SGB V](#)

hinsichtlich eines Verstoßes gegen Mindestmengenregelungen – selbst vorgibt (zuvor Abs. 4 Satz 2; siehe Art. 1 Nr. 41 Buchst. c) GVWG vom 11. Juli 2021, [BGBl. I, S. 2754](#)).

Ebenso wie etwa in der Qualitätssicherungs-Richtlinie zum Bauchortenaneurysma, der Qualitätssicherungs-Richtlinie Früh- und Reifgeborene oder aber der Richtlinie zur Kinderherzchirurgie ist auch in der MHI-RL kein Wegfall des Vergütungsanspruchs vorgesehen. Demgegenüber hat der G-BA einen solchen z.B. in § 7 Abs. 2 der Richtlinie zur Versorgung der hüftgelenknahen Femurfraktur (QSFFx-RL) normiert und in § 7 Abs. 7 QSFFx-RL zudem einen 75 %igen Vergütungsabschlag festgelegt, wenn ein Krankenhaus trotz zweimaliger Aufforderung mit jeweils vierwöchiger Fristsetzung erforderliche Daten des Nachweisverfahrens nach § 6 QSFFx-RL für einen bestimmten Zeitraum nicht liefert. Wenngleich die Nichteinhaltung von Mindestvorgaben nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) zwar als Regelfall ein Entfallen des Vergütungsanspruchs nach sich zieht, gilt dies nach [§ 137 Abs. 1](#) Sätze 3-6 SGB V i.V.m. den §§ 5 Abs. 1 Nr. 2, 2 Abs. 5 Satz 1 QFD-RL allerdings nur dann, wenn der G-BA diese Rechtsfolge in der einschlägigen themenspezifischen Richtlinie vorsieht. Ein Fortfall des Vergütungsanspruchs der Klägerin scheidet m.a.W. mangels Rechtsgrundlage aus.

Dem lässt sich unter Hinweis auf § 2 Abs. 5 Satz 2 QFD-RL auch nicht damit begegnen, aus dem Fehlen einer entsprechenden Regelung in der jeweiligen Einzelrichtlinie anknüpfend an die bis zum 31. Dezember 2015 geltende Rechtslage doch wieder einen Vergütungsausschluss zu schlussfolgern (so letztlich wohl Deister in: Hauck/Noftz SGB V, Stand Mai 2021, § 137 Rn. 24). Denn hierdurch würde das Regelungssystem des [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) ignoriert. Der Gesetzgeber hat die zu [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) a.F. ergangene Rechtsprechung des BSG gerade zum Anlass einer Neufassung der Vorschrift genommen und einen Wegfall des Vergütungsanspruchs unter Bindung an den Verhältnismäßigkeitsgrundsatz – als ultima ratio – ausdrücklich dem Regelungsvorbehalt des G-BA unterstellt (siehe [BT-Drs. 18/5372, S. 92](#) f. und [BT-Drs. 18/6586, S. 110](#)). Ein vollständiger Vergütungsverlust auch ohne dessen Anordnung durch den G-BA ist hiermit unvereinbar. Dies gilt umso mehr, als sachliche Gründe dafür sprechen können, eben nicht jede in einer Richtlinie nach [§ 136 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGB V](#) enthaltene Vorgabe inhaltlich als Mindestanforderung mit der automatischen Folge eines Vergütungswegfalls bei Nichterfüllung zu definieren. Auch eine unkontrollierte Behandlung von Versicherten außerhalb des Systems steht insoweit nicht zu befürchten. Es stellt mithin kein „Systemversagen“ dar, wenn der G-BA bislang (bewusst) davon abgesehen hat, jedwede Abweichung von den in Anlage 2 zur MHI-RL zu TAVI- bzw. Clipverfahren vorgesehenen 53 bzw. 51 Anforderungen pauschal mittels Wegfalls des Vergütungsanspruchs zu sanktionieren.

Hat die Klägerin den OPS 5-35a.41 folglich zutreffend kodiert, sind sich die Beteiligten zu Recht darüber einig, dass dies zu der von ihr abgerechneten DRG F98C und damit im Ergebnis – einschließlich der von der Beklagten ebenfalls verrechneten Selbstbeteiligung der Versicherten – zu einem Zahlungsanspruch i.H.v. 33.230,72 € führt.

Der Zinsauspruch hat entsprechend dem von der Klägerin ab der Verrechnung beanspruchten Zeitpunkt seine Grundlage in [§ 288 Abs. 1 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch i.V.m. § 8 Abs. 1 der Budget- und Entgeltvereinbarung der Beteiligten für 2016.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) in Verbindung mit einer entsprechenden Anwendung von [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Da die Auslegung von [§ 137 Abs. 1 SGB V](#) in der seit dem 1. Januar 2016 gültigen Fassung grundsätzliche Bedeutung hat, war nach [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#) die Revision zuzulassen.

Die Entscheidung zum Gegenstandswert ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbs. 1 SGG](#) in Verbindung mit den [§§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#), 40 und 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz und entspricht der Höhe nach der auch im Berufungsverfahren streitbefangenen Hauptforderung.

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2023-11-24