# S 20 KA 218/17

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Niedersachsen-Bremen |
| Sozialgericht | Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen |
| Sachgebiet | Vertragsarztangelegenheiten |
| Abteilung | - |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | 1. Die als Bestandteil der allgemeinen Praxiskosten zu tragenden Aufwendungen für ärztliche und nichtärztliche Leistungen bei der Direktbeschaffung von Blutgerinnungsfaktoren können nicht nach den Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag erstattet werden.<br>2. Dies gilt auch, soweit dem Arzt andere Aufwendungen im Zusammenhang mit Bestellung und Lieferung von Arzneimitteln entstanden sind. |
| Normenkette | BGB §§ 677, 683<br>SGB V § 69 Abs 1 S 3 |

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 20 KA 218/17 |
| Datum | 23.10.2019 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 3 KA 59/19 |
| Datum | 25.01.2023 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | - |

Â

**Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 23. Oktober 2019 wird zurÃ¼ckgewiesen.**

**Die KlÃ¤gerin trÃ¤gt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.**

**Die Revision wird nicht zugelassen.**

**Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird auf 15.551,01 Euro festgesetzt.**

Â

**Tatbestand**

Â

Die KlÃ¤gerin macht AnsprÃ¼che auf Aufwendungsersatz aus abgetretenem Recht geltend.

Die vormals unter der Firma J. GmbH gefÃ¼hrte KlÃ¤gerin ist eine Gesellschaft mit beschrÃ¤nkter Haftung (GmbH), deren Alleingesellschafter und GeschÃ¤ftsÂÂfÃ¼hrer der Facharzt fÃ¼r Transfusionsmedizin PD Dr. K. ist. Der Arzt war bis September 2022 zugleich Einzelunternehmer des Medizinischen VersorgungsÂzentrums (MVZ) L., das als hÃ¤mostaseologische Facharztpraxis an der vertragsÂÃ¤rztÂlichen Versorgung mit Vertragsarztsitz in M. teilnimmt. TrÃ¤gerin des MVZ ist inzwischen die N. GmbH.

In den Quartalen II bis IV/2015 wurden die bei der Beklagten versicherten Marian S. und VitalijÂ B. (Versicherte) im Rahmen der Ã¤rztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern mit BlutÂgerinÂnungsÂfaktoren versorgt. Dazu bestellte die KlÃ¤gerin die FaktorprÃ¤parate direkt beim jeweiligen Hersteller, der die ArzneiÂmittel entweder direkt an die KlÃ¤gerin oder an HausarztÂpraxen in der NÃ¤he des Wohnorts der Versicherten lieferte. HierfÃ¼r wurden der KlÃ¤gerin folgende BetrÃ¤ge in Rechnung gestellt:

| Hersteller | Datum | PrÃ¤parat | Betrag (brutto) | Lieferung an |
|---|---|---|---|---|
| BGmbH | 10.06.2015 | Kogenate | 30.345,00 Euro | KlÃ¤gerin |
| BGmbH | 27.07.2015 | Kogenate | 30.345,00 Euro | KlÃ¤gerin |
| CGmbH | 01.09.2015 | Helixate NexGen | 121.380,00 Euro | KlÃ¤gerin |
| BGmbH | 08.09.2015 | Kogenate | 91.035,00 Euro | Dr. O., P. |
| CGmbH | 06.11.2015 | Helixate NexGen | 121.380,00 Euro | Dres. Q., R. |
| BGmbH | 18.12.2015 | Kogenate | 91.035,00 Euro | Dr. S., T. |

Â

AnschlieÃend stellte die KlÃ¤gerin der Beklagten AufwendungsÂÂersatz fÃ¼r die Versorgung der Versicherten mit den FaktorprÃ¤paraten in Rechnung und verwies

dabei auf den ArzneimittelÂversorgungsÂvertrag zwischen den Ersatzkassen und dem Deutschen Apothekerverband (DAV). Ihre Rechnungen enthalten jeweils den sinngemÃ¤Ã□en Hinweis, dass sich der Rechnungsbetrag aus dem â□□U. -Einkaufspreisâ□□ zuzÃ¼glich eines Aufschlags iHv 3% sowie eines Betrages iHv 6,38 Euro pro Packung zusammensetzten. Im Einzelnen brachte die KlÃ¤gerin folgende BetrÃ¤ge in Ansatz:

| Datum | Re.-Nummer | Versicherter | PrÃ¤parat | Betrag (brutto) |
|---|---|---|---|---|
| 30.07.2015 | 15123 | Vitalij B. | Kogenate | 31.331,20 Euro |
| 05.09.2015 | 15148 | Vitalij B. | Kogenate | 31.321,20 Euro |
| 06.10.2015 | 15180 | Marian S., Vitalij B. | Helixate NexGen, Kogenate | 219.440,40 Euro |
| 08.12.2015 | 15264 | Marian S. | Helixate NexGen | 125.456,80 Euro |
| 31.12.2015 | 15263 | Vitalij B. | Kogenate | 93.983,60 Euro |

Â

Die Beklagte ist der Auffassung, dass lediglich die Kosten der PrÃ¤parate unter BerÃ¼ckÂsichtigung des von den Herstellern eingerÃ¤umten Skontos iHv 1,5 % erstattungsfÃ¤hig seien. DementÂsprechend leistete sie folgende Zahlungen:

| Re.-Nummer | Betrag (brutto) | Zahlung | Differenz |
|---|---|---|---|
| 15123 | 31.331,20 Euro | 30.345,00 Euro | 986,20 Euro |
| 15148 | 31.321,20 Euro | 30.031,65 Euro | 1.289,55 Euro |
| 15180 | 219.440,40 Euro | 209.047,55 Euro | 10.392,85 Euro |
| 15264 | 125.456,80 Euro | 118.932,80 Euro | 6.524,00 Euro |
| 15263 | 93.983,60 Euro | 90.114,75 Euro | 3.868,85 Euro |
| Â | | | 23.061,45 Euro |

Â

Nach erfolglosen Mahnungen hat die KlÃ¤gerin am 9. August 2017 beim Sozialgericht (SG) Hannover Klage erhoben, mit der sie nunmehr AnsprÃ¼che auf Aufwendungsersatz aus abgetretenem Recht geltend macht. Dazu hat sie vorÂ-getragen, dass das MVZ L. die Versicherten im Rahmen der Ã¤rztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern versorgt habe, indem es die FaktorprÃ¤parate Ã¼ber die KlÃ¤gerin direkt beim Hersteller bezogen und an die Versicherten abgegeben habe. Sie sei vom MVZ L. als RechenÂzentrum gemÃ¤Ã□ Â§ 300 Abs 2 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) beauftragt worden, die diesÂbezÃ¼gliche Abrechnung mit den gesetzÂlichen Krankenkassen vorzunehmen. Das MVZ L. habe die mit der Klage geltend gemachten AnsprÃ¼che auf AufwendungsÂersatz an sie abgetreten. Mit ihren Rechnungen habe sie den Ersatz der entstandenen Aufwendungen in HÃ¶he der verauslagten Kosten fÃ¼r die ArzneiÂmittel sowie der â□□weiteren Aufwendungen, die fÃ¼r die Beschaffung und Abgabe angefallen sind (3 % des Nettopreises pauschal zzgl. 6,38 â□¬ pro Packung zzgl. Umst.)â□□ unter Anwendung der Â§Â§ 4 AbsÂ 5, 8 Abs 4 Anl 2, Teil 1 des ArzneiÂ-

versorgungsvertrages zwischen den ErsatzÂkassen und dem DAV bzw des Â§ 6 Abs 2 lit c des Arzneiliefervertrages zwischen dem NiederÂsÃ¤chsischen LandesÂ-apothekerverband und der AOK Niedersachsen gefordert.

Der Anspruch auf Ersatz der fÃ¼r die Versorgung der Versicherten mit GerinnungsfaktorÂzubereitungen aufÂgewenÂdeten Kosten folge aus GeschÃ¤ftsfÃ¼hrung ohne Auftrag (GoA). Die diesbezÃ¼glichen Regelungen des BÃ¼rgerlichen Gesetzbuchs (BGB) seien im Ã¶ffentlichen Recht entsprechend anzuwenden. Das MVZ L. habe im Rahmen der ErfÃ¼llung seines Ã¶ffentlich-rechtlichen VerÂsorgungsÂauftrags die bei der Beklagten gesetzlich versicherten Patienten versorgt. Hierdurch seien dem MVZ Kosten entstanden, die anderweitig nicht erstattet wÃ¼rden. Aufgrund der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sei der hÃ¤mostaseoÂlogisch verantwortliche Arzt aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot heraus grundsÃ¤tzlich verpflichtet, GerinnungsfaktorÂ-zubereitungen im Rahmen der Ã¤rztlich kontrollierten Selbstbehandlung von Blutern direkt an seine Patienten abzugeben. Damit sei das MVZ im Rahmen seiner beruflichen TÃ¤tigkeit verÂpflichtet, TÃ¤tigkeiten als GeschÃ¤ftsbesorgung fÃ¼r die Beklagte zu Ã¼bernehmen, die ansonsten eine Apotheke Ã¼bernehme. Das MVZ habe folglich die Aufgabe der Beklagten nach Â§ 2 Abs 1 SGB V wahrgenommen, ohne Ã¼ber Vorschriften des SGB V hierzu verpflichtet zu sein. Die GeschÃ¤ftsfÃ¼hrung entspreche dem Willen der Beklagten als GeschÃ¤ftsfÃ¼hrerin. Indem es die Kosten getragen habe, die durch den Bezug und die Abgabe an die Versicherten angefallen seien, habe das MVZ ein fremdes GeschÃ¤ft gefÃ¼hrt. Der GeschÃ¤ftsfÃ¼hrer habe einen Anspruch auf Ersatz der Aufwendungen, die er den UmstÃ¤nden nach fÃ¼r erforderlich halten durfte. Dazu zÃ¤hlten vor allem diejenigen freiwilligen VermÃ¶gensopfer, die er zum Zweck der AusfÃ¼hrung des GeschÃ¤fts erbracht hat, wie Auslagen fÃ¼r Reisen, Telefonate, Porto, ProzessÂkosten oder die Tilgung von Schulden des GeschÃ¤ftsherrn; ferner kÃ¶nne er Ersatz fÃ¼r die Kosten des eingesetzten Personals und fÃ¼r die Maschinen verlangen. Ihm werde die Ã¼bliche VergÃ¼tung und damit ein Verdienst zugebilligt, wenn die GeschÃ¤ftsbesorgung in seine berufliche oder gewerbliche TÃ¤tigkeit fÃ¤llt. Die Ã¼bliche VergÃ¼tung einer Apotheke ergebe sich unter Anwendung der Vorschriften der genannten VertrÃ¤ge, wobei die KlÃ¤gerin zugunsten der Beklagten bereits die geringere VergÃ¼tung angesetzt habe.

Die Beschaffung und insbesondere die Abgabe von Arzneimitteln werde nicht durch das nach den Vorschriften des Einheitlichen BewertungsmaÃstabs fÃ¼r vertragÂ-sÃ¤rztliche Leistungen (EBM) zu leistende vertragsÂÃ¤rztliche Honorar vergÃ¼tet. Da die Abgabe von Arzneimitteln grundÂsÃ¤tzlich den Apotheken vorbehalten sei und ein Arzt nur in eng definierten AusnahmefÃ¤llen Arzneimittel an seine Patienten abgeben dÃ¼rfe, sei eine Abgeltung der mit der Beschaffung, Lagerung und Abgabe der FaktorÂprÃ¤parate verbundenen erheblichen Kosten Ã¼ber den EBM ausgeschlossen. Die KlÃ¤gerin wende Personalkosten und weitere Kosten auf, die zwingend mit der Beschaffung und Abgabe der FaktorprÃ¤parate einhergingen. Es kÃ¶nne nicht ernsthaft behauptet werden, dass die hierzu im Schriftsatz vom 9.Â Oktober 2017 darÂgestellten Aufgaben und daraus resulÂtierenden Kosten, die durch die Abgabe von Arzneimitteln entstÃ¼nden, bei der Kalkulation des EBM BerÃ¼cksichtigung gefunden haben. Mit der Befolgung der Vorgaben des BSG und

der Abgabe der PrÃ¤parate an heimÂselbstbehandelnde Patienten seien erhebliche Kosten verbunden, die das Ã¤rztliche Honorar um ein Vielfaches Ã¼berstiegen.

Die KlÃ¤gerin gebe die streitgegenstÃ¤ndlichen Arzneimittel wie ein Apotheker an ihre Patienten ab. Die Abgabe von Arzneimitteln an Patienten sei aber keine Ã¤rztliche Aufgabe. Somit finde sich im EBM fÃ¼r diese TÃ¤tigkeit auch kein VergÃ¼tungsbestandteil. Mit der Rechtsprechung des BSG werde vom hÃ¤mostaseologisch verantwortlichen Arzt gefordert, dass er gleich einer Apotheke die Gerinnungsfaktorzubereitungen einkauft, lagert und an die Patienten abgibt. Hierbei fielen selbstverstÃ¤ndlich die im Einzelnen dargestellten TÃ¤tigkeiten und Kosten â□□ auch fÃ¼r die Abrechnung gegenÃ¼ber den gesetzlichen Krankenkassen â□□ an. Eine Apotheke erhalte fÃ¼r die ErfÃ¼llung der entsprechenden Aufgaben eine mit der Beklagten fest vereinbarte VergÃ¼tung. Es sei nicht ersichtlich, warum die KlÃ¤gerin bei ErfÃ¼llung identischer Aufgaben hierfÃ¼r keine VergÃ¼tung erhalten soll.

Die Klageforderung hat die KlÃ¤gerin auf 15.551,01 Euro beziffert. Dabei hat sie in der KlageÂschrift â□□ abweichend vom Inhalt ihrer Rechnungen â□□ den vorgenommenen Skontoabzug iHv 1,5Â % der Arzneimittelkosten berÃ¼cksichtigt. Wegen der Einzelheiten wird auf den Inhalt der Klageschrift vom 9. August 2017 verwiesen.

Die Beklagte hat die Abtretung von Forderungen des MVZ an die KlÃ¤gerin bestritten. Ã□berdies hat sie eingewandt, dass dem MVZ L. keine AnsprÃ¼che gegen die Beklagte zugestanden hÃ¤tten, da alle Forderungen des MVZ hinsichtlich der erbrachten Ã¤rztlichen Leistungen ausschlieÃ□lich mit der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung (KÃ□V) abzurechnen seien. Ein weiterer Honoraranspruch der Praxis sei weder gesetzlich vorgesehen noch existiere hierfÃ¼r eine gÃ¼ltige Vereinbarung mit der Beklagten. Da die Honorierung der Leistungen durch die vertragsÃ¤rztlichen Honorarbestimmungen abschlieÃ□end geregelt sei, sei fÃ¼r AnsprÃ¼che aus Â§Â§Â 683, 670 BGB schon im Ansatz kein Raum.

Im Termin zur mÃ¼ndlichen Verhandlung vor dem SG hat die KlÃ¤gerin eine AbtretungsÂvereinbarung vorgelegt, nach deren Inhalt das MVZ L. die dort bezeichneten Forderungen gegen die Beklagte unter dem 27. Juli 2015 an die â□□L. GmbHâ□□ abgetreten und die â□□L. GmbHâ□□ die Abtretung angenommen hat. Zur Bezeichnung der Forderungen enthÃ¤lt die Abtretungsvereinbarung die auch in der KlageÂbegrÃ¼ndung vom 9.Â August 2017 zur AufschlÃ¼sselung der Klageforderung verwendete Tabelle.

Mit Urteil vom 23. Oktober 2019 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Ã□berzeugung der Kammer bestehe der von der KlÃ¤gerin aus abgetretenem Recht geltend gemachte Anspruch des MVZ nicht. Es sei kein Raum fÃ¼r die Anwendung der GrundsÃ¤tze Ã¼ber den AufwenÂdungsÂersatz im Rahmen der GoA. Soweit die KlÃ¤gerin ihren Anspruch mit einem zusÃ¤tzlichen AufÂwand an Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeiten begrÃ¼nde, mÃ¼sse dies wegen des abschlieÃ□enden Charakters des EBM unbeachtlich bleiben. Nichts anderes kÃ¶nne fÃ¼r die von ihr aufgefÃ¼hrten nichtÂÃ¤rztÂlichen LeisÂtungen gelten. Diese Verwaltungsaufwendungen gehÃ¶rten

zu den allgemeinen PraxisÂkosten, die nach den Vorgaben des EBM grundsÃ¤tzlich Ã¼ber die GebÃ¼hrenordnungsÂpositionen (GOP) abgedeckt seien. Im Ãbrigen werde in den Abschnitten 7.3 und 7.4 des Allgemeinen Teils des EBM hinsichtlich von Kosten fÃ¼r Arzneimittel, die der Kranke zur weiteren Verwendung behalte, auf die Regelungsbefugnis der Gesamtvertragspartner verÂwiesen. SchlieÃlich habe sich auch das BSG bereits mit der Frage eines besonderen Aufwands im Zusammenhang mit der Direktabgabe von Gerinnungsfaktoren beschÃ¤ftigt und einen solchen besonderen Aufwand nicht gesehen.

Die besondere SpezialiÂsierung des MVZ und die dadurch bedingte Kostenstruktur mache keine andere Bewertung notwendig. Die Kammer sehe zwar, dass dadurch in einem anderen Umfang Aufwendungen entstÃ¼nden als in dem vom BSG zu beurteilenden Fall, wenn in nicht unerhebÂlichem Umfang Aufgaben Ã¼bernommen wÃ¼rden, die im Regelfall von einer Apotheke erbracht wÃ¼rden. Insoweit habe die KlÃ¤gerseite im Rahmen der mÃ¼ndlichen Verhandlung auch auf die vorliegende GroÃhandelserlaubnis und eine TrenÂnung zwischen dem Ã¤rztlichen Bereich und der Beschaffung hingewiesen. Die damit verÂbunÂdenen Folgen dieser Ausrichtung im AllÂgemeinen und die Ausgestaltung des Direktbezuges im Besonderen seien aber Auswirkungen einer unternehmerischen Entscheidung. Selbst wenn aber davon auszugehen wÃ¤re, dass sich die KlÃ¤gerin zu einer derartigen Ausweitung ihres Pflichtenkreises hÃ¤tte veranlasst sehen mÃ¼ssen, stehe der Geltendmachung eines AufwenÂdungsÂersatzes im Umfang der ApothekerÂvergÃ¼tung jedenfalls Â§Â 129 SGB V entgegen. Denn dort seien zwingend vertragliche VereinÂbarungen zwischen den Beteiligten vorgesehen, sodass daneben kein Raum fÃ¼r einen auÃervertraglichen AufwendungsÂersatzÂanspruch mehr sein kÃ¶nne.

UnabhÃ¤ngig hiervon habe die KlÃ¤gerin konkrete tatsÃ¤chliche Aufwendungen im VerÂfahren nicht nachgewiesen. Diese seien lediglich in allgemeiner Form behauptet worden. Die Kammer gehe zudem davon aus, dass ein besonderer Aufwand der KlÃ¤gerin fÃ¼r einen Teil der streitigen Verordnungen nicht nachweisbar sein werde. So ergebe sich aus einigen RechÂnungen, dass die bestellten PrÃ¤parate unmittelbar an andere (Hausarzt-)Praxen geliefert worden seien. Bei nÃ¤herer Sichtung der Unterlagen sei auch aufgefallen, dass das PrÃ¤parat Kogenate fÃ¼r den Versicherten Vitalij B. an unterschiedliche Adressen in M., T. und P. versandt worden sei. Eine weitergehende AufklÃ¤rung sei nicht geboten gewesen, da diese Frage letztlich nicht mehr entscheidungserheblich sei.

Gegen das ihren ProzessbevollmÃ¤chtigten am 11. November 2019 zugestellte Urteil hat die KlÃ¤gerin am 26. November 2019 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Niedersachsen-Bremen eingelegt, mit der sie ihr Begehren weiterverfolgt. Dazu nimmt sie auf ihren erstÂinstanzÂlichen Vortrag Bezug und ergÃ¤nzt diesen. Sie verlange mit der vorliegenden Klage keine zusÃ¤tzÂliche VergÃ¼tung fÃ¼r Ã¤rztliche TÃ¤tigkeit oder fÃ¼r besondere Verwaltungsaufgaben der ArztÂpraxis, sondern ausdrÃ¼cklich eine AufwandserstattungsentschÃ¤digung fÃ¼r ihre TÃ¤tigkeit als Apotheke namentlich fÃ¼r solche Aufwendungen, die im unmittelbaren Zusammenhang mit dem Bezug, der Lagerung, der Verwaltung und der Abgabe von Gerinnungsfaktoren an heimÂselbstÂbehandelnde Patienten gestanden hÃ¤tten. Diese Kosten kÃ¶nnten ohne weiteres einer einzelnen Leistung

zugeordnet werden und stellten schon deshalb keine allgemeinen Praxiskosten dar. Wesentlicher sei, dass der Direktbezug, die Lagerung und die Abgabe von Arzneimitteln generell von vornherein keine (vertrags-)Ã¤rztliche TÃ¤tigkeit sei. Der Direktbezug und die Abgabe beruhten auch nicht auf einer unternehmerischen Entscheidung, sondern darauf, dass das MVZ L. aufgrund der diesbezÃ¼glichen Rechtsprechung den wirtschaftlichsten BezugsÂweg habe wÃ¤hlen mÃ¼ssen. Beim Bezug, der Lagerung und der Abgabe von GerinnungsfaktorÂzubereitungen handele der Arzt als Apotheke; somit schieden AufwendungserstattungsÂansprÃ¼che gegen die KÃV aus. Dass eine VergÃ¼tung fÃ¼r die besonderen Aufwendungen fÃ¼r diese TÃ¤tigkeiten zu erfolgen habe, sei allgemein anerkannt und zwischenzeitlich fÃ¼r die HÃ¤mophiliezentren gesetzlich geregelt. Andere Krankenkassen hÃ¤tten mit dem MVZ L. VertrÃ¤ge nach Â§ 129 SGB V geschlossen, die auch einen AufwendungserstattungsÂanspruch fÃ¼r die (Ã¼ber die Arzneimittelkosten hinausgehenden) weiteren mit dem Bezug und der Abgabe verbundenen Aufwendungen vorsÃ¤hen. Dass ein solcher Vertrag zwischen der Beklagten und dem MVZ L. nicht bestanden habe, sei nicht auf ein Verschulden oder ein VersÃ¤umnis des MVZ oder der KlÃ¤gerin zurÃ¼ckzufÃ¼hren. Da die Beklagte nicht bereit sei, einen Vertrag abzuschlieÃen, der die VergÃ¼tung der Aufwendungen vorsehe, mÃ¼sse das Rechtsinstitut der GoA Anwendung finden.

Die KlÃ¤gerin hat im Berufungsverfahren eine weitere Abtretungsvereinbarung in Dateiform Ã¼bermittelt, die auf den 31. Januar 2016 datiert ist und die KlÃ¤gerin (unter ihrer damaligen Firma) als AbtretungsempfÃ¤ngerin ausweist. Im Ãbrigen entspricht der Inhalt dieses Dokuments der im erstinstanzlichen Verfahren vorgelegten Abtretungsvereinbarung.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 23. Oktober 2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie 15.551,01 Euro nebst Zinsen in HÃ¶he von 8Â ProzentÂpunkten Ã¼ber dem Basiszinssatz seit dem 8. Juli 2016 zu zahlen.

Â

Die Beklagte beantragt,

Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â Â  die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Sie verteidigt die angefochtene Entscheidung.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Prozessakte und des von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsvorgangs Bezug genommen.

Â

**EntscheidungsgrÃ¼nde**

Â

Die Berufung der KlÃ¤gerin ist zulÃ¤ssig, aber unbegrÃ¼ndet. Das SG hat ihre Klage zu Recht abgewiesen.

A. Die EntscheidungszustÃ¤ndigkeit des erkennenden Senats liegt sowohl in Bezug auf den Rechtsweg als auch hinsichtlich der SpruchkÃ¶rperzustÃ¤ndigkeit vor.

I. Die auch von den Beteiligten nicht in Zweifel gezogene ErÃ¶ffnung des Rechtswegs zu den Sozialgerichten folgt bereits daraus, dass das SG ihn (stillschweigend) als gegeben erachtet hat, woran der Senat gemÃ¤Ã Â§ 17a Abs 5 GerichtsÂverfassungsÂgesetz (GVG) gebunden ist *(vgl dazu Mayer in: Kissel/Mayer, GVG, 10. Aufl 2021, Â§ 17 Rn 38, 53; BSG, Urteil vom 23. MÃ¤rz 2011 â B 6 KA 11/10 R -, SozR 4-2500 Â§ 115b Nr 3, Rn 14 ff mwN)*.

Die Entscheidung Ã¼ber den Rechtsweg trifft aber auch in der Sache zu. GemÃ¤Ã Â§ 51 Abs 1 NrÂ 2 SozialÂgerichtsÂgesetz (SGG) entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit Ã¼ber Ã¶ffentlich-rechtliche Streitigkeiten ua in Angelegenheiten der gesetzlichen KrankenÂversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden. Dies gilt nach Â§ 51 Abs 2 S 1 SGG auch fÃ¼r privatÂrechtliche Streitigkeiten in AngelegenÂheiten der gesetzlichen KrankenÂversicherung, auch soweit durch diese Angelegenheiten Dritte betroffen werden. Damit ist der SozialÂrechtsÂweg fÃ¼r sÃ¤mtliche RechtsstreitigÂkeiten aus dem Ã¶ffentÂlich-rechtlichen Rechts- und PflichtenÂkreis der KrankenÂkassen, der unmittelbar ihre Ã¶ffentÂlichen Aufgaben betrifft, gegeben *(vgl BSG, Beschluss vom 28. September 2010 â B 1 SF 1/10Â RÂ -, SozR 4-1500 Â§ 51 Nr 9, RnÂ 15 mwN)*.

Hier handelt es sich um einen solchen Rechtsstreit. MaÃgebend ist insoweit der StreitÂgegenÂstand, mithin der prozessuale Anspruch, wie er sich aus Klageantrag und Klagegrund ergibt *(vgl BSG, Beschluss vom 25. MÃ¤rz 2021 â B 1 SF 1/20 R, juris Rn 10 mwN; Urteil vom 9.Â August 2018 â BÂ 14 AS 38/17Â RÂ -, SozR 4-4200 Â§ 22 Nr 97, Rn 11 mwN; B. Schmidt in: Meyer-LadeÂwig/KelÂ-ler/Leitherer/Schmidt, SGG, 13. Aufl 2020, Â§ 95 Rn 5 f)*. Klagegrund ist der tatsÃ¤chliche Lebenssachverhalt, aus dem der KlÃ¤ger die begehrte RechtsÂfolge herleitet *(vgl BSG aaO; Bundesgerichtshof Urteil vom 24. Februar 2022 â*