

L 2 R 106/13 B

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung

2
1. Instanz
SG Fulda (HES)
Aktenzeichen
S 4 SF 56/10 E

Datum
12.11.2012
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 2 R 106/13 B

Datum
30.06.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss
Leitsätze

1. Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Aufwendungsersatz für eine gerichtlich angeordnete stationäre Begutachtung ist allein [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#).

2. Der Begriff der „notwendigen besonderen Kosten“ im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) ist ein unbestimmter Rechtsbegriff und unterliegt der vollen gerichtlichen Kontrolle.

3. Zur Konkretisierung der „Notwendigkeit“ der besonderen Kosten kann das Krankenhaus einen Einzelnachweis der gutachtenbezogenen Aufwendungen vorlegen.

4. Liegt ein Einzelnachweis der gutachtenbezogenen Aufwendungen nicht vor, ist zur Konkretisierung der „notwendigen besonderen Kosten“ im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) auf einen pauschalisierenden Ansatz zurückzugreifen. Ist die konkrete Höhe der Aufwendungen nicht feststellbar, so kann das Gericht die Höhe in entsprechender Anwendung des [§ 287 Abs. 2 ZPO](#) schätzen.

5. Der Senat geht für diesen Fall von einer abstrakten, diagnoseunabhängigen Pauschale von 200,00 € pro Tag aus. Der geschätzte Wert liegt höher als die „Basiskosten pro Patient und Tag“ für die nicht medizinische Infrastruktur des Krankenhauses, jedoch niedriger als die DRG-Fallpauschale, die auch die ärztliche Behandlung eines Patienten umfassen würde.

I. Die Beschwerden gegen den Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom 12. November 2012 werden zurückgewiesen.

II. Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten um die Vergütung der Antragstellerin für die stationäre Begutachtung eines Klägers.

Im Verfahren S 3 R 302/06 aus dem Bereich des Rentenversicherungsrechts, in welcher der Kläger die Gewährung einer Rente wegen Erwerbsminderung begehrte, beauftragte das Sozialgericht Fulda Prof. Dr. med. B. (Gutachter) mit Beweisanordnung vom 15. Dezember 2009 mit der Erstellung eines schriftlichen Gutachtens nach stationärer Untersuchung des Klägers. Die Dauer des stationären Aufenthalts solle bis zu sechs Tagen betragen. Dem Gutachtauftrag war ein Merkblatt für Vergütungsabrechnung für Sachverständige beigelegt. Darin heißt es u.a.: "Vorbehaltlich der hierzu noch ergehenden Rechtsprechung wird als Entgelt für die stationäre Aufnahme eines Gutachtenspatienten von der Gerichtsverwaltung im Regelfall ein Relativwert von 0,12 pro Berechnungstag – wobei Aufenthalts- und Entlassungstag zusammenzufassen sind – (Basisfallwert x 0,12 pro Berechnungstag) anerkannt."

Der Kläger wurde daraufhin im Zentrum Neurologische Medizin, Abteilung Klinische Neurophysiologie, der Universitätsklinik A-Stadt, die in der Trägerschaft der Antragstellerin steht, im Zeitraum vom 2. bis 6. Februar 2010 stationär aufgenommen. Das 21-seitige Gutachten wurde am 2. März 2010 erstellt. Der Gutachter stellte die Hauptdiagnose eines chronischen posttraumatischen Kopfschmerzes von dumpfem, drückendem Charakter bei Zustand nach mittlerer oder schwerer Kopfverletzung.

Mit Rechnung vom 18. März 2010 verlangte die Antragstellerin gegenüber der Staatskasse eine Vergütung für die stationäre Unterbringung des Klägers während der Begutachtung in Höhe von 1.601,85 EUR. Hierbei stellte sie folgende Rechnung auf:

Fallpauschale DRG B77Z 1.512,80 EUR
QS-Zuschlag 1,04 EUR

Systemzuschlag gem. Bundesausschuss 0,87 EUR
DRG Systemzuschlag 0,99 EUR
Zuschlag für Ausbildungsstätten 78,89 EUR
Zuschlag Sonderprogramm Pflege 7,26 EUR
1.601,85 EUR

Für die Erstellung des Gutachtens vom 2. März 2010 reichte der Gutachter zwischenzeitlich eine Rechnung vom 6. August 2010 über eine Vergütung von insgesamt 1.237,45 EUR ein. Der Kostenbeamte des Sozialgerichts setzte die Vergütung des Gutachters auf lediglich 1.212,03 EUR fest. Kosten für die stationäre Unterbringung waren in der Rechnung des Gutachters nicht enthalten.

Der Kostenbeamte des Sozialgerichts setzte die Vergütung für die stationäre Unterbringung schließlich mit Schreiben vom 6. September 2010 nur in Höhe von 726,14 EUR fest. Er legte dabei einen Basisfallwert von 1.512,80 EUR zugrunde, der mit 0,48 (d.h. 0,12 pro Berechnungstag bei einem Aufenthalt von 4 Tagen) multipliziert wurde. Die in der Rechnung angesetzten Zuschläge wurden nicht anerkannt.

Mit Schreiben vom 21. September 2010 beantragte die Antragstellerin die richterliche Festsetzung der Entschädigung für die stationäre Unterbringung des Klägers nach [§ 4](#) Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz (JVEG) in Höhe von 1.601,85 EUR. Nach [§ 12 Abs. 1 Nr. 1 JVEG](#) seien auch die für die Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens aufgewendeten notwendigen besonderen Kosten einschließlich der notwendigen Aufwendungen für Hilfskräfte zu erstatten. Dies gelte auch für die Kosten der stationären Aufnahme des Patienten, welche zur Erstellung des Gutachtens erforderlich gewesen seien. Nach [§ 4](#) des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntG) und [§ 17 b Abs. 6](#) des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (Krankenhausfinanzierungsgesetz - KHG) seien alle Krankenhäuser grundsätzlich verpflichtet, nach den sog. Fallpauschalen abzurechnen. Auch die Abrechnung stationärer Gutachtenleistungen habe diesen Regelungen zu folgen. Daher sei die Abrechnung der DRG B 77 Z ohne Kürzungen gerechtfertigt. In diesem Sinne habe auch das Landessozialgericht Rheinland-Pfalz seinerzeit in Anwendung des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen bereits entschieden (Beschluss vom 5. September 2005, [L 2 B 36/05 U](#)).

Der Antragsgegner trug im Wesentlichen vor, der Aufwendersersatz für die stationäre Aufnahme zur Begutachtung sei nicht nach dem DRG-Fallpauschalensystem abzurechnen, sondern entsprechend eines Beschlusses des SG Dresden vom 14. September 2004 (Az. S 1 SB 30/02) über die Vergütung eines im Dezember 2003 erfolgten stationären Krankenhausaufenthalts anhand der üblichen Vergütung im Sinne des [§ 612 Abs. 2](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) festzusetzen. Als übliche Vergütung wurde dort auf Grundlage der Empfehlung des Ständigen Ausschusses BG-NT über die Vergütung für stationäre Begutachtung bei Unfallverletzten/Berufskrankheiten eine Vergütung in Höhe von 110,00 EUR je Tag als Auslagenersatz zugrunde gelegt. Ebenso habe das Landessozialgericht Baden-Württemberg (Beschluss vom 29. Januar 2008, [L 12 R 4303/06 KO-B](#)), sofern keine Abrechnung des konkreten Aufwands vorgenommen werde, auf diesen Betrag zurückgegriffen.

Mit Abtretungserklärung vom 11. März 2011 trat der Gutachter seine Forderung aus der Begutachtung, soweit deren Kosten aus der stationären Behandlung betroffen sind, an die Antragstellerin ab.

Die Antragstellerin trug daraufhin ergänzend vor, eine Einzelabrechnung für Krankenhausleistungen, wie vom LSG Baden-Württemberg gefordert, sei nicht vorgesehen und entbehre einer Rechtsgrundlage. Lege man das vom Sozialgericht versandte Merkblatt zugrunde, so ergäbe dies im Übrigen bei einer Dauer von 4 Tagen bereits einen Aufwendersersatz von 1.389,39 EUR unter Zugrundelegung des Basisfallwerts Niedersachsen 2009 in Höhe von 2.894,56 EUR. An dem ausgegebenen Merkblatt müsse sich das Land Hessen messen lassen.

Mit Schreiben vom 25. September 2012 teilte die Antragstellerin mit, dass sie dem Gutachter für die hier in Rede stehende Gutachtenerstellung ein Nutzungsentgelt in Höhe von 211,00 EUR in Rechnung gestellt habe.

Mit Beschluss vom 12. November 2012 setzte das Sozialgericht die Entschädigung der Antragstellerin für die stationäre Unterbringung zur Begutachtung des Klägers im Verfahren vor dem Sozialgericht Fulda S 3 R 302/06 in der Zeit vom 2. bis 6. Februar 2010 auf 800,00 EUR fest. Im Übrigen wurde der Antrag abgelehnt. Zur Begründung führte das Sozialgericht im Wesentlichen aus, zur Bestimmung des Betrages, den ein Sachverständiger als Aufwendersersatz für die stationäre Unterbringung eines zu begutachtenden Probanden im Rahmen seiner Vergütung verlangen kann, könne das DRG-System nicht unmittelbar herangezogen werden. Das JVEG sei insofern lex specialis. Der Aufwendersersatz sei daher nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) zu bestimmen. Die Unanwendbarkeit des DRG-Systems ergebe sich auch daraus, dass die mit Fallpauschalen abgegoltenen Leistungen nach dem KHEntG und dem KHG auch die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln umfassten, während hierfür bei der stationären Begutachtung keine Aufwendungen anfielen. Die Staatskasse müsse bei Begutachtungen von Amts wegen im sozialgerichtlichen Verfahren aber nur Leistungen vergüten, die auch erbracht worden seien. Auch aus der Sonderregelung für die Kostenerstattung bei Begutachtung in [§ 19 Abs. 3, 1 KHEntG](#) ergebe sich, dass die Fallpauschalen auch nach der Konzeption des Gesetzgebers nicht als Grundlage der Kostenerstattung herangezogen werden sollen, da in diesem Fall eine eigene Pauschalisierungsmöglichkeit der Kostenerstattung in [§ 19 Abs. 1 Satz 2 KHEntG](#) nicht notwendig gewesen wäre. Der Entscheidung des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz könne daher nicht gefolgt werden. Die Vergütung habe nach dem JVEG zu erfolgen, wobei es für die Bestimmung des Aufwendersatzes an einer konkreten Regelung fehle. [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) sehe einen Anspruch auf Ersatz der "aufgewendeten notwendigen besonderen Kosten" vor. Maßgeblich seien die dem Sachverständigen tatsächlich entstandenen Kosten, in der Höhe begrenzt auf die notwendigen Kosten. Notwendig seien die Kosten, die der Antragstellerin durch die Unterbringung des Probanden entstanden seien. Anders als vor Einführung des DRG-Systems fehle es an einer Festlegung von tagesgleichen Pflegesätzen eines DRG-Krankenhauses, auf die zurückgegriffen werden könne. Allein dem Fallpauschalenkatalog könnten Rückschlüsse darüber entnommen werden, welche Kosten durch die stationäre Unterbringung eines zu begutachtenden Probanden entstünden. Das Sozialgericht gehe dabei von folgenden Kriterien aus:

- Da die Unterbringung zur stationären Begutachtung keiner bestimmten Dauer unterliege, könne nur eine speziell für einen stationären Aufenthalt von einem Tag definierte Fallpauschale herangezogen werden, um eine taggenaue Abrechnung zu ermöglichen.
- Da ärztliche Leistungen durch das Krankenhaus nicht erbracht würden, komme nur eine Fallpauschale gemäß [§ 18 Abs. 2 KHEntG](#) für

Belegpatienten in Betracht.

- Bei mehreren in Frage kommenden Fallpauschalen sei die mit der niedrigsten Bewertungsrelation zugrunde zu legen.
- Zusatzentgelte gemäß KHEntG seien ausgeschlossen, da sie nur innerhalb des DRG-Systems Anwendung fänden, nicht aber auf die Bestimmung des Aufwendersatzes nach dem JVEG. Nach ihrer Konzeption stünden sie nicht mit einem konkreten Begutachtungsfall in Verbindung.

Nach diesen Kriterien gelange man im Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2010 zur DRG O64B (frustrane Wehen, ein Belegungstag) zu einer Bewertungsrelation von 0,095. Die Kostenstruktur des arithmetischen Mittels dieser Behandlungen ergebe für das Jahr 2010 Kosten der hier zu berücksichtigenden Normalstation von 205,20 EUR, von denen noch 8,60 EUR an Arzneimitteln und sonstigem Bedarf abzuziehen seien. Für das Jahr 2010 ergebe dies einen Betrag von 196,60 EUR pro Tag, der nach dem Rechtsgedanken des [§ 287 ZPO](#) pauschalisierend auf einen Betrag von 200,00 EUR aufgerundet werden könne. Bei einem Aufenthalt im Umfang von 4 Tagen ergebe dies einen Gesamtbetrag von 800,00 EUR. Das dem Gutachter in Rechnung gestellte Nutzungsentgelt von 211,00 EUR sei hiervon nicht abzuziehen, da es von ihm nicht in Rechnung gestellt worden sei. Eine Vergütung in Höhe von lediglich 110,00 EUR pro Tag scheide aus. Es fehle hierfür an einer kalkulatorischen Grundlage. Daneben sei die Empfehlung des ständigen Ausschusses BG-NT (Berufsgenossenschaft-Nebentarif) weder eine Rechtsnorm, noch komme ihr irgendeine Verbindlichkeit gegenüber dem Sachverständigen oder der Antragstellerin zu. Die Arbeit des Ausschusses beruhe auf dem Abkommen zwischen der Deutschen Krankenhausgesellschaft und den Unfallversicherungsträgern in der Fassung vom 29. April 1965 und binde nur die Vertragspartner. Demgemäß gelte das Abkommen nach seinem § 1 nur für "die Abrechnung zwischen Krankenhäusern und Berufsgenossenschaften". Daher könne auch der Entscheidung des SG Dresden vom 14. September 2004 nicht gefolgt werden. Ob [§ 612 Abs. 2 BGB](#) zur Bestimmung der Vergütung herangezogen werden könne, könne offen bleiben, obwohl fraglich sei, ob eine "übliche" Vergütung empirisch bestimmbar wäre. Ein im Jahr 2004 als (unterstellt) kostendeckend für den stationären Aufenthalt in einem Krankenhaus angesehener Betrag könne jedenfalls nicht für das Jahr 2010 noch Geltung beanspruchen. Daher könne auch dem LSG Baden-Württemberg unter Bezugnahme auf einen DRG-Entgelttarif aus dem Jahre 2005 in Höhe von ebenfalls 110,00 EUR nicht gefolgt werden. Schließlich sei auch aus Gründen des Vertrauensschutzes keine höhere Vergütung auf Grundlage des an den Sachverständigen übersandten Merkblattes zu gewähren, da die darin beschriebene Vergütung "vorbehaltlich der hierzu noch ergehenden Rechtsprechung" angekündigt worden sei. Die Antragstellerin müsse daher damit rechnen, dass eine gerichtliche Festsetzung von den Inhalten des Merkblattes abweiche.

Sowohl die Antragstellerin als auch der Antragsgegner haben daraufhin gegen den am 15. bzw. 16. November 2012 zugestellten Beschluss des Sozialgerichts am 3. Dezember 2012 bzw. am 26. April 2013 Beschwerde bei dem Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Die Antragstellerin begehrt weiterhin einen Aufwendersatz in Höhe von 1.601,85 EUR anhand der Berechnung nach dem DRG-Fallpauschalensystem entsprechend der Rechnung vom 18. März 2010.

Die Antragstellerin beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom 12. November 2012 aufzuheben und den Aufwendersatz für die stationäre Unterbringung des Klägers vom 2. bis 6. Februar 2010 im Verfahren S 3 R 302/06 auf 1.601,85 EUR festzusetzen.

Der Antragsgegner beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts Fulda vom 12. November 2012 aufzuheben und den Aufwendersatz für die stationäre Unterbringung vom 2. bis 6. Februar 2010 in dem Rechtsstreit S 3 R 302/06 auf 440,00 EUR festzusetzen.

Der Antragsgegner begehrt weiterhin die Festsetzung eines Aufwendersatzes anhand eines Tagessatzes von 110,00 EUR. Ergänzend führt er aus, Kliniken seien in der Lage, aus Kalkulationszwecken jährlich sog. "Basiskosten pro Patient und Tag" für ihre nicht medizinische Infrastruktur zu ermitteln. Diese Beträge fielen je nach Klinik unterschiedlich aus. Sollte ein höherer Aufwendersatz begehrt werden, müsse eine entsprechende Basiskalkulation vorgelegt werden.

Mit Schreiben vom 18. November 2013 teilt die Antragstellerin daraufhin mit, dass die Basiskosten pro Patient und Tag für nichtmedizinische Infrastruktur bei ihr für das Jahr 2010 bei der relevanten DRG B 77 Z bei 101,50 EUR lagen. Der Betrag sei jedoch abhängig von der tatsächlichen Liegedauer des Patienten und der jeweiligen DRG. Der Aufwand sei daher bei Gutachtenerteilung für die Staatskasse nicht kalkulierbar, da nicht erkennbar sei, wie lange der Patient stationär in der Klinik verbleibe.

Wegen der Einzelheiten im Übrigen wird auf die Gerichtsakten des Hauptsache- sowie des Beschwerdeverfahrens, die vorgelegen haben, Bezug genommen.

II.

Der Senat hat die Beschwerde durch seine Berufsrichter entschieden, nachdem der Berichterstatter das Verfahren wegen grundsätzlicher Bedeutung gemäß [§ 4 Abs. 7 S. 2 JVEG](#) auf den Senat übertragen hatte.

Die Beschwerden sind nach [§ 4 Abs. 3 JVEG](#) statthaft, da der Wert des Beschwerdegegenstands bei beiden Beteiligten 200 EUR übersteigt. Die Antragstellerin ist durch den Beschluss des Sozialgerichts in Höhe von 801,85 EUR beschwert, der Antragsgegner in Höhe von 360,00 EUR. Die Beschwerden sind auch im Übrigen zulässig, insbesondere besteht keine gesonderte Beschwerdefrist.

Die Beschwerden sind jedoch unbegründet. Die Antragstellerin hat, wie bereits vom Sozialgericht festgesetzt, nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) einen Anspruch auf Aufwendersatz für die stationäre Unterbringung des Klägers im Verfahren S 3 R 302/06 des Sozialgerichts Fulda vom 2. bis 6. Februar 2010 in Höhe von 800 EUR.

Rechtsgrundlage für die Vergütung bzw. Ansprüche auf Aufwendersatz eines gerichtlich bestellten Sachverständigen ist allein das JVEG. Dies ergibt sich nicht nur aus dem Rechtsgedanken des *lex specialis*, sondern unmittelbar aus [§ 1 Abs. 1 Satz 2](#) i.V.m. Satz 1 Nr. 1 JVEG, wonach eine Vergütung oder Entschädigung von Sachverständigen nur nach dem JVEG gewährt wird. Dementsprechend kommt ein unmittelbarer Anspruch der Antragstellerin als Krankenträgerin gegen die Staatskasse aus den Vorschriften des KHEntG auch deshalb nicht in Betracht, da dieses Gesetz allein das Rechtsverhältnis zwischen Krankenhäusern und ihren Patienten oder ihren Kostenträgern

regelt, nicht jedoch ein im Rahmen einer gerichtlich angeordneten stationären Begutachtung entstehendes Rechtsverhältnis gegenüber dem anordnenden Gericht (ebenso LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29. Januar 2008, [L 12 R 4303/06 KO-B](#); a.A. noch auf Grundlage des Gesetzes über die Entschädigung von Zeugen und Sachverständigen (ZSEG) LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 5. September 2005, [L 2 B 36/05 U](#), juris Rn. 17).

Das JVEG enthält keine spezielle Regelung über die Vergütung bzw. den Aufwendungsersatz eines Krankenhauses anlässlich einer stationären Begutachtung. Die [§§ 9 bis 11 JVEG](#) regeln lediglich die Vergütung der unmittelbar durch den gerichtlich bestellten Sachverständigen erbrachten Leistung ([§ 8 Abs. 1 Nr. 1 JVEG](#)), nicht die Vergütung zur Erstellung des Gutachtens herangezogener Dritter. Darüber hinaus regelt [§ 8 Abs. 1 Nr. 4](#) i.V.m. [§ 12 JVEG](#) nur allgemein die Vergütung des Sachverständigen im Hinblick auf den Ersatz für besondere Aufwendungen.

Nach [§ 12 Abs. 1 Satz 1 JVEG](#) sind, soweit im JVEG nichts anderes bestimmt ist, mit der Vergütung des Gutachters nach den §§ 9 bis 11 auch die üblichen Gemeinkosten sowie der mit der Erstattung des Gutachtens oder der Übersetzung üblicherweise verbundene Aufwand abgegolten. Nach Satz 2 Nr. 1 der Vorschrift werden jedoch die für die Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens oder der Übersetzung aufgewendeten notwendigen besonderen Kosten, einschließlich der insoweit notwendigen Aufwendungen für Hilfskräfte, sowie die für eine Untersuchung verbrauchten Stoffe und Werkzeuge, gesondert ersetzt. Solange es an einer ausdrücklichen gesetzlichen Regelung fehlt, handelt es sich bei den Aufwendungen für eine richterlich angeordnete stationäre Begutachtung eines Beteiligten um "besondere Kosten" im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#). Damit scheidet mangels Gesetzeslücke auch eine analoge Anwendung des KHEntgG aus.

Der Begriff der "notwendigen besonderen Kosten" im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) ist ein unbestimmter Rechtsbegriff. Seine Auslegung unterliegt der vollen gerichtlichen Kontrolle. Dabei kann dahingestellt bleiben, ob dem Gutachter hinsichtlich der Beurteilung, welche Maßnahme aus medizinischer Sicht für die Begutachtung erforderlich ist, etwa die Bestimmung der Dauer des stationären Aufenthalts innerhalb der gerichtlich angeordneten Höchstdauer, ein Ermessen bzw. ein Beurteilungsspielraum eröffnet wird (vgl. Hartmann, Kostengesetze, 44. Aufl. 2014, [§ 12 JVEG](#), Rn. 1; ebenso wohl Binz, in: Binz/Dörndorfer, GKG, FamGKG, JVEG, 3. Aufl. 2014, [§ 12 JVEG](#) Rn. 3). Die Frage der Notwendigkeit der Aufwendungen des Krankenhauses gerade zum Zwecke der stationären Begutachtung, die allein den Anspruch auf Aufwendungsersatz gegenüber der Staatskasse rechtfertigt, unterliegt jedenfalls der vollen Überprüfbarkeit durch das Gericht. Insofern dürfte auch die Anwendung von [§ 612 Abs. 2 BGB](#) und die Bestimmung einer "üblichen Vergütung", die unter Umständen nach billigem Ermessen einseitig durch den Erbringer der Dienstleistung, hier das Krankenhaus, festgelegt werden könnte, ausgeschlossen sein (a.A. SG Dresden, Beschluss vom 14. September 2004, S 1 SB 30/02).

Kriterien zur Konkretisierung der "Notwendigkeit" der besonderen Kosten, insbesondere im Hinblick auf Aufwendungen für eine stationäre Begutachtung, finden sich im JVEG nicht.

Ein Rückgriff auf die im Jahr 2003 erstellte Empfehlung des Ständigen Ausschusses BG NT über die Vergütung für stationäre Begutachtung bei Unfallverletzten/Berufskrankheiten scheidet, wovon auch das Sozialgericht ausgegangen ist, zur Überzeugung des Senates aus (ebenso im Ergebnis LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 5. September 2005, [L 2 B 36/05 U](#), juris Rn. 20; anders SG Dresden im Rahmen der Bestimmung der üblichen Vergütung im Rahmen des [§ 612 Abs. 2 BGB](#), Beschluss vom 14. September 2004, S 1 SB 30/02; im Ergebnis ebenfalls anders LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29. Januar 2008, [L 12 R 4303/06 KO-B](#)). Die Empfehlung sieht vor, dass das Krankenhaus für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung je Tag einen Betrag von 110,00 EUR berechnen könne. Dieser Betrag gelte jeweils für den Aufnahmetag und eventuelle Folgetage, mit Ausnahme des Entlassungstages. Fallen Aufnahme- und Entlassungstag zusammen, so sei nur ein Berechnungstag ansatzfähig. Werde während der stationären Begutachtung eine stationäre Krankenhausbehandlung notwendig, so gelte der Tag, an dem die stationäre Behandlung erforderlich werde, als Entlassungstag aus der stationären Begutachtung und sei nicht abrechenbar. Hierbei handelt es sich um eine von Seiten der Berufsgenossenschaften einseitig verabschiedete Empfehlung, die von den Vertragsparteien (Berufsgenossenschaften und Deutsche Krankenhausgesellschaft als Zusammenschluss der Spitzen- und Landesverbände der Krankenhausträger) selbst nie angenommen wurde. Der Empfehlung kommt daher weder zwischen den beteiligten Verhandlungspartnern noch gegenüber Dritten, insbesondere gegenüber gerichtlich beauftragten Sachverständigen oder beauftragenden Gerichten, eine Bindungswirkung zu (vgl. Widder, Med Sach 2013, 133).

Eine vergleichbare vertragliche Vereinbarung zwischen dem Gutachter und der Antragstellerin, die sich wegen ihrer unmittelbaren Wirkung zu Lasten der Staatskasse insbesondere an [§ 134 BGB](#) messen lassen müsste, liegt nicht vor. Gleiches gilt für eine vertragliche Vereinbarung zwischen der Antragstellerin und dem Antragsgegner bzw. dem Gericht, das die Begutachtung angeordnet hat.

Der Antragsgegner ist auch nicht durch das an den Gutachter von der Gerichtsverwaltung mit der Beweisanordnung versandte Merkblatt für Vergütungsabrechnung für Sachverständige im Sinne einer Selbstbindung der Verwaltung nach [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz \(GG\)](#) zu einer Vergütung der Antragstellerin für die stationäre Aufnahme eines Gutachtenspatienten nach Maßgabe eines Relativwertes von 0,12 pro Berechnungstag - wobei Aufenthalts- und Entlassungstag zusammenzufassen sind - (Basisfallwert x 0,12 pro Berechnungstag) verpflichtet. Denn die entsprechende Aussage im Merkblatt, die bereits durch die Formulierung "im Regelfall" eingeschränkt wurde, stand ausdrücklich unter dem Vorbehalt einer hierzu noch zu ergehenden Rechtsprechung. Ein schutzwürdiges Vertrauen der Antragstellerin auf den dauerhaften Bestand der Erklärung und der beschriebenen Abrechnungsmöglichkeit konnte sich somit nicht bilden. Ebenso wenig kann der Erklärung ein Selbstbindungswille auch bei abweichender Rechtsprechung entnommen werden. Der Antragsgegner ist daher auch nicht nach Treu und Glauben gemäß [§ 242 BGB](#) an die Berechnungsweise im ausgegebenen Merkblatt gebunden.

Ersetzt wird im Rahmen der notwendigen besonderen Kosten im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) grundsätzlich nur der konkrete, zum Zwecke der stationären Begutachtung entstandene Aufwand des Krankenhauses. Es obliegt zunächst dem Krankenhaus, diesen Aufwand zu dokumentieren und im Sinne eines Einzelnachweises wertmäßig für das Gericht nachvollziehbar darzustellen. Sowohl die Dokumentation als auch die konkrete Bezifferung der Einzelkosten in Kenntnis und auf Grundlage der jeweiligen internen Kalkulation liegen dabei in der Sphäre des Krankenhauses, weshalb diesem insoweit eine gesteigerte Mitwirkungspflicht zukommt. Die Vorlage eines entsprechenden Einzelnachweises der gutachtenbezogenen Aufwendungen ist geeignet, die Höhe der notwendigen besonderen Kosten zu konkretisieren (ebenso LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29. Januar 2008, [L 12 R 4303/06 KO-B](#)).

Ein solcher Einzelnachweis der gutachtenbezogenen Aufwendungen wurde vorliegend nicht erbracht. Insbesondere kann insoweit nicht auf die im Rahmen der klinikinternen Kalkulation errechneten "Basiskosten pro Patient und Tag" für die nicht medizinische Infrastruktur zurückgegriffen werden. Die dort berücksichtigten Basiskosten (u.a. Kosten für Klinisches Hauspersonal, Wirtschafts- und Versorgungsdienst, Technischer Dienst, Verwaltungsdienst, Lebensmittel, Wasser, Energie, Brennstoffe, Instandhaltung) sind zwar Teil der notwendigen besonderen Kosten im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#), sie stellen die Aufwendungen zum Zwecke der richterlich angeordneten stationären Begutachtung jedoch nicht abschließend dar. Bei der stationären Begutachtung erschöpft sich der Klinikaufenthalt des Probanden nicht in einer hotelähnlichen Unterbringung mit Verpflegung. Die stationäre Begutachtung beinhaltet auch eine kontinuierliche Beobachtung und Beurteilung durch das anwesende Personal, wie z.B. Pflegepersonen, Physio- und Ergotherapeuten, Stations- und Bereitschaftsdienstärzte (vgl. Widder, Med Sach 2013, 133, 135). Eine stationäre Begutachtung ist insofern keine bloße Aneinanderreihung ambulanter Untersuchungstage, sondern dient in der Regel gerade der kontinuierlichen Beobachtung des Probanden durch das Klinikpersonal über einen längeren Zeitraum. Der hierfür entstehende Aufwand ist in den "Basiskosten pro Patient und Tag" für die nicht medizinische Infrastruktur nicht berücksichtigt.

Liegt ein Einzelnachweis der gutachtenbezogenen Aufwendungen nicht vor, ist zur Konkretisierung des unbestimmten Rechtsbegriffs "notwendige besondere Kosten" im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) auf einen pauschalisierenden Ansatz zurückzugreifen. Ist die konkrete Höhe der Aufwendungen nicht feststellbar, so kann das Gericht die Höhe in entsprechender Anwendung des [§ 287 Abs. 2 ZPO](#) unter Würdigung aller Umstände des Einzelfalls schätzen (vgl. u.a. BSG, Urteil vom 20. Mai 1987, [10 RKg 12/85](#) m.w.N., zuletzt Urteile vom 20. August 2009, [B 14 AS 41/08 R](#) und vom 7. Juli 2011, [B 14 AS 51/10 R](#)).

Auch wenn eine unmittelbare oder analoge Anwendung des DRG-Fallpauschalensystems nach dem KHEntgG auf die Bestimmung des Aufwendersatzes des Krankenhauses wie gesehen nicht möglich ist, so können die dort ermittelten Kosten im Rahmen der Auslegung des Begriffes der "notwendigen besonderen Kosten" im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) grundsätzlich zur Konkretisierung herangezogen werden.

Zu berücksichtigen ist dabei jedoch, dass der im Rahmen des DRG-Fallpauschalensystems gewählte Ansatz auch Leistungen enthält, die von vornherein nicht Gegenstand der Leistung des Krankenhauses im Rahmen einer stationären Begutachtung sind. Nach § 2 Abs. 1 KHEntgG umfassen die nach dem KHEntgG i.V.m. dem KHG zu vergütenden Krankenhausleistungen insbesondere die ärztliche Behandlung, auch durch nicht fest angestellte Ärztinnen und Ärzte, die Krankenpflege, die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig sind, sowie Unterkunft und Verpflegung. Insbesondere die Kosten einer stationären ärztlichen Heilbehandlung sind im Rahmen der notwendigen besonderen Kosten nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) nicht erstattungsfähig. Denn Kostenträger für einen stationären Krankenhausaufenthalt zur Erkennung oder Behandlung einer Krankheit ist insoweit die jeweilige Krankenkasse bzw. der Sozialhilfeträger, nicht das die stationäre Begutachtung anordnende Gericht (vgl. hierzu OLG Frankfurt am Main, Beschluss vom 20. August 2008, [20 W 145/08](#)). Daneben kann andererseits nicht allgemein unterstellt werden, dass stationär aufgenommene Patienten nur selbst mitgebrachte Medikamente einnehmen und nicht durch das Krankenhaus für die Zeit ihres Aufenthalts mit Medikamenten versorgt werden (vgl. in diesem Sinne Widder, Med Sach 2013, 133, 136), so dass der Anteil für die Versorgung mit Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln nicht zwingend außerhalb der stationären Begutachtung anzusiedeln ist.

In der Literatur wird u.a. vorgeschlagen, den Aufwand des Krankenhauses bei einer stationären Begutachtung mit dem von Krankenhäusern geleisteten Aufwand bei der Betreuung von sog. Langliegern, d.h. Patienten, die länger als die obere Grenzverweildauer im Krankenhaus verweilen, gleichzusetzen. In beiden Konstellationen beschränke sich die Leistung des Krankenhauses auf das absolut Notwendige (Widder, Med Sach 2013, 133, 136 f.). Die notwendigen besonderen Kosten des Krankenhauses könnten somit, nach erfolgter DRG-Bestimmung, anhand der Bewertungsrelation pro Tag bei Überschreiten der oberen Grenzverweildauer bestimmt werden. Für die DRG B77Z (Kopfschmerzen) ergebe dies für das Jahr 2013 in der Hauptabteilung z.B. eine Bewertungsrelation von 0,102. Bei einem Basisfallwert 2013 für Niedersachsen von 3.021 EUR wären dies pro Tag 308,14 EUR, d.h. für 4 Tage 1.232,57 EUR. Bei einem Basisfallwert 2010 für Niedersachsen von 2.923,03 EUR wären dies pro Tag 298,15 EUR, d.h. für vier Tage 1.192,60 EUR. Dieser Ansatz berücksichtigt jedoch nicht die bereits ausgeführten Anforderungen an das Klinikpersonal im Hinblick auf eine kontinuierliche Beobachtung und Betreuung des Probanden. Zudem besteht bei der Personengruppe der sog. Langlieger noch ein ärztlicher Behandlungsbedarf, der auch unter Berücksichtigung von Kostengesichtspunkten durch das Krankenhaus nicht vernachlässigt werden darf. Die genannte Personengruppe ist daher aus Sicht des Senates nicht mit den Probanden einer stationären Begutachtung vergleichbar.

Im Rahmen des mangels Einzelnachweises notwendigen pauschalisierenden Ansatzes geht der Senat, wie auch das Sozialgericht, von der Festlegung einer abstrakten, diagnoseunabhängigen Tagespauschale aus.

Zu Recht hat bereits das Sozialgericht ausgeführt, dass Zusatzentgelte gemäß KHEntgG, wie sie die Antragstellerin in ihrer Rechnung vom 18. März 2010 zusätzlich angesetzt hat, bei der Geltendmachung eines Aufwendersatzes nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) ausgeschlossen sind. Die Zusatzentgelte fallen lediglich innerhalb des DRG-Fallpauschalensystems an, weisen jedoch keinen Bezug zur konkreten richterlich angeordneten Begutachtung auf. Sie sind daher nicht geeignet, zur Konkretisierung der "notwendigen besonderen Kosten" für die stationäre Begutachtung beizutragen.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die vom Sozialgericht aufgestellten Kriterien sämtlich für eine Konkretisierung der notwendigen besonderen Kosten im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) tauglich sind. So erscheint es u.a. fraglich, ob angesichts der im Rahmen einer stationären Begutachtung zu berücksichtigenden kontinuierlichen Beobachtung und Betreuung des Probanden eine Vergleichbarkeit mit dem Aufenthalt auf einer Belegstation - statt der Hauptabteilung - den Aufenthaltscharakter während einer stationären Begutachtung hinreichend widerspiegelt. Ebenso dürften Kosten für Arzneimittel und sonstiger medizinischer Bedarf (z.B. Verbandsmaterial) nicht von vornherein bei der Konkretisierung außen vor bleiben. Eine auf den Cent genaue Nachvollziehbarkeit unter Zuhilfenahme des DRG-Fallpauschalensystems überspannt jedoch die Anforderungen an die Begründung einer gerichtlichen Schätzung nach [§ 287 Abs. 2 ZPO](#). Wären die Aufwendungen abstrakt derart genau berechenbar, so bedürfte es keiner Schätzung des Gerichts.

Vor diesem Hintergrund geht der Senat, soweit ein Einzelnachweis nicht erbracht wird, unter Würdigung der Umstände des Einzelfalls für das Jahr 2010 von einer Tagespauschale für die Aufwendungen der Antragstellerin im Rahmen der stationären Begutachtung eines Probanden - im Ergebnis ebenso wie das Sozialgericht - von 200,00 EUR pro Tag aus. Der geschätzte Wert ist damit deutlich höher als die

von der Antragstellerin genannten für sie geltenden "Basiskosten pro Patient und Tag" für die nicht medizinische Infrastruktur für das Jahr 2010 bei der DRG B77Z in Höhe von 101,50 EUR pro Tag. Andererseits liegt die Schätzung deutlich niedriger als die von der Antragstellerin in Ansatz gebrachte Fallpauschale DRG B77Z von 1.512,80 EUR, d.h. in Höhe von 378,20 EUR pro Tag, die auch die ärztliche Behandlung eines Patienten umfassen würde.

Der Anspruch auf Vergütung nach dem JVEG steht nach [§ 1 Abs. 1 Satz 3 JVEG](#) demjenigen zu, der vom Gericht mit der Begutachtung beauftragt worden ist. Aufgrund der Abtretung des Aufwendungsersatzanspruches des Gutachters an die Antragstellerin kann dahingestellt bleiben, ob ein entsprechender Anspruch nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) von ihr auch unmittelbar gegenüber dem Antragsgegner hätte geltend gemacht werden können (vgl. in diesem Sinne LSG Bayern, Beschluss vom 8. September 2006, [L 3 U 333/04.Ko](#); LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 29. Januar 2008, [L 12 R 4303/06 KO-B](#); Binz, in: Binz/Dörndorfer, GKG, FamGKG, JVEG, 3. Aufl. 2014, [§ 12 JVEG](#) Rn. 1).

Das von der Antragstellerin dem Gutachter in Rechnung gestellte Nutzungsentgelt in Höhe von 211 EUR ist, wie das Sozialgericht zu Recht ausgeführt hat, nicht Gegenstand des vorliegenden Aufwendungsersatzanspruches nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#).

Beide Beschwerden waren demnach zurückzuweisen.

Das Verfahren ist gebührenfrei; Kosten werden nicht erstattet ([§ 4 Abs. 8 JVEG](#)).

Eine Beschwerde an das Bundessozialgericht findet nicht statt ([§ 4 Abs. 4 Satz 3 JVEG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2014-08-06