

L 12 R 4477/09 B

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Rentenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 6 R 2196/09 KO-A
Datum
21.08.2009
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 12 R 4477/09 B
Datum
28.05.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Beschluss

1. Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts Mannheim vom 21. August 2009 wird zurückgewiesen.

2. Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Vergütung einer stationären Aufnahme im Rahmen einer Begutachtung im Streit.

In dem beim Sozialgericht Mannheim (SG) anhängig gewesenen Klageverfahren S 6 R 1152/07 wurde der Direktor der Hals-Nasen-Ohren-Klinik der Antragstellerin, Prof. Dr. D., mit Verfügung vom 1. April 2008 zum gerichtlichen Sachverständigen (SV) ernannt, wobei eine stationäre Unterbringung bis zu einer Dauer von drei Tagen genehmigt wurde. Der SV veranlasste zum Zweck der Begutachtung die Unterbringung des Klägers vom 21. bis zum 23. April 2008 in der Klinik der Antragstellerin.

Die Kostennote des SV für das Gutachten in Höhe von 2.731,05 EUR wurde mit Beschluss der Kostenbeamtin vom 19. November 2008 in Höhe von 2.073,58 EUR anerkannt. Die daneben vom SV geltend gemachten Sachkosten für Untersuchungen und Schreibgebühren wurden in der geltend gemachten Höhe von 230,78 EUR anerkannt.

Die Antragstellerin beantragte mit Schreiben vom 8. September 2008 eine zusätzliche Vergütung für die stationäre Aufnahme des Klägers in Höhe von 1.811,01 EUR. Dieser Betrag setzte sich aus einer Fallpauschale in Höhe von 1.707,61 EUR aufgrund der Hauptdiagnose "Ménière-Krankheit" (ICD-10 H 81.0) nach DRG 08D61C sowie diversen Zuschlägen (Ausbildungszuschlag, DRG-Systemzuschlag, GBA-Systemzuschlag) zusammen.

Mit Schreiben vom 19. November 2008 lehnte die Kostenbeamtin die Begleichung der Rechnung ab und verwies auf die Rechtsprechung des Sozialgerichts D., wonach für reine Unterbringung für jeden Unterbringungstag mit Ausnahme des Entlassungstages 110 EUR zu veranschlagen seien. In der Folgezeit wies die Kostenbeamtin an die Antragstellerin 220 EUR für die stationäre Aufnahme des Klägers an.

Mit Schriftsatz vom 17. Juni 2009, eingegangen beim SG am 22. Juni 2009 beantragte die Antragstellerin sinngemäß die richterliche Festsetzung der noch ausstehenden Vergütung. Die Vergütung der Unterbringung mit 110 EUR täglich sei nicht akzeptabel. Der Kostenansatz sei weder kostendeckend noch entspreche er der Rechtslage. Das Sozialgericht D. habe in seinen Entscheidungen S 1 SB 30/02 und S 1 SB 17/02 als Basis für die Entschädigung der stationären Begutachtung die Empfehlungen des ständigen Ausschusses BG-NT verwandt. Hierbei handele es sich um eine Vereinbarung zwischen den Berufsgenossenschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft für im dortigen Rahmen erteilte Gutachten. Insofern liege ein anderes Abrechnungsprozedere zugrunde als im vorliegenden Fall. Richtigerweise seien die Fallpauschalen anzuwenden nach § 17 Abs. 1 des Gesetzes zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze (KHG). Entsprechend habe auch das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz (Beschluss vom 5. September 2005 - [L 2 B 36/05 U](#) - (juris)) festgestellt, dass die gesetzliche Regelung der vertraglichen Vereinbarung zwischen Berufsgenossenschaften und Deutscher Krankenhausgesellschaft vorrangig sei.

Mit Beschluss vom 21. August 2009 hat das SG die Vergütung der Antragstellerin für die stationäre Aufnahme des Klägers in der Zeit vom 21. bis 23. April 2008 auf 220 EUR festgesetzt. Nach § 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 des Gesetzes über die Vergütung von Sachverständigen,

Dolmetscherinnen, Dolmetschern, Übersetzerinnen und Übersetzern sowie die Entschädigung von ehrenamtlichen Richterinnen, ehrenamtlichen Richtern, Zeuginnen, Zeugen und Dritten (Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetz - JVEG) würden die für die Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens aufgewendeten besonderen Kosten, einschließlich der insoweit notwendigen Aufwendungen für Hilfskräfte, sowie die für die Untersuchung verbrauchten Stoffe und Werkzeuge, gesondert ersetzt. Nach [§ 1 Abs. 1 Satz 2 JVEG](#) werde eine Vergütung nur nach diesem Gesetz gewährt. Die Antragstellerin könne daher nicht mit dem Argument durchdringen, dass § 17 KHG vorrangig sei, da es sich um eine gesetzliche Vergütung handle. Der Aufwand nach [§ 12 JVEG](#) sei konkret zu belegen, dies sei durch eine Fallpauschale nicht gegeben. Die Gewährung der Vergütung in Höhe der Fallpauschalen wäre auch tendenziell zu hoch, da diese im Hinblick auf eine Behandlung mit Heilungsabsicht gewährt würden, während bei der Begutachtung lediglich der Ist-Zustand festgestellt werde. Zudem bestehe die Gefahr einer Doppelvergütung, wenn dem Gutachter zusätzlich das Recht zur Liquidation seiner Leistungen gewährt werde, da auch die Fallpauschalen die Abbildung des Status quo beinhalten. Die vom LSG Rheinland-Pfalz (a.a.O.) angeführte Verpflichtung der Krankenhäuser, aufgrund von § 3 Abs. 1 und 3 des Gesetzes über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntG) sowie § 17b Abs. 6 KHG nach Fallpauschalen abzurechnen, stelle keine Anspruchsgrundlage für eine Vergütung dar, weil zum einen das JVEG als spezielle Regelung vorrangig sei und zum anderen die Fallpauschalen bereits nicht für eine Aufnahme während einer Begutachtung einschlägig seien. Eine konkrete Abrechnung sei vorliegend nicht erfolgt. Allerdings ergebe sich aus dem DRG-Entgelttarif zum 1. Oktober 2005, dass nach Ziffer 10 Abs. 1 für Leistungen im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung Arbeitsunfallverletzter/Berufserkrankter eine Liquidation des Krankenhauses in Höhe von 110 EUR vorgenommen werde. Es sei naheliegend, bei der vorliegenden vergleichbaren Situation eine Vergütung nach diesem Schlüssel vorzunehmen.

Gegen den ihren Bevollmächtigten am 11. September 2009 zugestellten Beschluss hat die Antragstellerin am 25. September 2009 Beschwerde eingelegt. Zwar sei nach [§ 1 Abs. 2 JVEG](#) eine Entschädigung nur nach diesem Gesetz zu gewähren, dies betreffe aber nicht die Höhe, sondern nur die Frage des "Wie". Zudem sei der Rückgriff des SG auf die Vorschriften des Vergütungskatalogs der Berufsgenossenschaften nicht konsequent und nicht überzeugend. Offensichtlich sei das SG der Auffassung, dass die Höhe der Vergütung der Fallpauschale zu hoch wäre. Es wohne Pauschalen jedoch inne, dass diese nicht in jedem Fall den konkreten Bedarf abdeckten. Die Ansprüche nach dem KHEntG seien nach oben und nach unten abschließend. Solange der Gesetzgeber nicht reagiere und eine Durchbrechung des KHEntG vorsehe für die Abrechnung nach Fallpauschalen bei Erstellung von Gutachten, verbleibe es dabei. Im Übrigen kenne das KHEntG eine ähnliche Konstellation; die Fallpauschalen blieben auch dann unberührt, wenn die Privatliquidationskette vom Patienten in Anspruch genommen werde. In diesen Fällen erwachse ein doppelter Honoraranspruch gegenüber dem Patienten, einmal vom Arzt das Honorar nach der Gebührenordnung und zusätzlich die im wesentlichen ungeminderten Krankenhausentgeltsätze. Die doppelte Vergütung werde vom KHEntG ausdrücklich hingenommen, es sei nicht ersichtlich, warum für die öffentliche Hand eine unterschiedliche Behandlung gelten sollte. Die Tatsache, dass das Gericht nicht das Klinikum selbst, sondern den Arzt des Klinikums beauftrage, führe zu der vorliegenden Konstellation. Eine Abrechnung nach Aufwand sei zudem vorliegend nicht möglich. Die Einführung des KHEntG habe dazu geführt, dass eine Auflistung des tatsächlichen Aufwandes pro Bett kaum möglich sei. Auch ansonsten sei ein Aufwand kaum zu erkennen, etwa wie der entgangene Gewinn für ein Bett festzulegen wäre. Jedenfalls sollte klar sein, dass der anerkannte Satz von 110 EUR deutlich unter den allgemeinen Krankenhauskosten liege, auch bei der Antragstellerin seien die Kosten deutlich höher.

Der Antragsgegner hält den Beschluss des SG für zutreffend.

Für die weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vortrags der Beteiligten wird auf die beigezogenen Verwaltungsakten, die Akten des SG sowie die Akten des Landessozialgerichts Bezug genommen.

II. Die Beschwerde ist zulässig, jedoch nicht begründet.

Im vorliegenden Fall finden die Regelungen des JVEG Anwendung, weil der Gutachtensauftrag nach dem 30. Juni 2004 erteilt worden ist ([§ 25 Satz 1 JVEG](#)).

Der Senat entscheidet nach [§ 4 Abs. 7 Satz 2 JVEG](#) durch den Senat, weil die Einzelrichterin ihm die Entscheidung übertragen hat.

Nach [§ 8 Abs. 1 Nr. 1 JVEG](#) erhält der SV als Vergütung ein Honorar für seine Leistungen, das nach Stundensätzen bemessen ist. Vorliegend ist er bestandskräftig für seine Gutachterleistung vergütet worden, wobei er indes keine Vergütung für die stationäre Aufnahme des Klägers geltend gemacht oder erhalten hat. Es ist daher grundsätzlich noch möglich, eine Vergütung dieser tatsächlich erbrachten Leistung vorzunehmen.

In Betracht kommt insoweit die Regelung des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 JVEG](#). Zwar sind nach [§ 12 Abs. 1 Satz 1 JVEG](#), soweit im JVEG nichts anderes bestimmt ist, mit der Vergütung nach den [§§ 9 bis 11 JVEG](#) 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.

Diese Vergütung kann nicht nach dem KHEntG erfolgen, auch wenn die Antragstellerin alle Merkmale einer stationären allgemeinen Krankenhausbehandlung nach § 2 Abs. 2 dieses Gesetzes als erfüllt ansieht. Denn nach [§ 1 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 JVEG](#) regelt das JVEG unter anderem die Vergütung der gerichtlichen Sachverständigen, wobei nach Satz 2 der Vorschrift eine Vergütung oder Entschädigung nur nach diesem Gesetz gewährt wird. [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) sieht die gesonderte Erstattung der für die Vorbereitung und Erstellung des Gutachtens "aufgewendeten notwendigen besonderen Kosten" vor. Gefordert wird insoweit ein tatsächlicher Aufwand. Aufgrund dieser eindeutigen Bestimmungen kann die Antragstellerin auch nicht mit ihrem Argument durchdringen, Krankenhausleistungen seien für alle Nutzer einheitlich zu berechnen.

In diesem Zusammenhang ist darauf hinzuweisen, dass die Antragstellerin keinen gerichtlichen Auftrag hat, weswegen sie auch entsprechend den Ausführungen des SG keinerlei eigenen Anspruch nach dem JVEG gegen den Antragsgegner hat. Aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität ist es aber grundsätzlich zulässig, einen insoweit konkludent abgetretenen Anspruch des SV zugunsten der

Antragstellerin anzunehmen, wie dies etwa bei der separaten Abrechnung von Schreibgebühren für Gerichtsgutachten gängige Praxis ist (vgl. die Beschlüsse des erkennenden Senats vom 21. Mai 2005 - L 12 U 5690/04 - und vom 26. April 2006 - [L 12 R 991/06 KO-B](#) -). Dies kann allerdings nur gelten, wenn keinerlei Zweifel bestehen, dass der Gutachter, also vorliegend der SV, die Entscheidung des Gerichts auch gegen sich gelten lassen will. Vorliegend bestehen keine solchen Zweifel, weil der SV keine eigenen Kosten für die stationäre Unterbringung des Klägers, sondern lediglich für die Erstellung des Gutachtens sowie durchgeführte Untersuchungen geltend gemacht hat. Daher ist es auch zulässig, der Antragstellerin ein eigenes Antragsrecht zuzugestehen.

Auch bei einer direkten Geltendmachung der Kosten nach [§ 12 JVEG](#) ist der Aufwand konkret zu belegen. Dies ist durch das Anführen einer "Fallpauschale", wie sich bereits aus dem verwendeten Begriff ergibt, nicht gegeben. Eine Vergütung hat, wie oben ausgeführt, nach [§ 1 Abs. 1 Satz 2 JVEG](#) ausschließlich nach diesem Gesetz zu erfolgen. Pauschalen lässt das JVEG nur an bestimmten Stellen ausdrücklich zu (vgl. etwa [§ 14 JVEG](#)), woraus folgt, dass im Übrigen nur Abrechnungen eines konkreten Aufwandes zulässig sind. Die Gewährung der Vergütung in Höhe der genannten Fallpauschalen wäre auch sachwidrig und tendenziell zu hoch, weil Fallpauschalen im Hinblick auf eine Behandlung mit Heilungsabsicht gewährt werden, während bei der Aufnahme zur Begutachtung lediglich der Ist-Zustand des zu Begutachtenden (Status quo) aufgeklärt und für das Gericht festgestellt werden soll. Außerdem beinhalten die Fallpauschalen auch die Abbildung des Status quo der Gesundheit des zu Begutachtenden (als Voraussetzung für die Auswahl der richtigen Heilmethode), so dass die Gefahr einer Doppelvergütung besteht, wenn dem Gutachter nach den [§§ 8 ff. JVEG](#) zusätzlich das Recht einer Liquidation seiner Leistung gewährt wird (vgl. die Beschlüsse des erkennenden Senats vom 12. Mai 2005 - L 12 U 5690/04 KO-A - und vom 26. April 2004 - [L 12 R 991/06 KO-B](#) -). Insoweit ist die Sachlage mit einer Privatliquidation nicht vergleichbar. Im Übrigen kann die Pauschale auch deshalb nicht abgerechnet werden, weil sie auch ärztliche Leistungen enthält, die vom SV bereits in Rechnung gestellt und diesem bezahlt wurden (vgl. Senatsbeschluss vom 26. April 2006 - [L 12 R 991/06 KO-B](#) -). Entgegen der von der Antragstellerin angeführten Entscheidung des LSG Rheinland-Pfalz (Beschluss vom 5. September 2005 - [L 2 B 36/05 U](#) - (juris)) ist daher die Abrechnung eines konkreten Aufwandes und nicht lediglich die Mitteilung einer Fallpauschale zu fordern. Die vom LSG Rheinland-Pfalz angeführte Verpflichtung der Krankenhäuser, aufgrund von § 3 Abs. 1 und 3 KHEntG sowie § 17b Abs. 6 KHG nach Fallpauschalen abzurechnen, stellt insoweit keine Anspruchsgrundlage für eine Vergütung dar, weil zum einen das JVEG als speziellere Regelung der Sachverständigenvergütung vorrangig ist und die Fallpauschalen nach den obigen Ausführungen bereits nicht für eine Aufnahme während einer Begutachtung einschlägig sind.

Eine konkrete Abrechnung ist vorliegend nicht erfolgt. Allerdings ergibt sich aus dem DRG-Entgelttarif 2005, dass für Leistungen im Zusammenhang mit einem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung Arbeitsunfallverletzter/Berufserkrankter eine Liquidation des Krankenhauses in Höhe von 110 EUR vorgenommen wird. Ausdrücklich wird im DRG-Entgelttarif an dieser Stelle auch vorgesehen, dass der liquidationsberechtigte Arzt sein Honorar und seine Schreibgebühren parallel hierzu geltend macht.

Es ist daher naheliegend, bei der vorliegenden vergleichbaren Situation eine Vergütung nach diesem Schlüssel vorzunehmen. Es bestehen auch keine Zweifel daran, dass die Kosten für den stationären Aufenthalt des Klägers der Antragstellerin tatsächlich mindestens in der Höhe von 220 EUR entstanden sind (stationäre Aufnahme vom 21. bis 23. April 2008), weil der Kläger bei der Antragstellerin ein Bett belegt hat.

Die in der Vergangenheit gegebene Möglichkeit, den "großen" Pflegesatz (Basispflege- und Abteilungspflegesatz) entsprechend § 3 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zugrunde zu legen (vgl. LSG Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 16. Januar 1978 - [L 16 S 36/77](#) - SGB 1978, 450; so immer noch Meyer/Höfer/Bach, JVEG, 24. Aufl. 2007, Rdnr. 12.8) scheitert an § 1 Abs. 1 BpflV, der bestimmt, dass der Anwendungsbereich der BpflV nur die vollstationären und teilstationären Leistungen der Krankenhäuser oder Krankenhausabteilungen vergütet, die nach § 17b Abs. 1 Satz 1, 2. Halbsatz KHEntG nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind (vgl. Senatsbeschluss vom 29. Januar 2008 - [L 12 R 4303/06 KO-B](#) -). Die Antragstellerin ist jedoch in das DRG-Vergütungssystem einbezogen. Eine Ausnahme vom grundsätzlichen Vorrang einer Vergütung nach dem DRG-Vergütungssystem ist vorliegend nicht ersichtlich (vgl. Uleer/Miebach/Patt, Abrechnung von Arzt- und Krankenhausleistungen, 3. Aufl. 2006, S. 132 f.).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 4 Abs. 8 Satz 2 JVEG](#).

Diese Entscheidung ist unanfechtbar ([§ 4 Abs. 4 Satz 3 JVEG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2010-06-09