L 6 U 4267/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Stuttgart (BWB)
Aktenzeichen
S 1 U 8787/09
Datum
31.08.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 6 U 4267/11
Datum
21.11.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 31.08.2011 aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin 7.360,73 EUR nebst 4 % Zinsen hieraus seit 10. Juni 2008 zu zahlen.

Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens.

Der Streitwert wird endgültig auf 7.360,73 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um die Vergütung einer stationären Behandlung eines bei der Beklagten gesetzlich Unfallversicherten in Höhe von 7.360,73 EUR nebst Zinsen.

Die Klägerin ist die Trägerin des Eigenbetriebes Klinikum St., zu dem auch das Krankenhaus Bad C. gehört. Das Krankenhaus Bad C. verfügt nicht über eine Zulassung zum Verletzungsartenverfahren (VAV).

Der bei der Beklagten unfallversicherte A. G. (im Weiteren G) verunfallte am 20.03.2008 während seiner Tätigkeit als Kraftfahrer bei der Firma L. GmbH und Co KG in R ... Als er versuchte, ein Planseil zu ersetzen, rutschte er aus und fiel aus dem LKW einen Meter in die Tiefe. G wurde sodann in das Krankenhaus Bad C. eingeliefert, wo eine mediale Schenkelhalsfraktur links diagnostiziert und G durch die Implantation einer Duokopfhüftprothese links am 20.03.2008 versorgt wurde. G hielt sich im Krankenhaus Bad C. vom 20.03.2008 bis zum 01.04.2008 stationär auf (Entlassungsbericht vom 03.04.2008 des Krankenhauses Bad C.). Die Beklagte erhielt am 28.03.2008 eine Aufnahmeanzeige und einen Kostenübernahmeantrag von der Klägerin, in welcher Aufnahmedatum und Aufnahmegrund sowie die Behandlungsdiagnose angegeben wurde. Der Durchgangsarztbericht von Dr. B. (Oberarzt und Stellvertretender Ärztlicher Direktor sowie Leiter des unfallchirurgischen Bereichs des Klinikums Bad C.) vom 31.03.2008 erreichte die Beklagte am 01.04.2008. Als Erstdiagnose wurde wiederum eine mediale Schenkelhalsfraktur links genannt. Unter Punkt 12 des Formulars war bei Art der Heilbehandlung "besondere Heilbehandlung" und "stationär" angekreuzt. Unter der genannten Ziffer verneinte Dr. B. das Vorliegen einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis. Mit Bescheid vom 03.09.2009 gewährte die Beklagte G wegen der Folgen des Arbeitsunfalles eine Rente auf unbestimmte Zeit nach einer Minderung der Erwerbsfähigkeit von zunächst 30 v. H. und ab dem 22.07.2009 20 v.H.

Mit Rechnung vom 09.05.2008 verlangte die Klägerin von der Beklagten die Vergütung für die stationäre Behandlung von G für die Zeit vom 20.03. bis 01.04.2008 in Höhe von insgesamt 7.360,73 EUR. Die Beklagte teilte der Klägerin daraufhin mit, die bei G vorliegende mediale Schenkelhalsfraktur falle - insbesondere bei Operationsbedürftigkeit - nach den Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis unter Punkt 9 des Verletzungsartenverzeichnisses. Die Klägerin, die die operative Versorgung übernommen habe, besitze allerdings keine Zulassung zum VAV. Es hätte daher eine Verlegung in ein zum VAV zugelassenes Krankenhaus erfolgen müssen. Eine Begleichung der stationären Behandlungsrechnung sei daher unmöglich. Man stelle jedoch anheim, eine berichtigte Rechnung für die Aufnahme und direkte Verlegung zu stellen.

Am 27.05.2008 wandte sich eine Mitarbeiterin der Klägerin telefonisch an die Beklagte und teilte mit, entgegen den Ausführungen der Beklagten verfüge das Krankenhaus Bad C. über eine Zulassung zum VAV. Bestätigende Unterlagen, wie von der Mitarbeiterin der Beklagten im Telefongespräch angefordert, wurden jedoch nicht vorgelegt. Eine erneute Überprüfung der Angaben über EDV-Programme der Beklagten erbrachten keinen Zulassungsnachweis.

Am 14.12.2006 wandte sich das Klinikum St. erneut an die Beklagte und bat darum, die Kosten für die Behandlung von G zu übernehmen. In dem Schreiben wurde unter anderem ausgeführt, bei der Notfallbehandlung von G sei Dr. G., welcher eine Zulassung für diese Behandlung habe, informiert worden. Im Normalfall hätte man den Bruch fixiert und zu Dr. G. in das K. verlegt, leider sei dort zu diesem Zeitpunkt kein Bett zur Verfügung gestanden, auch medizinisch gesehen sei eine Fixierung der Hüfte nicht möglich gewesen. Aus diesen Gründen sei G im Krankenhaus Bad C. von Herrn Dr. B. behandelt worden. Daraufhin teilte die Beklagte der Klägerin schriftlich mit, gemäß § 37 des Vertrages zwischen der Deutschen gesetzlichen Unfallversicherung (DGUV) und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung über die Durchführung der Heilbehandlung i.V.m. dem Verletzungsartenverzeichnis Ziff. 9 seien Verletzte mit Brüchen des Oberschenkels bei gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit unverzüglich in von den Landesverbänden der DGUV am VAV beteiligte Krankenhäuser zu überweisen. Eines besonders komplexen, mehrfachen oder offenen Bruches bedürfe es nicht, um die oben genannten Kriterien des Verletzungsartenverzeichnisses zu erfüllen. Die Tatsache, dass bei Dr. G. im K. St. zu diesem Zeitpunkt kein Bett zur Verfügung gestanden habe, rechtfertige nicht ein Abweichen vom Ärztevertrag, zumal im Großraum St. weitere zugelassene Krankenhäuser in erreichbarer Nähe zur Verfügung gestanden hätten. Insofern verbleibe es beim Schreiben vom 20.05.2008. Nachdem die Klägerin nochmals ihr voran genanntes Schreiben an die Beklagte übersandt hatte, erwiderte diese am 30.07.2008, man weise nochmals darauf hin, dass die Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis in der Fassung vom 01.08.2007 unter Ziff. 9 sämtliche Brüche des Oberschenkels als Verletzungsartenverzeichnis-Verletzung einstufen würden. Auch gebe es im Raum Stuttgart außer dem K. mehrere weitere Krankenhäuser, die zum VAV zugelassen seien. Eine Begleichung der Rechnung erfolgte nicht.

Über ihren Prozessbevollmächtigten wandte die Klägerin sich mit Schreiben vom 10.12.2009 erneut an die Beklagte. Neben Ausführungen zum Fall des versicherten M. L. (im Weiteren L) führte der Prozessbevollmächtigte zu dem Fall des G aus, zwar sei das Klinikum Bad C. nicht zum VAV zugelassen, jedoch handle es sich um ein Vertragskrankenhaus nach dem SGB V. Die Behandlung falle auch in den Versorgungsbereich der Klägerin und sei entsprechend der Qualitätsstandards durchgeführt worden. Da die Einweisung durch einen Durchgangsarzt erfolgt sei, müsse sich die Beklagte als zuständiger Unfallversicherungsträger dessen Verhalten jedenfalls unter dem Gesichtspunkt der Duldungs- oder Anscheinsvollmacht als Vertreter zurechnen lassen. Dieser sei befugt, für die Beklagte zugunsten des Patienten einen Behandlungsvertrag abzuschließen. Durch die Versorgung von G sei die Beklagte von ihrer Verpflichtung, eine Heilbehandlung als Sachleistung zu gewähren, frei geworden. Hierfür stehe der Klägerin ein entsprechender Vergütungsanspruch zu, der sich der Höhe nach danach bemesse, welche Kosten die Beklagte durch die Behandlung in einer anderen Klinik, mit der ein Vertrag nach § 34 Abs. 8 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) abgeschlossen worden sei, hätte bezahlen müssen. Auch wenn man vertragliche Ansprüche verneine, würden der Klägerin unter dem Gesichtspunkt der ungerechtfertigten Bereicherung entsprechende Vergütungsansprüche zustehen. Letztlich bat der Prozessbevollmächtigte noch darum, eine Erklärung bezüglich des Verzichts der Einrede der Verjährung abzugeben.

Mit Schreiben vom 18.0.1.2010 antwortete die Beklagte bezüglich der Sache des G, ein Vergütungsanspruch in der geforderten Höhe bestehe nicht. Die Klägerin hätte die ärztlichen Leistungen nicht erbringen dürfen. Sie sei verpflichtet gewesen, nach Diagnosestellung die Verlegung in ein zugelassenes Krankenhaus vorzunehmen. Dies sei nicht erfolgt. Die Vereinbarungen und Regelungen hinsichtlich des VAV würden einen bestimmten Qualitätsstandard sichern. Durch die von der Klägerin vertretene Auffassung, wonach trotz Verletzung der Verlegungspflicht ein Vergütungsanspruch bestehe, würde dieses Verfahren aushebeln und wirkungslos machen. Einräumen könne man einen Vergütungsanspruch für Aufnahme zur Diagnosestellung ohne operative Maßnahmen jedoch mit Verlegungsabschlag für einen Kalendertag. Eine entsprechende Rechnung müsste von der Klägerin gestellt werden. Weitere Vergütungsansprüche bestünden nicht. Bezüglich der Unfallsache des L teilte die Beklagte mit, der offene Betrag sei am 04.01.2010 zur Zahlung angewiesen worden und man gehe davon aus, dass die Sache damit erledigt sei.

Am 28.12.2009 hat die Klägerin durch ihren Prozessbevollmächtigten bei dem Sozialgericht Stuttgart (SG) Klage erhoben. Im Falle des L machte die Klägerin eine Restforderung in Höhe von 1.372,47 EUR geltend (Behandlung vom 11.05.2006 bis 19.05.2006) sowie im Falle des G Kosten für die Behandlung vom 20.03.2008 bis 01.04.2008 in Höhe von 7.360,73 EUR. Zur Begründung des Vergütungsanspruches hat die Klägerin ihr Vorbringen aus dem letzten Schriftsatz wiederholt. Weiterhin hat die Klägerin einen Zinsanspruch für die Rechnungen geltend gemacht und beantragt die Beklagte zu verurteilen, an sie eine nicht anrechenbare Geschäftsgebühr in Höhe von 371,10 EUR nebst Verzinsung zu zahlen.

Am 04.01.2010 hat die Beklagte im Fall des L den angemahnten Betrag in Höhe von 1.460,23 EUR zur Zahlung angewiesen. Der Klägervertreter hat die Klage in der Hauptsache insoweit für erledigt erklärt und seine Klage bezüglich der Vergütung und Verzinsung für den Fall des G, bezüglich der Verzinsung für den Fall des L und bezüglich des Antrages auf Zahlung der Geschäftsgebühr aufrechterhalten. Auf Nachfrage des SG hat die Beklagte mitgeteilt, man habe erstmals mit Eingang des Arztberichtes am 01.04.2008 Kenntnis von der Behandlung des G im Krankenhaus Bad C. erhalten. Sowohl die Aufnahme- als auch die Entlassanzeige vom 28.03. bzw. 03.04.2008 hätten das Klinikum St. in der Kriegsbergstraße und somit ein nach VAV zugelassenes Krankenhaus als Absender geführt. Unabhängig davon sei zum Zeitpunkt der erstmaligen Kenntnisnahme der Beklagten am 01.04.2008 die stationäre Behandlung des G bereits beendet gewesen, so dass umgehende Intervention bezüglich der Verlegung unmöglich gewesen sei.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 31.08.2011 hat die Klägerin durch ihren Prozessbevollmächtigten beantragt, die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.360,73 EUR nebst 4 % Zinsen nach nachfolgender Staffel zu bezahlen: auf 7.360,73 EUR vom 10.06.2008 bis 27.05.2009, auf 8.733,20 EUR vom 28.05.2009 bis 07.01.2010, auf 7.360,73 EUR ab 08.01.2010. Sowie die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin die nicht anrechenbare Geschäftsgebühr in Höhe von 371,10 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über den jeweiligen Basiszinssatz ab Rechtshängigkeit zu zahlen.

Sodann hat das SG im Termin zur mündlichen Verhandlung mit Beschluss die Klage auf Bezahlung einer nicht anrechenbaren Geschäftsgebühr in Höhe von 371,10 EUR nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten vom Verfahren abgetrennt (Weiterführung des Verfahrens unter dem Az. S 1 U 5078/11, welches mit Beschluss vom 20.04.2012 zum Ruhen gebracht wurde). Mit Urteil vom 31.08.2011 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, als Anspruchsgrundlage komme lediglich eine öffentlich-rechtliche Geschäftsführung ohne Auftrag in Betracht. Entsprechend der Entscheidung des Bundessozialgerichtes (BSG) vom 12.01.2010 (B 2 U 28/08 R) bestünde kein Anspruch aus Vertrag oder anderen gesetzlichen Bestimmungen. Zwischen den Beteiligten sei unstreitig, dass es sich bei der Schenkelhalsfraktur des Versicherten um eine Verletzung nach dem VAV handle, die grundsätzlich in einem am VAV beteiligten Krankenhaus behandelt werden sollte. Nach dem Verletzungsartenverzeichnis in der Fassung vom 01.01.2005 seien dies nach Nr. 7 unter

anderem operativ rekonstruktionsbedürftige Verletzungen großer Gelenke. Nach den Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis gälten als große Gelenke unter anderem an den unteren Extremitäten das Hüftgelenk. Unstreitig zwischen den Beteiligten sei auch, dass mit dem Krankenhaus Bad C. kein öffentlich-rechtlicher Vertrag über die Durchführung der Heilbehandlung gemäß § 34 Abs. 8 Satz 1 SGB VII geschlossen worden sei. Danach bestehe kein vertragliches Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten. Es bestehe auch kein Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung der Behandlungskosten des Versicherten aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag entsprechend § 683 Satz 1 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), da die stationäre und operative Behandlung des Versicherten im Krankenhaus Bad C. weder dem wirklichen noch mutmaßlichen Willen der Beklagten, noch deren Interesse entsprochen habe, da sie in einem nicht zum VAV zugelassenen Krankenhaus durchgeführt worden sei. Die Klägerin und Dr. B. hätten gegen die Bestimmungen des VAV wissentlich bzw. aus vorwerfbarer Unkenntnis verstoßen und den Versicherten nicht in ein zum VAV zugelassenes Krankenhaus verlegt. Dies werde auch durch die Nachfrage von Dr. B. nach einer Behandlungsmöglichkeit im K., einem Verletzungsartenkrankenhaus, deutlich. Eine Verlegung sei nach den vorgelegten Patientenunterlagen auch möglich gewesen, zumal im Raum Stuttgart weitere Kliniken zum VAV zugelassen seien. Die operative Behandlung des G im Krankenhaus Bad C. sei für die Beklagte auch objektiv nicht nützlich gewesen, denn das VAV habe ausschließlich in separat zugelassenen Krankenhäusern und Kliniken zu erfolgen. Ziel des besonderen Verfahrens sei die optimale Versorgung von Gesundheitsschäden, für deren Behandlung die gesetzlichen Unfallversicherungsträger zuständig seien und die diese als Sachleistung zu erbringen hätten. Sinn und Zweck der durch das VAV vorgegebenen hohen Qualitätsanforderungen an Personal und Sachausstattung der Verletzungsartenkliniken werde auch dadurch deutlich, dass die bei G durchgeführte Behandlung im Krankenhaus Bad C. bei ihm zu einer Infektion im Implantatbereich geführt habe, die durch eine zweieinhalb monatige stationär-operative Behandlung im K. Stuttgart revidiert und durch Implantation einer Hüftprothese nachgebessert habe werden müssen. Weitere Anspruchsgrundlagen für die Klägerin seien nicht gegeben. Wenn ein zum VAV nicht zugelassenes Krankenhaus für dennoch erbrachte medizinische Maßnahmen außerhalb einer ersten Notfallversorgung keinen Wertersatz beanspruchen könne, so sei dies nach Überzeugung des Gerichts ein durch die Regelungen des VAV‘s und seiner qualitätssichernden Wirkung entsprechendes Ergebnis. Würde dennoch durch die Beklagte Wertersatz zu leisten sein, so würde das Prinzip der Zulassung zum VAV mit seinen speziellen Anforderungen an die Behandlungsqualität und seine Schutzfunktion gegenüber den Versicherten nicht mehr erfüllt werden. Dazu stelle jetzt § 53 Abs. 3 des Vertrages Ärzte und Unfallversicherungsträger in seiner seit dem 01.04.2008 geltenden Fassung klar, dass ein Vergütungsanspruch bei der Nichtbeachtung bestehender Vorstellungs- und Überweisungspflichten nicht bestehe. Mangels Hauptforderung bestehe auch kein Zinsanspruch.

Gegen dieses ihrem Prozessbevollmächtigten am 12.09.2011 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 30.09.2011 Berufung eingelegt. Zu deren Begründung trägt sie vor, entgegen der Auffassung des Gerichtes sei es nicht unstreitig, dass das VAV zur Anwendung komme. Zum Zeitpunkt der Untersuchung sei der Durchgangsarzt Dr. B. entsprechend dem Akteninhalt der Verwaltungsakte abweichender Auffassung gewesen. Er sei der Auffassung gewesen, er hätte bei einer entsprechenden Indikation unter Hinzuziehung des Leiters der unfallchirurgischen Abteilung diese Operation durchführen können. Dies sei ein zentraler Streitpunkt. Auch von zentraler Bedeutung sei, wie das Handeln des Durchgangsarztes Dr. B. tatsächlich und rechtlich zu bewerten sei. Selbst wenn Dr. B. im Wissen einer unzulässigen Leistungserbringung gehandelt hätte, sei damit noch nichts zu dem Anspruch der Klägerin als Trägerin der Einrichtung ausgesagt. Der Klägerin sei nichts hierzu bekannt und es gehöre auch nicht zu ihren Organisationspflichten, den Ablauf der Tätigkeit der Durchgangsärzte zu regeln. Es bestehe auch kein vertragliches Rechtsverhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten. Es sei nicht ersichtlich, wie das SG zur Feststellung gelange, auch die Klägerin hätte gegen die Bestimmungen des VAVs wissentlich bzw. aus vorwerfbarer Unkenntnis verstoßen und damit verhindert, den Verletzten in ein zum VAV zugelassenes Krankenhaus zu verlegen. Tätig sei hier allein Dr. B. als Durchgangsarzt geworden. Die Rechtsbeziehungen für die Tätigkeit gelten allein zwischen der Beklagten und dem Durchgangsarzt. Aus welchen Gründen sich die Klägerin dieses Verhalten zurechnen lassen solle, sei nicht ersichtlich. Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses Bad C. umfasse bei gesetzlich versicherten Patienten auch die beim Versicherten G durchgeführte operative Maßnahme. Somit sei im Hinblick auf § 39 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eine zulässige Leistung erbracht worden. Die Verordnung stationärer Heilbehandlungen sei von den gesetzlichen Vorschriften gedeckt. Der Klägerin als Einrichtungsträger sei es auch gerade nicht bekannt gewesen, dass die am Heilverfahren beteiligten Ärzte gegen die Bestimmungen des § 34 SGB VII verstoßen hätten. Es könne nicht richtig sein, dass in sämtlichen Fällen, in denen sich im Nachhinein ergebe, dass ein Arbeitsunfall vorliege, aber nicht in ein Verletzungsartenkrankenhaus überwiesen worden sei, ein Kostenanspruch entfalle. Für die Klägerin als Krankenhausträger sei es daher maßgeblich, ob die Behandlung des Patienten im Rahmen des Versorgungsvertrages liege, was zu bejahen sei. Die Fehler des Arztes, die auf der gemäß § 34 SGB VII zu treffenden Entscheidung beruhten, ob es erforderlich sei, eine besondere unfallmedizinische oder Berufskrankheiten-Versorgung einzuleiten, führten zur Haftung der Berufsgenossenschaften. Der Arzt erfülle als Durchgangsarzt nämlich eine der Berufsgenossenschaft obliegende Pflicht. Deshalb sei diese Entscheidung als Ausübung eines öffentlichen Amtes zu betrachten. Daher sei die Fehlentscheidung des Dr. B., den Verletzten nicht in ein zum VAV zugelassenes Krankenhaus zu verweisen, der Beklagten und nicht der Klägerin zuzurechnen. Diese Behandlung liege auch im Versorgungsauftrag. Eine Vergütungspflicht würde nur dann entfallen, wenn außerhalb einer Notfallversorgung Behandlungen durchgeführt würden, zu denen das Krankenhaus nach SGB V nicht zugelassen wäre. Das SG irre wenn es annehme, für die Vergütung sei die Zulassung zum VAV maßgeblich, denn damit unterstelle es letztlich, dass für die Vergütung innerhalb des VAV eine vertragliche Vereinbarung erforderlich sei. Es sei auch nicht ersichtlich, aufgrund welcher Fachkenntnisse das SG zu der Auffassung gelange, dass fehlende Qualitätsanforderungen an Personal und Sachausstattung des Krankenhauses Bad C. zu einer Infektion im Implantatbereich geführt hätten. Eine Vergütung ergebe sich aus den allgemeinen Regeln der Geschäftsführung ohne Auftrag. Unstreitig habe die Klägerin durch die Behandlung des verunfallten G ein fremdes Geschäft geführt. Ein evtl. wegen der Fehlanwendung des VAV entgegenstehender Wille der Beklagten sei unbeachtlich, da die Beklagte aus öffentlich-rechtlichen Gründen heraus zu der Leistung verpflichtet gewesen sei, die die Klägerin an ihrer Stelle erbracht habe. Zumindest stehe der Klägerin jedoch ein Anspruch auf Vergütung für die bis zur Operation erbrachten Leistungen zu. Hier wäre für die Leistung einer Erlös von 916,85 EUR zugrundezulegen, was die Kosten für stationäre Versorgung des Patienten und die Untersuchungen bis zur Verlegung beinhalte.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 31. August 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 7.360,73 EUR nebst 4 Prozentpunkten seit dem 10. Juni 2008 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Diagnose einer medialen Schenkelhalsfraktur sei unstreitig, damit liege objektiv eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis zum VAV nach Ziff. 9 der Erläuterungen (Brüche des Oberschenkels bei gegebener oder fraglicher Operationsbedürftigkeit) vor. Folgerichtig sei deshalb die beabsichtigte Einweisung in das K., das hierfür eine Zulassung habe. Wegen angeblichen Bettenmangels hätte dann aber die Behandlung in einem anderen zugelassenen Krankenhaus erfolgen müssen. Denn der Umstand, dass im K. kein Bett frei gewesen sei, beseitige nicht die Zuordnung der Verletzung zum Verletzungsartenverzeichnis. Aufgrund der eindeutigen Qualifikation und dem Bemühen um eine Einweisung in das K. sei die Verneinung im Durchgangsarztbericht vom 31.03.2008 unter Ziff. 12 nicht nachzuvollziehen. Die Beschreibung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses Bad C. könne dahinstehen, zumal sie die Zulassung im VAV nicht ersetze. Es habe auch keine Transportunfähigkeit des Verletzten vorgelegen, die eine dortige stationäre Behandlung erzwungen hätte. Der grundsätzliche Anspruch des Versicherten auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus werde durch das VAV nicht beseitigt. Es bestehe aber kein Anlass, im vorliegenden Fall trotz klarer Diagnose auf die Durchführung des VAV`s zu verzichten. Die Bestimmungen und Regelungen des VAV‘s seien der Klägerin hinlänglich bekannt. Sie sei Trägerin zweier Kliniken, die zum VAV zugelassen seien. Insofern könne hier Unkenntnis nicht geltend gemacht werden. Weshalb die Behandlung des Verletzten nicht in einem zugelassenen Krankenhaus erfolgt sei, sei daher der Klägerin zuzurechnen. Schließlich seien die Krankenhäuser gehalten, bei Arbeitsunfallverletzten die Überweisung in ein zugelassenes Krankenhaus zu veranlassen, wenn die diagnostischen Voraussetzungen hierfür vorlägen. Die Beklagte hätte auch nicht steuernd eingreifen können. Die Behandlung im Krankenhaus Bad C. sei der Beklagten erst nach deren Ende bekannt geworden. Sofern ein Fehlverhalten des D-Arztes Dr. B. geltend gemacht werde, ginge diese in erster Linie zulasten des Verletzten, dem dadurch eine optimale Heilbehandlung vorenthalten worden sei. Die Folgen seien bekannt. Kern des vorliegenden Rechtsstreits seien jedoch die Kosten der ersten stationären Behandlung zum Nachteil der Klägerin. Sofern Dr. B. bei der Klägerin angestellt sei, resultiere ein mögliches Fehlverhalten vornehmlich aus dem dortigen Beschäftigungsverhältnis. Hinsichtlich einer Geschäftsführung ohne Auftrag sei auszuführen, dass die Beklage zwar zu einer Leistung verpflichtet gewesen sei, aber die Klägerin als Leistungserbringerin ausscheide. Für eine Geschäftsführung ohne Auftrag nach den §§ 677 ff. BGB sei kein Raum, wenn anderweitige Regelungen bestünden. Das sei hier der Fall. Der Klägerin wäre ohnehin § 678 BGB entgegenzuhalten. Einen grundsätzlichen Vergütungsanspruch für Leistungen zur Diagnosestellung bestreite man nicht. Eine konkrete Rechnung sei hier nach den vorliegenden Unterlagen bisher nicht eingegangen.

In einer Erwiderung hierauf hat der Prozessbevollmächtigte der Klägerin ausgeführt, das VAV sei gar nicht anwendbar. Voraussetzung wäre nämlich, dass mit dem Krankenhaus Bad C. ein öffentlich-rechtlicher Vertrag über die Zulassung zum VAV bestehe. Da dies nicht erfolgt sei, sei nicht ersichtlich, weshalb die Vorschriften des VAV‘s für die Klägerin gelten sollten. Mangels Zulassung fehle es daher an der Anwendbarkeit des VAV‘s. Selbst bei Anwendbarkeit des VAV‘s liege eine Pflicht der Verletzung des Krankenhausträgers oder des Krankenhauses nicht vor. Für den Krankenhausträger gebe es jedoch keine Pflicht, dass er für die Einhaltung der medizinischen Voraussetzungen des VAV‘s zuständig sei. Auch Pflichten aus dem Vertrag nach § 34 Abs. 3 SGB VII (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) könnten die Klägerin nicht treffen. Maßgeblich sei daher, ob der Beklagten oder der Klägerin das Verhalten des Durchgangsarztes zuzurechnen sei. Die Diagnostik, ob das VAV anzuwenden sei, habe Dr. B. in seiner Funktion als Durchgangsarzt getroffen. Die Klägerin hätte keinerlei Möglichkeit gehabt, hier rechtlich oder tatsächlich steuernd einzugreifen. Haftungsrechtlich sei allein entscheidend das Verhältnis des Durchgangsarztes zur Beklagten. Ob dieser im Beschäftigungsverhältnis zu der Klägerin stehe, sei haftungsrechtlich ohne Bedeutung, denn Dr. B. habe den Patienten nicht im Rahmen der ihm als Oberarzt obliegenden Aufgaben untersucht und behandelt, sondern aufgrund seiner Bestellung zum Durchgangsarzt. Selbst wenn die Beklagte der Auffassung sei, dass kein Anspruch aus GOA bestehe, bestehe ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch durch ungerechtfertigte Bereicherung.

Die Beklagte hat in der mündlichen Verhandlung vom 21.11.2013 noch u. a. eine beratungsärztliche Stellungnahme von Dr. J. vorgelegt, wonach der Transport des G unproblematisch möglich gewesen wäre.

Wegen der weiteren Einzelheiten und des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten der ersten und zweiten Instanz sowie auf die Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung wurde gemäß § 151 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht erhoben.

Streitgegenstand des vorliegenden Verfahrens ist allein die Vergütungsforderung der Klägerin wegen der Behandlung des Versicherten G in Höhe von 7.360,73 EUR nebst einer geltend gemachten Zinsforderung, nachdem die Klägerin im Berufungsverfahren ihre weitergehenden Anträge nicht mehr aufrechterhalten hat.

Mit dem oben festgelegten Streitgegenstand ist die Berufung gemäß § 144 Abs. 1 SGG statthaft und auch im Übrigen zulässig. Zwar wird der in § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG festgelegte Beschwerdewert von 10.000,00 EUR nicht erreicht. Die Berufung bedarf gleichwohl nicht der Zulassung, denn es handelt sich hier nicht um eine Erstattungsstreitigkeit zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechtes oder Behörden. Vielmehr macht die Klägerin einen Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung des Versicherten G und nicht etwa einen Erstattungsanspruch gemäß §§ 102 ff. Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) geltend. Auch eine weite Auslegung des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG über die Vorschriften der §§ 102 ff. SGB X hinaus findet ihre Grenze dort, wo sie zu sachwidrigen Ergebnissen führen würde. Dementsprechend hat sich der Begriff der Erstattungsstreitigkeit im Sinne dieser Vorschrift auf Streitigkeiten zu beschränken, die ihrer Art nach typischer Weise zwischen juristischen Personen des öffentlichen Rechtes oder Behörden entstehen. Hingegen dürfen keine Bereiche der Daseinsvorsorge erfasst werden, in denen die öffentliche Hand auch in privatrechtlichen Formen oder sogar gänzlich privatwirtschaftliche Unternehmen tätig sind; denn es wäre schwerlich zu rechtfertigen, die Berufungsfähigkeit gleichartiger Streitigkeiten auch nur deshalb unterschiedlich zu beurteilen, weil daran in dem einen Fall zufälligerweise nur eine juristische Person des öffentlichen Rechtes oder Behörden beteiligt sind und in dem anderen Fall nicht (BSG, Urteil vom 06.05.1998 - B 13 RJ 69/97 R). Eine in diesem Sinne "typische" Erstattungsstreitigkeit liegt nicht vor. Die Klägerin ist als Kommune zwar eine juristische Person des öffentlichen Rechtes und erstrebt in ihrer Eigenschaft als Krankenhausträgerin die Erstattung der entstandenen Aufwendungen. Da es auf dem Gebiet des Krankenhauswesens jedoch Träger in den unterschiedlichsten Rechtsformen und mit voneinander abweichenden Ausrichtungen gibt, lässt sich nach der Rechtsprechung der Kostenübernahmeanspruch eines Krankenhausträgers gegen einen Sozialleistungsträger - ungeachtet der einschlägigen Anspruchsgrundlage - nicht als Erstattungsstreitigkeit im Sinne des § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 2 SGG einstufen (BSG, Urteil vom 06.05.1998 - B 13 RJ 69/97 R).

Dies steht jedoch der öffentlich-rechtlichen Natur des geltend gemachten Anspruches grundsätzlich nicht entgegen. Da die Klägerin die Vergütung für eine stationäre Behandlung geltend macht, auf die der Versicherte gegenüber der Beklagten nach § 26 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 27 Abs. 1 Nr. 6 Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) Anspruch hat und die gemäß § 33 Abs. 1 und 2 SGB VII in einem Krankenhaus im Sinne des § 107 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erbracht wird, ist das Streitverhältnis dem Unfallversicherungsrecht zuzuordnen (BSG, Urteil vom 12.01.2010 - B 2 U 28/08 R, Rz. 10, zitiert nach Juris; wobei in diesem Fall der Krankenhausträger die Vergütung für eine gemäß § 34 Abs. 8 SGB VII aufgrund vertraglicher Beziehung durchgeführte stationäre Behandlung eingeklagt hat).

Die auf Zahlung der Vergütung für die Krankenhausbehandlung gerichtete Klage ist als echte Leistungsklage i. S. des § 54 Abs. 5 SGG statthaft und zulässig. Die Beklagte ist weder berechtigt noch verpflichtet, über das Bestehen und die Höhe des von einem Krankenhausträger wegen der Krankenhausbehandlung eines Versicherten geltend gemachten öffentlich-rechtlichen Zahlungsanspruches durch Verwaltungsakt zu entscheiden (BSG, Urteil vom 12.01.2010 - B 2 U 28/08 R). Ein solcher ist auch nicht ergangen. Die Beklagte hat lediglich die Begleichung der Rechnung verweigert. Es war daher weder ein Vorverfahren durchzuführen noch eine Klagefrist einzuhalten.

Die Berufung ist auch begründet, da ein Anspruch auf die Zahlung der geltend gemachten 7.360,73 EUR besteht und ein Zinsanspruch in der geltend gemachten Höhe ebenfalls gegeben ist. Zu Unrecht hat das SG die Klage abgewiesen.

Zwar besteht keine vertragliche Anspruchsgrundlage für die Klägerin gegen die Beklagte auf Zahlung des genannten Betrages. Es besteht weder eine vertragliche Vereinbarung zwischen der Klägerin und der Beklagten im Sinne von § 34 Abs. 8 SGB VII, noch ein Vertrag durch etwaige Einweisung des Durchgangsarztes Dr. B. Vertragliche Ansprüche zu Gunsten der Klägerin werden auch nicht durch den Vertrag zwischen der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e.V. und dem Bundesverband der Landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaften e.V. einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen (Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger) begründet. Dies hat das Bundessozialgericht in seiner Entscheidung vom 12.01.2010 - B 2 U 28/08 R - klargestellt.

Die Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der gesetzlichen Unfallversicherung zwischen der DGUV und der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) gilt erst seit dem 1. Januar 2013 (Abschluss 05.12.2012) und ist vorliegend daher ebenfalls nicht entscheidungserheblich.

Diese Rahmenvereinbarung wurde erforderlich, nachdem das Bundessozialgericht in der genannten Entscheidung klargestellt hat, dass ein Vergütungsanspruch auch nicht nach aus den Vorschriften des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) hergeleitet werden kann. Das Bundessozialgericht hat ausgeführt (Rz. 19, zitiert nach juris), dass die Vorschriften des KHEntG nicht die rechtliche Grundlage für einen Vergütungsanspruch dem Grunde nach geben, sondern nur für die Abrechnung einer vergütungsfähigen Krankenhausbehandlung, in denen die Art und die Höhe der zu zahlenden Entgelte und Zuschläge bestimmt wird. Auch die auf § 11 KHEntG beruhende Entgeltvereinbarung gilt nach der Entscheidung des Bundessozialgerichtes nur für die Vertragsparteien. Dies ergibt sich aus § 18 Abs. 2 Krankenhausgesetz (KHG). Demnach sind nur diejenigen Sozialleistungsträger als Vertragsparteien vorgesehen, auf die allein im Jahr vor Beginn der Entgeltverhandlungen mehr als 5 % der Belegungs- und Berechnungstage des Krankenhauses entfallen. Die Klägerin hat keine Unterlagen vorgelegt, dass bezüglich der Belegung des Krankenhauses Bad C. für das Jahr vor Beginn der Pflegesatzverhandlungen mehr als 5 v.H. der Belegungs- und Berechnungstage auf die Beklagte bzw. Arbeitsgemeinschaften von Sozialleistungsträgern (z.B. DGUV) entfallen sind. Es ist daher davon auszugehen, dass dies im Falle der Beklagten nicht gegeben ist. Die Beklagte ist daher nicht Partei der Entgeltvereinbarung geworden.

Nach der genannten Entscheidung des Bundessozialgerichtes ist Grundlage für den geltend gemachten Zahlungsanspruch aber eine öffentlich-rechtliche Geschäftsführung ohne Auftrag (GoA) gemäß §§ 677 ff. BGB, welche im Öffentlichen Recht entsprechend anzuwenden ist. Da die Klägerin als "Geschäftsführer" kein Leistungsträger im Sinne der §§ 102 ff. SGB X ist und sie mit der Geschäftsführung eine Aufgabe eines sozialrechtlichen Leistungsträgers übernommen hat, nämlich den Sachleistungsanspruch des Versicherten auf Krankenhausbehandlung gemäß § 26 i.V.m. § 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB VII erfüllt hat, können diese Vorschriften entsprechend Anwendung finden.

Gemäß § 677 BGB umfasst die Pflicht des Geschäftsführers soweit er ein Geschäft für einen anderen besorgt, ohne von ihm beauftragt oder ihm gegenüber sonst berechtigt zu sein, dass er das Geschäft so führt, wie das Interesse des Geschäftsherrn mit der Rücksicht auf dessen wirklichen oder mutmaßlichen Willen es erfordert. Unter diesen Voraussetzungen kann der Geschäftsführer, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht, wie ein Beauftragter (§ 670 BGB) Ersatz seiner Aufwendungen verlangen. Ein der Geschäftsführung entgegenstehender Wille des Geschäftsherren hindert dies gemäß § 679 BGB nicht, wenn ohne die Geschäftsführung eine Pflicht des Geschäftsherren, deren Erfüllung im öffentlichen Interesse liegt oder eine gesetzliche Unterhaltspflicht des Geschäftsherren nicht rechtzeitig erfüllt werden würde.

Die Klägerin kann von der Beklagten Ersatz ihrer Aufwendunge verlangen, denn die Behandlung des G im Krankenhaus Bad C. entsprach dem Willen der Beklagten. Diese kann sich nicht auf einen entgegenstehenden Willen berufen, sondern muss sich das Handeln des behandelnden Krankenhausarztes bzw. des Dr. B. zurechnen lassen.

Zwischen den Parteien ist zunächst nicht streitig, dass es sich um eine medizinisch erforderliche Krankenhausbehandlung des Versicherten im Rahmen der stationären Heilbehandlung gehandelt hat, die die Beklagte dem Versicherten als Sachleistung gemäß § 26 Abs. 1 Satz 1 i.V.m. § 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB VII schuldet.

Gemäß § 34 Abs. 1 Satz 1 SGB VII wird dieser Sachleistungsanspruch dahingehend konkretisiert, dass der Unfallversicherungsträger alle Maßnahmen zu treffen hat, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einzusetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, besondere unfallmedizinische oder Berufskrankheiten-Behandlung gewährleistet wird.

Zur Konkretisierung dieses Sachleistungsanspruches des Betroffenen, nämlich einer sachgemäßen Heilbehandlung unter Berücksichtigung der unfallmedizinischen Besonderheiten, wurde gemäß § 34 Abs. 3 Satz 1 SGB VII der Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger geschlossen. Unter § 37 Abs. 1 dieses Vertrages heißt es, dass in Fällen, in denen eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis (Anhang 1 zu dem Vertrag, in der Fassung vom 01.01.2005) vorliegt, der behandelnde Arzt dafür zu sorgen hat, dass der Unfallverletzte unverzüglich in

ein von den Landesverbänden der DGUV am VAV beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird. Durch die Abfassung des Verletzungsartenverzeichnisses wurden bestimmte Krankheiten genannt, welche nur in zu diesem Verfahren (VAV) zugelassenen Krankenhäusern stationär behandelt werden sollten.

Der behandelnde Arzt hat im vorliegenden Fall aber entschieden, G nicht zu verlegen. Die Klägerin hat dazu vorgetragen, G sei gar nicht verlegungsfähig gewesen. Die Beklagte bestreitet dies nun unter Bezugnahme auf einen Beratungsarzt. Es erschließt sich jedoch nicht, wie dieser ohne nähere Kenntnis der medizinischen Befunde und Patientenunterlagen nach Jahren zu einer solchen Entscheidung kommt. Ob das Vorbringen der Klägerin, man habe versucht den G zu verlegen, dies aber wegen Bettenmangels nicht gemacht, widersprüchlich zur vorgebrachten Transportunfähigkeit des G ist, kann dahingestellt bleiben. Eine Verlegung ist aufgrund einer ärztlichen Entscheidung nicht erfolgt. Diese Entscheidung obliegt aber gerade nach dem Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger dem behandelnden Arzt. Eine Fehlentscheidung fällt daher auf die Beklagte zurück, da sie die Verlegungsentscheidung mit dem Abschluss des Vertrages an den behandelnden Arzt delegiert hat. Ob dies zu Ansprüchen der Beklagten gegen den Arzt führt, braucht hier nicht entschieden zu werden.

Auch hat der D-Arzt Dr. B. in seinem Bericht vom 31.03.2008 unter Ziff. 12 das Vorliegen einer Verletzung nach dem VAV verneint. Auch diese Entscheidung muss sich die Beklagte zurechnen lassen. Nach der Rechtsprechung des Bundesgerichtshofes (BGH, Urteil vom 09.12.2008 - VI ZR 277/07 und vom 09.12.1974 - III ZA 131/72) erfüllt der Durchgangsarzt bei seiner Entscheidung, ob und in welcher Weise ein Verletzter in die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung übernommen werden soll, eine der Berufsgenossenschaft obliegende Pflicht. Demnach ist diese Entscheidung und die sie vorbereitenden Maßnahmen als Ausübung eines öffentlichen Amts zu betrachten. Ein Durchgangsarzt, der einen Verletzten durch einen Fehler bei dieser Entscheidung oder bei der sie vorbereitenden Untersuchung schädigt, kann dann gegen eine ihm dem Verletzten gegenüber obliegende Amtspflicht verstoßen, wofür nach Art. 34 Grundgesetz (GG), § 839 BGB die Berufsgenossenschaft einzustehen hat. Soweit der Durchgangsarzt also in Ausübung seines öffentlichen Amtes als Durchgangsarzt einen Fehler gemacht hat, indem er die Sachlage falsch beurteilt hat, besteht ein Amtshaftungsanspruch gegenüber der Beklagten, welcher sich durch ein Fehlverhalten des Durchgangsarztes bzw. der Berufsgenossenschaft konkretisiert hat. In dem D-Arztbericht wird namens der Beklagten vom D-Arzt der wirkliche Wille dergestalt mitgeteilt, dass nicht von einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis auszugehen ist.

Dem steht nicht entgegen, dass die Beklagte nun eine andere Auffassung vertritt und die Verletzung dem VAV zuordnet, da das Interesse und der Wille des Geschäftsherren im Zeitpunkt der Übernahme der Geschäftsführung entscheidend ist und spätere Änderungen unbeachtlich sind (Seiler in Münchener Kommentar zum BGB, 6. Auflage 2012, § 683, Rz. 11).

Da die Voraussetzungen einer öffentlich-rechtlichen GoA vorliegen, die Geschäftsbesorgung dem im Zeitpunkt der Übernahme geäußerten Willen der Beklagten entspricht, steht der Klägerin gemäß § 683 BGB analog wie einer Beauftragten Aufwendungsersatz gemäß § 670 BGB zu. Demnach kann sie die Aufwendungen erstattet verlangen, die sie für erforderlich halten durfte. Da die Versorgung des G in dem erfolgten Rahmen unstreitig erforderlich war, sind die Behandlungskosten als Aufwendungsersatz zu übernehmen.

Der Zinsanspruch ergibt sich bei der GoA aus § 256 BGB. Wer zum Ersatz von Aufwendungen verpflichtet ist, hat den aufgewendeten Betrag von der Zeit der Aufwendung an zu verzinsen. Der gesetzliche Zinssatz beträgt gemäß § 246 BGB vier vom Hundert für das Jahr. Da über den Antrag der Klägerin nicht hinausgegangen werden durfte, war der Betrag von 7360,73 EUR ab 10.06.2008 zu verzinsen.

Der Berufung war daher vollumfänglich zu entsprechen und das erstinstanzliche Urteil aufzuheben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. §§ 154 Abs. 1, 155 Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Soweit die Klägerin an ihren weitergehenden Anträgen nicht mehr festgehalten hat, hat sie zwar teilweise die Klage zurückgenommen und hätte insoweit die Kosten zu tragen. Da es sich hierbei im Vergleich zur Klagesumme insgesamt nur um einen geringen Teil handelt, hat der Senat der Beklagten die Kosten vollumfänglich auferlegt.

Die Revision war nicht zuzulassen, da keiner der Gründe des § 160 Abs. 2 SGG vorliegt.

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus den §§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 3 und 47 Abs. 1 Satz 1 Gerichtskostengesetz (GKG), wobei die Zinsen als Nebenforderung nach § 43 Abs. 1 GKG nicht berücksichtigt werden.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2013-12-11