

S 15 U 167/06

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
SG Halle (Saale) (SAN)
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
15
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 15 U 167/06
Datum
05.06.2009
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
-

Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Der Kläger hat die Kosten des Verfahrens zu tragen. Der Streitwert wird mit 2.441,02 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Zahlung der Kosten für die stationäre Behandlung von Frau J. anlässlich des Arbeitsunfalls vom 13. Juli 2005 in Höhe von 2.441,02 EUR nebst Zinsen.

Frau J. wurde vom 13. Juli 2005 bis 23. Juli 2005 im Krankenhaus Q. wegen einer operativ versorgten Monteggiafraktur des linken Ellenbogengelenkes stationär betreut. Das Krankenhaus Q. gehört ebenso wie das Krankenhaus M. zum C. Klinikum, das vom Kläger bis 31. Dezember 2007 als Eigenbetrieb geführt und zum 1. Januar 2008 in die C. Klinikum S. GmbH umgewandelt wurde. Alleingesellschafter der C. Klinikum S. GmbH ist ebenfalls der Kläger.

Das Krankenhaus M. ist zur umfassenden medizinischen Versorgung von Verletzten aus dem Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung, insbesondere zur Durchführung des Verletzungsartenverfahrens befugt; das Krankenhaus Q. verfügt nicht über eine dementsprechende Zulassung.

Am 13. Juli 2005 gegen 7.00 Uhr erlitt Frau J. im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit als Bibliothekarin der Stadtverwaltung Q. einen Arbeitsunfall, als sie im Ausleihraum ausrutschte und stürzte. Um 7.15 Uhr stellte sich Frau J. im Krankenhaus Q. vor, wo sie von Dr. M., Chefarzt der Klinik für Chirurgie des Krankenhauses Q. und H-Arzt, behandelt wurde. Ausweislich des H-Arzt-Berichts des Dr. M. vom 14. Juli 2005 fand sich im linken Ellenbogengelenk eine Schwellung mit Dislokation bei ungestörter Durchblutung, Motorik und Sensibilität der Finger; röntgenologisch ergab sich eine dislozierte proximale Ulnafraktur mit Radiusköpfchenfraktur im Sinne einer Monteggiafraktur des linken Ellenbogengelenkes. Nach Reposition der Radiusköpfchenluxation und Gipsimmobilisation leitete Dr. M. eine besondere Heilbehandlung in stationärer Form ein und nahm Frau J. auf ihren dringenden Wunsch heimatnah in die eigene Klinik für Chirurgie des Krankenhauses Q. auf, wie im H-Arzt-Bericht des Dr. M. vom 14. Juli 2005 vermerkt ist. Die Fraktur wurde am 13. Juli 2005 in offener Operation osteosynthetisch versorgt. Aus dem Arztbrief des Dr. M. vom 22. Juli 2005 ergibt sich weiter, dass Frau J. am 23. Juli 2005 entlassen werden konnte, nachdem sich bei der Röntgenabschlussuntersuchung ein gutes Repositionsergebnis zeigte.

Nach Eingang des H-Arzt-Berichts vom 14. Juli 2005 wies die Beklagte mit Schreiben vom 27. Juli 2005 Dr. M. darauf hin, dass Frau J. in Anbetracht der diagnostizierten Monteggiafraktur des linken Ellenbogens unverzüglich in ein Krankenhaus, das zum Verletzungsartenverfahren zugelassen ist, hätte überwiesen werden müssen. Das Krankenhaus Q. habe diese Zulassung nicht.

Am 1. August 2005 stellte das C. Klinikum, dessen Träger der damalige Landkreis M.-Q. war, zulasten der Beklagten die Schlussrechnung für die stationäre Behandlung von Frau J. in Höhe von insgesamt 2.441,02 EUR.

Am 17. August 2005 teilte die Beklagte der Krankenhausverwaltung des C. Klinikums mit, dass Kosten für die vertragswidrig durchgeführte Behandlung nicht übernommen werden und sandte die Rechnung unerledigt zurück.

Mit Schreiben vom 25. August 2005 stellte Dr. M. klar, dass Frau J. die Behandlung und operative Versorgung ausdrücklich im Krankenhaus Q. wünschte und nach intravenöser Analgesie mit Reposition der Radiusköpfchenluxation und Gipsimmobilisation nicht mehr verlegungsfähig gewesen sei.

Die Beklagte holte sodann eine beratende Stellungnahme des Dr. L., Arzt für Chirurgie/ Unfallchirurgie, vom 26. September 2005 ein. Demnach habe die Fraktur einer primären operativen Behandlung, möglichst innerhalb der ersten sechs Stunden nach dem Unfall bedurft. Da keine unfallbedingten Durchblutungs- oder Nervenversorgungsstörungen bestanden und die gedeckte Verrenkung des linken Speichenkopfes unter Schmerzmittelgabe sofort reponiert wurde, habe Frau J. ohne jegliche negative Folgen in das zum Verletzungsartenverfahren zugelassene Krankenhaus M. oder in die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken B. in H. verlegt werden können. Medizinische Gründe für die Behandlung von Frau J. im Krankenhaus Q. lägen nicht vor.

Die Beklagte zog anschließend das Narkoseprotokoll bei.

In seiner nochmaligen beratenden Stellungnahme vom 16. November 2005 führt Dr. L. aus, dass der operative Eingriff am 13. Juli 2005 um 13.00 Uhr, also sechs Stunden nach Eintritt des unfallbedingten Gesundheitsschadens erfolgte. Zu diesem Zeitpunkt bzw. vorher hätte die Operation auch im nächstgelegenen, zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhaus durchgeführt werden können. Am 11. Januar 2006 wandte sich die Beklagte wegen mehrerer vergleichbarer Fälle der stationären Aufnahme durch Dr. M. in das Krankenhaus Q. bei Verletzungsartenverfahren an Dr. K., Ärztlicher Direktor des C. Klinikums. Aus Sicht des Dr. K. hätte Frau J. ohne weiteres verlegt werden können, zumal sie sich um 7.15 Uhr vorstellte und erst 13.45 Uhr operiert wurde.

Der Kläger mahnte die Begleichung der Rechnung am 22. Februar 2006, 31. Juli 2006 und 5. Oktober 2006 an, was die Beklagte wegen Verstoßes gegen vertragliche Pflichten jeweils ablehnte. Die Beklagte führte ergänzend aus, dass schon in Anbetracht des Zeitablaufs zwischen dem Eintreffen von Frau J. im Krankenhaus Q. und der Durchführung der Operation nicht von einem Notfall auszugehen sei und Dr. M. nicht im Rahmen seiner hoheitlichen Pflichten als H-Arzt, sondern als angestellter Chefarzt des Krankenhauses tätig geworden sei.

Der Kläger hat am 24. November 2006 Klage vor dem Sozialgericht Halle erhoben, da die Kosten der stationären Behandlung von Frau J. in Anbetracht des erlittenen Arbeitsunfalls von der Beklagten zu übernehmen wären. Der Vergütungsanspruch des Klägers ergebe sich aus den gesetzlichen Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung sowie der Fallpauschalen. Hingegen sei der Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger nicht anwendbar, da der Kläger selbst nicht Vertragspartner sei.

Nachdem das C. Klinikum seit 1. Januar 2008 als GmbH betrieben wird und sämtliche Forderungen auf die GmbH übergegangen sind, beantragt der Kläger nunmehr, die Beklagte zu verurteilen, an die C. Klinikum S. GmbH als Rechtsnachfolger des vom Kläger vormals als Eigenbetrieb geführten C. Klinikums für die stationäre Behandlung von Frau J. 2.441,02 EUR nebst 4 % Zinsen ab 27. August 2005 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, die Klage abzuweisen.

Die Beklagte stellt klar, für den Arbeitsunfall der Frau J. grundsätzlich der zuständige Leistungsträger zu sein. Da jedoch das Krankenhaus Q. nicht über eine Zulassung zur besonderen Heilbehandlung von Unfallverletzten verfüge, könne eine materielle Anspruchsgrundlage für die Begleichung der Rechnung des Klägers vom 1. August 2005 nicht erkannt werden. Aus den vom Kläger allgemein angeführten Regelungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes, der Bundespflegesatzverordnung sowie der Fallpauschalen ergebe sich kein Anspruch gegen die Beklagte, zumal das Recht der gesetzlichen Unfallversicherung keine entsprechende Verweisung enthalte. Für das Krankenhaus M. habe der Kläger eine Zulassung zum Verletzungsartenverfahren beantragt und erhalten, sodass ihm das Verfahren bekannt gewesen sei.

Mit Schriftsatz vom 28. Mai 2009 hat der Kläger das Ruhen des Verfahrens angeregt, weil beim Bundessozialgericht bereits ein Verfahren zur gleichen Thematik mit Aktenzeichen [B 2 U 28/08 R](#) anhängig sei. Die Beklagte ist dem entgegen getreten, da es vorliegend nicht um die Prüfung zusätzlicher medizinischer Unterlagen ginge und daher die hier streitige Rechtsfrage durch die ausstehende Entscheidung des Bundessozialgerichts nicht beeinflusst werde. Das Gericht hat den Beteiligten daraufhin mitgeteilt, dass ein Ruhen des Verfahrens derzeit nicht zweckmäßig erscheine und es deshalb beim anberaumten Termin am 5. Juni 2009 bleibe.

In der mündlichen Verhandlung am 5. Juni 2009 stellte der Prozessbevollmächtigte des Klägers zunächst klar, dass das vormalig als Eigenbetrieb geführte C. Klinikum zum 1. Januar 2008 in eine GmbH umgewandelt worden sei und sämtliche Forderungen auf die nunmehrige C. Klinikum S. GmbH übergegangen seien. Im Übrigen wurde mit den Beteiligten die ordnungsgemäße Erteilung der Vollmacht, die Eröffnung des sozialgerichtlichen Rechtsweges, die Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Vergütungsanspruch, die Gerichtskostenpflichtigkeit des Verfahrens sowie die Festsetzung des Streitwertes besprochen. Wegen der Einzelheiten wird Bezug genommen auf das Protokoll vom 5. Juni 2009.

Ergänzend zum Sach- und Streitstand wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung am 5. Juni 2009 waren und dem Gericht bei der Beratung vorlagen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

I. Der sozialgerichtliche Rechtsweg ist gemäß [§ 51 Abs. 1 Nr. 3](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) eröffnet, weil es vorliegend um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit in Angelegenheiten der gesetzlichen Unfallversicherung geht und es keine abdrängende Sonderzuweisung gibt.

Laut [§ 51 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) entscheiden die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit über öffentlich-rechtliche Streitigkeiten in Angelegenheiten der gesetzlichen Unfallversicherung. Bei dem vom Kläger geltend gemachten Vergütungsanspruch für die stationäre Behandlung von Frau J. handelt es sich um eine öffentlich-rechtliche Streitigkeit im Bereich der gesetzlichen Unfallversicherung.

Die Abgrenzung zwischen öffentlich-rechtlichen und zivilrechtlichen Streitigkeiten richtet sich nach ganz überwiegender Auffassung nicht danach, ob am Verfahren ein Träger hoheitlicher Gewalt beteiligt ist oder welcher Rechtsordnung die streitentscheidende Norm unterfällt, sondern hängt von der Natur des Rechtsverhältnisses ab, aus dem der Klageanspruch hergeleitet wird (vgl. etwa GmS-OBG, Beschluss vom 04.06.1974 - 2/73, [BSGE 37, 292](#) ff. und Beschluss vom 29.10.1987 - 1/86, [BGHZ 102, 280](#), 283 sowie BSG, Beschluss vom 30.03.1993 - [3 RK 1/93](#), [BSGE 72, 148](#), 151 und Beschluss vom 06.09.2007 - [B 3 SF 1/07 R](#)). Maßgebend ist folglich das Klagebegehren auf der Basis des

zugrunde liegenden Sachverhaltes und inwieweit daraus hergeleitete Rechtsfolgen sozial- oder zivilrechtlich geprägt sind (vgl. BSG, Beschluss vom 12.05.1998 - [B 11 SF 1/97 R](#), [SozR 3-1500 § 51 Nr. 24](#)). Die berufsgenossenschaftliche Heilbehandlung ist durch die gesetzlichen Vorgaben zu deren Art und Umfang öffentlich-rechtlich determiniert, was für den Vergütungsanspruch gleichermaßen gilt (ebenso Benz in: Hauck, SGB VII, Loseblatt, § 34 Rn. 13). Da für Streitigkeiten zwischen einem Krankenhaus und der gesetzlichen Krankenkasse wegen der Abrechnung der Kosten für eine stationäre Behandlung der sozialgerichtlichen Rechtsweg angenommen wird (so BSG, Urteil vom 14.01.81 - [3 RK 27/80](#), [BSGE 51, 108](#), 109 f), kann für die gesetzliche Unfallversicherung nichts anderes gelten (vgl. BSG, Urteil vom 28.06.88 - [2 RU 40/87](#), HVBG-Info 1988, 1817). Streiten also Krankenhaus und Unfallversicherungsträger über die Vergütung einer berufsgenossenschaftlichen Heilbehandlung, entscheidet das Sozialgericht (vgl. nur BSG, Urteil vom 28.06.88 - [2 RU 40/87](#), HVBG-Info 1988, 1817; LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 14.01.05 - [L 4 U 19/04](#) und LSG Sachsen, Urteil vom 26.06.08 - [L 2 U 44/06](#); a.A. noch OLG Stuttgart, Urteil vom 22.10.75 - [13 U 111/75](#), SGB 1977, 212).

II. Die Klage ist zulässig, da sie vom Kläger formgerecht vor dem Sozialgericht Halle erhoben wurde und als Leistungsklage statthaft ist. Durch die Kreisgebietsreform zum 1. Juli 2007 (Gesetz zur Kreisgebietsneuregelung vom 11.11.2005 [GVBl. LSA S. 692], geändert am 19.12.2006 [GVBl. LSA S. 544]) ist der Landkreis M.-Q. als vormaliger Kläger im Landkreis Saalekreis eingegangen, sodass auf Seiten des Klägers ein Beteiligtenwechsel kraft Gesetz eingetreten ist (vgl. Leitherer in: Meyer-Ladewig/ Keller/ Leitherer, SGG, 9. Auflage 2008, § 99 Rn. 6a).

1. Der Kläger ist auch nach der Privatisierung des von ihm zunächst als Eigenbetrieb geführten C. Klinikums berechtigt, den Prozess zu führen, wengleich nicht mehr er, sondern die C. GmbH jetzt Inhaber des geltend gemachten Vergütungsanspruchs ist. Der Forderungsübergang vom Kläger auf die C. GmbH zum 1. Januar 2008 beseitigt nicht die Klagebefugnis des Klägers. Denn nach [§ 265 Abs. 2 Satz 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO), der im sozialgerichtlichen Verfahren über [§ 202 SGG](#) anwendbar ist, hat die Veräußerung oder Abtretung einer in Streit befangenen Sache keinen Einfluss auf den Prozess. Vielmehr ist der Rechtsnachfolger laut [§ 265 Abs. 2 Satz 2 ZPO](#) nicht berechtigt, ohne Zustimmung des Gegners den Prozess als Hauptpartei anstelle des Rechtsvorgängers zu übernehmen oder eine Hauptintervention zu erheben. Mithin wird der Kläger, der den geltend gemachten Vergütungsanspruch nach Klageerhebung an die C. GmbH abgetreten hat, kraft Gesetzes Prozessstandschafter des Rechtsnachfolgers, sodass er weiterhin alle Prozesshandlungen vor- und entgegennehmen kann (vgl. Greger in: Zöller, ZPO, 25. Auflage 2005, § 265 Rn. 6).

2. Das Gericht geht entgegen den von der Beklagten geäußerten Zweifeln von einer ordnungsgemäßen Bevollmächtigung des Prozessbevollmächtigten durch den Kläger aus. Die in der Gerichtsakte befindliche Vollmacht vom 3. November 2006 hat Herr P., der jetzt Geschäftsführer und vormalig Verwaltungsdirektor des C. Klinikums war, unterzeichnet. Nach den Darlegungen des Prozessbevollmächtigten des Klägers in der mündlichen Verhandlung vom 5. Juni 2009 war Herr P. als Verwaltungsdirektor befugt, den Vergütungsanspruch für den Kläger gerichtlich geltend zu machen. Das Gericht unterstellt daher, dass eine vom Landrat des Klägers erteilte Vollmacht nicht erforderlich ist, zumal ein Mangel der Vollmacht nach [§ 73 Abs. 6 Satz 4 SGG](#) nur von Amts wegen zu berücksichtigen ist, wenn nicht als Bevollmächtigter ein Rechtsanwalt wie hier auftritt.

3. Die erhobene Leistungsklage ist gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) statthaft, da zwischen dem Kläger und der Beklagten ein Gleichordnungsverhältnis besteht und somit die Vergütung für die stationäre Behandlung der Frau J. nicht per Verwaltungsakt festsetzbar ist. Die Verurteilung zu einer Leistung, auf die ein Rechtsanspruch besteht, kann nämlich laut [§ 54 Abs. 5 SGG](#) dann begehrt werden, wenn ein Verwaltungsakt nicht zu ergehen hat. Davon wird typischerweise die Geltendmachung eines Vergütungsanspruchs durch ein Krankenhaus erfasst (vgl. nur BSG, Urteil vom 17.05.00 - [B 3 KR 33/99](#), [BSGE 86, 166](#), 167 f und LSG Sachsen, Urteil vom 26.06.08 - [L 2 U 44/06](#)). Der Kläger musste daher vor Erhebung der Leistungsklage kein Vorverfahren durchführen und war auch nicht an eine Klagefrist gebunden.

III. Die Klage ist unbegründet, da der Kläger keinen Anspruch auf Vergütung für die stationäre Behandlung der Frau J. vom 13. Juli 2005 bis 23. Juli 2005 hat. Durch den Arbeitsunfall vom 13. Juli 2005 hat sich Frau J. eine Montaggiafraktur des linken Ellenbogengelenkes zugezogen, die Rahmen des Verletzungsartenverfahrens zu behandeln gewesen wäre. Das Krankenhaus Q. ist jedoch zum Verletzungsartenverfahren nicht zugelassen, sodass Frau J. dort nicht behandelt werden durfte. Vielmehr hätte Frau J. entweder in das Krankenhaus M., das ebenfalls zum C. Klinikum gehört, oder in die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken B. in H. verlegt werden müssen. Ein Vergütungsanspruch des Klägers als Träger des C. Klinikums gegen die Beklagte ist daher nicht entstanden, sodass dieser zum 1. Januar 2008 nicht auf die C. Klinikum S. GmbH übergehen konnte. Mangels Hauptforderung besteht auch kein Anspruch auf Verzinsung.

1. Eine Anspruchsgrundlage für die vom Kläger geltend gemachten, nunmehr an die C. Klinikum S. GmbH zu zahlenden Kosten, die aufgrund der stationären Behandlung der Frau J. vom 13. Juli 2005 bis 23. Juli 2005 einschließlich operativer Versorgung der Fraktur in Höhe von 2.441,02 EUR abgerechnet wurden, ist nicht ersichtlich. a) Ein Anspruch des Klägers auf Vergütung der an Frau J. erbrachten Krankenhausleistungen ist im Recht der gesetzlichen Unfallversicherung nicht geregelt, sondern bedarf regelmäßig einer gesonderten Vereinbarung zwischen den Beteiligten. Sonstige Rechtsnormen wie das Krankenhausentgeltgesetz, das Krankenhausfinanzierungsgesetz oder die Bundespflegesatzverordnung gelten entgegen dem allgemein gehaltenen Vortrag des Klägers nicht für Beziehungen, die aus dem Aufenthalt verunfallter Versicherter zwischen Krankenhäusern und Unfallkassen resultieren (so auch LSG Sachsen, Urteil vom 26.06.08 - [L 2 U 44/06](#)).

b) Mit dem Krankenhaus Q. haben die Verbände der Unfallversicherungsträger keinen öffentlich-rechtlichen Vertrag über die Durchführung der Heilbehandlung gemäß [§ 34 Abs. 8 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch Siebtes Buch - Gesetzliche Unfallversicherung (SGB VII) geschlossen. Somit besteht kein vertragliches Rechtsverhältnis zwischen dem Kläger und der Beklagten, das Grundlage für einen Vergütungsanspruch sein könnte.

c) Auch im Einzelfall ist zwischen den Beteiligten kein Vertrag über die Behandlung von Frau J. zustande gekommen, da Dr. M. in seiner Funktion als H-Arzt für die Beklagte kein wirksames Angebot abgeben konnte und die Beklagte das vollmachtlose Handeln des Dr. M. nicht genehmigt hat. Ein Angebot des Klägers durch Erbringung der Behandlung im Krankenhaus Q. wurde seitens der Beklagten nicht angenommen. Damit fehlen zwei übereinstimmende, auf die Herbeiführung von Rechtsfolgen gerichtete Willenserklärungen, die für das Zustandekommen eines Behandlungsvertrages konstitutiv sind (vgl. dazu LSG NRW, Urteil vom 14.01.05 - [L 4 U 19/04](#) und Sieper, Der Vergütungsanspruch des nicht zum Verletzungsartenverfahren zugelassenen Krankenhauses, NZS 2008, S. 348, 351 f).

aa) Aus dem H-Arztbericht vom 14. Juli 2005 ergibt sich, dass Dr. M. bei Frau J. eine besondere Heilbehandlung in stationärer Form eingeleitet hat. Ein D- bzw. H-Arzt entscheidet zwar grundsätzlich über die Art der Heilbehandlung und fungiert dabei als Vertreter der zur Leistungserbringung verpflichteten Berufsgenossenschaft (vgl. Sieper, a.a.O., NZS 2008, S. 348, 351). Insofern stellt die Verordnung der Krankenhausbehandlung durch den D- bzw. H-Arzt ein Angebot des Unfallversicherungsträgers auf Abschluss eines Behandlungsvertrages an das Krankenhaus dar (ähnlich LSG NRW, Urteil vom 14.01.05 - [L 4 U 19/04](#) und Sieper, a.a.O., NZS 2008, S. 348, 351 f). Vorliegend hat Dr. M. jedoch seine Befugnisse überschritten, sodass er nicht mit Wirkung für bzw. gegen die Beklagte handelte.

(1) Gemäß [§ 34 Abs. 1 Satz 1 SGB VII](#) haben die Unfallversicherungsträger alle Maßnahmen zu treffen, durch die eine möglichst frühzeitig nach dem Versicherungsfall einsetzende und sachgemäße Heilbehandlung und, soweit erforderlich, eine besondere unfallmedizinische Behandlung gewährleistet wird. Der Unfallversicherungsträger erbringt die Heilbehandlung zur Beseitigung oder Besserung des durch einen Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschadens als Sachleistung. Dabei obliegt dem Unfallversicherungsträger die Entscheidung über die konkret zu leistende Heilbehandlung, die typischerweise durch zugelassene D-Ärzte oder von beauftragten H-Ärzten getroffen wird (vgl. etwa BGH, Urteil vom 09.12.08 - [VI ZR 277/07](#), [NJW 2009, 993](#), 995). Sofern der D- bzw. H-Arzt den Versicherten dahingehend untersucht, ob eine allgemeine oder besondere Heilbehandlung angezeigt ist und diese einleitet, erfüllt er eine Aufgabe des Unfallversicherungsträgers und wird insoweit für den Unfallversicherungsträger tätig (vgl. BGH, Beschluss vom 04.03.07 - [VI ZR 101/07](#)). Allgemeine Regelungen über die allgemeine und besondere Heilbehandlung sind in dem zwischen dem Hauptverband der gewerblichen Berufsgenossenschaften, dem Bundesverband der landwirtschaftlichen Berufsgenossenschaftlichen, dem Bundesverband der Unfallkassen einerseits und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung andererseits mit Wirkung zum 1. Mai 2001 geschlossenen Vertrag gemäß [§ 34 Abs. 3 SGB VII](#) über die Durchführung der Heilbehandlung, die Vergütung der Ärzte sowie die Art und Weise der Abrechnung der ärztlichen Leistungen getroffen (Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger - abgedruckt etwa in: Bereiter-Hahn/ Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, Loseblatt, Anhang 1).

So erfasst die allgemeine Heilbehandlung nach [§ 10 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger](#) die ärztliche Versorgung einer Unfallverletzung, die nach Art oder Schwere weder eines besonderen personellen, apparativ-technischen Aufwandes noch einer spezifischen unfallmedizinischen Qualifikation des Arztes bedarf. Die allgemeine Heilbehandlung kann von jedem Arzt betreut werden, außer die Unfallverletzung führt über den Unfalltag hinaus zur Arbeitsunfähigkeit oder die Behandlungsbedürftigkeit beträgt voraussichtlich mehr als eine Woche. In diesem Fall hat sich der Unfallverletzte unverzüglich einem D-Arzt vorzustellen, der unter Berücksichtigung von Art und Schwere der Verletzung über die Art der Heilbehandlung entscheidet und diese bei Einleitung einer besonderen Heilbehandlung selbst durchführt, ansonsten an den behandelnden Arzt überweist.

Unter die besondere Heilbehandlung fällt gemäß [§ 11 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger](#) die fachärztliche Behandlung einer Unfallverletzung, die wegen Art oder Schwere eine besondere unfallmedizinische Qualifikation verlangt, wozu auch die Erfassung der Zusammenhänge zwischen Arbeitstätigkeit und Unfallereignis, die tätigkeitsbezogene Funktionsdiagnostik, gegebenenfalls unter Berücksichtigung von Vorschäden, sowie die prognostische Einschätzung der Unfallverletzung unter dem Gesichtspunkt typischer Konstellationen sowie frühzeitig einzuleitender medizinischer und schulischer/ beruflicher Rehabilitationsmaßnahmen mit umfassender Dokumentation aller Daten, die zur Rekonstruktion von Ursache, Ausmaß und Verlauf der Heilbehandlung relevant sind, gehören. Die besondere Heilbehandlung kann neben dem D-Arzt auch der H-Arzt in den in [§ 35 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger](#) genannten Fällen erbringen, wobei seine Beteiligung auf besondere Arten von Verletzungen minderer Schwere begrenzt ist.

(2) Durch [§ 35 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger](#) ist der H-Arzt berechtigt, bei den unter Nr. 1 bis 7 genannten Verletzungen eine besondere Heilbehandlung durchzuführen, soweit es sich nicht um eine im Verletzungsartenverzeichnis aufgeführte Verletzung handelt. Der H-Arzt mit weit weniger reichenden Befugnissen als ein D-Arzt darf daher nur bei Vorliegen der Voraussetzungen des [§ 35 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger](#) eine besondere Heilbehandlung einleiten und durchführen. Liegt keine der dort oder eine im Verletzungsartenverzeichnis genannte Verletzung vor, ist der H-Arzt nicht befugt, Entscheidungen zu treffen, da ihm diese Aufgabe nicht übertragen ist (vgl. vgl. BGH, Urteil vom 09.12.08 - [VI ZR 277/07](#), [NJW 2009, 993](#), 996). Dies haben die Landesverbände der gewerblichen Berufsgenossenschaften mit Rundschreiben vom 7. November 2003 nochmals klargestellt (abgedruckt bei: Noeske/ Franz, Erläuterungen zum Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger, Loseblatt, Anlage zu [§ 58, A 2](#)).

Bei einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis hat der behandelnde Arzt nach [§ 37 Abs. 1 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger](#) dafür zu sorgen, dass der Unfallverletzte unverzüglich in ein von den Landesverbänden der gewerblichen Berufsgenossenschaften am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus überwiesen wird. In diesem Fall ist auch der H-Arzt gehalten, den Versicherten in ein am Verletzungsartenverfahren beteiligtes Krankenhaus und den dortigen D-Arzt zu überweisen. Weitere Entscheidungskompetenzen sind dem H-Arzt insoweit nicht eingeräumt (vgl. BGH, Urteil vom 09.12.08 - [VI ZR 277/07](#), [NJW 2009, 993](#), 996).

(3) Die von Dr. M. infolge des Arbeitsunfalls vom 13. Juli 2005 bei Frau J. diagnostizierte dislozierte proximale Ulnafraktur mit Radiusköpfchenluxation im Sinne einer Monteggiafraktur des linken Ellenbogengelenkes wäre nach der Erstversorgung im Verletzungsartenverfahren zu behandeln gewesen, sodass Dr. M. als H-Arzt nicht berechtigt war, die besondere Heilbehandlung einzuleiten und die Aufnahme von Frau J. ins Krankenhaus Q., das zum Verletzungsartenverfahren nicht zugelassen ist, zu veranlassen.

(3.1) Das Verletzungsartenverzeichnis in der Fassung vom 1. Januar 2005 (abgedruckt in: Lauterbach, SGB VII, Loseblatt, [§ 34 Rn. 12](#)) erfasst unter anderem in Nr. 7 operativ rekonstruktionsbedürftige Verletzungen großer Gelenke (mit Ausnahme isolierter Bandverletzungen des oberen Sprunggelenkes sowie isoliertem Riss des vorderen Kreuzbandes und unkomplizierter vorderer Schulterinstabilität). Nach den Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis in der Fassung vom 1. August 2007 (abgedruckt in: Lauterbach, SGB VII, a.a.O., [§ 34 Rn. 12](#)) zählen alle große Gelenke der oberen Extremität im Sinne der Nr. 7 das Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk sowie alle Brüche mit Gelenkverwerfung bei fraglicher Operationsbedürftigkeit. Nach klinischer und röntgenologischer Untersuchung stellte Dr. M. bei Frau J. einen geschlossenen Bruch der linken Elle im Bereich der ellenbogengelenksnahen Hälfte sowie eine gedeckte Verrenkung des linken Speichenkopfes im Sinne einer Monteggiafraktur des linken Ellenbogengelenkes fest, die osteosynthetisch versorgt wurde. In Anbetracht dieser operationsbedürftigen Verletzung eines großen Gelenkes der oberen Extremität hätte Dr. M. Frau J. in das Krankenhaus M. oder die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken B. in H., die beide zum Verletzungsartenverfahren zugelassen sind, verlegen müssen und nicht in das eigene Krankenhaus Q. aufnehmen dürfen. Die auf [§ 37 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger](#) beruhende Pflicht zur Überweisung hat zumindest Dr. M. als zugelassener H-Arzt zu beachten. Denn der Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger ist ein Normsetzungsvertrag im

Sinne des [§ 34 Abs. 3 Satz 1 SGB VII](#), der für die Mitglieder der beteiligten Interessenvertretungen, also die durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung repräsentierten Ärzte verbindlich ist (vgl. BSG, Urteil vom 05.09.06 – [B 2 U 8/05 R, SGB 2006, 607](#)).

(3.2) Der Verlegung von Frau J. in das Krankenhaus M. oder die Berufsgenossenschaftlichen Kliniken B. in H. steht weder ihr ausdrücklicher Wunsch auf heimatortnahe Operation und stationäre Behandlung noch ihr gesundheitlicher Zustand entgegen.

Sofern wegen der Art oder Schwere der Verletzung eine besondere unfallmedizinische Heilbehandlung angezeigt ist, kann die freie Arztwahl gemäß [§ 28 Abs. 4 Satz 2 SGB VII](#) insoweit eingeschränkt werden. Das ist mit dem Verletzungsartenverfahren im Interesse der Versicherten geschehen. Am Verletzungsartenverfahren werden nämlich nur bestimmte Krankenhäuser beteiligt, die hinsichtlich der fachlichen Qualifikation der Ärzte und der räumlich-apparativen Ausstattung besondere Anforderungen erfüllen (vgl. dazu Anforderungen der gesetzlichen Unfallversicherungsträger nach [§ 34 SGB VII](#) an Krankenhäuser zur Beteiligung an der besonderen stationären Behandlung von Schwer-Unfallverletzten in der Fassung vom 1. Januar 2005 – abgedruckt bei: Lauterbach, SGB VII, a.a.O., § 34 Rn. 14 ff). Damit soll ein Qualitätsstandard zwecks bestmöglicher Versorgung der Versicherten sichergestellt werden.

Frau J. hätte nach der Reposition der Radiusköpfchenluxation unter intravenöser Verabreichung eines Schmerzmittels ohne negative Folgen in das etwa 35 Kilometer entfernte Krankenhaus M. oder die mit ungefähr 40 Kilometer erreichbare Berufsgenossenschaftlichen Kliniken B. in H. verlegt werden können, zumal keine allgemeinen Kontraindikationen und keine unfallbedingten Durchblutungs- oder Nervenversorgungsstörungen bestanden. Das Gericht folgt insoweit den schlüssigen beratenden Stellungnahmen des Dr. L. vom 26. September 2005 und 16. November 2005. Demnach bedurfte die Verletzung einer primären operativen Behandlung möglichst innerhalb der ersten sechs Stunden nach dem Unfall, wobei die Zeitspanne durch das Krankenhaus Q. mit der Operation um 13.45 Uhr nur grenzwertig eingehalten wurde. Schon dies verdeutlicht, dass nicht von einer Notfalloperation auszugehen ist. Spätestens bis 13.00 Uhr, womöglich schon früher hätte der operative Eingriff auch im Krankenhaus M. durchgeführt werden können, was Dr. K. als Ärztlicher Direktor des C. Klinikums der Beklagten am 11. Januar 2006 bestätigte. Aus welchen Gründen Frau J. nach der Luxationsbeseitigung nicht mehr verlegungsfähig gewesen sein soll, wie Dr. M. in seinem Schreiben vom 25. August 2005 behauptet, erschließt sich dem Gericht nicht.

(4) Die Einleitung der besonderen Heilbehandlung durch Dr. M. entfaltet keine Wirkung für oder gegen die Beklagte, da Dr. M. abgesehen von der Erstversorgung keine Entscheidungsgewalt zustand und er somit nicht als Vertreter der Beklagten agierte (vgl. auch LSG NRW, Urteil vom 14.01.05 – [L 4 U 19/04](#) und Sieper, a.a.O., NZS 2008, S. 348, 351 f). Gegen das vertragswidrige Vorgehen verwahrte sich die Beklagte unmittelbar nach Erhalt des H-Arzt-Berichts mit Schreiben vom 27. Juli 2005.

Der H-Arzt nimmt nur im Rahmen des § 35 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger die Aufgaben der Unfallversicherungsträger wahr, dessen Voraussetzungen vorliegend nicht gegeben sind. Der H-Arzt ist folglich mit einer nach außen beschränkten Vollmacht ausgestattet. Überschreitet er diese, wie hier Dr. M., handelt er als vollmachtsloser Vertreter und gibt keine im Außenverhältnis bindende Erklärung ab. Verstößt der H-Arzt also gegen seine Pflicht zur Vorstellung des Patienten und behandelt diesen selbst, trifft er keine Entscheidung in Ausübung einer Amtspflicht des Unfallversicherungsträgers (vgl. OLG Karlsruhe, Urteil vom 14.11.07 – [7 U 101/06](#)). Ob Dr. M. seine Vollmacht darüber hinaus rechtsmissbräuchlich genutzt hat, wie die Beklagte ausgehend von dem im H-Arzt-Bericht vermerkten, dringenden Wunsch der Frau J. auf eine heimatortnahe Operation und stationäre Aufnahme, was absolut unüblich sei, meint, kann indes dahinstehen. Ein wirksames Angebot der Beklagten auf Abschluss eines Behandlungsvertrages gerichtet an den Kläger als Träger des C. Klinikums, zu dem das Krankenhaus Q. gehört, vermochte Dr. M. mangels Vertretungsmacht nicht abzugeben. Die Beklagte hat das Handeln des Dr. M. auch nicht genehmigt, sondern mit Schreiben vom 27. Juli 2005 sogar moniert, sodass das von Dr. M. abgegebene Angebot unwirksam ist. Die Beklagte muss sich die Einleitung der besonderen Heilbehandlung durch Aufnahme der Frau J. ins Krankenhaus Q. auch nicht unter dem Aspekt der Anscheins- oder Duldungsvollmacht zurechnen lassen. Da der Beklagten mehrere vergleichbare Fälle aufgefallen sind, wurden zunächst Dr. M. sowie die Krankenhausverwaltung informiert und letztlich das Gespräch mit Dr. K. als Ärztlicher Direktor des C. Klinikums gesucht. Die Beklagte hat somit weder einen Anschein für eine ordnungsgemäße Bevollmächtigung des Dr. M. in Fällen, wie dem vorliegenden, gesetzt noch das Handeln des Dr. M. nur ansatzweise geduldet. bb) Mit Erbringung der Behandlung im Krankenhaus Q. hat zwar der Kläger ein Angebot auf Abschluss eines Behandlungsvertrages abgegeben, dass jedoch von der Beklagten nicht angenommen wurde.

cc) Ein Vertrag über die Behandlung von Frau J. ist zwischen den Beteiligten nicht zustande gekommen, weil schon zwei übereinstimmende Willenserklärungen fehlen. Ob Angebot und Annahme darüber hinaus einem Schriftformerfordernis unterliegen und welche Anforderungen diesbezüglich zu stellen sind, bedarf daher keiner Entscheidung (vgl. dazu aber Sieper, a.a.O., NZS 2008, S. 348, 352).

d) Ein Anspruch des Klägers gegen die Beklagte auf Zahlung der Behandlungskosten nunmehr an die C. Klinikum S. GmbH aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag entsprechend [§ 683 Satz 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) besteht nicht, da die stationäre Betreuung von Frau J. im Krankenhaus Q. weder dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen der Beklagten noch deren Interesse entsprach.

Gemäß [§ 683 Satz 1 BGB](#) kann der Geschäftsführer wie ein Beauftragter Ersatz seiner Aufwendungen verlangen, wenn die Übernahme der Geschäftsführung dem Interesse und dem wirklichen oder dem mutmaßlichen Willen des Geschäftsherrn entspricht. Da die öffentlich-rechtliche Geschäftsführung ohne Auftrag gesetzlich nicht geregelt ist und für schuldrechtsähnliche Sonderbeziehungen hoheitlicher Art, die nicht normiert sind, das Zivilrecht herangezogen wird, ist [§ 683 Satz 1 BGB](#) entsprechend anwendbar (im Ergebnis ebenso LSG Hamburg, Urteil vom 31.10.07 – [L 1 KR 21/07, PflR 2008, 172](#), 175). Allerdings liegen die Voraussetzungen nicht vor. Da Dr. M. nicht nur im vorliegenden Fall, sondern gehäuft gegen die Vorschriften des Vertrages Ärzte/ Unfallversicherungsträger verstoßen hat, stellte die Beklagte gegenüber Dr. M. und der Krankenhausverwaltung des C. Klinikums mehrfach unmissverständlich klar, dass Versicherte mit Verletzungen, die im Verletzungsartenverzeichnis genannt sind, in ein zugelassenes Krankenhaus zu verlegen sind. Der wirkliche Wille der Beklagten, der gerade nicht auf eine Behandlung von Frau J. im Krankenhaus Q. gerichtet ist, muss somit sowohl Dr. M. als auch dem Kläger bekannt gewesen sein. Dass Dr. M. darüber möglicherweise irrte, schließt sein H-Arzt-Bericht vom 14. Juli 2005 aus. Offensichtlich war es Dr. M. gerade in Kenntnis des wirklichen Willens der Beklagten wichtig, den ausdrücklichen Wunsch von Frau J. auf heimatortnahe Operation und stationäre Behandlung zu dokumentieren. Die Operation und Behandlung der Frau J. im Krankenhaus Q. war für die Beklagte auch objektiv nicht nützlich, denn das Verletzungsartenverfahren hat ausschließlich in separat zugelassenen Kliniken zu erfolgen. Damit der erlittene Gesundheitsschaden optimal versorgt wird, soll das Verletzungsartenverfahren nur in einem Krankenhaus, das eine besondere apparative und personelle Ausstattung aufweist und sich den von den Verbänden vorgegebenen hohen Qualitätsanforderungen unterworfen hat,

durchgeführt werden (so auch Sieper, a.a.O., NZS 2008, S. 348, 352).

e) Der Kläger hat gegen die Beklagte auch keinen bereicherungsrechtlichen Anspruch auf Zahlung der Behandlungskosten gemäß [§ 61 Satz 2 Sozialgesetzbuch Zehntes Buch - Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz \(SGB X\)](#) i.V.m. §§ 812; 818 BGB, weil von einer aufgedrängten Bereicherung auszugehen ist.

aa) Mangels spezialgesetzlicher Regelung sind die [§§ 812 ff BGB](#) im öffentlichen Recht entsprechend anwendbar (ebenso BSG, Urteil vom 13.05.04 - [B 3 KR 2/03 R](#), [SozR 4-2500 § 132a Nr. 1](#) und LSG B.-Brandenburg, Urteil vom 04.07.06 - [L 24 KR 1127/05](#), [PflR 2006, 534](#)).

bb) Gemäß [§ 812 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 BGB](#) ist derjenige, der durch die Leistung eines anderen etwas ohne rechtlichen Grund erlangt, ihm zur Herausgabe verpflichtet. Wenngleich kein Verletzungsverfahren durchgeführt wurde, ist die Beklagte durch die primäre Behandlung von Frau J. im Krankenhaus Q. von ihrer Pflicht zur Gewährung einer Heilbehandlung befreit worden, denn der ihr gegenüber bestehende Sachleistungsanspruch der Frau J. nach §§ 26; 27 SGB VII hat sich abgesehen von etwaigen Folgeschäden durch unsachgemäße Versorgung im Krankenhaus Q. zunächst faktisch erledigt (vgl. dazu LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 14.01.05 - [L 4 U 19/04](#); LSG Hamburg, Urteil vom 31.10.07 - [L 1 KR 21/07](#), [PflR 2008, 172](#), 176 und Sieper, a.a.O., NZS 2008, S. 348, 353). Folglich hat die Beklagte durch ziel- und zweckgerichtete Mehrung ihres Vermögens seitens des Klägers die Erfüllung des Sachleistungsanspruchs erlangt, wofür kein Rechtsgrund bestand. cc) Erfolgt die Behandlung in einem zum Verletzungsverfahren nicht zugelassenen Krankenhaus, ist ein Anspruch auf Wertersatz wegen der aufgedrängten Bereicherung ausgeschlossen (a.A. Sieper, a.a.O., NZS 2008, S. 348, 353 f, der lediglich die Anspruchsvoraussetzungen prüft, nicht jedoch die Problematik der aufgedrängten Bereicherung thematisiert). Ist die Herausgabe des Erlangten nicht möglich, tritt an dessen Stelle ein Wertersatz nach [§ 818 Abs. 2 BGB](#).

Wertersatz ist indes nicht zu leisten, wenn eine aufgedrängte Bereicherung vorliegt. Diese durch Rechtsfortbildung entwickelte dogmatische Konstruktion ist auf öffentlich-rechtliche Rechtsbeziehungen anwendbar (vgl. LSG Hamburg, Urteil vom 31.10.07 - [L 1 KR 21/07](#), [PflR 2008, 172](#), 176). Da der Kläger nicht unmittelbar an die Beklagte, sondern aufgrund des sozialrechtlichen Dreiecksverhältnisses an Frau J. leistete, die Beklagte also ohne ihr Zutun bereichert worden ist, bedarf es eines wertungsoffenen Aufdrängungsschutzes.

Von einer aufgedrängten Bereicherung ist auszugehen, wenn die objektive Wertsteigerung für den Bereicherten subjektiv kein Interesse hat (vgl. nur Bassenge in: Palandt, BGB, 68. Auflage 2009, § 951 Rn. 18). Die Beklagte war an der Behandlung von Frau J. im Krankenhaus Q., das die Anforderungen an das einschlägige Verletzungsverfahren nicht erfüllt und deshalb nicht zugelassen ist, nicht interessiert. Da die Beklagte gemäß [§ 26 Abs. 2 Nr. 1 SGB VII](#) mit allen geeigneten Mitteln möglichst frühzeitig den durch den Versicherungsfall verursachten Gesundheitsschaden zu beseitigen oder zu bessern, seine Verschlimmerung zu verhüten und seine Folgen zu mildern hat, zielt sie jeweils auf die bestmögliche Heilbehandlung. Das Verletzungsverfahren erfasst nur besonders schwere und komplizierte Verletzungen, deren ordnungsgemäße Versorgung eine spezielle Qualifikation und eine technische Ausstattung voraussetzt. Ärzte in zum Verletzungsverfahren zugelassenen Kliniken verfügen ferner über die nötige Erfahrung und Routine im Umgang mit derartigen Gesundheitsschäden, wie bei operativ rekonstruktionsbedürftigen Verletzungen großer Gelenke. Aus diesem Grund war die Beklagte daran interessiert, dass Frau J. hinsichtlich der Monteggiafraktur des linken Ellenbogengelenkes entweder im Krankenhaus M. oder in den Berufsgenossenschaftlichen Kliniken in H. operiert wird, zumal sie ohne weiteres verlegt und dort die Sachleistung gesetzeskonform erbracht werden konnte. Der Kläger, vertreten durch Dr. M. in seiner Stellung als Chefarzt der Klinik für Chirurgie des Krankenhauses Q., hat somit die Inanspruchnahme spezieller Kliniken, mit denen die Beklagte vertragliche Beziehungen unterhält, vereitelt, was weder dem subjektiven noch dem objektiven Interesse der Beklagten entsprach.

Im Übrigen konterkariert die Vergütung vertragswidrig erbrachter Behandlungsleistungen den eigentlichen Zweck, für die Versorgung schwerer und komplizierter Verletzungen nur bestimmte Kliniken vorzuhalten, weil letztlich auch ein nicht zugelassenes Krankenhaus zumindest Wertersatz beanspruchen könnte (ebenso BSG, Urteil vom 08.09.04 - [B 6 KA 14/03 R](#), [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#) und LSG Hamburg, Urteil vom 31.10.07 - [L 1 KR 21/07](#), [PflR 2008, 172](#), 176). Damit würde das Prinzip der Zulassung seine Funktion nicht mehr erfüllen. Ein zum Verletzungsverfahren nicht zugelassenes Krankenhaus kann für dennoch erbrachte medizinische Maßnahmen außerhalb einer Erst- und Notfallversorgung keinen Wertersatz beanspruchen (ähnlich Wirthl in: Lauterbach, SGB VII, a.a.O., § 33 Rn. 7; a.A. Sieper, a.a.O., NZS 2008, S. 348, 353). Seit 1. April 2008 ist in § 51 Abs. 3 Vertrag Ärzte/ Unfallversicherungsträger klargestellt, dass ein Vergütungsanspruch bei der Nichtbeachtung bestehender Vorstellungs- und Überweisungspflichten nicht besteht.

2. Ein Zinsanspruch des Klägers besteht mangels Hauptforderung nicht. Deshalb kann dahinstehen, ob die Verzinsungsvorschriften des bürgerlichen Rechts auf öffentlich-rechtliche Verträge des Sozialrechts bzw. öffentlich-rechtliche Ansprüche aus Bereicherungsrecht oder aber spezielle öffentlich-rechtliche Vorschriften anwendbar sind.

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1](#) Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), denn weder Kläger noch Beklagte zählen zum Personenkreis des [§ 183 SGG](#). Demnach trägt der unterliegende Teil die Kosten des Verfahrens. Da die Klage keinen Erfolg hatte, sind die Kosten des Verfahrens dem Kläger aufzuerlegen.

V. Die Streitwertfestsetzung stützt sich auf [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Grundsätzlich ist der Streitwert in Verfahren vor den Gerichten der Sozialgerichtsbarkeit nach der sich aus dem Antrag des Klägers für ihn ergebenden Bedeutung der Sache nach Ermessen zu bestimmen. Betrifft der Antrag eine bezifferte Geldleistung oder einen hierauf gerichteten Verwaltungsakt, ist laut [§ 52 Abs. 3 GKG](#) deren Höhe maßgebend. Der Kläger begehrt mit seiner Klage die Zahlung von 2.441,02 EUR nebst Zinsen. Gemäß [§ 43 Abs. 1 GKG](#) bleibt der Wert von Nebenforderungen wie Zinsen unberücksichtigt, sodass der Streitwert in Höhe der bezifferten Geldleistung mit 2.441,02 EUR festzusetzen ist.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2010-06-16