

L 12 R 4303/06 KO-B

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Rentenversicherung

Abteilung

12

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 1 R 1312/06 KO-A

Datum

07.06.2006

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 12 R 4303/06 KO-B

Datum

29.01.2008

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

1. Auf die Beschwerde der Antragstellerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Karlsruhe vom 07.06.2006 abgeändert. Die Vergütung der Antragstellerin für die stationäre Aufnahme des Klägers in der Zeit vom 22. bis zum 25.11.2005 wird auf 440,- Euro festgesetzt.

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 Karlsruhe (SG) anhängig gewesenen Klageverfahren S 12 R 5015/04 wurde der Chefarzt Prof. Dr. S. der Antragstellerin mit Verfügung vom 25.04.2005 zum Sachverständigen (SV) ernannt, wobei eine stationäre Unterbringung bis zu einer Dauer von drei Tagen genehmigt wurde. SV veranlasste zum Zweck der Begutachtung die Unterbringung des Klägers vom 22. bis zum 25.11.2005 bei der Antragstellerin.

Die Kostennote von SV für das Gutachten in Höhe von 1.113,- Euro ist mit Beschluss des Kostenbeamten vom 20.02.2006 in Höhe von 812,50 Euro anerkannt worden. SV hat keine Kosten für die nach seinem Gutachten in der Klinik der Antragstellerin für das Gutachten vorgenommenen Laboruntersuchungen, Sonographien und Röntgenaufnahmen sowie für die Kosten der Übernachtung und Verpflegung des Klägers geltend gemacht.

Die Antragstellerin beantragte mit Schreiben vom 16.01.2006 als zusätzliche Vergütung für die stationäre Aufnahme des Klägers sowie die erbrachten Leistungen eine Vergütung in Höhe von 2.990,50 Euro. Dieser Betrag setzte sich aus einer Fallpauschale in Höhe von 2.369,02 Euro aufgrund der Hauptdiagnose "Anämie megaloblastisch sonstige" nach DRG 25, D53.1 sowie diversen Zuschlägen (Ausbildungszuschlag, DRG-Systemzuschlag, Zugschläge für GBA IQWIG, Zuschlag für Qualitätssicherungsmaßnahmen, AIP- und AZV-Zuschlag, sowie Zuschlag für Zentren und Schwerpunkte) zusammen.

Der Kostenbeamte lehnte die antragsgemäße Begleichung der Rechnung am 30.01.2006 ab. Für eine Vergütung nach dem Fallpauschalensystem fehle es an einer gesetzlichen Grundlage. Die Kosten einer stationären Aufnahme könnten nach dem Aufwand (unter Hinweis auf den hierfür vorgesehenen Haustarif) vergütet werden, wobei dadurch grundsätzlich alle für die Versorgung des Klägers erforderlichen allgemeinen Krankenhausleistungen abgegolten seien, was insbesondere auf die Sachkosten zutrefte. Vorschlagsweise könne auch eine Abrechnung nach der beiliegenden Empfehlung für die stationäre Aufnahme bei Begutachtungen erfolgen.

Mit Schriftsatz vom 14.03.2006 hielt die Antragstellerin an ihrem Antrag fest. Für die Erstellung des Gutachtens seien diagnostische und therapeutische Maßnahmen erforderlich gewesen, welche nur stationär hätten erbracht werden können. Es sei hierbei nicht bloß um eine Aufnahme zur Beobachtung und Begutachtung gegangen, sondern um die Durchführung eines dicht gedrängten Untersuchungsprogrammes, unter anderem mit Koronarangiographie, Ganzkörperplethysmographie, Transthorakaler Echokardiographie, Röntgenleistungen des Thorax auf mehreren Ebenen, Lungenfunktion, Sonographien, sowie umfangreicher Labordiagnostik für die Dauer des gesamten Aufenthalts. Eine solche Krankenhausbehandlung könne nicht nach der Empfehlung (zwischen den Berufsgenossenschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft) für die stationäre Begutachtung Arbeitsunfallverletzter und Berufserkrankter abgerechnet werden, da sie weit darüber hinaus gehe. Diese Empfehlung sei nur für den engen umgrenzten der Regelung in der gesetzlichen

Unfallversicherung anwendbar. Da vorliegend alle Merkmale einer stationären allgemeinen Krankenhausbehandlung nach § 2 Abs. 2 des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntG) erfüllt seien, könne vorliegend nur eine Abrechnung nach diesem Gesetz in Betracht kommen. Die Entgelte für allgemeine Krankenhausleistungen seien für alle Nutzer einheitlich zu berechnen.

Der Kostenbeamte des SG wertete die ausführlichen Darlegungen der Antragstellerin als Antrag auf richterliche Festsetzung und leitete die Unterlagen dem zuständigen Kostenrichter des SG zu.

Daraufhin machte die Antragstellerin mit Rechnung vom 17.03.2006 erneut eine Fallpauschale in Höhe von 2.369,02 Euro geltend, wobei sie nunmehr lediglich einen QS-Zuschlag von 1,23 Euro hinzurechnete.

Der Kostenrichter des SG wies die Antragstellerin mit Schreiben vom 27.03.2006 darauf hin, dass seiner Auffassung nach lediglich der sogenannte große Pflegesatz nach § 3 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung für die stationäre Aufnahme als Grundlage einer Vergütung herangezogen werden könne. Durch den großen Pflegesatz würden neben den Kosten der Unterkunft und Verpflegung auch die ärztlichen Leistungen abgegolten. Insoweit müsse es sich allerdings um Auslagen handeln, welche dem Sachverständigen selbst erwachsen seien. Die Antragstellerin werde daher aufgefordert, darzulegen und nachzuweisen, welche konkreten Aufwendungen der Sachverständige für den stationären Aufenthalt des Klägers tatsächlich zu ersetzen habe.

Die Antragstellerin trug daraufhin vor, der Sachverständige habe seine Liquidation auf die zusätzlichen Aufwendungen der gutachterlichen Tätigkeit beschränkt, nämlich seinen Zeitaufwand zur Beurteilung und Verantwortung der Beweisfragen, zum Literatur- und Aktenstudium sowie zum Diktat und zur Niederschrift. Es sei offenkundig, dass der Sachverständige die Liquidation der allgemeinen Krankenhausleistungen nicht in seine Vergütungsforderung habe einbeziehen wollen. Auf Grund der getrennten Berechnung der gutachterlichen Aufwendungen und der Krankenhausleistungen könne es nicht zu einer Überschneidung und somit auch nicht zu einer Doppelvergütung kommen. Alternativ bliebe es bei dem gleichen Ergebnis, wenn die Klinik die stationären Krankenhausleistungen dem Gutachter in Rechnung stelle und dieser diese Liquidation dem Gericht zur Erstattung vorlege. Die erste Alternative einer getrennten Abrechnungsweise sei bisher von der Antragstellerin immer so praktiziert worden. Die geltend gemachte Liquidation nach dem Fallpauschalensystem für Krankenhäuser auf der Grundlage des KHEntG und der ebenfalls bundesweit geltenden Fallpauschalenvereinbarung sei die einzig vorgesehene Abrechnungsmöglichkeit (unter Hinweis auf LSG Rheinland-Pfalz, Beschluss vom 05.09.2005 - [L 2 B 36/05 U](#) -). Auch Krankenhausaufenthalte zu rein diagnostischen Zwecken seien im deutschen DRG-System abgebildet und könnten daher zur Vergütung ohne weiteres herangezogen werden. Vorliegend sei als Hauptdiagnose der Code D 53.1 (sonstige megaloblastere Anämien aufgrund der ärztlichen Hinweise angenommen worden, was zur Anwendung der DRG-Fallpauschale Q 61 B - Erkrankungen der Erythrozyten ohne komplexe Diagnose und der geltend gemachten Forderung führe. Das LSG Rheinland-Pfalz habe im zitierten Beschluss ausdrücklich die Auffassung vertreten, dass die Vergütungsempfehlung für stationäre Begutachtungen bei Arbeitsunfallverletzten/Berufserkrankten nicht rechtsverbindlich und nicht übertragbar auf eine stationäre Begutachtung im Rahmen von Gerichtsverfahren sei.

Der Kostenrichter des SG hat die Antragstellerin mit Schreiben vom 11.05.2006 erneut aufgefordert, ihren Antrag zu überprüfen oder eine Berechnung nach ihrem tatsächlichen Aufwand vorzunehmen. Der im Kostenfestsetzungsverfahren gehörte Antragsgegner verwies auf den Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 26.04.2006 ([L 12 R 991/06 KO-B](#)), wonach eine Vergütung stationärer Leistungen nach dem DRG-Entgeltschlüssel im Rahmen des JVEG nicht möglich sei. Die Antragstellerin hielt an ihrem Antrag fest.

Das SG hat den Antrag auf Festsetzung einer Entschädigung für die stationäre Aufnahme des Klägers mit Beschluss vom 07.06.2006 abgelehnt. Entgegen der Ansicht der Antragstellerin seien vorliegend nicht die Regelungen des KHEntG, sondern die Regelungen des JVEG anzuwenden. Zwar bestünden keine Bedenken, wenn der Klinikträger, welchem der Sachverständige die Aufwendungen für die stationären Aufenthalte zu ersetzen habe, diese Aufwendungen direkt gegenüber dem Gericht abrechne (unter Hinweis auf LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 21.05.2005 - [L 12 U 5690/04](#)- und vom 26.04.2006 - [L 12 R 991/06 KO-B](#)-). Hierdurch werde jedoch ein originärer Entschädigungsanspruch des Sachverständigen und damit die Anwendung des JVEG als Grundlage des Entschädigungsanspruchs nicht verdrängt. Voraussetzungen für einen solchen Aufwendungsersatz sei, dass dieser dargelegt und belegt werde. Dabei müsse es sich um die Kosten handeln, die dem Sachverständigen selbst entstünden. Da weder durch die Antragstellerin noch durch den Sachverständigen der tatsächliche Aufwand für die stationäre Unterbringung dargelegt worden sei, sei eine Vergütung nach dem JVEG nicht möglich. Die von der Antragstellerin geltend gemachte Fallkostenpauschale sei schon deswegen nicht einschlägig, weil diese auch Leistungen enthalte, welche alleine der Sachverständige im Rahmen seines Vergütungsanspruchs gegenüber dem Sozialgericht geltend machen könne. Dem Sachverständigen seien gem. [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) die notwendigen Aufwendungen zu ersetzen; hierzu gehörten im Fall einer stationären Aufnahme zur Begutachtung auch die dem Sachverständigen entstandenen Sach- und Personalkosten. Es sei daher erforderlich, dass der entsprechende ärztliche und nichtärztliche Aufwand dargelegt und belegt werde. Diese Rechtslage entspreche auch dem DRG-Entgelttarif 2005. Denn dort sei unter der Nr. 9 Abs. 1 geregelt, dass für Leistungen im Zusammenhang mit dem stationären Aufenthalt aus Anlass einer Begutachtung das Krankenhaus sowie der liquidationsberechtigte Arzt ein Entgelt nach Aufwand berechnen können. Die abgerechnete Fallpauschale könne indes nicht als Abrechnung der erbrachten Leistungen nach Aufwand begriffen werden, weil die Fallpauschale den Aufwand für die stationären Aufenthalt sowie den Aufwand für ärztliche und andere Versorgung lediglich pauschal und nicht konkret berechne.

Mit weiterer Rechnung vom 28.07.2006 machte die Antragstellerin dann nur noch einen Betrag von 1.158,48 Euro nach der DRG-Fallpauschale Z 64 Z für die stationäre Aufnahme des Klägers zuzüglich eines QS-Zuschlages von 1,23 Euro geltend.

Am 08.08.2006 hat die Antragstellerin beim SG Beschwerde eingelegt, mit der sie sich auf ihren bisherigen Vortrag beruft. Allerdings sei bei einer nochmaligen Überprüfung festgestellt worden, dass die einschlägige DRG-Fallpauschale die Z 64 Z sei, wonach sich ein Rechnungsbetrag von - nunmehr - insgesamt "nur noch" 1.668,22 Euro ergebe. Die Antragstellerin legte insoweit eine korrigierte Rechnung vom 07.08.2006 vor, welche einen Grundbetrag nach der genannten Fallpauschale von 1.158,48 Euro sowie weiterhin die vorgenannten Zuschläge aus der ursprünglichen Rechnung enthält und dadurch einen Betrag von 1.668,22 Euro erreicht. Zur Begründung ihrer Beschwerde trug die Antragstellerin weiter vor, dass die Fallpauschale auch vorliegend einschlägig sei, weil ihrer Kalkulation der durchschnittliche Aufwand bei der jeweiligen Fallgruppe zu Grunde liege. Eine gesonderte Fallkostenkalkulation für die seltenen Fälle stationärer Begutachtung würde im Krankenhaus zu einer nicht zu vernachlässigenden zusätzlichen Arbeitsbelastung führen. Aus einem

Vergleich mit der Vergütungsaufstellung des Sachverständigen ergebe sich auch, dass vorliegend auch bei der Vergütung von ärztlichen Leistungen nach der genannten Fallpauschale eine Doppelvergütung von ärztlichen Leistungen nicht erfolge. Der für die Antragstellerin geltende Haustarif, welcher als Anlage vorgelegt wurde, enthalte keine Regelungen bzgl. der Entgelte für eine stationäre Begutachtung im Auftrag eines Gerichts.

Das SG half der Beschwerde nicht ab und legte diese dem Landessozialgericht zur Entscheidung vor.

Die Antragstellerin beantragt, den Beschluss des Sozialgerichts Karlsruhe 07.06.2006 aufzuheben und ihr für die stationäre Aufnahme des Klägers vom 22. bis 25. 11.2005 gemäß ihrer korrigierten Rechnung vom 07.08.2006 eine Vergütung von 1.668,22 Euro zu gewähren.

Der Antragsgegner beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

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 und zum Teil begründet.

Im vorliegenden Fall finden die Regelungen 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) Anwendung, weil der Gutachtensauftrag nach dem 30.06.2004 erteilt worden ist ([§ 25 Satz 1 JVEG](#)).

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

Nach [§ 8 Abs. 1 Nr. 1 JVEG](#) erhält der Sachverständige als Vergütung ein Honorar für seine Leistungen, das nach Stundensätzen bemessen ist. Vorliegend ist SV bestandskräftig für seine Gutachterleistung vergütet worden, wobei SV indes keine Vergütung für die stationäre Aufnahme des Klägers geltend gemacht oder erhalten hat. Insofern ist es 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.

Keinesfalls kann diese Vergütung indes nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) 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. Aufgrund dieser eindeutigen Vorschrift 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 21.05.2005 -L 12 U 5690/04- und vom 26.04.2006 -[L 12 R 991/06 KO-B](#)-). Dies kann allerdings nur gelten, wenn keinerlei Zweifel bestehen, dass der Gutachter, also vorliegend SV, die Entscheidung des Gerichts auch gegen sich gelten lassen will. Vorliegend bestehen keine solchen Zweifel, weil SV keine eigenen Kosten für die stationäre Aufnahme des Klägers, sondern lediglich für die Erstellung des Gutachtens geltend gemacht hat. Daher ist es auch zulässig, der Antragstellerin ein eigenes Antragsrecht zuzugestehen.

Dem SG ist vorliegend einzuräumen, dass bei einem abgeleiteten Anspruch der Antragstellerin nach dem JVEG grundsätzlich zu fordern ist, dass die Kosten beim Sachverständigen entstanden sind, der alleine einen gerichtlichen Untersuchungsauftrag erhalten hat. Allerdings ist auch der Vortrag der Antragstellerin zutreffend, dass weitere Kosten entstanden sind und es eine erhebliche Verwaltungsvereinfachung darstellt, wenn die Kosten nicht erst dem Sachverständigen in Rechnung gestellt werden müssen, sondern direkt beim Gericht geltend gemacht werden können. Es ist insofern - abgesehen von der insoweit unbeachtlichen anderen Größenordnung der Kosten - kein Grund ersichtlich, die Klinik anders zu behandeln als das Schreibbüro, das ebenfalls seine Schreibkosten direkt beim beauftragenden Gericht geltend macht.

Das SG weist jedoch zutreffend darauf hin, dass auch bei einer direkten Geltendmachung der Kosten nach [§ 12 JVEG](#) der Aufwand konkret zu belegen ist. 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.

Schließlich beinhalten die Fallpauschalen auch die Abbildung des status quo der Gesundheit des zu Begutachtenden (als Voraussetzung für die Auswahl der richtigen Heilmethode), was aber die Gefahr einer Doppelvergütung in sich birgt, wenn dem Gutachter nach den [§§ 8 ff. JVEG](#) zusätzlich das Recht einer Liquidation seiner Leistung gewährt wird (vgl. die Beschlüsse des erkennenden Senats vom 12.05.2005 - L 12 U 5690/04 KO-A - und vom 26.04.2004 - [L 12 R 991/06 KO-B](#) -). Entgegen der von der Antragsgegnerin angeführten Entscheidung des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz (Beschluss vom 05.09.2005 - [L 2 B 36/05 U](#) -) 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 KHEntgG sowie § 17 b 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 indes vorliegend nicht erfolgt. Allerdings ergibt sich aus dem von der Antragstellerin vorgelegten DRG-Entgelttarif zum 01.10.2005, dass nach Ziff. 10 Abs. 1 für Leistungen im Zusammenhang mit einem stationären aus Anlass einer Begutachtung Arbeitsunfallverletzter/Berufserkrankter eine Liquidation des Krankenhauses in Höhe von 110 Euro 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. Der Senat wertet die Vorlage des Haustarifes durch die Antragstellerin insoweit als Konkretisierung ihres Vortrags. Es bestehen auch keine Zweifel daran, dass die genannten Kosten der Antragstellerin tatsächlich mindestens in der Höhe von 440 Euro entstanden sind (stationäre Aufnahme vom 22. bis zum 25.11.2005), weil der Kläger bei der Antragstellerin ein Bett belegt hat und dieses nicht anderweitig für eine Verwendung nach der Ziff. 10 Abs. 1 des geltenden Entgelttarifs belegt werden konnte.

Alternativ bestünde insoweit auch die Möglichkeit, den "Großen Pflegesatz" entsprechend § 3 Abs. 1 der Bundespflegesatzverordnung (BpflV) zugrunde zu legen (vgl. den Beschluss des erkennenden Senats vom 08.04.2002 - [L 12 U 4024/01 KO-A](#) -; hierfür plädieren auch Meyer/Höver/Bach, JVEG, 24. Aufl. 2007, Rz. 12.8, m.w.N.). Die Anwendung der BpflV scheitert vorliegend indes 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 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes nicht in das DRG-Vergütungssystem einbezogen sind. Die Antragstellerin hat mit der Vorlage ihres Haustarifs deutlich gemacht, dass sie in das DRG-Vergütungssystem einbezogen ist. 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.).

Soweit die Vergütung von 440 Euro im vorliegenden Fall nicht die erbrachten Laborleistungen, Sonographien und Röntgenaufnahmen erfasst, ist darauf zu verweisen, dass der konkrete Nachweis von Kosten insofern trotz mehrfacher Aufforderung durch das SG nicht erbracht worden ist.

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

2008-02-06