

L 12 KO 46/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung

12
1. Instanz

-
Aktenzeichen

-
Datum

2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen

L 12 KO 46/12

Datum
06.07.2015

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Leitsätze

1. Rechtsgrundlage für einen Anspruch auf Aufwendungsersatz für die stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus aufgrund einer gerichtlich angeordneten Begutachtung ist allein [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#); insbesondere besteht kein Anspruch auf Vergütung nach dem KHEntgG (insoweit wie Senatsbeschluss vom 29.01.2008 - [L 12 R 4303/06 KO-B](#) -). 2. Liegt ein Einzelnachweis der gutachtenbezogenen Aufwendungen nicht vor, ist zur Konkretisierung der "notwendigen besonderen Kosten" im Sinne des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) auf einen pauschalierenden Ansatz zurückzugreifen (Anschluss an Hessisches LSG, Beschluss vom 30.06.2014 - [L 2 R 106/13 B](#) -, juris). 3. Der Senat schätzt den auch ohne konkreten Nachweis anzunehmenden Aufwand für das Jahr 2011 auf 210,- € pro Tag. Er geht dabei mit dem Hessischen LSG (a.a.O.) von 200,- € pro Tag für das Jahr 2010 aus und past diesen Betrag unter Berücksichtigung der niedrigsten eintagesbezogenen Fallpauschale für Belegabteilungen (2010/2011: DRG O64B), der Entwicklung der Basisfallwerte sowie der allgemeinen Preisentwicklung an. 4. Neben diesem ohne Einzelnachweis vergütungsfähigen Aufwand für die stationäre Aufnahme sind noch die konkret nachgewiesenen Kosten einzelner Leistungen des Krankenhauses abrechnungsfähig, die für das Gutachten notwendig sind. Die Vergütung des Antragstellers für das Gutachten vom 18.10.2011 wird auf insgesamt 1.057,03 EUR (davon 471,97 EUR für den stationären Aufenthalt vom 15. bis 17.06.2011) festgesetzt.

Gründe:

I.

In dem beim Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) anhängig gewesenen Berufungsverfahren [L 5 R 792/10](#) war ein Anspruch der Klägerin auf Gewährung von Rente wegen Erwerbsminderung streitig. Das LSG ernannte mit Beweisordnung vom 06.04.2011 den Antragsteller zum Sachverständigen und bat ihn um Erstattung eines schriftlichen Gutachtens nach ambulanter Untersuchung der Klägerin. Mit Schreiben vom 04.05.2011 änderte das LSG diese Beweisordnung unter Bezugnahme auf ein Telefongespräch mit dem Antragsteller vom gleichen Tag dahingehend ab, dass das Gutachten auf der Grundlage einer stationären Untersuchung bei einem stationären Aufenthalt von bis zu drei Tagen erstattet werden solle. Die Klägerin wurde deshalb vom 15. bis 17.06.2011 (zwei Tage) im Bezirkskrankenhaus G., Klinik für Neurologie und neurologische Rehabilitation, aufgenommen. Der Antragsteller erstattete sodann das schriftliche Gutachten vom 18.10.2011.

Für das Gutachten vom 18.10.2011 hat der Antragsteller zum einen mit Rechnung vom 24.10.2011 für seinen Zeitaufwand (7,5 Stunden à 60,- EUR nach der Honorargruppe M2) und für Schreibgebühren, Mehrfertigungen und Porto zuzüglich 19 % Umsatzsteuer 585,06 EUR abgerechnet. Diese Abrechnung hat die Kostenbeamtin nicht beanstandet und die Zahlung des geforderten Betrages veranlasst. Ferner hat der Antragsteller entsprechend der bereits am 27.06.2011 erstellten Rechnung des Bezirkskrankenhauses G. für die zweitägige stationäre Aufnahme 715,82 EUR geltend gemacht. Diese Forderung ist noch offen.

Den Betrag von 715,82 EUR hat das Bezirkskrankenhaus G. durch eine Multiplikation des Basisfallwertes von 2.982,60 EUR mit dem Faktor 0,12 pro Aufenthaltstag errechnet. Die Kostenbeamtin beim LSG hat mit Schreiben vom 03.11.2011 eine Aufschlüsselung nach GOÄ oder DKG-NT verlangt, um die Rechnung bezahlen zu können. Der Antragsteller hat mit Schreiben vom 15.11.2011 erwidert, eine Abrechnung nach GOÄ oder DKG-NT mache keinen Sinn, da sich beide Regelwerke lediglich auf einzelne ärztliche und therapeutische Teilleistungen bezögen, nicht jedoch auf den stationären Aufenthalt als solchen. Die vorgenommene Berechnung beruhe auf Hinweisen des Hessischen LSG in einem Merkblatt. Die Kostenbeamtin hat unter Hinweis auf den Beschluss des Senats vom 29.01.2008 - [L 12 R 4303/06 KO-B](#) - weiterhin daran festgehalten, dass der tatsächliche Aufwand konkret beziffert und belegt werden müsse.

Der Antragsteller hat deshalb mit Schreiben vom 19.12.2011 die richterliche Festsetzung beantragt. Zur Begründung führt er aus, die hier in Betracht kommende Rechtsgrundlage des [§ 12](#) des Justizvergütungs- und -entschädigungsgesetzes (JVEG) sehe zwar den Ersatz der "aufgewendeten notwendigen besonderen Kosten" vor, besage dabei aber nichts über die Kosten der stationären Aufnahme in einem Krankenhaus. Die früher zugrunde gelegten Pflegesätze gebe es seit 2003 bzw. in psychiatrischen Krankenhäusern ab 2013 nicht mehr. Da GOÄ bzw. DKG-NT völlig ungeeignet seien und der teilweise (so auch im Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 29.01.2008) herangezogene Pauschalsatz von täglich 110,- EUR, der auf einer Empfehlung im Verhältnis zwischen den Berufsgenossenschaften und der Deutschen Krankenhausgesellschaft aus dem Jahre 2003 beruhe, völlig unrealistisch und rechtlich nicht akzeptabel sei, könne nur auf die im Rahmen des Fallpauschalensystems zugrunde gelegten Kostenkalkulationen zurück gegriffen werden. Dazu macht der Antragsteller nähere Ausführungen.

Die Bezirksrevisorin ist der Auffassung, die "aufgewendeten notwendigen besonderen Kosten" nach [§ 12 JVEG](#) ließen sich anhand des DRG-Systems nicht berechnen. Nach ihren Erkundigungen werde selbst beim Hessischen LSG die Berechnungsweise mit Basisfallwert und Faktor 0,12 nicht mehr angewendet. Sie favorisiere den Pauschalbetrag von 110,- EUR zur Abgeltung der reinen "Hotelkosten" zuzüglich konkreter Kosten insbesondere für apparative und labortechnische Untersuchungen nach DKG-NT bzw. GOÄ. Dieses Abrechnungsmodell sei auch in anderen Bundesländern durchaus verbreitet.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Akten Bezug genommen.

II.

1. Über den Antrag auf richterliche Festsetzung nach [§ 4 Abs. 1 Satz 1 JVEG](#) entscheidet der Senat durch seine Berufsrichter, nachdem der Berichterstatter das Verfahren wegen grundsätzlicher Bedeutung gemäß [§ 4 Abs. 7 Satz 2 JVEG](#) auf den Senat übertragen hat.

Zur Anwendung kommen im vorliegenden Fall auch nach Erlass des Zweiten Gesetzes zur Modernisierung des Kostenrechts (2. Kostenrechtsmodernisierungsgesetz - 2. KostRMOG) vom 23.07.2013 ([BGBl. I S. 2586](#)) gemäß der Übergangsvorschrift des [§ 24 JVEG](#) die Regelungen des JVEG in der bis zum 31.07.2013 geltenden Fassung. Denn der Gutachtensauftrag wurde vor dem Inkrafttreten des 2. KostRMOG (01.08.2013) erteilt.

2. Grundlage des hier zu beurteilenden Vergütungsanspruchs sind die [§§ 8, 9 JVEG](#). Das vom Antragsteller gem. [§ 8 Abs. 1 Nr. 1, Abs. 2 i. V. m. § 9 Abs. 1 JVEG](#) abgerechnete Honorar für seinen Zeitaufwand begegnet weder hinsichtlich der Stundenzahl noch hinsichtlich des Stundensatzes Bedenken; gleiches gilt hinsichtlich der abgerechneten Schreibgebühren, Mehrfertigungen/Kopien und Portokosten sowie hinsichtlich der Mehrwertsteuer, weshalb die Kostenbeamtin zu Recht den abgerechneten Teilbetrag von 585,06 EUR ohne weiteres akzeptiert und die Zahlung angewiesen hat. Deshalb braucht hier nur noch auf die Vergütung für die zur Durchführung der Begutachtung erfolgte stationäre Aufnahme der Klägerin des Verfahrens [L 5 R 792/10](#) eingegangen zu werden.

3. Als Rechtsgrundlage des insoweit geltend gemachten Anspruchs kommt allein [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) in Betracht. Nach dieser Vorschrift werden die für die Vorbereitung und Erstattung des Gutachtens aufgewendeten notwendigen besonderen Kosten, einschließlich der insoweit notwendigen Aufwendungen für Hilfskräfte sowie die für eine Untersuchung verbrauchten Stoffe und Werkzeuge, gesondert ersetzt. Auch bei den Kosten einer stationären Krankenhausaufnahme handelt es sich dabei um einen Anspruch des Sachverständigen und nicht etwa um einen Anspruch des Krankenhauses, denn dieses hat keinen gerichtlichen Auftrag. Werden solche Kosten vom Krankenhaus geltend gemacht, was in der Praxis wie etwa auch bei der separaten Abrechnung von Schreibgebühren nicht unüblich ist, setzt dies eine (gegebenenfalls konkludente) Abtretung durch den Sachverständigen voraus. Im vorliegenden Fall hat zwar das Bezirkskrankenhaus G. die Rechnung erstellt, der Antragsteller macht den Anspruch jedoch selbst geltend. Der Senat geht davon aus, dass der Antragsteller entsprechende Kosten gegenüber der Klinik zu tragen hat.

Keinesfalls kommt eine Vergütung aufgrund eines Anspruchs des Krankenhauses bzw. des Krankenhausträgers nach dem Krankenhausentgeltgesetz (KHEntG) in Frage, wie der Senat bereits durch Beschluss vom 29.01.2008 - [L 12 R 4303/06 KO-B](#) - entschieden hat. Das ergibt sich zum einen unmittelbar aus [§ 1 Abs. 1 Satz 2 i. V. m. Satz 1 Nr. 1 JVEG](#), wonach eine Vergütung oder Entschädigung von Sachverständigen nur nach dem JVEG gewährt wird, zum anderen aber auch daraus, dass das KHEntG allein das Rechtsverhältnis zwischen Krankenhäusern und ihren Patienten oder deren Kostenträgern regelt.

4. Der Ersatz der "aufgewendeten notwendigen besonderen Kosten" nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) erfordert die Abrechnung eines konkreten und konkret belegten Aufwandes. Wie dieser Aufwand für eine zum Zwecke einer Begutachtung durchgeführte stationäre Aufnahme in einem Krankenhaus zu bestimmen ist, regelt das JVEG nicht. Die früher mögliche und praktizierte Heranziehung eines Pflegesatzes nach der Bundespflegesatzverordnung (BPFV) scheidet seit Einführung des Fallpauschalensystems ab 2003 bzw. für psychiatrische Kliniken ab 2013 aus (siehe Beschluss des Senats vom 29.01.2008 [a. a. O.](#); obsolet ist deshalb der nach wie vor bei Meyer/Höver/Bach/Oberlack, JVEG, 26. Auflage 2014, § 12 Rn. 7 zu findende Hinweis auf diesen Pflegesatz unter Zitierung einer Gerichtsentscheidung von 1982). Die Angabe einer Fallpauschale genügt für die Darlegung des konkreten Aufwandes nicht, denn die Fallpauschalen des DRG-Fallpauschalensystems bilden den hier interessierenden Aufwand nicht ab, sondern sind nach ganz anderen Kriterien - Diagnosen, Schweregrad, Prozeduren - berechnet und zielen im Wesentlichen auf Leistungen zur (stationären) Heilbehandlung. Dies hat der Senat bereits mit dem Beschluss vom 29.01.2008 [a. a. O.](#) entschieden; an dieser Rechtsprechung hält er fest.

5. In dem genannten Beschluss hat der Senat einen vom Krankenhaus vorgelegten "Haustarif" als Konkretisierung des Vortrags gewertet und hat einen Betrag von täglich 110,- EUR akzeptiert, zuzüglich weiterer konkret abrechenbarer Laborleistungen, Sonographien und Röntgenaufnahmen. Soweit dies so verstanden werden kann, dass ein Betrag von pauschal 110,- EUR pro Aufenthaltstag als nachgewiesener Aufwand für eine stationäre Aufnahme im Rahmen einer Begutachtung angesehen werden kann und Maßstab für die Vergütung ist, hält der Senat daran nicht mehr fest. Dieser Betrag beruht auf einer im Jahr 2003 erstellten Empfehlung des ständigen Ausschusses BG-NT über die Vergütung für stationäre Begutachtung bei Unfallverletzten/Berufskrankheiten, deren kalkulatorische Grundlagen nicht bekannt sind und die nicht einmal zwischen den seinerzeit Beteiligten Bindungswirkung hat. Zudem dürfte dem Antragsteller darin zuzustimmen sein, dass der Betrag von 110,- EUR offensichtlich zu niedrig ist. Denn zum einen stammt die Empfehlung bereits aus dem Jahr 2003, vor allem aber geht es bei einer Krankenhausaufnahme zu Begutachtungszwecken nicht nur um eine reine

"Hotelunterbringung"; sinnvoll und notwendig ist eine solche stationäre Aufnahme regelmäßig nur dann, wenn über die ambulante Untersuchung durch den Sachverständigen hinaus zumindest eine längere Beobachtung durch medizinisch geschultes Personal erforderlich ist, wie der Antragsteller zu Recht geltend macht. Dies ist auch nicht dadurch korrigierbar, dass zusätzlich zu dem Pauschalbetrag von 110,- EUR die Abrechnung von Leistungen nach DKG-NT bzw. GOÄ ermöglicht wird, da dadurch nur andere (spezielle) Leistungen erfasst werden.

Der Senat ist vielmehr (im Anschluss an den Beschluss des Hessischen LSG vom 30.06.2014 - [L 2 R 106/13 B](#) -, juris) der Auffassung, dass dann, wenn ein Einzelnachweis der auf das Gutachten bezogenen Aufwendungen nicht vorliegt, zur Konkretisierung der notwendigen besonderen Kosten eine Schätzung in entsprechender Anwendung des [§ 287 Abs. 2](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) erfolgen kann und dabei einzelne Elemente bzw. Kalkulationen des DRG-Fallpauschalensystems herangezogen werden können.

Das Hessische LSG hat in seiner Entscheidung auch andere Lösungsansätze diskutiert, die - ohne direkte oder analoge Anwendung von Fallpauschalen - vom DRG-Fallpauschalensystem und den in diesem Rahmen zugrunde gelegten Kalkulationen ausgehen.

Es hat zunächst die auch im vorliegenden Fall vom Antragsteller angewandte Berechnungsweise - pro Tag 0,12 x Basisfallwert - verworfen. Diese Verfahrensweise sei zwar von der Gerichtsverwaltung des Hessischen LSG in einem Merkblatt für Sachverständige vorgeschlagen worden, entspreche aber nicht den Vorgaben des [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#); das Merkblatt begründe auch keinen Vertrauensschutz, weil die entsprechende Aussage im Merkblatt, die bereits durch die Formulierung "im Regelfall" eingeschränkt worden sei, ausdrücklich unter dem Vorbehalt einer hierzu noch zu ergehenden Rechtsprechung gestanden habe. Auch für den vorliegenden Fall scheidet demnach ein Vertrauensschutz aufgrund des vom Antragsteller erwähnten Telefonats vom 04.05.2011, in dem er nach seinen Angaben auf den Inhalt des Merkblatts des Hessischen LSG hinwies (in den Akten ist dazu nichts weiter dokumentiert), aus.

Das Hessische LSG hat auch zu der vom Antragsteller in einem Aufsatz veröffentlichten Auffassung (siehe: Widder, MedSach 2013, 133) Stellung genommen. Der Antragsteller schlägt darin vor, den Aufwand des Krankenhauses bei einer stationären Begutachtung mit dem von Krankenhäusern geleisteten Aufwand bei der Betreuung von sogenannten Langliegern, d. h. Patienten, die länger als die obere Grenzverweildauer im Krankenhaus verweilen, gleich zu setzen. Das Hessische LSG hält dem entgegen, der Ansatz berücksichtige nicht die Anforderungen an das Klinikpersonal im Hinblick auf eine kontinuierliche Beobachtung und Betreuung des Probanden, zudem bestehe bei der Personengruppe der sogenannten Langlieger noch ein ärztlicher Behandlungsbedarf, der auch unter Berücksichtigung von Kostengesichtspunkten durch das Krankenhaus nicht vernachlässigt werden dürfe, jedoch nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) nicht ersetzt werden könne. Insbesondere aus dem letztgenannten Grund hält auch der Senat diesen Ansatz nicht für tragfähig.

Das SG Fulda hat mit Beschluss vom 12.11.2012 - [S 4 SF 56/10 E](#) -, juris, der Gegenstand der Beschwerdeentscheidung des Hessischen LSG vom 30.06.2014 [a. a. O.](#) war, ebenfalls Rückschlüsse aus dem Fallpauschalensystem gezogen. Es ist von folgenden Kriterien ausgegangen: Es könne nur eine speziell für einen stationären Aufenthalt von einem Tag definierte Fallpauschale herangezogen werden; es komme nur eine Fallpauschale gem. § 18 Abs. 2 KHEntgG für Belegpatienten in Betracht; es sei dabei die Fallpauschale mit der niedrigsten Bewertungsrelation zugrunde zu legen; Zusatzentgelte seien ausgeschlossen. Demnach gelange man im Fallpauschalenkatalog, in jenem Verfahren für das Jahr 2010, zur DRG 064B (frustrane Wehen, ein Belegungstag) mit einer Bewertungsrelation von 0,095. Die Kostenstruktur des arithmetischen Mittels dieser Behandlungen ergebe für das Jahr 2010 Kosten der hierzu berücksichtigenden Normalstation von 205,20 EUR, von denen noch 8,60 EUR an Arzneimitteln und sonstigem Bedarf abzuziehen seien. Für das Jahr 2010 ergebe dies einen Betrag von 196,60 EUR pro Tag, der nach dem Rechtsgedanken des [§ 287 ZPO](#) pauschalierend auf einen Betrag von 200,- EUR gerundet werden könne. Das Hessische LSG erhebt Einwände gegen diese Berechnungsweise (teilweise wie Widder a. a. O.), belässt es aber letztlich beim Infragestellen, da die Anforderungen an die Begründung einer gerichtlichen Schätzung nach [§ 287 Abs. 2 ZPO](#) nicht überspannt werden dürften. Es führt aus: "Vor diesem Hintergrund geht der Senat, soweit ein Einzelnachweis nicht erbracht wird, unter Würdigung der Umstände des Einzelfalls für das Jahr 2010 von einer Tagespauschale für die Aufwendungen der Antragstellerin im Rahmen der stationären Begutachtung eines Probanden - im Ergebnis ebenso wie das Sozialgericht - von 200,- EUR pro Tag aus. Der geschätzte Wert ist damit deutlich höher als die von der Antragstellerin genannten für sie geltenden "Basiskosten pro Patient und Tag" für die nicht medizinische Infrastruktur des Jahres 2010 bei der BRG B77Z in Höhe von 101,50 EUR pro Tag. Andererseits liegt die Schätzung deutlich niedriger als die von der Antragstellerin in Ansatz gebrachte Vollpauschale DRG B77Z von 1.512,80 EUR, d.h. in Höhe von 378,20 EUR pro Tag, die auch die ärztliche Behandlung eines Patienten umfassen würde.

6. Der erkennende Senat schließt sich im Ergebnis der Auffassung des Hessischen LSG an, dass für das Jahr 2010 als Kosten einer stationären Aufnahme im Rahmen einer Begutachtung eine Tagespauschale von 200,- EUR anzusetzen ist, soweit ein Einzelnachweis nicht erbracht wird (was aus dem auch vom Antragsteller im vorliegenden Verfahren vorgebrachten Gründen die Regel sein dürfte). Der Senat misst allerdings der Begründung des SG Fulda, die das Hessische LSG - trotz Übereinstimmung im Ergebnis - wohl anzweifelt, durchaus Gewicht zu. Auch wenn die Erwägungen des SG Fulda nicht in jeder Einzelheit zur Bestimmung des nach [§ 12 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 JVEG](#) zu ersetzenden Aufwands "bis auf den Cent genau" geeignet sein mögen, sind sie doch plausibel und erscheinen zur Begründung einer auch nach Auffassung des Senats letztlich nicht vermeidbaren Schätzung eher geeignet als andere bisher angewandte oder diskutierte Methoden. Sie haben vor allem auch den Vorteil, dass sie auch auf die nachfolgende Zeit (auf die Jahre nach 2010) übertragbar sind und somit für spätere Zeiträume nicht ohne Anhaltspunkte völlig neu geschätzt werden muss. Davon ausgehend ergibt sich für das hier maßgebende Jahr 2011 folgendes: Nach den genannten Kriterien gelangt man wiederum im Fallpauschalenkatalog für das Jahr 2011 zur DRG 064B, in diesem Jahr mit einer Bewertungsrelation von 0,104. Aus der Kostenstruktur des arithmetischen Mittels dieser Behandlungen ergeben sich Kosten der Normalstation von durchschnittlich 225,30 EUR; darin enthalten sind Kosten für Arzneimittel und übrigen medizinischen Bedarf in Höhe von 10,20 EUR, nach Abzug dieses Betrages ergeben sich 215,10 EUR (Quelle: G-DRG V 2009/2011 BA-Report-Browser, abrufbar auf den Internetseiten des Instituts für das Entgeltsystem im Krankenhaus (InEK; www.g-drg.de)). Gegenüber dem für 2010 ermittelten Betrag von 196,60 EUR bedeutet dies eine Steigerung um fast 10 %, d. h. deutlich mehr als bei der Entwicklung der Basisfallwerte oder etwa bei der allgemeinen Preisentwicklung. Möglicherweise haben sich die der Ermittlung zugrunde liegenden recht geringen Fallzahlen oder medizinische Besonderheiten hier ausgewirkt. Dies kann, da der Betrag von 215,10 EUR Ausgangspunkt einer Schätzung ist, berücksichtigt werden, d.h. unter dem Gesichtspunkt einer Anpassung des für 2010 zugrunde gelegten Betrages von 200,- EUR gelangt man eher zu einem niedrigeren Betrag als 215,10 EUR. Insgesamt ist nach Auffassung des Senats eine Tagespauschale von 210,- EUR gerechtfertigt.

Dieses Ergebnis liegt im Übrigen nicht völlig außerhalb der Ergebnisse, die sich nach dem vom Antragsteller in MedSach 2013, 133, 136 f. vorgeschlagenen Lösungsansatz ergeben würden. Die vom Antragsteller a.a.O. mitgeteilten Beispiele tagesgleicher Bewertungsrelationen

der G-DRG 2013 für "Langlieger" oberhalb der oberen Grenzverweildauer für verschiedene (diagnoseabhängige) Fallpauschalen liegen zwischen 0,058 (niedrigste Bewertungsrelation) und 0,102 (höchste Bewertungsrelation). Multipliziert mit dem Bundesbasisfallwert von 3.068,37 EUR im Jahre 2013 ergeben sich Beträge von gerundet 178,- EUR bis 313,- EUR. Viele der Bewertungsrelationen liegen bei 0,07 bis 0,08, dies ergibt 215,- EUR bis 245,- EUR. Dies sind Zahlen für 2013; bei zeitlicher Angleichung dürfte sich eine weitere Annäherung der Ergebnisse zeigen.

7. Neben diesem ohne Einzelnachweis vergütungsfähigen Aufwand für die stationäre Aufnahme, d. h. hier für zwei Tage 420,- EUR, sind noch die konkret nachgewiesenen Kosten einzelner Leistungen abrechnungsfähig. Dies sind freilich nur solche Leistungen, die für die Erstattung des Gutachtens notwendig waren. Sie müssen sich grundsätzlich im Gutachten finden lassen, ihre Erforderlichkeit muss auf diese Weise nachvollziehbar sein. Nicht etwa können ohne weiteres bei einer stationären Aufnahme möglicherweise routinemäßig durchgeführten Laboruntersuchungen oder dergleichen in Rechnung gestellt werden. Dem Gutachten des Antragstellers lässt sich eine im Rahmen des stationären Aufenthalts durchgeführte Untersuchung der akustisch evozierten Potenziale (AEP) entnehmen. Dafür sieht die Anlage 2, Abschnitt 3 Nr. 305 zu [§ 10 Abs. 1 JVEG](#) ein Honorar von 13,- EUR bis 115,- EUR vor. Unter Zugrundelegung des DKG-NT für 2011 ergibt sich nach dessen Nr. 828, Vollkosten, ein Honorar von 51,97 EUR.

8. Außer den bereits abgerechneten und gezahlten 585,06 EUR sind dem Antragsteller somit weitere 471,97 EUR zu vergüten, für das Gutachten vom 18.10.2011 also insgesamt 1.057,03 EUR.

Die Entscheidung ergeht gebührenfrei, außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten ([§ 4 Abs. 8 JVEG](#)).

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-09-16