

L 9 U 2906/21

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Unfallversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 7 U 2605/18
Datum
29.06.2021
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 9 U 2906/21
Datum
16.05.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Für Ansprüche aufgrund vertraglicher Beziehungen im Sinne des [§ 34 Abs. 8 SGB VII](#) zwischen einem Unfallversicherungsträger und einem Krankenhaus wegen der stationäre Behandlung eines Versicherten ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten eröffnet.
2. Zur Abgrenzung einer Verletzung nach dem Verletzungsartenverfahren (VAV) von einer nach dem Schwerstverletztenartenverfahren (SAV); hier: mehrfragmentäre Tibiakopfrümmfraktur mit begleitendem hochgradigem Weichteilschaden.

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 29. Juni 2021 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird endgültig auf 10.961,26 Euro festgesetzt.

Tatbestand

Im Streit steht die weitere Vergütung der stationären Krankenhausbehandlung eines bei der Beklagten Versicherten nach dessen Arbeitsunfall vom 15.04.2015 im klägerischen Klinikum in Höhe von 10.961,26 Euro.

Die Klägerin ist Trägerin des O1-Klinikums A1. Am 15.04.2015 wurde der 1981 geborene V1 (im Folgenden: der Versicherte) nach einem Arbeitsunfall notfallmäßig in das Klinikum eingeliefert. Im Rahmen seiner bei der Beklagten versicherten Tätigkeit war ein ca. 400 kg schweres Metallteil gegen seinen rechten Unterschenkel geprallt, hierdurch hatte er eine geschlossene mehrfragmentäre Tibiakopfrümmfraktur Typ C3 nach AO-Klassifikation sowie einen Weichteilschaden dritten Grades nach Tscherne erlitten.

Bei der Untersuchung in der Notaufnahme des Klinikums zeigte sich eine deutliche Fehlstellung mit Hämatomverfärbung am rechten proximalen Unterschenkel des Versicherten, eine deutliche Kontusion der Weichteile im Sinne eines III° Weichteilschadens. Die periphere Durchblutung war intakt, die Wade jedoch deutlich geschwollen im Sinne eines beginnenden Kompartmentsyndroms. In einer Röntgenaufnahme des Knies und Unterschenkels zeigte sich eine Tibiakopfrümmfraktur (Zwischenbericht O2 u.a. vom 08.05.2015). Der Versicherte wurde stationär in das Klinikum aufgenommen und bis 08.05.2015 behandelt. Das Klinikum verfügte zu diesem Zeitpunkt über eine Zulassung der Deutschen Gesetzlichen Unfallversicherung e. V. (DGUV) zur Behandlung von Verletzungen nach dem Verletzungsartenverfahren (VAV), nicht jedoch nach dem Schwerstverletztenartenverfahren (SAV).

Am 15.04.2015 erfolgte die primäre Frakturstabilisierung mittels Fixateur externe und bei dringendem Verdacht auf Kompartmentsyndrom die Kompartmentspaltung am Unterschenkel und Anlage eines VAC-Systems (Zwischenbericht O2 u.a. vom 08.05.2015, OP-Bericht vom 15.04.2015 M1). Zur weiteren OP-Planung wurde am 16.04.2015 eine CT des rechten Unterschenkels durchgeführt. Es zeigte sich ein Zustand nach Reposition und Stabilisierung der metaphysär und artikulären C3-Trümmerfraktur der proximalen Tibia rechts mittels Fixateur externe, klaffende Frakturen und eine craniale Dislokation der Eminentia-Fragmente, darüber hinaus eine regelrechte Stellung des Frakturverbundes (CT-Bericht vom 17.04.2015 S1). Nach einem VAC-Wechsel und Debridement am 18.04.2015 erfolgte am 23.04.2015 die offene Reposition und winkelstabile Plattenosteosynthese des Tibiakopfes und eine freie Schraubenosteosynthese sowie ein weiterer VAC-

Wechsel (OP-Bericht vom 23.04.2015 M1). Am 27.04.2015 fand ein Schraubentausch an der winkelstabilen Platte, die Entfernung des VAC-Systems und eine Sekundärnaht nach Kompartmentspaltung statt (OP-Bericht vom 27.04.2015 B1). Im Verlauf bildete sich eine Unterschenkelvenenthrombose. Am 08.05.2015 wurde der Versicherte aus der stationären Behandlung entlassen.

Mit Schreiben vom 11.06.2015 stellte die Klägerin der Beklagten für die stationäre Behandlung einschließlich der operativen Behandlungen des Versicherten im Zeitraum vom 15.04.2015 bis 08.05.2015 eine Vergütung in Höhe von insgesamt 18.376,35 Euro in Rechnung (Seite 140). Der zuständige Chefarzt des Klinikums, O2, berichtete der Beklagten über die Behandlung mit Durchgangsarztbericht vom 15.04.2015 und Zwischenbericht vom 08.05.2015. Am 27.05.2015 erfolgte eine Aufnahmemitteilung und Kostenübernahmeantrag an die Beklagte. Auf Aufforderung der Beklagten legte die Klägerin die Entlassungsanzeige, die Operationsberichte vom 15.04.2015, 18.04.2015, 23.04.2015 und 27.04.2015 sowie die gefertigten Röntgen- und CT-Aufnahmen vor.

Die Beklagte beglich die Rechnung nur in Höhe von 7.415,09 Euro. Mit Schreiben vom 22.06.2015 teilte sie der Klägerin mit, der Versicherte hätte nach § 37 des Vertrags zwischen der DGUV, der Sozialversicherung für Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau (SVLFG), 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) in einem von den Landesverbänden der DGUV am SAV beteiligten Krankenhaus behandelt werden müssen, da seine Verletzungen der Ziffer 7.11 (S) des Verletzungsartenverzeichnisses unterfielen. Nach § 37 des Vertrages Ärzte/Unfallversicherungsträger seien Versicherte bei Verletzungen, die nach dem Verletzungsartenverzeichnis mit (S) gekennzeichnet seien, unverzüglich in ein am SAV beteiligtes Krankenhaus zu überweisen. Dieser Pflicht sei die Klägerin nicht nachgekommen. Wegen der Schwere der Verletzung des Versicherten erstatte sie gemäß § 4 i. V. m. § 8 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung über die Behandlung von Versicherten der Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zwischen der DGUV und der SVLFG einerseits und der deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) andererseits (im Folgenden: Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG) die Kosten für die ersten beiden Behandlungstage unter Berücksichtigung des Verlegungsabschlags inklusive operativer Leistungen. Im Übrigen bestehe kein Erstattungsanspruch. Im weiteren Verlauf wies die Beklagte darauf hin, dass bei dem Versicherten von Beginn an auch ein Kompartmentsyndrom vorgelegen habe, so dass neben der Ziffer 7.11 (S) auch andere Punkte des Verletzungsartenverzeichnisses in Betracht kämen, die auch in die Beurteilung führten, dass es sich um einen Fall des SAV handle.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme des T1 vom 05.08.2015 ein, welcher ausführte, im ersten OP-Bericht sei nur eine Tibiakopfrümmfraktur rechts Typ C 2 bei drittgradig geschlossenem Weichteilschaden angegeben. Unter Hinweis auf die Vorbemerkungen zum Katalog des Verletzungs- und Schwerverletzungsartenverfahrens sei bereits eine solche Fraktur mit begleitendem hochgradigem Weichteilschaden (Grad 3 nach Tscherne für geschlossene Weichteilschäden) als sehr schwere Verletzung im Sinne des SAV einzuschätzen. Im späteren OP-Bericht sei die Fraktur dann als Typ C3 klassifiziert. Damit wäre die Fraktur ebenfalls der Ziffer 7.11 (S) zuzuordnen. Auf die Einwendungen der Klägerin hiergegen holte die Beklagte weiter eine Stellungnahme des A2 vom 29.11.2015 ein. Er vertrat ebenfalls die Einschätzung, es sei unerheblich, dass in Ziffer 7.11 (S) der begleitende hochgradige Weichteilschaden nicht explizit aufgeführt sei, da in den Vorbemerkungen zum Verletzungsartenverzeichnis die besondere Bedeutung des Weichteilschadens zur Einstufung als SAV-Fall klargestellt sei. In Zweifelsfällen, ob eine Verletzung vorliege, die dem SAV zuzuordnen sei, habe grundsätzlich die Vorstellung in einem hierzu zugelassenen Krankenhaus zu erfolgen.

Dem hielt die Klägerin unter Vorlage von Stellungnahmen des O2 entgegen, es liege nur eine Verletzung nach Ziffer 7.11 (V) vor. Die von der Beklagten angegebene Ziffer 7.11 (S) setze nicht nur eine Typ C-Fraktur nach AO-Klassifikation voraus, sondern kumulativ auch einen „Verrenkungsbruch“ und eine „starke Verschiebung“. Bei dem Versicherten habe aber weder eine Verrenkung des Kniegelenks vorgelegen, noch seien die Fragmente des Tibiakopfes stark verschoben gewesen. Soweit von Anfang an auch ein Kompartmentsyndrom vorgelegen habe, sei die einschlägige Ziffer 1.2 (S) ebenfalls nicht erfüllt. Sie setze voraus, dass es zu „tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung, bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln im Verlauf“ komme, was auf den Versicherten ebenfalls nicht zutrefte. Für die Annahme der Ziffer 7.11 (S) sei das Vorliegen eines Weichteilschadens nicht relevant.

Am 24.08.2018 hat die Klägerin unter Vorlage des außergerichtlichen Schriftwechsels der Beteiligten und der Patientenakte des Versicherten Klage zum Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Der Anspruch auf den noch offenen Betrag in Höhe von 10.961,26 Euro werde klageweise geltend gemacht. Grundlage sei § 8 der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG. Die Beklagte könne dem nicht entgegenhalten, dass der Versicherte nach § 4 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG in ein Krankenhaus, welches am SAV teilnehme, hätte verlegt werden müssen. Denn bei dem Versicherten habe keine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorgelegen, welche mit (S) gesondert gekennzeichnet sei. Weder Ziffer 7.11 (S) noch Ziffer 1.2 (S) des Verletzungsartenverzeichnisses seien nach ihrem jeweiligen Wortlaut erfüllt. Daher stehe ihr die Vergütung für den gesamten stationären Behandlungszeitraum des Versicherten zu. Der geltend gemachte Zinsanspruch folge aus § 9 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG. Fälligkeit sei ab dem 03.07.2015 eingetreten, ohne dass es einer Mahnung bedürfe.

Die Beklagte ist unter Vorlage einer Gegenüberstellung der jeweiligen Versionen des Verletzungsartenverzeichnisses aus den Jahren 2014 und 2018 und Verweis auf die beratungsärztlichen Stellungnahmen von T2 und A2 der Klage entgegengetreten.

Das SG hat ein Gutachten nach Lage der Akten vom 16.04.2019 und eine ergänzende Stellungnahme vom 11.12.2019 bei K1 eingeholt, der die Einschätzung vertrat, dass bei dem Versicherten schon bei Aufnahme in die Klinik eine Verletzung im Sinne der Ziffer 7.11 (S) des Verletzungsartenverzeichnisses vorgelegen habe. Zwar sei bei der Operation am 15.04.2015 die Fraktur noch nach AO-Klassifikation als Typ C2 gekennzeichnet worden, bei der vorliegenden Beschreibung der Fraktur müsse es sich aber um eine Typ C3 Fraktur gehandelt haben. Eine vollständige Verrenkung im Sinne einer Luxation habe nicht vorgelegen, aber eine unvollständige Verrenkung und eine starke Verschiebung, was bereits an der sichtbaren Fehlstellung erkennbar gewesen sei. Damit seien die Voraussetzungen der Ziffer 7.11 (S) erfüllt. Er hat darauf hingewiesen, dass eine Verrenkung nicht unbedingt gleichzusetzen sei mit einer Luxation und auf die Moore-Klassifikation hingewiesen. Moore habe hinsichtlich Tibiakopffrakturen ein Klassifikationssystem für Luxationsfrakturen entwickelt, welche als „Klassifikation der Luxationsfrakturen nach Moore“ bezeichnet werde, obwohl einhellig klar sei, dass eine typische Luxation im Sinne einer vollständigen Verrenkung bei dieser Art von Brüchen nur ganz selten vorkomme und dass es bei dieser Art von Brüchen auch zu einer zumindest vorübergehenden Luxation der Kondyolen des Oberschenkels in den Tibiakopf hinein gehandelt habe. Eine Luxationsfraktur in

diesem Sinne sei vorliegend gegeben, die nach der AO-Klassifikation dem Typ 3C zuzuordnen sei. Auch seien 3-4 mm große Stufen für eine Gelenksfraktur starke Verschiebungen.

Mit Urteil aufgrund mündlicher Verhandlung vom 29.06.2021 hat das SG die Klage abgewiesen. Sie sei als Leistungsklage zulässig, aber unbegründet. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Zahlungsanspruchs sei die vertragliche Beziehung zwischen den Beteiligten auf Grundlage der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG. Der Zahlungsanspruch bestehe jedoch nicht, da die Klägerin gemäß § 4 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung verpflichtet gewesen wäre, den Versicherten nach Eintritt von dessen Transportfähigkeit in ein Krankenhaus zu verlegen, welches am SAV teilnehme. Das Verletzungsartenverzeichnis sei weiterhin in der Fassung von 2014 einschlägig, die erst zum 01.07.2018 erfolgten Änderungen seien auf Behandlungsfälle vor dem 30.06.2018 nicht anwendbar. Voraussetzung nach Ziff. 7.11 (S) der Fassung von 2014 sei das Vorliegen eines Bruchs des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung und ein Verrenkungsbruch mit starker Verschiebung und mehreren Fragmenten (entsprechend Typ C3 nach AO-Klassifikation). Diese Voraussetzungen hätten vorliegend bei Aufnahme des Versicherten in die klägerische Klinik am 15.04.2015 kumulativ vorgelegen. Hierbei stütze sich das Gericht auf das Gutachten und die ergänzende Stellungnahme des K1, die überzeugend und widerspruchsfrei seien. Unstreitig habe eine Fraktur des Typs C3 nach AO-Klassifikation vorgelegen. Entgegen der Auffassung der Klägerin, dass Ziff. 7.11 (S) darüber hinaus eine komplette Verrenkung erfordere, sei die Kammer der Auffassung, dass auch eine unvollständige Verrenkung ausreiche, da der Wortlaut lediglich einen „Verrenkungsbruch“ beschreibe und keine vollständige Verrenkung. Auch sei das Vorliegen einer starken Verschiebung durch die Tibiakopffraktur zu bejahen. Entscheidend sei, dass die Tibiakopfraktur bereits klinisch eine sichtbare Fehlstellung aufgewiesen habe, so dass nach den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen auch eine starke Verschiebung belegt sei. Unstreitig zeige die bildgebende Diagnostik bei dem Versicherten eine Dehiscenz der Frakturspalte von 3-4 mm. Dies sei anders als von der Klägerin vorgebracht als starke Verschiebung im Sinne der Ziff. 7.11 (S) einzuordnen, wie auch der Sachverständige ausgeführt habe. Damit wäre die Klägerin zur Verlegung des Versicherten in ein zum SAV zugelassenes Krankenhaus verpflichtet gewesen und der streitige Zahlungsanspruch nach den vertraglichen Vereinbarungen der Beteiligten nicht begründet. Die Klägerin könne den geltend gemachten Anspruch auch nicht auf andere Rechtsgrundlagen stützen. So seien die Regelungen der §§ 677 ff. BGB über die Geschäftsführung ohne Auftrag nicht mehr entsprechend heranzuziehen (unter Verweis auf Bundessozialgericht <BSG>, Urteile vom 27.06.2017 - B 2 U 13/15 R - und vom 12.01.2010 - B 2 U 28/08 R -). Ebenso wenig bestehe ein bereicherungsrechtlicher Anspruch auf Zahlung der Behandlungskosten gemäß § 62 Satz 2 SGB X i. V. m. §§ 812 ff. BGB. Zwar seien diese Regelungen mangels spezialgesetzlicher Regelung im öffentlichen Recht entsprechend heranzuziehen (unter Verweis auf BSG, Urteil vom 13.05.2014 - B 4 KR 2/03 R - und Landessozialgericht <LSG> Berlin-Brandenburg, Urteil vom 04.07.2006 - L 24 KR 1127/05 -). Erfolge die Behandlung aber wie vorliegend in einem zum SAV nicht zugelassenen Krankenhaus, sei ein Anspruch auf Wertersatz der aufgedrängten Bereicherung ausgeschlossen (unter Verweis auf SG Halle, Teilurteil vom 05.06.2009 - S 15 U 167/06 -). Die Kammer vertrete die Auffassung, dass ein zum SAV nicht zugelassenes Krankenhaus keinen Wertersatz beanspruchen könne. Die Vergütung vertragswidrig erbrachter Leistungen würde dem Zweck zuwiderlaufen, die Versorgung schwerer und komplizierter Verletzungen bestimmten Kliniken vorzuhalten, womit das Prinzip der Zulassung seine Funktion nicht mehr erfüllen könne. Angesichts fehlender Hauptforderung bestehe auch kein Zinsanspruch.

Gegen das ihr am 13.08.2021 zugestellte Urteil richtet sich die am 09.09.2021 beim LSG Baden-Württemberg eingelegte Berufung der Klägerin. Sie trägt vor, der vom SG im angefochtenen Urteil aufgeführte Sachverhalt sei zutreffend und zwischen den Beteiligten unstreitig. Das SG habe diesen Sachverhalt aber rechtlich falsch gewürdigt. Die in Ziffer 7.11 (S) des Verletzungsartenverzeichnisses geforderten Merkmale „Verrenkungsbruch“ und „starke Verschiebung“ lägen nicht vor. Zu Unrecht habe sich das SG hierzu auf die Einschätzung des K1 gestützt, obwohl dieser in seinem Gutachten und der ergänzenden Stellungnahme hierzu widersprüchliche Angaben gemacht habe. Ein Verrenkungsbruch sei medizinisch eindeutig definiert als „vollständige Verrenkung“. Nach Pschyrembel sei unter einem „Verrenkungsbruch“ eine Luxationsfraktur zu verstehen als „Kombination von Luxation und Fraktur an einem Gelenk“. Unter einer Luxation sei nach Pschyrembel eine „Ausrenkung, Gelenksverletzung mit vollständiger Verschiebung der gelenkbildenden Knochenenden (im Gegensatz zur Subluxation mit unvollständiger Verschiebung)“ zu verstehen. Für eine Auslegung des Begriffes „Verrenkungsbruch“ dahingehend, dass nur vollständige Verrenkungen erfasst seien, spreche auch die Zielrichtung der Abgrenzung der Verletzungen (V) und (S), dass für die Behandlung schwerster Unfallverletzungen solche Krankenhäuser vorzusehen, die besonders ausgestattet und geschult seien. Nur bei einer vollständigen Verrenkung handle es sich um eine schwerste Verletzung. Auch soweit das SG sich auf die Einschätzung des Sachverständigen hinsichtlich des Kriteriums der starken Verschiebung stütze und diese unter Verweis auf die klinisch sichtbare Fehlstellung bejahe, gehe dies fehl. Eine klinische Diagnostizierbarkeit einer starken Verschiebung erscheine bereits wegen der bei Aufnahme vorhandenen deutlichen Weichteilschwellung nicht plausibel. Auch sei die klinische Diagnose vom persönlichen Eindruck und den Erfahrungswerten des behandelnden Arztes subjektiv gefärbt. Bereits minimale Fehlstellungen am Gelenk könnten aufgrund der Achsenverlängerung den Anschein einer starken Verschiebung erwecken. Entscheidend sei jedoch nicht die Sichtbarkeit der Verschiebung am gesamten Bein, sondern erforderlich sei eine starke Verschiebung an der Verletzungsstelle, mithin der Frakturspalte. Diese sei vorliegend lediglich 3-4 mm. Im Röntgenbefund vom 17.04.2015 würden eher geringe Dislokationen und eine nur geringe Stufenbildung in der Gelenkfläche angegeben. Damit sei objektiv keine starke Verschiebung anzunehmen. Angesichts dieser klaren objektiven Befunde habe eindeutig kein (S)-Fall vorgelegen. Soweit die Auslegung der in Ziff. 7.11 (S) genannten Kriterien unklar sei, was die zum 01.01.2018 vorgenommenen Änderungen nahelegen würden, könne dies nicht zu Lasten der Klägerin gehen, sondern müsse zu Lasten der Beklagten gehen, die das Verzeichnis ausformuliert habe. Es habe sich auch keinesfalls um einen Zweifelsfall gehandelt, sondern es habe eindeutig ein Fall der Ziff. 7.11 (V) vorgelegen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 29. Juni 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 10.961,26 Euro nebst Zinsen hieraus in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 3. Juli 2015 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist auf das aus ihrer Sicht zutreffende Urteil des SG. Ergänzend hat die Beklagte eine erneute beratungsärztliche Stellungnahme des T1 vom 28.02.2023, das vollständige Verletzungsartenverzeichnis Stand 01.07.2014 und eine Übersicht über die Einteilung des Schweregrads einer begleitenden Weichteilverletzung bei offenen und geschlossenen Frakturen nach Tscherne und Oestern und vorgelegt.

Einen Vorschlag der Klägerin zur gütlichen Beilegung des Rechtsstreits hat die Beklagte abgelehnt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Instanzen sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten und Patientenakte des V. Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist nach [§ 143 SGG](#) statthaft und auch ansonsten zulässig, sie ist jedoch unbegründet. Der geltend gemachte weitere Zahlungs- und Zinsanspruch steht der Klägerin nicht zu. Das SG hat die Klage mit dem angefochtenen Urteil zu Recht als unbegründet abgewiesen.

1. Für den vorliegend streitigen Vergütungs- und Zinsanspruch ist der Rechtsweg zu den Sozialgerichten gemäß [§ 51 Abs. 1 Nr. 3 SGG](#) eröffnet. Der von der Klägerin erhobene Anspruch ist öffentlich-rechtlicher Natur, da damit die Vergütung aufgrund vertraglicher Beziehungen im Sinne des [§ 34 Abs. 8](#) Siebtes Buch Sozialgesetzbuch (SGB VII) für eine stationäre Behandlung geltend gemacht wird, auf die der Versicherte gegenüber der Beklagten als Unfallversicherungsträgerin nach [§ 26 Abs. 1 Satz 1](#) i. V. m. [§ 27 Abs. 1 Nr. 6 SGB VII](#) Anspruch hatte und die gemäß [§ 33 Abs. 1](#) und 2 SGB VII in einem Krankenhaus i. S. d. [§ 107](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) erbracht wurde. Das Streitverhältnis ist damit dem Unfallversicherungsrecht zuzuordnen (vgl. zum Rechtsweg wegen des Vergütungsanspruchs eines Krankenhauses gegen einen Unfallversicherungsträger wegen der Behandlung aufgrund eines Versicherungsfalles der gesetzlichen Unfallversicherung vor Inkrafttreten der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG: BSG, Urteil vom 12.01.2010 - [B 2 U 28/08 R](#) -, Juris Rn. 9 f.).

2. Die auf Zahlung der restlichen Vergütung für die stationäre Krankenhausbehandlung des Versicherten gerichtete echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) ist statthaft und zulässig. Die Beklagte ist aufgrund des bestehenden Gleichordnungsverhältnisses weder berechtigt noch verpflichtet, über das Bestehen und die Höhe des von einem Krankenhausträger wegen der Krankenhausbehandlung eines Versicherten anlässlich eines Versicherungsfalles geltend gemachten öffentlich-rechtlichen Zahlungsanspruchs durch Verwaltungsakt zu entscheiden. Ein solcher Verwaltungsakt ist auch nicht ergangen. Die Beklagte hat lediglich auf die Rechnungslegung der Klägerin nach [§ 9](#) der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach [§ 10](#) der Vereinbarung den geltend gemachten Rechnungsbetrag gekürzt und dies gegenüber der Klägerin erläutert. Ein Vorverfahren war daher nicht durchzuführen. Die gerichtliche Geltendmachung des weiteren Vergütungsanspruchs ist auch nicht durch die in der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG vorgesehene Abrechnungsprüfung ausgeschlossen (vgl. [§ 10 Abs. 3 Satz 3](#) der Rahmenvereinbarung).

3. Die Klage ist jedoch unbegründet. Der geltend gemachte weitere Zahlungsanspruch und Anspruch auf Zinsen hieraus steht der Klägerin gegen die Beklagte nicht zu.

a. Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, kommt als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Zahlungs- und Zinsanspruch nur der die Vergütung regelnde Vertrag zwischen den Beteiligten in Form der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG in Betracht.

Die auf der Grundlage des [§ 34 Abs. 8 SGB VII](#) mit Wirkung ab 01.01.2013 geschlossene Rahmenvereinbarung erfolgte im Hinblick auf die Entscheidung des BSG vom 12.01.2010 (- [B 2 U 28/08 R](#) -, [BSGE 105, 210-219](#)) und diente nach ihrer Präambel gerade dazu, den Rechtsbeziehungen zwischen den Trägern der gesetzlichen Unfallversicherung und den nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhäusern eine (neue) Grundlage zu verschaffen. Vor diesem Hintergrund sind auch auf die ab dem 01.01.2013 eingetretenen Versicherungsfälle nicht mehr die Regelungen der öffentlich-rechtlichen Geschäftsführung ohne Auftrag (vgl. so noch BSG, Urteil vom 12.01.2010 - [B 2 U 28/08 R](#) -, Juris) anzuwenden.

Die Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG ist für alle gesetzlichen Unfallversicherungsträger, mithin auch die Beklagte, verbindlich, da durch die DGUV mit unmittelbarer Rechtswirkung für ihre Mitglieder abgeschlossen ([§ 1 Abs. 2](#)) und findet auch gegenüber der Klägerin, die nach ihrem Vortrag der Vereinbarung durch eine entsprechende Erklärung gegenüber der DKG beigetreten ist, Anwendung (vgl. [§ 1 Abs. 3](#)).

Nach [§§ 2 und 3 Abs. 1 Satz 1](#) Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG gewähren Krankenhäuser im Rahmen ihres Versorgungsauftrages ambulante und stationäre Krankenhausbehandlung, wenn sie aus medizinischen Gründen von einem Arzt wegen der Folgen eines Versicherungsfalles nach dem dritten Abschnitt des ersten Kapitels des SGB VII in Kenntnis dessen zu Lasten eines Unfallversicherungsträgers verordnet bzw. veranlasst wird. Nach [§ 3 Abs. 1 Satz 2](#) kann die Krankenhausbehandlung bei Vorliegen eines Arbeitsunfalls nach [§ 24 Abs. 1](#) Vertrag Ärzte/Unfallversicherungsträger auch von einem am Krankenhaus tätigen Durchgangsarzt veranlasst werden, wie vorliegend geschehen. In diesen Fällen richtet sich der Vergütungsanspruch nach [§ 3 Abs. 4](#) gegen den Unfallversicherungsträger, zu dessen Lasten die Krankenhausbehandlung eingeleitet wurde bzw. der für den Arbeitsunfall oder die Berufskrankheit zuständig ist.

Die Vergütung und Abrechnung der Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung notwendig sind, erfolgt gemäß [§ 8 Abs. 1 Satz 1](#) der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG auf Grundlage des Krankenhausfinanzierungsgesetzes (KHG), des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) oder der Bundespflegesatzverordnung (BPfV) sowie der Fallpauschalenvereinbarung bzw. der vom Bundesministerium für Gesundheit nach [§ 17b Abs. 7 KHG](#) erlassenen Rechtsverordnungen in der jeweils gültigen Fassung. Die Rechnungslegung des Krankenhauses und die Zahlungsregelungen einschließlich der Verzinsung sind in [§ 8](#) geregelt, die Abrechnungsprüfung in [§ 10](#). In den Fällen einer Verlegungspflicht nach [§ 4](#) bemisst sich der Vergütungsanspruch des Krankenhauses gemäß [§ 8 Abs. 4](#) nach dem Zeitpunkt, zu dem Versicherte verlegt wurden bzw. hätten verlegt werden müssen. Nach [§ 4 Abs. 2 Satz 1](#) werden Verletzte - bei positiver Kenntnis über das Vorliegen eines Arbeitsunfalls - in Fällen, in denen eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis einschließlich zugehöriger Erläuterungen in der jeweils gültigen Fassung vorliegt, nach Eintritt der Transportfähigkeit unverzüglich in ein von den Landesverbänden der DGUV am VAV beteiligtes Krankenhaus verlegt. Bei Vorliegen einer in den Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis gesondert gekennzeichneten Verletzung erfolgt die Verlegung nach Satz 1 in ein von den Landesverbänden der DGUV am SAV beteiligtes Krankenhaus (Satz 2). Die Pflicht zur Verlegung in ein zum SAV beteiligtes Krankenhaus

gilt nach § 15 Abs. 1 der Rahmenvereinbarung für stationäre Aufnahmen ab dem 01.01.2014.

Ist fraglich, ob eine VAV- oder eine SAV-Verletzung vorliegt, sind Verletzte nach § 4 Abs. 2 Satz 3 im Zweifel an ein an dem entsprechenden Verfahren beteiligtes Krankenhaus zu überweisen. § 4 Abs. 3 bestimmt für diese Fälle, dass die durch die Verlegung nach Abs. 2 entstehenden Transportkosten vom zuständigen Unfallversicherungsträger neben der Vergütung nach § 8 in vollem Umfang getragen werden, sofern sie dem Krankenhaus entstanden sind. Gleiches gilt für im Zusammenhang mit der Aufnahme und Entlassung von Versicherten entstandenen Kosten.

b. Vorliegend wurde der Versicherte aufgrund eines Arbeitsunfalls im klägerischen Klinikum durchgangszurärztlich untersucht und in Kenntnis des Vorliegens eines Arbeitsunfalls zur besonderen stationären Heilbehandlung aufgenommen, was aus dem Durchgangsarztbericht vom 15.04.2015 hervorgeht, so dass ein Vergütungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte nach §§ 3 Abs. 4, 8 Abs. 1 und 2 der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG entstanden ist.

c. Der Umfang des Vergütungsanspruchs der Klägerin gegen die Beklagte richtet sich aber vorliegend nach § 8 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung und geht damit nicht über den bereits von der Beklagten vorgerichtlich geleisteten Betrag für die ersten beiden Belegungstage unter Berücksichtigung des Verlegungsabschlags inklusive operativer Leistungen in Höhe von 7.415,09 Euro hinaus. Denn der Versicherte hätte in ein am SAV beteiligtes Krankenhaus verlegt werden müssen. Daher bemisst sich der Vergütungsanspruch der Klägerin nach § 8 Abs. 4 nach dem Zeitpunkt, zu dem der Versicherte hätte verlegt werden müssen. Dies wäre spätestens nach der ersten operativen Versorgung am 15.04.2015 der Fall gewesen.

aa. Dafür, dass bei dem Versicherten eine Verletzung vorlag, die unter die Ziffer 7.11 (S) des Verletzungsartenverzeichnisses zu fassen und deshalb dem SAV zuzuordnen war, sprechen gewichtige Gründe. Zu diesem Ergebnis sind übereinstimmend der gerichtliche Sachverständige K1 in seinem für das SG erstattete Gutachten einschließlich seiner ergänzenden Stellungnahme und in den von der Beklagten vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahmen T2 und A2 gelangt und haben dies auch für den Senat nachvollziehbar und widerspruchsfrei dargestellt.

Zwar geht die Klägerin angesichts des Wortlauts in Ziffer 7.11 (S) davon aus, dass die dort genannten Worte „Verrenkungsbruch“, „mit starker Verschiebung“, „und mehreren Fragmenten“ und „(entsprechend Typ C3 nach AO-Klassifikation) jeweils einzelne Voraussetzungen darstellen, die kumulativ erfüllt sein müssen, um die Ziffer 7.11 (S) zu bejahen und dass hierbei die Voraussetzungen „Verrenkungsbruch“ und „mit starker Verschiebung“ vorliegend nicht erfüllt seien, da „Verrenkungsbruch“ nur als vollständige Verrenkung im Sinne einer Luxation des Kniegelenks, „mit starker Verschiebung“ nur als Verschiebung der Knochenfragmente um deutlich mehr als 2 mm, welches die Grenze der Operationsbedürftigkeit darstelle, ausgelegt werden könne, die so verstandenen Voraussetzungen aber nicht erfüllt seien. Auch ist der Klägerin zuzugeben, dass vorliegend nur eine unvollständige Verrenkung des Gelenks vorlag und jedenfalls nach dem Vortrag der Klägerin ausweislich der präoperativ am 15.04.2015 gefertigten Röntgenaufnahmen und ausweislich der erstmals nach der ersten Operation am 16.04.2015 gefertigten CT-Aufnahmen eine solche Verschiebung von nicht mehr als 3 bis 4 mm hervorgeht.

Allerdings ist bereits nicht nachvollziehbar, weshalb es sich jeweils um kumulativ zu erfüllende Voraussetzungen handeln und sich der Klammerzusatz „(entsprechend Typ C3 nach AO-Klassifikation)“ nur auf die Worte „und mehreren Fragmenten“ beziehen soll. Denn nicht nur die Typ C3-Brüche nach AO-Klassifikation sind Brüche mit mehreren Fragmenten, sondern auch weitere, nicht so schwerwiegende Bruch-Typen der AO-Klassifikation sind durch mehrere Fragmente qualifiziert. Da nach der AO-Klassifikation nicht jeder Bruch mit Gelenkbeteiligung, der mehrere Fragmente aufweist, dem Typ 3C zuzuordnen ist, würde der Klammerzusatz bezogen nur auf die Worte „mit mehreren Fragmenten“ insbesondere mit der Einleitung „entsprechend“ keinen Sinn machen. Wenn sich der Klammerzusatz aber auf die gesamten Worte „Verrenkungsbruch mit starker Verschiebung und mehreren Fragmenten“ bezieht, wie übereinstimmend der Sachverständige K1 und die Beratungsärzte der Beklagten T2 und A2 ihrer jeweiligen Einschätzung zugrunde gelegt haben, erübrigt sich eine weitere Definition der Begriffe „Verrenkungsbruch“ und „mit starker Verschiebung“ und ist das Vorliegen der Ziffer 7.11 (S) bereits aufgrund des dem Typ 3C nach AO-Klassifikation zuzuordnenden Bruches zu bejahen.

bb. Dies kann aber letztlich dahinstehen, weil unabhängig davon, ob die Verletzungskonstellation des Versicherten der Ziffer 7.11 (S) zuzuordnen war, war sie nach den allgemeinen Erläuterungen des Verletzungsartenverzeichnisses als sehr schwere Verletzung besonders gekennzeichnet und deshalb dem SAV zuzuordnen.

Denn bei dem Versicherten lag eine komplexe Bruchform vor, was die Klägerin auch selbst einräumt. Zwar hatte die Klägerin zunächst nur Röntgenaufnahmen gemacht und auf dieser Basis als präoperative Diagnose eine C2-Fraktur im Operationsbericht vom 15.04.2015 festgehalten. Die nach diesem ersten Eingriff am 16.04.2015 durchgeführte CT zeigte aber laut Befundbericht vom 17.04.2015 den Zustand nach Reposition und Stabilisierung einer metaphysären und artikulären C3-Trümmerfraktur der proximalen Tibia rechts mittels Fixateur extern, klaffende Frakturen und eine craniale Dislokation der Eminentia-Fragmente, darüber hinaus eine regelrechte Stellung des Frakturverbundes. Selbst wenn die behandelnden Ärzte vor und während diesem ersten Eingriff noch von einer C2-Fraktur nach AO-Klassifikation ausgegangen wären, war aber ebenfalls bereits präoperativ ein begleitender drittgradiger Weichteilschaden festgestellt und es bestand der dringende Verdacht auf ein Kompartmentsyndrom, wie sich ebenfalls dem OP-Bericht vom 15.04.2015 entnehmen lässt. Dementsprechend wurde bei der operativen Erstversorgung nicht nur ein Fixateur extern angelegt, sondern auch eine Kompartmentspaltung durchgeführt. Damit lag aber bereits zu diesem Zeitpunkt eine auch als solche diagnostizierte Verletzung vor, die nach dem Verletzungsartenverzeichnis einschließlich Erläuterungen als eine sehr schwere Verletzung und damit dem SAV vorbehalten einzustufen war. Denn unabhängig davon, ob die Voraussetzungen der Ziffer 7.11 (S) oder Ziffer 1.2 (S) erfüllt waren, lag eine Konstellation vor, bei der gleichzeitig mehrere Ziffern des Verletzungsartenverzeichnisses (1 und 7) betroffen waren und damit eine Verletzungskonstellation, die in den Erläuterungen des Verzeichnisses gerade im Fettdruck besonders gekennzeichnet und als sehr schwer ausgewiesen war – nämlich die Kombination eines Bruches mit einer begleitenden hochgradigen Weichteilverletzung.

Das Verletzungsartenverzeichnis mit Erläuterungen unter Einschluss des Schwerstverletzungsartenverfahrens in der Fassung vom 01.01.2013, Stand 01.07.2014, das vorliegend noch anzuwenden ist, umfasste zehn Ziffern, dabei waren unter den Ziffern 1 und 7 folgende Verletzungen aufgeführt: „1: Ausgedehnte oder tiefgehende Verletzungen der Haut und des Weichteilmantels, Amputationsverletzungen, Muskelkompressionssyndrome, thermische und chemische Schädigungen“ und „7: Schwere Verletzungen großer Gelenke, insbesondere bei

Rekonstruktionsbedürftigkeit; im Kindesalter zusätzlich operationsbedürftige Frakturen mit Beteiligung der Wachstumsfuge und operationsbedürftige gelenknahe Frakturen“.

Der Auflistung der zehn Ziffern waren Erläuterungen angefügt, und zwar zunächst allgemeine Erläuterungen bezogen auf das gesamte Verzeichnis, sodann eine Auflistung verschiedener Unterziffern. Die allgemeinen Erläuterungen lauteten: Die folgenden Ausführungen sollen die 10 Punkte des Verletzungsartenverzeichnisses erläutern und eingrenzen. Naturgemäß kann nicht jede denkbare und individuelle Verletzungskonstellation aufgeführt werden. Für seltene und komplexe Situationen gilt der aufgezeigte Rahmen sinngemäß. In Fettdruck sowie mit Klammerzusatz (S) gekennzeichnete Konstellationen sind Krankenhäusern mit Zulassungen zum Schwerstverletzungsartenverfahren vorbehalten. Die Behandlung einer vital bedrohlichen (z. B. Milzzerreißung) oder hoch dringlich zu versorgenden (z. B. Muskelkompressionssyndrom) Verletzung hat selbstverständlich Vorrang vor den Regelungen für Zuweisungen und Verlegungen im Verletzungsartenverfahren. In diesen Fällen und entsprechend bei Konstellationen des Schwerstverletzungsartenverfahrens erfolgt die Verlegung in ein beteiligtes Krankenhaus zum frühestmöglichen Zeitpunkt. In Zweifelsfällen, ob eine Verletzung nach dem Verletzungsartenverzeichnis vorliegt, und insbesondere bei abzuklärender Operationsnotwendigkeit hat grundsätzlich die Vorstellung in einem am Verletzungsartenverfahren bzw. am Schwerstverletzungsartenverfahren beteiligten Krankenhaus zu erfolgen.“

Weiter war ausgeführt: „Als große Gelenke im Sinne dieses Katalogs gelten ...an der unteren Extremität Hüft-, Knie-, oberes und unteres Sprunggelenk...Als schwere Verletzungen gelten Brüche mehrerer Röhrenknochen an einer Extremität, prinzipiell alle Brüche mit Gelenkverwerfung sowie Verletzungen von Kapseln und Bändern mit Instabilität bei gegebener oder abzuklärender Operationsbedürftigkeit. **Als sehr schwere Verletzungen gelten alle Brüche mit starker Verschiebung, komplexen Bruchformen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung (z.B. nach Gustillo Grad III für offene oder Tscherne Grad III für geschlossene Weichteilschäden) oder bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung oder bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln einschließlich des Kompartmentsyndroms im Verlauf.**“ Erst nach diesen Erläuterungen waren sodann Unterziffern aufgeführt, darunter unter Ziffer 1.2(V) Muskelkompressionssyndrom in allen Lokalisationen mit klinischer Symptomatik und gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit und Ziffer **1.2(S) Bei tiefgehenden, ausgedehnten und fortschreitenden Entzündungen nach operativer Versorgung, bei Weichteiluntergang mit Nekrosen von Haut, Faszien und Muskeln im Verlauf**“ sowie unter Ziffer 7.11 (V) „Brüche des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung bei gegebener oder abzuklärender Operationsnotwendigkeit“ und unter **7.11(S) „Vorgenannte Brüche des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung bei Verrenkungsbrüchen mit starker Verschiebung und mehreren Fragmenten (entsprechend Typ C3 nach AO-Klassifikation)“.**

In Übereinstimmung mit der Einschätzung der Beklagten und der von ihr vorgelegten beratungsärztlichen Stellungnahmen von T1 und A2 geht der Senat davon aus, dass zur Auslegung der Ziffern 1 und 7 und zur Zuordnung der hierunter zu fassenden Muskelkompressionssyndrome und Brüche des körperfernen Schienbeins mit Gelenkbeteiligung, die ihrer Schwere nach dem SAV vorbehalten sind, nicht nur der Wortlaut der Ziffern 1.2 (V) und 1.2 (S) sowie 7.11 (V) und 7.11 (S), sondern auch die den Unterziffern vorangestellten allgemeinen Erläuterungen heranzuziehen sind. Hieraus folgt, dass angesichts der einleitenden fettgedruckten Erläuterung, dass alle Brüche mit starker Verschiebung, komplexen Bruchformen oder begleitender hochgradiger Weichteilschädigung als sehr schwere Verletzungen gelten, vorliegend angesichts der unstreitig komplexen Bruchform bei begleitender hochgradiger Weichteilschädigung eine Konstellation vorlag, die den Krankenhäusern mit Zulassung zum SAV vorbehalten war. Und zwar unabhängig davon, ob der vorliegende Bruch auch als „Verrenkungsbruch mit starker Verschiebung“ im Sinne der Ziffer 7.11 (S) eingeordnet werden kann, was die Klägerin nach ihrer Auslegung des Verletzungsartenverzeichnisses verneint. Denn die allgemeinen Erläuterungen enthalten bei der Angabe der als sehr schwer einzuordnenden Verletzungskonstellationen, in denen gleichzeitig Brüche und begleitende Weichteilschäden vorliegen, eindeutig keine Aufzählung von kumulativ erforderlichen Voraussetzungen, sondern Alternativen, was unschwer an dem Ausdruck „oder“ erkennbar war. Dass bei dem Versicherten ein geschlossener Bruch des Tibiakopfes mit begleitendem hochgradigem Weichteilschaden Grad III nach Tscherne vorlag, ist auch nach den Angaben der Klägerin unstreitig. Die allgemeinen Erläuterungen zeigen gerade auf, dass naturgemäß nicht jede denkbare individuelle Verletzungskonstellation im Verzeichnis aufgeführt werden kann. Wenn es sich aber, wie vorliegend, um eine komplexe Situation handelt, in der begleitend zu einer unter Ziffer 7.1 zu fassenden Verletzung eine unter Ziffer 1.2 zu fassende Verletzung vorliegt, ist der aufgezeigte Rahmen sinngemäß anzuwenden, wie in den allgemeinen Erläuterungen ausgeführt. Dort wird gerade klargestellt, dass bei Vorliegen einer Kombination von Brüchen mit hochgradigen Weichteilschädigungen nicht nur von einer schweren, sondern von einer sehr schweren Verletzung auszugehen ist.

Insoweit kann das Verletzungsartenverzeichnis auch nicht dahingehend ausgelegt werden, dass es sich bei den Unterziffern um spezielle Regelungen handelt, denen im Sinne einer „lex specialis“ Vorrang gegenüber den vorherigen allgemeinen Erläuterungen im Sinne einer „lex generalis“ zukommen würde. Vielmehr enthalten die Erläuterungen gerade den Hinweis, dass es naturgemäß nicht möglich ist, jede denkbare und individuelle Verletzungskonstellation aufzuführen. Dass vielmehr für seltene und komplexe Situationen der aufgezeigte Rahmen sinngemäß gilt. Damit wird deutlich, dass immer, aber nicht nur bei Vorliegen der in den Unterziffern aufgeführten Verletzungskonstellationen die Zuordnung zum SAV durch die Kennzeichnung der Unterziffer mit (S) zu erfolgen hat. Darüber hinaus hat aber auch bei nicht in den Unterziffern aufgeführten individuellen Verletzungskonstellationen eine Zuordnung zum SAV durch die Kennzeichnung durch Fettdruck zu erfolgen. Dies greift vorliegend gerade bei der Kombinationsverletzung von Bruch und begleitendem hochgradigem Weichteilschaden.

Diese Auslegung des Verletzungsartenverzeichnisses 2014 gründet auf dem Wortlaut und Sinngehalt des Verletzungsartenverzeichnisses 2014 und nicht auf einem von der Klägerin als unzulässig gerügten Vorgriff auf die 2018 erfolgten Änderungen im Verletzungsartenverzeichnis, die unter anderem Ziffer 7.11 (S) betrafen, die nunmehr mit Spiegelstrichen versehen war „Brüche des körpernahen Unterschenkels mit Gelenkbeteiligung bei - Typ B3 und C der AO-Klassifikation - Gefäßverletzung - Nervenverletzung - hochgradiger Weichteilschädigung“, deren Inhalt nach den ebenfalls geänderten allgemeinen Erläuterungen nicht kumulativ, sondern alternativ vorliegen mussten. Zwar trifft es zu, dass die Ziffer 7.11 (S) in der Fassung 2018 alleine bereits wegen des hochgradigen Weichteilschadens ebenso wie alleine bereits wegen des Vorliegens einer Bruch-Form, die dem Typ C nach AO-Klassifikation zuzuordnen ist, erfüllt wäre und dies dem Ergebnis der oben dargestellten Auslegung entspricht.

Unzutreffend ist der Einwand der Klägerin, dass nur eine Kennzeichnung in einer Unterziffer mit (S) im Verletzungsartenverzeichnis zu einer Verlegungspflicht und einem teilweisen Entfallen des Vergütungsanspruchs nach den Regelungen der Rahmenvereinbarung

Unfallversicherungsträger/DKG führen würde. In § 4 Abs. 2 Satz 2 der Rahmenvereinbarung wird ausgeführt „Bei Vorliegen einer in den Erläuterungen zum Verletzungsartenverzeichnis gesondert gekennzeichneten Verletzung erfolgt die Verlegung...“. Damit knüpft die Verlegungspflicht nicht an eine gesonderte Kennzeichnung durch den Zusatz (S) in einer Unterziffer an, sondern nur an eine im Verletzungsartenverzeichnis erfolgte besondere Kennzeichnung, welche nach den Erläuterungen auch durch Fettdruck erfolgen kann, wie bereits dargestellt.

Soweit die Klägerin geltend macht, dass sie das Verletzungsartenverzeichnisses gänzlich anders auslegt, eindeutige Auslegungskriterien fehlen würden und dies zu Lasten der Beklagten gehen müsse, greift dies nicht durch. Denn eine fehlerhafte Auslegung des Verzeichnisses durch die Klägerin unter Außerachtlassung der allgemeinen Erläuterungen als eines wesentlichen Teils des Verzeichnisses, kann nicht der Beklagten angelastet werden.

Selbst wenn bei der Klägerin bis zum ersten operativen Eingriff Unsicherheiten über die Einstufung des Bruches nach AO-Klassifikation bestanden hätten, liegt allenfalls ein Zweifelsfall über die Schwere der Verletzung vor. Sowohl im Verletzungsartenverzeichnis ist ausgeführt, dass in Zweifelsfällen, ob eine Verletzung nach dem Verzeichnis vorliege, grundsätzlich die Vorstellung in einem am VAV bzw. SAV beteiligten Krankenhaus zu erfolgen hat. Ebenso ist in § 4 Abs. 2 Satz 3 der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG ausgeführt, dass dann, wenn fraglich ist, ob eine VAV- oder SAV-Verletzung vorliegt, Verletzte im Zweifel an ein an dem entsprechenden Verfahren beteiligtes Krankenhaus zu überweisen ist. Damit ist die Klägerin auch im Zweifelsfall spätestens nach der operativen Erstversorgung des Versicherten am 15.04.2015 zur Vorstellung in einer am SAV beteiligten Klinik verpflichtet gewesen. Dass sie dies unterlassen hat, führt nach § 8 Abs. 4 der Rahmenvereinbarung zum Verlust bzw. zur Kürzung ihres Vergütungsanspruchs. Dafür, dass der Versicherte zu diesem Zeitpunkt nicht transportfähig gewesen wäre, liegen keinerlei Anhaltspunkte vor, dies ist auch von der Klägerin nicht vorgetragen worden. Bereits mit dem Schreiben vom 22.06.2015 hat die Beklagte die Klägerin darauf hingewiesen, dass für den Fall, dass sie die medizinischen Unterlagen an eine SAV-Haus gesandt und die Aufforderung erhalten habe, den Versicherten weiter zu behandeln oder eine vorherige Verlegung des Versicherten in ein nach dem SAV zugelassenes Haus aus organisatorischen Gründen des aufnehmenden Krankenhauses oder weil der Versicherte nicht verlegungsfähig gewesen wäre, nicht habe erfolgen können, eine Überprüfung der Entscheidung vorgenommen werde. Hierzu hat die Klägerin aber keinerlei Angaben gemacht.

Dass die Klägerin vorträgt, bei den behandelnden Ärzten seien trotz Kenntnis der komplexen Bruchform und des begleitenden hochgradigen Weichteilschadens mit Kompartmentsyndrom auch nach dem ersten operativen Eingriff keine Zweifel aufgekommen, ob nicht doch ein SAV-Fall vorliege, kann dies nicht zu einem anderen Ergebnis führen. Zweck des Verletzungsartenverzeichnisses ist es, die Zuständigkeiten der jeweiligen Versorgungsstufe für die Behandlung Arbeitsunfallverletzter nach Art und Schwere der Verletzung zu regeln. Nach [§ 34 SGB VII](#) können die Unfallversicherungsträger nach Art und Schwere des Gesundheitsschadens besondere Verfahren für die Heilbehandlung vorsehen und ist es ihnen vorbehalten, die von den Ärzten und Krankenhäusern zu erfüllenden Voraussetzungen im Hinblick auf die fachliche Befähigung, die sächliche und personelle Ausstattung sowie die zu übernehmenden Pflichten festzulegen. Eine Abweichung von den allgemeingültig festgelegten Abgrenzungsmaßstäben im Einzelfall aufgrund individueller Fehlinterpretation des Verzeichnisses durch den einzelnen Durchgangsarzt unter Ausklammerung jeglicher Zweifel ist hiermit nicht zu vereinbaren.

d. Nachdem die Beklagte die Kosten für die ersten zwei Belegungstage übernommen hat, besteht jedenfalls kein darüber hinausgehender Anspruch auf Vergütung. Fehler in der Berechnung dieser anteiligen Vergütung sind weder ersichtlich noch vorgetragen.

Mangels Bestehen einer Hauptforderung besteht auch nicht der auf § 9 Abs. 2 der Rahmenvereinbarung Unfallversicherungsträger/DKG gestützte Zinsanspruch.

e. Der geltend gemachte Anspruch kann auch nicht auf sonstige Rechtsgrundlagen gestützt werden, wie das SG bereits mit zutreffender Begründung ausgeführt hat. Hierauf wird Bezug genommen.

Damit ist die Berufung insgesamt zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) und trägt dem Umstand Rechnung, dass die Berufung der Klägerin keinen Erfolg hat.

Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbs. 1 SGG](#) i. V. m. [§ 63 Abs. 2 Satz 1](#), [§ 52 Abs. 3](#) und [§ 47 Abs. 1 Satz 1](#) Gerichtskostengesetz (GKG).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)) liegen nicht vor. Der Rechtsstreit hat insbesondere keine grundsätzliche Bedeutung, nachdem sich keine Frage mit Bedeutung über den Einzelfall hinaus stellt, da streitentscheidend die Einordnung der vorliegenden Verletzungen des Versicherten im Einzelfall und die Auslegung des bereits mehrfach überarbeiteten Verletzungsartenverzeichnisses Stand 2014 sind.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-07-26