



Stellungnahmen des beratenden Arztes sind keine Gutachten (§ 200 Abs. 2 SGB VII).

§ 200 Abs. 2 SGB VII

hier:

Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hannover vom 06.04.2005 – S 36 U 211/04 –

Hat die BG eine medizinische Begutachtung lediglich ausgewertet bzw. im Widerspruchsverfahren von ihrem Beratungsarzt auswerten lassen, kommt diesen Aussagen nur die Bedeutung eines Befundberichts zu, und für Befundberichte gilt § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII nicht. Die Vorschrift des § 200 Abs. 2 SGB VII bezieht sich nicht auf Personen, die bei den Unfallversicherungsträgern selbst beschäftigt sind oder als fortlaufend tätige, durch einheitlichen Dienstvertrag verpflichtete Berater von den Unfallversicherungsträgern in die Sachbearbeitung eingeschaltet sind.

(Vgl. auch Schreiben an die Hauptverwaltungen der gewerblichen BG´en vom 17.01.2005 – Datenschutz 002/2005)

Das **Sozialgericht Hannover** hat mit **Gerichtsbescheid vom 06.04.2005**
– S 36 U 211/04 –

wie folgt entschieden:

SOZIALGERICHT HANNOVER

S 36 U 211/04

IM NAMEN DES VOLKES

GERICHTSBESCHEID



TATBESTAND

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob der Klägerin ein Erstattungsanspruch gegen die Beklagte zusteht.

Mit einem am 20.06.2002 erstatteten Durchgangsarztbericht sowie Bericht vom 18.10.2002 teilte Dr. W., Unfallchirurg, der Klägerin mit, dass der 1956 geborene und als Landwirt/Maurer tätige M. H. (im Folgenden: Versicherter) sich am 19.06.2002 verletzt habe, als er ein Pferd habe auf einen Hänger laden wollen. Als er mit einer Stange die Klappe des Hängers habe schließen wollen, sei das Pferd zurückgetreten, dabei habe er seinen rechten Arm verdreht und Schmerzen im Oberarm verspürt. Als Diagnose sei ein Bizepssehnenabriss am rechten Oberarm zu stellen gewesen. Im Rahmen einer stationären Behandlung (21.06.2002 bis 25.06.2002) sei der Versicherte operativ versorgt worden und anschließend weiter in ambulanter Behandlung gewesen.

Nachdem die Klägerin den histologischen Bericht eingeholt hatte, bat sie ihren beratenden Arzt Dr. R., Unfallchirurg, um Stellungnahme, der am 19.12.2002 ausführte, dass es sich bei der Verletzung nicht um ein Traumageschehen handele. Nach dem histologischen Bericht sei in Verbindung mit der Hergangsschilderung des Versicherten von einem mehrzeitigen Geschehen auszugehen und damit von einer Gelegenheitsursache. Dementsprechend lehnte die Klägerin gegenüber dem Versicherten mit Bescheid vom 21.01.2002 und Widerspruchsbescheid vom 18.06.2003 die Anerkennung und Entschädigung der bei ihm seit dem 19.06.2002 ärztlich behandelten Beschwerden im Bereich des rechten Oberarmes ab. Dabei führte die Klägerin zur Begründung aus, dass aufgrund der bei dem Versicherten festgestellten Krankheitsanlage im Bereich der Bizepssehne mit hinreichender Wahrscheinlichkeit davon auszugehen sei, dass entsprechende Beschwerden auch ohne das Ereignis etwa zur selben Zeit ohne besonderen Anlass oder aus anderen, im täglichen Leben nicht vermeidbaren Anlässen aufgetreten wäre. Das angeschuldigte Ereignis sei nicht die rechtlich wesentliche Ursache für das Eintreten der Beschwerden bzw. des Bizepssehnenrisses gewesen, sondern die vorbestehenden Veränderungen der Sehne.

Eine Zweitschrift des Bescheides übersandte die Klägerin der Beklagten am 15.04.2003 und machte ferner am 30.07.2003 ihren Erstattungsanspruch geltend. Die Beklagte erwiderte hierauf am 17.09.2003 und 08.12.2003, dass zunächst ein Zusammenhangsgutachten von der Klägerin einzuholen sei und nochmals hinsichtlich des Unfallhergangs zu



ermitteln sei. Auch sei dem histologischen Bericht ein erheblicher Vorschaden nicht zu entnehmen. Vielmehr werde dort von frischen Einblutungen berichtet, für die ein frisches traumatisches Geschehen verantwortlich zu machen sei.

Nachdem die Klägerin nochmals ihren beratenden Arzt um Stellungnahme gebeten hatte, teilte sie der Beklagten am 23.01.2004 mit, dass die im histologischen Bericht vom 25.06.2002 genannten degenerativen Vorschäden bewiesen seien, indem mehrzeitig, also vorbestehende, Einrisse und ein hochgradig aufgesplittertes Sehngewebe dort beschrieben worden seien. Frische Einblutungen seien kein Beweis für ein traumatisches Geschehen, sondern entstünden auch dann, wenn die „letzten“ Sehnenfasern einreißen würden und ebenso umliegendes blutversorgtes Gewebe verletzt. Das geschilderte Verdrehen oder Berühren des Armes stelle im Zusammenhang mit dem medizinisch dokumentierten Verschleißschaden der Bizepssehne für sich allein keine rechtlich wesentliche Ursache dar.

In dem weiteren Schriftverkehr zwischen den Beteiligten wies die Beklagte am 05.05.2004 darauf hin, dass auch der Medizinische Dienst der Krankenversicherung ihre Auffassung bestätigt habe. Im Übrigen sei die Vorlage des Verwaltungsvorgangs bei dem Beratungsarzt der Klägerin als Gutachten zu werten, diese Vorlage jedoch nicht den Anforderungen des § 200 Abs. 2 SGB VII genügen. Damit bestehe für dieses Ergebnis jedoch ein Verwertungsverbot.

Am 11.06.2004 hat die Klägerin Klage bei dem Sozialgericht Hannover erhoben und verweist zur Begründung ihres Anspruchs weiterhin auf die Begründung in ihrem Bescheid gegenüber dem Versicherten vom 21.01.2003 und 18.06.2003.

Die Klägerin beantragt nach ihrem schriftsätzlichlichen Vorbringen,

die Beklagte zu verurteilen, ihr Euro 10.499,56 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt nach ihrem schriftsätzlichlichen Vorbringen,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte beruft sich im Rahmen ihrer Ausführungen ebenfalls inhaltlich im Wesentlichen auf die Ausführungen im vorgehenden Verfahren. Ergänzend hierzu trägt die Beklagte vor, dass der Anspruch der Klägerin zurückzuweisen sei, weil der Entscheidung



ein Gutachten zugrunde liege, das wegen fehlender Anwendung des § 200 Abs. 2 SGB VII nicht habe verwertet werden dürfen.

Die Kammer hat die Beteiligten vor Entscheidung durch Gerichtsbescheid mit Schreiben vom 31.01.2005 ordnungsgemäß angehört und ihnen Gelegenheit zur Stellungnahme zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid gegeben (§ 105 Abs. 1 SGG).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakten der Klägerin und der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Gemäß § 105 SGG konnte das Gericht im vorliegenden Fall ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, weil die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist, der Sachverhalt geklärt ist und die Beteiligten vor Erlass ordnungsgemäß unter Angabe der entsprechenden Begründung gehört wurden.

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten einen Anspruch auf Erstattung eines Betrages in Höhe von Euro 10.499,56.

Rechtsgrundlage für den Anspruch der Klägerin bildet § 105 Abs. 1 Satz 1 SGB X. Danach ist, wenn ein unzuständiger Leistungsträger Sozialleistungen erbracht hat, ohne dass die Voraussetzungen des § 102 Abs. 1 SGB X vorliegen, der zuständig gewesene Leistungsträger erstattungspflichtig, soweit dieser nicht bereits selbst geleistet hat, bevor er Kenntnis von der Leistung des anderen Leistungsträgers Kenntnis erlangt hat. Unter den Anwendungsbereich des § 105 SGB X fällt auch nachträgliche Feststellung, dass a) kein Versicherungsfall vorgelegen hat und b) eine Krankheit nicht Folge eines Versicherungsfalles ist (Bereiter-Hahn/Mehrtens, Gesetzliche Unfallversicherung, § 105 SGB X, Rn. 1 m.w.N.; Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, §105 SGB X, Rn. 15 m.w.N.). Im Rahmen des Erstattungsstreits kann der in Anspruch genommene Leistungsträger dem Erstattungsanspruch die die Voraussetzungen des Erstattungsanspruchs oder das Erstattungsverfahren betreffenden Einwendungen aus dem Ausgleichsverhältnis entgegensetzen (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversiche-



nungsrecht, Band 2, § 105 SGB X, Rn. 32, 34 mit Verweis auf die Kommentierung zu § 103 SGB X, Rn. 44 bis 58 und § 104 SGB X, Rn. 40). Die Erstattungsansprüche nach §§ 102 bis 105 SGB X sind nach dem Vorbild der früheren §§ 1531 ff RVO als eigenständige Ansprüche normiert worden. Sie entstehen nicht durch Eintritt in die Anspruchsposition des Berechtigten und sind nicht von dieser abgeleitet. Die Legitimation dieser Konstruktion lässt sich in begrifflichen und gegenständlichen Trennung der Leistungsbereiche der beteiligten Leistungsträger im gegliederten Sozialleistungssystem sehen, in dem die Leistungsträger im Rahmen des für sie geltenden Rechts ihre Aufgaben in eigener Verantwortung wahrnehmen. Ein Leistungsträger ist daher nicht befugt, an der Entscheidung eines anderen Leistungsträgers mitzuwirken oder dessen Leistungsbescheid anzufechten. Der Leistungsbescheid des einen Trägers entfaltet nach früherer Auffassung keine Bindungswirkung gegenüber dem anderen aus §§ 39, 77 SGG und hatte keine Tatbestandswirkung in dem Sinn, dass sein Inhalt vom anderen Träger als gegeben hinzunehmen wäre (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 45, 54). Die (frühere) Rechtsprechung des BSG zu § 1531 RVO und zunächst auch zu §§ 102 bis 105 SGB X ist deshalb davon ausgegangen, dass verwaltungsverfahrenrechtliche Einwendungen aus dem Sozialleistungsverhältnis, insbesondere die im Sinne des § 77 SGG bindende Versagung der Leistung, dem Erstattungsbegehren nicht entgegengesetzt werden können (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 55 m. w. N.). Nach der vom BSG zu den Vorschriften § 103 und § 104 SGB X entwickelten Rechtsprechung stehen die Erstattungsansprüche jedoch inhaltlich in Abhängigkeit und untrennbarer Verknüpfung mit dem Sozialleistungsanspruch des Leistungsberechtigten mit der Folge, dass der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger diejenigen Einwendungen, die ihm gegenüber dem Leistungsberechtigten zustehen, auch gegenüber dem Erstattungsanspruch erheben kann (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 46; BSG, Urteil vom 06.02.1992 – Az.: 12 RK 15/90 – juris; BSG, Urteil vom 01.09.1999 – Az.: B 13 RJ 49/98 R – juris; BSG, Urteil vom 23.06.1993 – Az.: 9/9a RV 35/91 – juris). Darf der auf Erstattung in Anspruch genommene Leistungsträger diejenigen Einwendungen, die ihm gegen den Sozialleistungsanspruch zustehen, auch gegen den Erstattungsanspruch erheben, kann dies als folgerichtig erscheinen, dies auch hinsichtlich des Einwandes anzunehmen, dass über den Sozialleistungsanspruch des (vermeintlich) Berechtigten bereits rechtskräftig ablehnend entschieden ist. Die Einwendung beruht nicht auf der Rechtskraft des im Verfahren des Leistungsberechtigten ergangenen Urteils; das Geltendmachen der Einwendung hat vielmehr zur Folge, dass aus sachlich-rechtlichen Gründen kein Erstattungsanspruch gegeben ist. Wie auf die rechtskräftige Entscheidung kann sich der Träger auf die bindende Entscheidung (§ 39, § 77 SGG) einschließlich ihrer Tatbestandswirkung berufen (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozial-



versicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 56 m. w. N. zur Rechtsprechung des BSG). Die Bindungswirkung gilt insbesondere auch für den Rückerstattungsstreit (BSG, Urteil vom 23.06.1993 – Az.: 9/9a RV 35/91 – juris). Lediglich dann entfällt eine Bindungs- bzw. Tatbestandswirkung, wenn sich die Entscheidung als offensichtlich fehlerhaft erweist und dem in Anspruch genommenen Leistungsträger zum Nachteil gereicht (Kater in Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band 2, § 103 SGB X, Rn. 57; BSG, Urteil vom 01.09.1999 – Az.: B 13 RJ 49/98 R – juris).

Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze ist zu beachten, dass die Klägerin gegenüber dem Versicherten bereits durch Bescheid vom 21.01.2003 sowie Widerspruchsbescheid vom 18.06.2003 ihre Leistungspflicht abgelehnt hat. Dieser Bescheid ist bestandskräftig geworden und nach den oben aufgeführten Grundsätzen auch im Rahmen des Erstattungsstreitverfahren von der Beklagten auch zu beachten. Eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit, die eine Bindungswirkung einschränken würde, liegt nicht vor. Offensichtlich ist eine Fehlerhaftigkeit in der Regel nur dann, wenn sie sozusagen „auf der Hand“ liegt, die Rechtsanwendung des die Leistung bewilligenden Leistungsträger aufgrund der gegebenen Sach- und Rechtslage mithin offenkundig nicht vertretbar ist. Dabei ist die Frage, ob eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit vorliegt, unter Zugrundelegung objektiver Gesichtspunkte zu beurteilen (BSG, Urteil vom 01.09.1999 – Az.: B 13 RJ 49/98 R – juris). Die nur ausnahmsweise in Betracht kommende Durchbrechung der Bindungswirkung in Fällen offensichtlicher Fehlerhaftigkeit soll gerade verhindern, dass der einen Erstattungsanspruch geltend machende Leistungsträger schon dann eine Überprüfung erzwingen kann, wenn er lediglich eine andere Rechtsauffassung vertritt. Insofern muss und soll die Rechtsanwendungsprärogative weiterhin bei dem für das jeweilige Leistungsrecht zuständigen Leistungsträger verbleiben – nicht zuletzt um Erstattungsstreitigkeiten zwischen Leistungsträgern auf ein angemessenes Maß zu begrenzen (BSG, Urteil vom 01.09.1999 – Az.: B 13 RJ 49/98 R – juris).

Demgemäß erwächst der Anspruch der Klägerin bereits aus ihrem bestandskräftigen Bescheid. Dass eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Bescheides der Klägerin dergestalt vorliegt, dass eine Fehlerhaftigkeit „auf der Hand“ liegt, ist in keiner Weise ersichtlich. Zwischen den Beteiligten ist ausschließlich die medizinische Beurteilung des ursächlichen Zusammenhangs zwischen dem Unfallereignis und der Verletzung strittig. Das in diesem Zusammenhang die medizinische Beurteilung des beratenden Arztes der Beklagten nach objektiven Gesichtspunkten als offensichtlich fehlerhaft zu beurteilen ist, ist für die Kammer nicht ersichtlich. So handelt es sich bei den von der Beklagten vorgetragenen Argumenten ebenfalls lediglich um medizinische Auffassungen. Die Beurteilung, welche von diesen voneinander abweichenden medizinischen Lehrmeinungen richtig ist, ist nach der Rechtsprechung des BSG nicht Aufgabe des Gerichts (BSG, Urteil vom



11.05.1999 – Az.: B 13 RJ 39/97 R – juris). Kann eine Entscheidung demnach auf Grundlage jeder dieser beiden medizinischen Ausführungen getroffen werden, ist die Entscheidung der Klägerin, sich auf die medizinische Beurteilung eines Gutachters zu stützen, nicht offensichtlich fehlerhaft, da eine solche Entscheidung jedenfalls vertretbar ist.

Eine offensichtliche Fehlerhaftigkeit des Bescheides liegt auch nicht darin, dass die Klägerin – wie die Beklagte vorträgt – gegen § 200 Abs. 2 SGB VII verstoßen haben soll, indem sie Stellungnahmen ihres beratenden Arztes ihren Entscheidungen zugrunde legte. Ein solcher Verstoß ist nämlich nicht ersichtlich, weil es sich hierbei nicht um ein Gutachten gehandelt hat. Hat die Berufsgenossenschaft eine medizinische Begutachtung lediglich ausgewertet bzw. im Widerspruchsverfahren von ihrem Beratungsarzt auswerten lassen, kommt diesen Aussagen nur die Bedeutung eines Befundberichts zu und für Befundberichte gilt die Vorschrift des § 200 Abs. 2 Halbs. 1 SGB VII nicht (Sozialgericht Gelsenkirchen, Urteil vom 07.07.2003 – Az.: S 10 U 97/02 – juris). § 200 Abs. 2 SGB VII bezieht sich nicht auf Personen, die bei den Unfallversicherungsträger selbst beschäftigt sind oder als fortlaufend tätige, durch einheitlichen Dienstvertrag verpflichtete Berater von den Unfallversicherungsträgern in die Sachbearbeitung eingeschaltet sind (Kranig in Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB VII, K § 200 Rn. 17).

Schließlich ist auch die Höhe des von der Klägerin geltend gemachten Erstattungsanspruchs nicht zu beanstanden; diese ist zwischen den Beteiligten nicht strittig.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Streitwertfestsetzung selbst richtet sich nach § 13 Abs. 1 und § 25 Abs. 2 Satz 1 Gerichtskostengesetz (GKG). Danach ist der Streitwert durch das Gericht von Amts wegen festzusetzen, sobald eine Entscheidung ergeht oder sich das Verfahren sonst erledigt. Der Streitwert ist auch im sozialgerichtlichen Verfahren nach der Bedeutung zu bestimmen, die die Sache nach dem Antrag des Klägers für ihn hat. Sie entspricht in der Regel den wirtschaftlichen Interessen des Klägers an der angestrebten Entscheidung und ihren Auswirkungen. Wenn Anhaltspunkte für eine Schätzung fehlen, sind Euro 4.000,- als Regelstreitwert anzusetzen. Mögliche weitere Auswirkungen des Verfahrens und im Hintergrund stehende wirtschaftliche Interessen werden nicht berücksichtigt. Bei der Frage, ob der Regelstreitwert von Euro 4.000,- über- oder unterschritten werden soll, ist das Gesamtbild des Rechtsstreits zu berücksichtigen (Meyer-Ladewig, Kommentar zum SGG, 7. Aufl. 2002, § 197 Rn. 7 e, § 197 a Rn. 4).



Unter Berücksichtigung dieser Grundsätze hält die Kammer es für sachgerecht, den Streitwert auf Euro 10.499,56 festzusetzen. Hierbei handelt es sich um den von der Klägerin geltend gemachten Erstattungsanspruch nach § 105 SGB X.