S 1 KR 3340/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
SG Reutlingen (BWB)
Sachgebiet
Sonstige Angelegenheiten
Abteilung
1
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 3340/18
Datum
08.01.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Eine Verlegung „in ein anderes Krankenhaus“ im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V liegt auch dann vor, wenn ein Patient von einer Klinik in eine andere, räumlich entfernte Klinik verlegt wird, die beide zum selben Plankrankenhaus gehören.

2. Der Vergütungsanspruch des Rettungsdienstes für diese Verlegung ergibt sich bei dem hier zu Grunde gelegten „funktionalen Krankenhausbegriff“ aus Sinn und Zweck der Krankentransportleistungen. Diese ermöglichen als akzessorische Nebenleistung die Erreichung des Zieles der Krankenhausbehandlung.

3. Ferner ergibt sich der Vergütungsanspruch des Rettungsdienstes aus der Verordnung der Krankentransportleistung durch den Krankenhausarzt, die zulasten der Krankenkasse wirkt.
1. Die Beklagte wird verurteilt, an die Klägerin 265,02 EUR nebst Zinsen aus 180,62 EUR seit 27.07.2018 und aus 84,40 EUR seit 25.11.2018, jeweils in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen. 2. Die Beklagte hat die Kosten des Verfahrens mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen zu tragen. 3. Die Berufung wird zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit ist die Vergütung von Transportleistungen, die von der Klägerin mit Rettungswagen (RTW) und Krankentransportwagen (KTW) bei drei, bei der Beklagten krankenversicherten Patienten erbracht wurden.

Die Klägerin, eine Tochtergesellschaft des Kreisverbandes Villingen-Schwenningen des (DRK), erbringt als gesetzlicher Leistungsträger im Sinne des § 2 des Rettungsdienstgesetzes Baden-Württemberg (RDG) medizinische Transportleistungen im Schwarzwald-Baar-Kreis. Diese medizinischen Transportleistungen erbringt sie unter anderem auf Veranlassung/Verordnung von Ärzten des ... (SB-Klinikum) in den Kliniken V-S. und in den Kliniken D., deren gemeinsame Trägerin die (SBK-GmbH) ist. Das SB-Klinikum mit Standort V.-S. ist in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen.

Die beiden Kliniken in V.-S. und D. liegen je nach Fahrtstrecke ca. 17 bis 20 km auseinander. Eine Doppelvorhaltung von Fachabteilungen findet nicht statt, diese sind entweder in V.-S. oder in D. angesiedelt (vgl. hierzu ...).

Nachdem die SBK-GmbH bis Ende 2015 für die Kosten aller Fahrten zwischen den beiden Standorten aufgekommen war, kündigte sie an, ab dem 01.01.2016 die Kosten derjenigen Transportfahrten nicht mehr zu übernehmen, bei denen die transportierten Patienten nicht noch am selben Tag zum Ausgangsstandort zurückkehren. Nach Auffassung der SBK-GmbH handle es sich hierbei um Verlegungsfahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V), für die die Krankenkassen aufzukommen hätten. In Übereinstimmung mit der vom Sozialministerium Baden-Württemberg (SM) im Schreiben vom 05.11.2015 vertretenen Rechtsansicht lehnte die SBK-GmbH eine Vergütung der weiterhin von ihr in Anspruch genommenen Transportdienste der Klägerin ab.

Auch gesetzliche Krankenkassen, unter anderem die Beklagte, lehnten eine Vergütung der von der Klägerin erbrachten Transportleistungen zwischen den beiden Kliniken mit der Begründung ab, es handle sich nicht um Transporte in ein "anderes Krankenhaus" im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Vielmehr seien die Kosten dieser "innerklinischen Transporte" von der SBK als Teil der Krankenhausbehandlung zu tragen.

Die Klägerin führte bei zwei bei der Beklagten krankenversicherten Patienten aufgrund entsprechender Verordnungen vom 12.11.2015 und

18.12.2015 mittels KTW Transportfahrten vom Klinikstandort V.-S. zum Klinikstandort D., bei einem bei der Beklagten krankenversicherten Patienten auf Grund einer entsprechenden Verordnung vom 30.12.2015 mittels RTW eine Transportfahrt vom Klinikstandort D. zum Klinikstandort V.-S. durch. Alle drei Patienten kehrten nicht am selben Tag zum Ausgangsort zurück, sondern wurden in den Kliniken D. bzw. in den Kliniken V.-S. stationär aufgenommen.

Nachdem die zunächst von der SBK-GmbH unter Vorbehalt gezahlten Transportkosten aufgrund von Urteilen des Amtsgerichts Villingen-Schwenningen (1 C 85/17) und des Landgerichts Konstanz (C 61 S 57/17) zwischenzeitlich wieder zurückgezahlt wurden, stellte die Klägerin der Beklagten mit Rechnungen vom 26.06. und 25.10.2018 für diese drei Transportfahrten einen Betrag in Höhe von insgesamt 265,02 EUR in Rechnung, der allerdings von der Beklagten bis zum Ablauf der Zahlungsfrist am 26.07.2018 bzw. am 24.11.2018 nicht beglichen wurde.

Daraufhin hat die Klägerin am 17.12.2018 Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG) mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zur Zahlung des streitgegenständlichen Betrages i.H.v. 265,02 EUR nebst Zinsen hieraus zu verurteilen. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, die von ihr erbrachten Transporte fielen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V in die Leistungspflicht der Beklagten. Bei Transporten zwischen zwei Krankenhäusern sei zu unterscheiden, ob die Patienten hierdurch verlegt oder nur verbracht würden. Eine Verlegung sei dadurch gekennzeichnet, dass der Patient im Anschluss an den Transport in das Zielkrankenhaus eingegliedert werde. Entscheidend sei, dass der Patient so in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert werde, dass die Gesamtverantwortung für die Behandlung vollständig vom Ausgangskrankenhaus auf das Zielkrankenhaus übergehe. Dies sei stets dann der Fall, wenn der Patient – wie hier – im Anschluss an den Transport im Zielkrankenhaus stationär aufgenommen werde. Bei einer Verbringung werde der Patient hingegen nur zum Zweck einer kurzfristigen Unterstützungsmaßnahme an einen anderen Ort gebracht, um nach Abschluss der Maßnahme noch am selben Tag an den Ausgangsort zurück zu kehren. Die Patienten seien hier am Zielort stationär aufgenommen und während ihres längeren Aufenthalts in die dortigen Betriebsabläufe eingegliedert worden. Insbesondere seien sie nicht noch am selben Tag zum Ausgangspunkt zurückgekehrt. Der Transport sei aus zwingenden medizinischen Gründen erfolgt, da die Patienten im abgebenden Krankenhaus nicht ausreichend fachgerecht hätten behandelt werden können. Bei den Kliniken in V.-S. und in D. handle es sich um ein "anderes Krankenhaus". Eine streng formalisierte Betrachtungsweise, wie beispielsweise vom Sozialgericht Dortmund vorgenommen, überzeuge nicht. So kenne das Krankenversicherungsrecht nicht einen formalen, sondern auch einen funktionalen Krankenhausbegriff. Nicht selten zufällige Bezeichnungen in der Krankenhausplanung seien ein kaum sachgerechtes Kriterium, um über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu entscheiden. Dies zeige sich etwa aus dem einschlägigen Bereichsplan für den Rettungsdienst nach § 3 Abs. 3 RDG, in dem die beiden von der SBK-GmbH betriebenen Kliniken jeweils separat mit ihren jeweiligen Fachabteilungen ausgewiesen seien. Weder aus § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V noch aus § 107 Abs. 1 SGB V ergebe sich, dass verschiedene Krankenhäuser nur dann vorliegen können, wenn sie von unterschiedlichen Rechtsträgern betrieben werden. Entscheidend seien für die Auslegung des Begriffs "anderes Krankenhaus" Sinn und Zweck der Vorschrift des § 60 SGB V. Diese Regelung unterstelle bestimmte Fahrten der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Damit solle die Inanspruchnahme einer medizinisch erforderlichen Hauptleistung sichergestellt werden. Im Ergebnis seien die beiden Standorte des SB-Klinikums in V.-S. und D. jeweils wechselseitig als anderes Krankenhaus gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V zu bewerten. Gerade ihre arbeitsteilige Organisation bedinge, dass es sich um eigenständige Standorte mit jeweils unabhängigen Betriebsabläufen handle. Auch räumlich seien sie nicht verbunden, sondern würden etwa 20 km voneinander entfernt liegen. Ungeachtet dessen sei die Beklagte schon deshalb zur Zahlung verpflichtet, weil die Transporte zu ihren Lasten verordnet worden seien. Aufgrund ihrer Funktion und Stellung im System der gesetzlichen Krankenversicherung seien Krankenhausärzte dazu ermächtigt, zu Lasten der Krankenkassen gesetzlich vorgesehene Leistungen zu veranlassen. Die Krankenkassen müssten sich das Handeln der Ärzte zurechnen lassen. So sei der Krankenhausarzt insbesondere auch befugt, Kranken- und Rettungstransporte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zu verordnen. Umgekehrt sei die Beklagte verpflichtet, die verordneten Transporte zu vergüten, unabhängig davon, ob die materiellen Voraussetzungen der einschlägigen Leistungsnorm gegeben seien oder nicht. Sollte die Beklagte der Auffassung sein, dass sie in bestimmten Verordnungsfällen nicht zur Leistung verpflichtet gewesen sei, könne sie sich an den Arzt bzw. dessen Institution halten, der die Leistung verordnet habe. Schließlich handle die Beklagte rechtsmissbräuchlich, da sie seit nunmehr nahezu vier Jahren in voller Kenntnis des Sachverhalts dulde, dass Ärzte des SB-Klinikums auf amtlichen Formularen Einsätze von KTW und RTW verordneten. Dabei könnte sie diese Verordnungen mit den Mitteln des Vertrags- und Aufsichtsrechts verhindern. Der Beklagten sei insbesondere bekannt und recht, dass sie nach den Vorgaben des RDG zwingend zur Durchführung der so verordneten Transporte gezwungen sei. Gleichzeitig aber verweigere sie die Bezahlung der so erzwungenen Transporte. Ihr Anspruch ergebe sich überdies aus der vom Ministerium für Soziales und Integration Baden-Württemberg (SM) im Schreiben vom 04.07.2019 vertretenen Auffassung, der sie sich anschließe. Danach enthalte § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V einen Grundsatz, eine Ausnahme sowie eine Gegenausnahme. Sollte es sich bei den beiden Häusern des SB-Klinikums jeweils um ein anderes Krankenhaus im Sinne der Vorschrift handeln, greife die Gegenausnahme, da die Transporte medizinisch notwendig gewesen seien. Handele es sich hingegen um ein Krankenhaus, bleibe es beim Grundsatz der Leistungspflicht der Krankenkassen bei stationären Leistungen nach dem 1. Halbsatz des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Im Übrigen ergebe sich die Leistungspflicht der Beklagten aus § 60 Abs. 2 Satz 1 Nrn. 2 und 3 SGB V. Die streitbefangenen Fahrten seien durchweg Rettungsfahrten und Krankentransporte gewesen.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 265,02 EUR nebst Zinsen aus 180,62 EUR seit 27.07.2018 und aus 84,40 EUR seit 25.11.2018, jeweils in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie im Wesentlichen ausgeführt, die Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB V seien nicht erfüllt, da es sich bei den Krankentransporten zwischen den Betriebsstätten des SB-Klinikums in V.-S. und D. nicht um eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Sinne dieser Vorschrift handele. Vielmehr seien die erfolgten Krankentransporte als Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses einzustufen, da das SB-Klinikum in seiner Gesamtheit ein (einheitliches) Krankenhaus darstelle. Aufgrund des Urteiles des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg (VGH) vom 28.11.2000 (9 S 1976/98) habe das SM für den Landeskrankenhausausschuss in Baden-Württemberg Entscheidungskriterien für die Ausweisung eines einheitlichen Krankenhauses mit mehreren Betriebsstellen im Krankenhausplan entwickelt. Die Rechtsprechung des VGH und die vom SM entwickelten Abgrenzungskriterien seien vom

Landeskrankenhausgesetz in der Fassung vom 29.11.2007 aufgegriffen worden. Danach würden mehrere Betriebsstellen eines Krankenhausträgers zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes bilden, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich sowie fachlich-medizinisch eine Einheit bilden würden. Weiter werde vorgeschrieben, dass das Krankenhaus einheitlich unter Nennung der einzelnen Betriebsstellen in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen werde. Dem Gedanken des einheitlichen Leistungserbringerstatus folge auch das SGB V, da dieses den sozialrechtlichen Leistungserbringerstatus an die krankenhausplanungsrechtliche Zulassung des Krankenhauses koppele. Erfülle eine Einrichtung die Voraussetzungen eines zugelassenen Krankenhauses, so regele § 108 SGB V, dass diese Einrichtung die Krankenhausbehandlung im Sinne des § 39 SGB V erbringen dürfe und damit über einen Status als Leistungserbringer verfüge. Werde eine Einrichtung als einheitliches Krankenhaus mit mehreren Betriebsstätten im Krankenhausplan ausgewiesen und erhalte einen entsprechenden Feststellungsbescheid, so führe dies dazu, dass dem einheitlich vorgegebenen Versorgungsauftrag auch ein einheitlicher Leistungserbringerstatus folge. Ausdruck findet dies auch durch Vergabe eines einheitlichen Institutionskennzeichens. Unter Heranziehung dieser Maßstäbe seien die Betriebsstandorte des SB-Klinikums in V.-S und in D. keine eigenständigen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Abs. 1 SGB V. Jeweils für sich erfülle der Klinikteil am Standort in V.-S. und der Klinikteil am Standort in D. nicht den Krankenhausbegriff des § 107 Abs. 1 SGB V. Vielmehr sei das SB-Klinikum als solches ein (einheitliches) Krankenhaus im Sinne des § 107 Abs. 1 SGB V. Das Datenblatt für das SB-Klinikum zeige, dass die von der Einrichtung angebotenen medizinischen Fachgebiete teilweise durch die Betriebsstelle D. abgedeckt würden, sodass es sich bei der Betriebsstelle D. um einen organisatorisch und wirtschaftlich unselbständigen Teil des SB-Klinikums handle. Ferner spreche für eine fachlich-medizinische Einheit, dass die Betriebsstelle D. nicht weit von dem eigentlichen Sitz des Krankenhausen V.-S. entfernt liege, sodass eine einheitliche Betriebsführung noch möglich sei. Auch die Zuweisung nur eines Institutionskennzeichens stelle klar, dass es sich bei dem SB-Klinikum um ein einheitliches Krankenhaus mit einer weiteren Betriebsstätte handele. Zudem sei das SB-Klinikum als Ganzes in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen. Fahrkosten bei Verlegungen von einer Funktionseinheit des Krankenhauses zur nächsten Betriebsstätte im selben Krankenhaus seien nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. Damit sei eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Transporten innerhalb eines Krankenhauses ausgeschlossen. Vielmehr seien die Transporte zwischen den Funktionseinheiten eines Krankenhauses als allgemeine Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen abgegolten. Dieses Ergebnis werde auch dadurch unterstrichen, dass die SBK-GmbH die von der Klägerin erbrachten und der SBK-GmbH in Rechnung gestellten Fahrten zwischen den Betriebsstätten in V.-S. und D. bis Ende des Jahres 2015 selbst getragen habe. Ohne dass es danach eine gesetzliche Änderung gegeben habe, die zu einer rechtlichen Neubewertung ab dem Jahr 2016 Anlass gegeben hätte, weigere sich die SBK-GmbH nun auf einmal, die Kosten für Verlegungsfahrten selbst zu tragen.

Mit Beschluss vom 04.02.2019 wurde die SBK-GmbH zum Rechtsstreit beigeladen. Sie hat keinen Antrag gestellt und keine Stellungnahme abgegeben.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die beim sachlich und örtlich zuständigen SG von der Klägerin zu Recht erhobene (echte) Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 des Sozialgerichtsgesetzes – SGG – (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts – BSG -, vgl. z.B. BSGE 90, 1; 100, 164; 102, 72; 104, 15) auf Vergütung der erbrachten, in Rechnung gestellten Transportkosten, ist zulässig. Vorliegend handelt es sich um einen sogenannten Beteiligtenstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und keine Klagefrist zu beachten ist.

Die Klage ist auch begründet. Die Klägerin hat einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung der dieser in Rechnung gestellten Kosten für durchgeführte Transportleistungen in Höhe von insgesamt 265,02 EUR sowie auf die Zahlung von Zinsen hieraus.

Nach der hier allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden Vorschrift des § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V übernimmt die Krankenkasse nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach § 133 (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Diese im Dritten Kapitel des SGB V "Leistungen der Krankenversicherung" befindliche Vorschrift, die durch den Verweis auf § 133 SGB V auch auf Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte Anwendung findet, wird ergänzt durch § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V. Danach übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten in Höhe des sich nach § 61 Satz 1 ergebenden Betrages je Fahrt übersteigenden Betrages bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn u.a. die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist.

Zur Überzeugung der Kammer steht fest, dass mit den hier streitgegenständlichen Transportleistungen der Klägerin Verlegungen von Patienten zwischen den Kliniken V.-S und den Kliniken D. bzw. umgekehrt erfolgt sind, die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich waren.

Während bei einer Verbringung ein Patient während eines stationären Krankenhausaufenthaltes zur Mitbehandlung in ein anderes Krankenhaus verbracht wird und er an demselben Tag wieder in ersteres Krankenhaus zurückkehrt, ist kennzeichnend für eine Verlegung, dass der Patient im Anschluss an den Transport in das Zielkrankenhaus eingegliedert wird. Entscheidend für eine Verlegung ist, dass der Patient dort in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert wird, so dass die Gesamtverantwortung für die Behandlung vollständig vom Ausgangskrankenhaus auf das Zielkrankenhaus übergeht. Dies ist stets dann der Fall, wenn der Patient im Anschluss an den Transport im Zielkrankenhaus stationär aufgenommen wird (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 28.02.2007 – B 3 KR 17/06 R – juris –; § 7 Abs. 1 und 2 des Landesvertrages nach § 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V über die "Allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung" – Landesvertrag -). Vorliegend kehrten nach den hier durchgeführten Transporten die bei der Beklagten krankenversicherten Patienten nicht zum Ausgangsort zurück, sondern wurden in den Kliniken D. bzw. in den Kliniken V.-S. stationär aufgenommen und in die dortigen Abläufe der stationären Krankenhausbehandlung eingegliedert. Dies ist zwischen den Beteiligten auch unstreitig.

Ebenso unstreitig ist, dass die hier streitgegenständlichen Transportleistungen aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig bzw. erforderlich waren. Mit der Einfügung des Merkmals "aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich" in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V

zum 01.01.2004 mit dem GKV-Modernisierungsgesetz vom 14.11.2003 (Bundesgesetzblatt I Seite 2190) sollte ausweislich der Gesetzesbegründung (Bundestags-Drucksache 15/1525, Seite 94) sichergestellt werden, dass Verlegungsfahrten zwischen den an der Erbringung stationärer Leistungen beteiligten Krankenhäusern nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wenn diese Verlegungsfahrten ausschließlich aus zwingenden medizinischen Erfordernissen geboten sind. Krankenkassen sollten nur dann mit den Aufwendungen zu Fahrkosten zusätzlich belastet werden dürfen, wenn die Verlegung allein aus zwingenden medizinischen Gründen, wie z.B. bei Notfällen, geboten ist. Damit muss ein Krankentransport erforderlich sein, um eine der in § 11 SGB V genannten medizinischen Hauptleistungen in Anspruch nehmen zu können, beispielsweise um nach § 27 Abs. 1 Satz 1, Satz 2 Nr. 5 SGB V mittels Krankenhausbehandlung eine Krankheit erkennen, heilen, ihre Verschlimmerung verhüten oder Krankheitsbeschwerden lindern zu können. Eine Verlegung ist dann im dargestellten Sinn medizinisch zwingend erforderlich, wenn ein Patient im abgebenden Krankenhaus nicht ausreichend fachgerecht behandelt werden kann. Die Klägerin weist in diesem Zusammenhang zutreffend darauf hin, dass es dabei keine Rolle spielt, ob dies auf dem Zustand des Patienten oder der Ausstattung des Krankenhauses gründet. Eine Verlegung kann auch deshalb medizinisch zwingend erforderlich sein, weil sich abgebendes und aufnehmendes Krankenhaus im Rahmen ihrer Zusammenarbeit jeweils auf bestimmte Bereiche spezialisiert haben. Wie dargestellt sind Fachabteilungen entweder in den Kliniken V.-S. oder in den Kliniken D. angesiedelt. Erfordert deshalb das Krankheitsbild des Patienten – wie vorliegend - zwingend eine Behandlung in einer Fachabteilung, die am Ausgangskrankenhaus (Kliniken V.-S. oder Kliniken D.) nicht vorhanden ist, ist eine Verlegung in das Zielkrankenhaus, das über eine entsprechende Fachabteilung verfügt (Kliniken D. oder Kliniken V.-S.), aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich.

Nach Überzeugung der Kammer handelt es sich bei den Kliniken V.-S. und den Kliniken D. auch wechselseitig um "ein anderes Krankenhaus", sodass mit den hier streitgegenständlichen Transporten eine Verlegung "in ein anderes Krankenhaus" im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V durchgeführt wurde.

Hierbei verkennt die Kammer nicht, dass einerseits gemeinsame Trägerin der Kliniken V.-S. und der Kliniken D. die SBK-GmbH ist, andererseits lediglich das SB-Klinikum mit Standort in V.-S., nicht aber die Kliniken V.-S. und die Kliniken D. in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen worden sind. Auch besitzt lediglich das SB-Klinikum, nicht aber die Kliniken V.-S. und die Kliniken D., ein Institutionskennzeichen nach § 293 SGB V, wie aus dem von der Beklagten vorgelegten Datenblatt zu ersehen ist.

Nach § 108 SGB V dürfen die Krankenkassen Krankenhausbehandlung u.a. nur durch Krankenhäuser erbringen lassen, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (Plankrankenhäuser).

Einzelheiten zur Aufnahme eines Krankenhauses in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg enthält das Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg (LKHG) in der hier maßgebenden Fassung vom 29.11.2007. Nach § 5 Abs. 1 Satz 1 LKHG stellt der Krankenhausplan die für eine leistungsfähige und wirtschaftliche Versorgung in Baden-Württemberg erforderlichen Krankenhäuser dar (bedarfsgerechte Krankenhäuser). Nach § 6 Abs. 1 Satz 2 LKHG weist der Krankenhausplan die bedarfsgerechten Krankenhäuser mit ihren Betriebsstätten nach gegenwärtiger und zukünftiger Aufgabenstellung aus. Hierbei umfassen nach § 6 Abs. 1 Satz 4 LKHG die Einzelfestsetzungen für jedes Krankenhaus die Fachgebiete und die Gesamtzahl der Planbetten. Daneben kann auch die Zahl der Planbetten je Fachgebiet, die Zuweisung besonderer Aufgaben sowie die Zusammenarbeit mehrerer Krankenhäuser festgelegt werden. Nach § 38 Abs. 1 LKHG müssen Krankenhäuser wirtschaftlich eigenständige Betriebe sein. Sie sind nach wirtschaftlichen Gesichtspunkten zu betreiben. Mehrere Betriebsstätten eines Krankenhausträgers bilden zusammen nur dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich sowie fachlich-medizinisch eine Einheit bilden. Das Krankenhaus im Sinne von Satz 3 wird einheitlich unter Nennung der einzelnen Betriebsstätten in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen.

Nach der in § 107 Abs. 1 SGB V enthaltenen Definition sind Krankenhäuser im Sinne dieses Gesetzbuchs Einrichtungen, die nach Nr. 2 u.a. über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen.

Der Versorgungsauftrag des Krankenhauses ergibt sich nach § 8 Abs. 1 Satz 4 Nr. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes in der hier maßgebenden Fassung vom 11.12.2018 bei einem Plankrankenhaus aus den Festlegungen des Krankenhausplans in Verbindung mit den Bescheiden zu seiner Durchführung nach § 6 Abs. 1 in Verbindung mit § 8 Abs. 1 Satz 3 des Krankenhausfinanzierungsgesetzes sowie einer ergänzenden Vereinbarung nach § 109 Abs. 1 Satz 4 SGB V.

Auf der Grundlage der dargestellten gesetzlichen Regelung wurde – wie dargestellt – das SB-Klinikum in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg mit Fachgebieten und Gesamtbettenzahl aufgenommen. Das von der Beklagten vorgelegte Datenblatt enthält entsprechend § 6 LKHG ebenfalls die dort vorgehaltenen Fachgebiete sowie die Gesamtzahl der Planbetten. Darüber hinaus ergibt sich aus dem Datenblatt die Zuweisung besonderer Aufgaben, beispielsweise im Bereich der onkologischen und geriatrischen Versorgung. Im Datenblatt wird ferner die Betriebsstelle D. mit den Fachgebieten Chirurgie, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Innere Medizin sowie Psychosomatische Medizin und Psychotherapie mit 24 Betten aufgeführt.

Bei dieser rein formalen Betrachtungsweise würde es sich bei den Kliniken V.-S. und den Kliniken D. nicht um zwei verschiedene Krankenhäuser handeln. Demgemäß hat das Sozialgericht Dortmund in einem vergleichbaren Rechtsstreit eine Vergütung von Fahrkosten im Falle einer Verlegung von einer Klinik in eine andere Klinik eines im Krankenhausplan aufgenommen Krankenhauses mit der Begründung abgelehnt, es handele sich um Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses. In seinem Urteil vom 21.07.2009 (S 8 KR 89/08 – juris –) führt das Sozialgericht Dortmund u.a. zur Begründung seiner Rechtsauffassung aus, dem SGB V liege ein einheitlicher Krankenhausbegriff zugrunde. Insofern komme dem Landesrecht eine Bindungswirkung für das SGB V zu. Der Wortlaut des § 108 SGB V, nach dem die dort in Nr. 1 und 2 genannten Krankenhäuser Krankenhausbehandlung zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürfen, weise darauf hin, dass die landesrechtliche Gestaltung die Versorgungsberechtigung im Rahmen des SGB V präjudizieren solle. Divergierende Statusentscheidungen über dieselbe stationäre Einrichtung auf Landes- und Bundesebene sollten hierdurch vermieden werden. Wenn aber schon der Status auf Landes- und Bundesebene einheitlich zu bewerten sei, gelte dies erst recht innerhalb der Ebene des SGB V. Liege aber nur ein Krankenhaus im Sinne von § 108 SGB V vor, könne auch nur ein Krankenhaus im Sinne von § 107 SGB V und im Sinne von § 60 SGB V vorliegen.

Diese rein formale Betrachtungsweise überzeugt allerdings nicht, da sie den Sinn und Zweck der Vorschrift des § 60 SGB V verkennt.

Wie bereits dargestellt kommt eine Übernahme von Fahrkosten bei der Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur dann in Betracht, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist. Nach Auffassung der behandelnden Krankenhausärzte war hier die Verlegung der bei der Beklagten versicherten Patienten von den Kliniken V.-S. in die Kliniken D. und umgekehrt erforderlich, da eine Behandlung dieser Patienten in der dafür notwendigen Fachabteilung mangels Vorhandenseins in den "Ausgangskliniken" nicht erfolgen konnte. Die von der Klägerin erbrachten Transportleistungen stehen damit in einem unmittelbaren, untrennbaren Zusammenhang mit der erforderlichen Krankenhausbehandlung, die nach § 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V durch die Krankenkasse als Sachleistung zu erbringen ist. Die Transportleistungen waren hier zwingend erforderlich, um das Ziel der Krankenhausbehandlung überhaupt erreichen zu können. Die von der Klägerin erbrachten Transportleistungen sind damit ebenso wie die hierfür entstandenen Kosten eine akzessorische Nebenleistung zu der als Sachleistung zu erbringenden Krankenhausbehandlung (BSG, Urteile vom 10.10.1978 – 3 RK 75/77 – und vom 28.03.1979 – 3 RK 92/77 – beide juris -). Ungeachtet der teilweise in der Literatur geäußerten Kritik (Waßer in jurisPK-SGB V, 3. Aufl. 2016, § 60 SGB V Rdnr. 133 m.w.N.) handelt es sich auch bei der Übernahme der hier für die Transportleistungen entstandenen Kosten um eine Sachleistung (Waßer, a.a.O., Rdnrn. 24 und 132, jeweils m.w.N.), die ebenso wie die Hauptleistung der Krankenhausbehandlung von der Beklagten zu erbringen ist.

Um das Ziel der Krankenhausbehandlung erreichen zu können, macht es dabei keinen Unterschied, ob eine Verlegung eines Patienten in eine zu seiner Behandlung notwendige Fachabteilung eines im Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommenen anderen Krankenhauses oder von einer Klinik eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses in eine andere, räumlich entfernte Klinik dieses Krankenhauses erfolgt, das im Unterschied zur "Ausgangsklinik" über die zur Behandlung des Patienten notwendige Fachabteilung verfügt.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass der Zusammenschluss der früher selbständigen Krankenhäuser V.-S. und D. Ziel und Folge der Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg war. Wie aus dem Textteil des von der baden-württembergischen Landesregierung am 09.11.2010 beschlossenen Krankenhausplans 2010 zu ersehen ist, dient die Krankenhausplanung der Verbesserung der Krankenhausstruktur, beispielsweise durch die Optimierung von Krankenhausstandorten/Betriebsstellen, Zusammenlegung von Fachbereichen, Bildung von Behandlungsschwerpunkten sowie durch den Zusammenschluss von Krankenhäusern durch den Bau einer zentralen Einheit. Damit sollten die betriebliche Organisation, der fachliche Zuschnitt und die betrieblichen Abläufe verbessert werden. Um das langfristige Ziel einer Absenkung der Kosten des Gesundheitswesens erreichen zu können, müssten sich durch solche Projekte die Betriebskosten reduzieren lassen bzw. Effizienzsteigerungen ergeben. Gleichzeitig müsse eine medizinisch leistungsfähige Patientenversorgung sichergestellt werden (vgl. hierzu Ziffer 3.2 Seite 3 des Textteils zum Krankenhausplan 2010). Weiter habe neben der flächendeckenden Versorgung mit Krankenhausleistungen im Flächenstaat Baden-Württemberg die dauerhafte Sicherstellung der medizinischen Qualität und der wirtschaftlichen Leistungserbringung besondere Bedeutung. Sie werde in vielen Fällen nur durch Konzentration und zwischen einzelnen Krankenhäusern abgestimmten Leistungsschwerpunkten erreichbar sein. Je allgemeiner und häufiger bestimmte Leistungen vorkämen, desto ortsnäher könnten sie erbracht werden. Je seltener Leistungen notwendig würden, je höher der Spezialisierungsgrad sei oder je höher hierfür die Vorhaltekosten ausfallen würden, desto ortsferner könne die Versorgung erfolgen. Es sei dabei nicht ausgeschlossen, dass im Einzelfall auch bisher vorhandene Fachabteilungen aufgegeben werden müssten. Eine gute medizinische Versorgung in dünner besiedelten Gebieten müsse nicht zuletzt auch durch ein leistungsfähiges System des Rettungsdienstes sichergestellt werden. Entscheidend für eine wirkungsvolle Versorgung der Patienten sei dabei vor allem die richtige und rechtzeitige medizinische Erstversorgung und die sich daran anschließende Auswahl des für die weitere Behandlung der Patienten geeigneten Krankenhauses (vgl. hierzu Ziffer 4.5, Seite 6 des Textteils zum Krankenhausplan 2010). Die Notwendigkeit, wie vorliegend einen Patienten von einer Klinik eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses in eine andere, räumlich entfernte Klinik dieses Krankenhauses aus zwingenden medizinischen Gründen zu verlegen, ist nicht zuletzt – gewollte - Folge dieser Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg. Aufgrund der darin vorgesehenen organisatorischen arbeitsteiligen Neustrukturierung des Krankenhauswesens in Baden-Württemberg entstehen damit zwangsläufig in vermehrtem Umfang Transportleistungen, die bei Vorhaltung aller Fachabteilungen in einem Krankenhaus jedenfalls im nunmehrigen Umfang nicht entstanden wären. Diese im Krankenhausplan angelegte Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft hat in Baden-Württemberg zu einer deutlichen Senkung der Zahl der zugelassenen Krankenhäuser geführt (vgl. www.statistik-bw.de). Kehrseite dieser Reduzierung ist allerdings – wie ausgeführt – eine Zunahme von Transportleistungen, deren Kosten nach Auffassung der Kammer als akzessorische Nebenleistung zur Hauptleistung "Krankenhausbehandlung" als Sachleistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von den Krankenkassen übernommen werden müssen.

Anders als das Sozialgericht Dortmund geht die erkennende Kammer hinsichtlich der hier begehrten Vergütung der von der Klägerin erbrachten Transportleistungen von einem an Sinn und Zweck der Transportleistung ausgerichteten "funktionalen" Krankenhausbegriff in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V aus.

Auch der Auffassung des Sozialgerichts Dortmund, dem SGB V liege ein einheitlicher Krankenhausbegriff zu Grunde, folgt die Kammer nicht. Die formale Betrachtungsweise des Sozialgerichts Dortmund beruht – wie ausgeführt – auf den Regelungen in den §§ 108, 107 SGB V sowie in § 8 Abs. 1 des Krankenhausentgeltgesetzes. Die Vorschriften der §§ 107 und 108 SGB V befinden sich im Dritten Abschnitt des Vierten Kapitels des SGB V, in dem die Beziehungen der Krankenkassen zu Krankenhäusern und anderen Einrichtungen geregelt werden. Demgegenüber findet sich die Regelung des § 60 SGB V im Achten Abschnitt des Dritten Kapitels des SGB V, in dem die Leistungen der Krankenkassen einschließlich der Ansprüche der Leistungsberechtigten geregelt sind. Angesichts der unterschiedlichen Regelungsmaterie liegt es nach Ansicht der Kammer nahe, auch von einem unterschiedlichen Krankenhausbegriff in den jeweiligen Vorschriften auszugehen. Der Anspruch der Klägerin auf Vergütung der von ihr erbrachten Transportleistungen ergibt sich darüber hinaus auch auf der hier erfolgten Verordnung bzw. Veranlassung der Transportleistungen durch Ärzte des SB-Klinikums in den Kliniken V.-S. bzw. in den Kliniken D ...

Vollstationäre Krankenhausbehandlung wird – von Notfällen abgesehen - durchgeführt, wenn sie von einem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder einer ermächtigten ärztlich geleiteten Einrichtung (§ 95 SGB V) verordnet ist und nach Art und Schwere der Krankheit die medizinische Versorgung gemeinsam mit der pflegerischen Leistung nicht durch vor- und nachstationäre Behandlung, ambulante Behandlung, eine ambulant durchführbare Operation oder einen stationsersetzenden Eingriff nach § 115b SGB V, jeweils einschließlich häuslicher Krankenpflege, erreicht werden kann (vgl. hierzu § 3 Abs. 1 des nach § 112 Abs. 2 Satz 2 SGB V für die Krankenkassen und die zugelassenen Krankenhäuser unmittelbar verbindlichen Landesvertrages). Nach § 3 Abs. 2 des Landesvertrages wird vor der Aufnahme des Patienten zur vollstationären Behandlung von einem Krankenhausarzt entschieden, welche Behandlungsform nach Absatz 1 notwendig und ausreichend ist.

Diese Regelung kennzeichnet die maßgebende Funktion und Stellung von Krankenhausärzten im System der gesetzlichen Krankenversicherung. Wie dargelegt entscheiden sie nach Aufnahme und Untersuchung des Patienten, ob dieser im Krankenhaus vollstationär zu Lasten der Krankenkasse behandelt werden muss. Da die Zahlungsverpflichtung einer Krankenkasse – unabhängig von einer Kostenzusage – unmittelbar mit Inanspruchnahme der Leistung durch den Versicherten kraft Gesetzes entsteht (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 21.11.1991 – 3 RK 32/89 - juris -) entscheidet der Krankenhausarzt mit seiner Aufnahmeentscheidung gleichzeitig über die Verpflichtung der Krankenkasse, die Behandlungskosten einer vollstationären Krankenhausbehandlung zu tragen.

Vorliegend haben die Ärzte des SB-Klinikums entsprechend § 2 Abs. 1 der Krankentransport-Richtlinien auf dem vorgesehenen Vordruck nach Anlage 1 zu den Krankentransport-Richtlinien, dem für Vertragsärzte vorgesehenen Verordnungsvordruck Muster 4, aufgrund der von ihnen gesehenen medizinischen Notwendigkeit Transportleistungen verordnet und sich hierfür mangels eigener Beförderungsmöglichkeiten eines Dritten, hier der Klägerin, bedient. Ebenso wie durch die Aufnahme eines Patienten in die stationäre Krankenhausbehandlung wird hierdurch, durch die Entscheidung des Krankenhausarztes, Transportleistungen zu verordnen bzw. zu veranlassen, die Leistungspflicht der Krankenkasse begründet, die entstehenden Kosten für die Transportleistungen zu begleichen.

Die Ansicht der Beklagten, die Verordnung der Krankenbeförderung dürfe nur durch Vertragsärzte auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck Muster 4 erfolgen, steht im Widerspruch zu § 15 Abs. 1 des Landesvertrages. Diese Vorschrift bestimmt ausdrücklich, dass Beförderungen, die zu Lasten einer Krankenkasse notwendig sind, von einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu verordnen sind. Dabei sind die Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zu beachten und der darin vorgesehene Vordruck zu verwenden. Bei dem vorgesehenen Vordruck handelt es sich nach § 2 Abs. 1 Satz 2 der Krankentransport-Richtlinien gerade um das für Vertragsärzte vorgesehene Muster 4.

Wie aus der genannten Vorschrift des § 15 Abs. 1 des Landesvertrages zu ersehen ist, haben die Krankenhausärzte bei der Verordnung von Krankenbeförderungen das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten. Hieraus folgt, dass die Beklagte zwar verpflichtet ist, die ihr von der Klägerin in Rechnung gestellten Transportleistungen, die die Klägerin nach § 24 RDG nach Veranlassung durch Krankenhausärzte zu erbringen hat, zwar zunächst begleichen muss. Sollte die Beklagte jedoch der Auffassung sein, verordnete Transportleistungen seien mangels zwingender medizinischer Gründe nicht notwendig gewesen, so steht es ihr frei, beim verordnenden Krankenhausarzt bzw. beim Träger des jeweiligen Krankenhauses einen Anspruch auf Erstattung der hierfür entstandenen, von ihr beglichenen Kosten geltend zu machen.

Die Kammer folgt somit im Ergebnis der vom SM sowohl im Schreiben vom 05.11.2015 als auch im Schreiben vom 04.07.2019 vertretenen Auffassung, dass in der vorliegenden Fallkonstellation die der Klägerin entstandenen Kosten für die von ihr erbrachten Transportleistungen von der Beklagten gezahlt werden müssen, auch wenn die insbesondere im Schreiben des SM vom 04.07.2019 vertretene Rechtsauffassung von der erkennenden Kammer nicht geteilt wird.

Der Ansicht der Klägerin, die Leistungspflicht der Beklagten ergebe sich bereits aus § 60 Abs. 2 Satz 1 Nrn. 2 und 3 SGB V, vermag sich die Kammer bei vorläufiger Prüfung nicht anzuschließen. Einer endgültigen Entscheidung hierzu bedarf es jedoch bei der hier vertretenen Rechtsauffassung nicht.

Der geltend gemachte Zinsanspruch ergibt sich aus entsprechender Anwendung des § 286 Abs. 2 Nr. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) i.V.m. § 288 Abs. 1 BGB. Hier entsteht der Zinsanspruch nach Ablauf der mit Rechnungen vom 26.06.2018 und vom 25.10.2018 gesetzten Zahlungsfristen am 26.07.2018 (180,62 EUR) bzw. am 24.11.2018 (84,40 EUR) jeweils am Folgetag. Damit hat die Beklagte Zinsen aus 180,62 EUR seit 27.07.2018 und aus 84,40 EUR seit 25.11.2018, jeweils i.H.v. fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu zahlen.

Die Kostentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 der Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO), da weder Klägerin noch Beklagte zu den in § 183 SGG genannten Personen gehören. Eine Erstattung der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen nach der über § 197a Abs. 1 SGG entsprechend anwendbaren Vorschrift des § 162 Abs. 3 VwGO scheidet aus, da die Beigeladene sich weder am Verfahren aktiv beteiligt noch insbesondere einen Antrag gestellt hat. Da sie somit kein Kostenrisiko eingegangen ist (vgl. § 154 Abs. 3 VwGO) ist es gerechtfertigt, dass ihr keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten sind.

Ungeachtet des geringen Streitwerts von 265,02 EUR hat vorliegende Rechtssache grundsätzliche Bedeutung, sodass die an sich nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG nicht statthafte Berufung gemäß § 144 Abs. 2 Nr. 1 SGG zuzulassen ist. Die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache ergibt sich einerseits aus der Vielzahl der beim SG noch anhängigen Verfahren mit derselben Rechtsproblematik, andererseits aus der wirtschaftlichen Bedeutung der Rechtsfrage, wer in der vorliegenden Fallkonstellation die Kosten der von der Klägerin erbrachten Transportleistungen zu tragen hat. Hierzu hat die Klägerin in der mündlichen Verhandlung angegeben, insgesamt bestünden Außenstände in Höhe von ca. 500.000 EUR aufgrund nicht beglichener, von ihr erbrachter Transportleistungen bei Verlegungen von den Kliniken V.-S. in die Kliniken D. und umgekehrt.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2020-08-27