

S 8 KR 89/08

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

SG Dortmund (NRW)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

8

1. Instanz

SG Dortmund (NRW)

Aktenzeichen

S 8 KR 89/08

Datum

21.07.2009

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Die Kosten des Rechtsstreits trägt die Klägerin.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Vergütung von Krankentransportfahrten.

Die Klägerin ist Trägerin des xxxHospitals in xxx. Dieses besteht aus drei Gebäuden, und zwar der Psychiatrischen Klinik an xxxStraße, der Klinik xxxstraße sowie dem Operativen Zentrum an der xxxStraße. Das xxxHospital ist als ein Krankenhaus im Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen, und zwar mit zwei Betriebsstellen: Der Betriebsstelle xxx (Betriebsstelle M) und der Betriebsstelle xxx (Betriebsstelle K), die auch die im Gebäude an der xxxStraße befindliche Psychiatrie umfasst.

Der am xxx geborene, bei der Beklagten versicherte xxx, wurde am 03.01.2007 in die Klinik für Psychiatrie des Hospitals wegen einer deliranten Symptomatik bei Demenz mit Wahnideen verlegt. Aufgrund einer Zustandsverschlechterung mit unklaren Abdominalbeschwerden und Verdacht auf Sepsis (Blutvergiftung) wurde der Versicherte am 06.01.2007 um 4.37 Uhr mit einem Rettungswagen der Stadt xxx auf die Medizinische Intensivstation im Gebäude xxxstraße verlegt. Nach Zustandsverbesserung wurde er mit einem Krankentransportwagen der Stadt xxx am gleichen Tag um 16.16 Uhr zurück in das Gebäude an der xxxStraße befördert. Aufgrund erneuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes wurde der Versicherte dann am 29.01.2007 um 12.02 Uhr wiederum unter Inanspruchnahme eines Rettungswagens der Stadt xxx von dem Gebäude xxxStraße in dasjenige an der xxxstraße gebracht. Von dort wurde er weiter in die Chirurgische Abteilung an der xxxStraße befördert. Nach operativer Behandlung wurde er am 30.01.2007 zurück zur internistischen Behandlung in den Klinikteil xxxstraße verlegt. Dort verstarb der Versicherte am 31.01.2007.

Die Stadt xxx stelle der Klägerin die insgesamt fünf Verlegungsfahrten in Rechnung, u.a. für die Fahrt am 06.01.2007 morgens mit Gebührenrechnung vom 19.02.2007 324,75 EUR, für die Fahrt am 06.01.2007 nachmittags mit Gebührenrechnung vom 26.02.2007 68,00 EUR und für die Fahrt am 29.01.2007 mit Gebührenrechnung vom 12.03.2007 394,75 EUR. Die Klägerin beglich die Rechnungen und machte sodann für die Verlegungsfahrten zwischen xxxStraße und xxxstraße Kostenerstattung bei der Beklagten in Höhe der an die Stadt xxx gezahlten Beträge geltend. Die Beklagte lehnte eine Kostenerstattung ab.

Mit Schriftsatz vom 15.04.2008, eingegangen bei Gericht am 16.04.2008, hat die Klägerin Klage erhoben. Zur Begründung führt sie aus, dass es sich bei den verschiedenen Betriebsstellen an der xxxStraße und der xxxstraße jeweils für sich um Krankenhäuser im Sinne von [§ 107 SGB V](#) handele. In jedem Betriebsteil werde Krankenhausbehandlung durchgeführt. Jeder Betriebsteil stelle fachlich unter ständiger ärztlicher Leitung und es würden entsprechend dem Versorgungsauftrag diagnostische und therapeutische Möglichkeiten angeboten sowie nach anerkannten wissenschaftlichen Methoden gearbeitet. Daher handele es sich auch um zwei verschiedene Krankenhäuser im Sinne von [§ 60 SGB V](#). Mit den Transporten sei der Versicherte jeweils aus der vorherigen Krankenhausbehandlung entlassen und jeweils in ein anderes Krankenhaus aufgenommen worden. Auch habe der Feststellungsbescheid nach dem KHG keine Tatbestandswirkung für das SGB V, andernfalls wäre die Legaldefinition des [§ 107 SGB V](#) überflüssig. Zudem würden die Behandlungsfälle der Psychiatrischen Klinik in den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung fallen, während die summatrischen Behandlungsfälle in den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes fielen. Daher lägen abrechnungstechnisch zwei unterschiedliche Fälle vor. Weiter verweist sie auf § 3 Abs. 5 der Fallpauschalenvereinbarung 2007 (FPV 2007).

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 857,50 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung führt sie im Wesentlichen aus, dass Fahrtkosten bei Verlegungen von einer Funktionseinheit des Krankenhauses zur nächsten im selben Krankenhaus nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen seien. Nach dem Gesetz löse schon nicht jede Verlegungsfahrt zwischen Krankenhäusern eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung aus, dann könne erst recht nicht bei Transporten innerhalb eines Krankenhauses eine Leistungspflicht der GKV bestehen. Zudem sei das xxxKrankenhaus ein Plankrankenhaus im Sinne von [§ 108 SGB V](#). Es bestehe ein einheitlicher Versorgungsvertrag und nicht einzelne Versorgungsverträge mit den einzelnen Betriebsstellen. Die Transporte zwischen den Funktionseinheiten eines Krankenhauses seien allgemeine Krankenhausleistungen im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz, auch wenn sie als Leistungen Dritter zugekauft würden. Sie seien durch die Fallpauschalen- bzw. Pflegesätze abgegolten. Dies werde auch dadurch bestätigt, dass sie Klägerin die Fahrten zwischen xxxstraße und xxxStraße am 29.01. und 30.01.2007 selbst getragen habe.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte sowie die Patientenakte, die der mündlichen Verhandlung zugrunde gelegen haben, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als echte Leistungsklage im Sinne von [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig aber unbegründet. Ein Vergütungsanspruch für die zwischen den Betriebsstätten erfolgten Krankentransporte steht der Klägerin nicht zu.

Die Voraussetzungen des einzig als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden § 60 Abs. 1, Abs. 2 Nr. 1 Sozialgesetzbuch – Fünftes Buch – (SGB V) sind nicht erfüllt. Danach hat die Krankenkasse die Fahrtkosten im Fall einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus zu übernehmen, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist oder die Krankenkasse der Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus zugestimmt hat.

Hier ist keine Verlegung in ein anderes Krankenhaus erfolgt. Es handelt sich vielmehr um Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses. Das xxxxHospital ist ein Krankenhaus im Sinne von [§ 60 SGB V](#).

Nach [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) sind Krankenhäuser im Sinne des SGB V Einrichtungen, die 1. der Krankenbehandlung oder Geburtshilfe dienen, 2. fachlich- medizinisch unter ärztlicher Leitung stehen, über ausreichende, ihrem Versorgungsauftrag entsprechende diagnostische und therapeutische Möglichkeiten verfügen und nach wissenschaftlich anerkannten Methoden arbeiten, 3. mit Hilfe von jederzeit verfügbarem ärztlichem, Pflege-, Funktions- und medizinisch-technischem Personal darauf eingerichtet sind, vorwiegend durch ärztliche und pflegerische Hilfeleistung Krankheiten der Patienten zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten, Krankheitsbeschwerden zu lindern oder Geburtshilfe zu leisten, und in denen 4. die Patienten untergebracht und gepflegt werden können.

Das xxxHospital in seiner Gesamtheit mit allen Betriebsstätten erfüllt diese Voraussetzungen.

Die Psychiatrie und der Klinikteil in der xxxstraße erfüllen für sich jeweils allein jedoch nicht den Krankenhausbegriff. Dies ergibt sich zum einen daraus, dass diese Abteilungen für sich allein keinen in [§ 107 Abs. 1 Nr. 2 SGB V](#) vorausgesetzten Versorgungsauftrag haben. Nach § 8 Abs. 1 KHEntgG, § 4 Bundespflegesatzverordnung ergibt sich bei Plankrankenhäusern wie demjenigen der Klägerin (für die Zwecke der Krankenhausvergütung) der Versorgungsauftrag des aus den Festlegungen des Krankenhausplans i.V.m. den Bescheiden zu seiner Durchführung sowie ergänzenden Vereinbarungen nach [§ 109 Abs. 1 S. 4 SGB V](#). Ein Versorgungsauftrag besteht damit nur für das xxxHospital als ganzes, nicht für die einzelnen Abteilungen wie bspw. die Psychiatrie. Auch würde die Interpretation der Klägerin von [§ 107 SGB V](#) zu dem Ergebnis führen, dass entgegen dem allgemein unter dem Begriff "Krankenhaus" verstandenen Sinn jede Abteilung eines Krankenhauses als eigenständiges Krankenhaus zu bewerten wäre.

Zudem ist das xxxHospital als ganzes in den Krankenhausplan des Landes Nordrhein-Westfalen aufgenommen. Es handelt sich um ein Plankrankenhaus im Sinne von [§ 108 Nr. 2 SGB V](#). Wenn es sich aber im Sinne von [§ 108 SGB V](#) um ein Krankenhaus handelt, können nicht zwei Krankenhäuser im Sinne von [§ 107 SGB V](#) vorliegen. Dem SGB V liegt vielmehr ein einheitlicher Krankenhausbegriff zugrunde. Insofern kommt 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 Krankenhausbehandlungen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbringen dürfen, weist darauf hin, dass die landesrechtliche Gestaltung die Versorgungsberechtigung im Rahmen des SGB V präjudizieren soll. Divergierende Statusentscheidungen über dieselbe stationäre Einrichtung auf Landes- und Bundesebene sollen hierdurch vermieden werden (so auch BSG Urteil vom 28.01.2009, Az. [B 6 KA 61/07 R](#)). Wenn aber schon der Status auf Landes- und Bundesebene einheitlich zu bewerten ist, dass erst recht innerhalb der Ebene des SGB V. Liegt aber nur ein Krankenhaus im Sinne von [§ 108 SGB V](#) vor, kann auch nur ein Krankenhaus im Sinne von [§ 107 SGB V](#) und im Sinne von [§ 60 SGB V](#) vorliegen.

Nichts anderes kann sich daraus ergeben, dass die psychiatrischen Behandlungsfälle in den Anwendungsbereich der Bundespflegesatzverordnung und die somatischen Behandlungsfälle in den Anwendungsbereich des Krankenhausentgeltgesetzes (KHEntgG) fallen und damit abrechnungstechnisch bei einer Verlegung zwischen den Abteilungen eine Entlassung aus dem einen Bereich und eine Aufnahme in dem anderen Bereich erforderlich sind. Die abrechnungstechnisch erforderlichen Buchungen können nicht dazu führen, dass aus einem Krankenhaus zwei verschiedene Krankenhäuser werden. Andernfalls könnte es die in [§ 118 Abs. 2 SGB V](#) vorgesehenen Allgemeinkrankenhäuser mit psychiatrischer Abteilung nicht geben. Denn bei jedem Allgemeinkrankenhaus mit psychiatrischer Abteilung stellen sich die vorerwähnten Abrechnungsfragen. Das Gesetz geht dennoch vom Vorliegen eines Krankenhauses aus. Im übrigen handelt es sich auch abrechnungstechnisch wohl um die Entlassung und Aufnahme in (verschiedene Abteilungen) ein und desselben Krankenhauses. [§ 60 SGB V](#) setzt aber nicht nur die Verlegung in ein Krankenhaus, sondern in ein anderes Krankenhaus voraus.

Zu keinem abweichenden Ergebnis führt die Regelung in § 3 Abs. 4 FPV 2007. Danach sind verschiedene Entgeltbereiche im Fall von internen Verlegungen wie selbständige Krankenhäuser zu behandeln. Die vertragliche Vereinbarung, die sich allein auf die Vergütung nach KHEntgG bezieht, kann schon von ihrem Regelungsbereich her nicht die Vergütung von Krankentransporten modifizieren, da sich diese gerade nicht nach dem KHEntgG richtet sondern nach [§ 60 SGB V](#).

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 197 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 154 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2009-10-30