L 1 KR 267/07

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 15 KR 292/06
Datum
28.06.2007
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 267/07
Datum
20.03.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Beklagte hat auch die Kosten des Berufungsverfahrens zu tragen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Umstritten ist ein geltend gemachter Vergütungsanspruch wegen des Einsatzes eines Rettungshubschraubers mit Notarzt in Höhe von 362,35 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 8. August 2006.

Der Kläger ist gem. § 4 Abs. 4 Hessisches Rettungsdienstgesetz (HRDG) Träger der Luftrettung. Innerhalb des Klägers ist das Regierungspräsidium Gießen die für die Luftrettung zuständige Behörde.

Für die Luftrettung u.a. zugunsten Versicherter der Beklagten im Jahre 2005 haben der Kläger sowie weitere Leistungserbringer einerseits und die Beklagte sowie weitere Kostenträger andererseits die "Vereinbarung über Benutzungsentgelte für Leistungen der Rettungshubschrauber Christoph 2 und 7 im Jahre 2005" geschlossen. Auszugsweise lautet diese Vereinbarung folgendermaßen:

"§ 1 Allgemeines Die Kosten der Notfallversorgung nach § 2 HRDG, die dem Leistungserbringer im Rahmen der bedarfsgerechten Aufgabenerfüllung bei sparsamer Wirtschaftsführung entstehen, werden vom Regierungspräsidenten GF. Benutzungsentgelte für die Rettungshubschrauber Christoph 2 und 7 erhoben ... § 3 Benutzungsentgelte (1) Für die Zeit vom 1.1.2005 bis 30.6.2005 gelten die Regelungen aus § 3 Abs. 3 der Benutzungsentgeltvereinbarung 2004 vom 18.1.2005 (ab 1.1.2005 je Flugminute 31,00 EUR) weiter ... § 6 Einsatzauftrag (1) Einsätze zu Lasten der Kostenträger dürfen nur ausgeführt werden, wenn der Einsatzauftrag von einer Zentralen Leitstelle erteilt wurde. Maßgeblich für die Erteilung des Einsatzauftrages ist das bei der Zentralen Leitstelle eingehende Meldebild.

(2) Eine Einsatzabrechnung erfolgt nur dann zu Lasten der Kostenträger, wenn eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Einsatzes auf dem vereinbarten Vordruck der Abrechnungssoftware vorliegt ... § 7 Rechnungsstellung und Zahlung ... (2) Sofern die gesetzlichen Leistungsverpflichtungen und die Voraussetzungen nach § 6 gegeben sind, werden die Rechnungen über vereinbarungsgemäß durchgeführte Einsätze von den Leistungsträgern innerhalb von 28 Tagen zur Zahlung angewiesen ... (4) Wird von den Leistungsträgern die Begleichung von Rechnungsbeträgen oder von Teilen hiervon abgelehnt, sind diese direkt mit dem Patienten abzurechnen, soweit nicht ohne weiteres erkennbar ist, dass ein anderer Leistungsträger eintreten muss."

Regelungen über Verzugszinsen oder den Ersatz von Verzugsschaden enthält der Vertrag nicht.

Am 25. Juni 2005 gab es einen durch die Zentrale Leitstelle des Landkreises C. veranlassten Einsatz zur Rettung einer Versicherten der Beklagten, Frau B. Die Leitstelle war aufgrund einer Meldung durch Nachbarn von Frau B. zur Lageeinschätzung "Person ohne Bewusstsein" gekommen und hatte kurz vor 9 Uhr dementsprechend gemäß den dafür geltenden Einsatzgrundsätzen einen Notarzteinsatz mit Hubschrauber veranlasst. Der mit dem Hubschrauber mitgeflogene Notarzt konnte aber nur noch den Tod von Frau B. feststellen und kam folglich zu der Einschätzung, dass Reanimationsmaßnahmen nicht mehr angezeigt seien. Nach den Feststellungen des Notarztes war um 9 Uhr die Totenstarre schon eingetreten.

Das Regierungspräsidium D. verlangte mit Rechnung vom 2. November 2005 und unter Beifügung des vom Notarzt unterzeichneten Formulars zur Begründung des Einsatzes des Rettungshubschraubers den Betrag von 362,35 EUR als Summe aus dem Entgelt für den Flug und die Leitstellenpauschale. Als "Zahlungsziel" wurde der 30. November 2005 angegeben.

Die Beklagte verweigerte die Begleichung mit der Begründung, die Verstorbene, sei schon vor Beginn des ganzen Einsatzes – wie sich später herausgestellt habe, auch schon vor der Meldung durch die Nachbarn – tot und darum nach § 190 Abs. 1 SGB V ab dem Todeszeitpunkt nicht mehr Mitglied der Beklagten gewesen. Darum habe es nach § 19 Abs. 1 SGB V ab diesem Zeitpunkt auch keinen Leistungsanspruch mehr gegeben. Ein nachgehender Versicherungsschutz nach § 19 Abs. 2 SGB V komme bei Beendigung der Mitgliedschaft durch Tod nicht in Betracht, wie aus § 19 Abs. 3 SGB V zu schließen sei. Wo es keinen Leistungsanspruch Versicherter auf Rettungsmaßnahmen gebe, könne die Beklagte auch nicht kostenpflichtiger Leistungsträger sein.

Nach erneuter Fristsetzung zum 15. Januar 2006 und weiterer erfolgloser Korrespondenz hat der Kläger Klage zum Amtsgericht Gießen erhoben, die dort am 2. August 2006 eingegangen ist. An die Beklagte ist die Klage am 8. August 2006 zugestellt worden. Das Amtsgericht hat den Rechtsstreit auf übereinstimmenden Antrag der Parteien durch Beschluss vom 4. Oktober 2006 an das Sozialgericht Gießen verwiesen.

Im Rechtsstreit vor dem Sozialgericht haben die Parteien ihre vorprozessual vertretenen Ansichten aufrechterhalten.

Der Kläger hat beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger 362,35 Euro nebst Zinsen in Höhe von 5 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz ab dem 16. Januar 2006 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,
die Klage abzuweisen.

Mit Urteil vom 28. Juni 2007 hat das Sozialgericht der Klage stattgegeben und die Berufung zugelassen.

Gegen das ihr am 5. September 2007 zugestellte Urteil hat die Beklagte Berufung eingelegt, die beim Landessozialgericht am 24. September 2007 eingegangen ist.

Beide Parteien vertreten ihre bereits erstinstanzlich vorgetragenen Positionen. Strittig ist zwischen ihnen allein, ob die Beklagte angesichts des schon eingetretenen Todes von Frau B. vor Einsetzen der Rettungsmaßnahme für diese noch ein zuständiger Leistungsträger gewesen ist.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 28. Juni 2007 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Der Kläger hat in der mündlichen Verhandlung die Klage hinsichtlich der geltend gemachten Zinsen insoweit zurückgenommen, als sie Zeiten vor dem 8. August 2006, dem Tag des Zugangs der Klage bei der Beklagten, erfasste.

Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Sie waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist aufgrund der Zulassung durch das Sozialgericht gemäß § 144 SGG statthaft und auch im Übrigen zulässig.

Die Berufung ist aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte zutreffenderweise zur Zahlung des geltend gemachten Betrages und der in der Berufungsinstanz noch geltend gemachten Verzugszinsen verurteilt.

Die Hauptforderung in Höhe von 362,35 EUR ergibt sich aus der Vereinbarung über Benutzungsentgelte. Diese Vereinbarung ist ein öffentlich-rechtlicher Vertrag im Sinne von § 53 Abs. 1 SGB X, dessen spezifische Rechtsgrundlage sich bundesrechtlich in § 133 Abs. 1 S. 1 SGB V und landesrechtlich in § 8 Abs. 8 HRDG befindet. Auf das Verhältnis der Gesetzgebungskompetenzen von Bund und Ländern im Hinblick auf den Rettungsdienst zugunsten von Versicherten der GKV braucht angesichts der vorliegenden Rechtsvorschriften nicht eingegangen zu werden. § 133 SGB V ist nämlich als Ermächtigung des Landesgesetzgebers zu verstehen, auch Regelungen über den Rettungseinsatz für gesetzlich Krankenversicherte und die Heranziehung von Krankenkassen zu deren Kosten zu treffen, soweit nicht Bestimmungen des SGB V entgegenstehen. Die Voraussetzungen für den der Höhe nach in § 3 der Vereinbarung bestimmten klägerischen Zahlungsanspruch ergeben sich aus der Zusammenschau mehrerer Einzelreglungen dieser Vereinbarung.

Es müssen die gesetzlichen Leistungsvoraussetzungen vorgelegen haben (§ 7 Abs. 2); das setzte hier voraus, dass die Beklagte der für Frau B. auch zum Zeitpunkt der Rettungsmaßnahme noch zuständige Leistungsträger war und die vorgenommene Luftrettungsmaßnahme zum Leistungskatalog der Beklagten gehörte. Weiterhin musste der Einsatzauftrag von einer zentralen Leiststelle erteilt worden sein und diese musste aufgrund des bei ihr eingegangenen Meldebildes von der Angemessenheit des Auftrages ausgehen können (§ 6 Abs. 1). Es mussten die formellen Voraussetzungen des § 6 Abs. 2 erfüllt sein. Schließlich durfte es sich nicht um einen Fehleinsatz handeln (§ 3 Abs. 5).

Die Anspruchsvoraussetzungen sind alle erfüllt.

Insbesondere war die Beklagte, wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, auch nach dem Tode von Frau B. für den vorliegenden

Rettungseinsatz zuständiger und leistungspflichtiger Träger der GKV, ohne dass dafür ein nachwirkender Leistungsanspruch im Sinne von § 19 SGB V bemüht werden muss.

Zunächst ist klarzustellen, dass die Notfallrettung für GKV-Versicherte, auch wenn sie auf landesrechtlicher Grundlage hoheitlich geregelt ist und nach § 75 Abs. 1 S. 2 SGB V grundsätzlich – wenn das Land nichts Anderes vorsieht – nicht zum Spektrum der vertragsärztlichen Versorgung gehört, unstrittig eine zum Leistungsspektrum der GKV gehörende Leistung darstellt. Zwar regelt § 60 SGB V explizit allein Fahrten, welche zumindest auch dem Transport Versicherter dienen, und betrifft § 133 SGB V allein die Entgelte für Rettungsdienste, die zum Aufgabenspektrum der GKV gehören. Jedoch sind beide Vorschriften nach Sinn und Zweck dahingehend zu verstehen, dass sie auch notärztliche Fahrten zum Versicherten erfassen, die erforderlich sind, um ohne Verzug zu klären, ob und welche sofortigen Rettungsmaßnahmen geboten sind, und diese dann gegebenenfalls vorzunehmen – unabhängig davon, ob anschließend ein Transport des Versicherten geboten ist. Insoweit entsprechen die Leistungen durch den Rettungsdienst gewissermaßen den Hausbesuchen in der vertragsärztlichen Versorgung, welche Ähnlichkeit im Übrigen auch der Grund für die abgrenzend klarstellende Bestimmung des § 75 Abs. 1 S. 2 SGB V ist (siehe BT-Drs. 13/7264, S.63; dazu auch BSG v. 5.2.2003, B 6 KA 11/02 R). Ebenfalls gehört – wie auch sonst bei der ärztlichen Behandlung – die diagnostische Abklärung der Situation zum Leistungsspektrum der GKV. Wenn also bei Verdacht auf eine lebensbedrohliche Lage ein Rettungseinsatz stattfindet, gehört dieser Rettungseinsatz nach Sinn und Zweck auch dann zum Leistungsspektrum der GKV, wenn die diagnostische Abklärung dazu führt, dass keine Therapien und damit auch kein Transport des Versicherten nötig sind.

Der Leistungsanspruch des Versicherten auf Rettungsmaßnahmen umfasst gegebenenfalls auch den Anspruch auf eine unverzügliche diagnostische Abklärung dahingehend, ob noch Rettungs- und sonstige therapeutische Maßnahmen helfen können oder ob wegen bereits eingetretenen Todes keine Hilfe mehr möglich ist. Gerade in kritischen Fällen zwischen Leben und Tod, in denen der Luftrettungsdienst wegen seiner besonderen Schnelligkeit gefordert ist, ist diese Konstellation ein typischer Fall. Hier wäre es mit dem Zweck schnellstmöglicher Rettung nicht vereinbar, wenn zunächst aus der Ferne zeitverbrauchend geprüft würde, ob nicht etwa die Gefahr eines nutzlosen Einsatzes besteht. Dass dieses Verständnis vom Rettungsmaßnahmen auch der Vereinbarung über Benutzungsentgelte zugrunde liegt, zeigt die Vertragsklausel in § 6 Abs. 1, wonach es für die Angemessenheit des Einsatzes auf das "Meldebild" der Leitstelle ankommt, also auf den Sachverhalt, von welchem diese aufgrund der bei ihr eingegangenen Informationen für ihre Einsatzentscheidung auszugehen hatte.

Im vorliegenden Fall wusste die Leitstelle aufgrund der Meldungen durch die Nachbarn zwar um die Bewusstlosigkeit von Frau B. Sie konnte aber nicht mit Sicherheit davon ausgehen, dass schon der Tod eingetreten war. Folglich war es aus der Sicht der Leitstelle geboten, unverzüglich für eventuell noch mögliche ärztliche Hilfe zu sorgen.

Auf eine Sicherstellung dieser Maßnahme hatte die Versicherte einen Anspruch gegen die Beklagte, welche darum zuständiger Leistungsträger war. Dafür kommt es nicht darauf an, dass die Versicherte, wie sich nachträglich herausstellte, schon verstorben war. Vielmehr haben nach Sinn und Zweck der Notfallrettung als Leistung der GKV die Versicherten schon zu Lebzeiten ein Recht auf die gegebenenfalls erforderliche Abklärung, ob lebensrettende Maßnahmen noch in Betracht kommen. Dieser Anspruch kann nicht von dem erst nachträglich geklärten Ergebnis der Abklärung abhängen. Insofern gehört die unverzügliche Abklärung der Möglichkeit von lebensrettenden Maßnahmen zu den Leistungen, auf die Versicherte schon zu ihren Lebzeiten und damit während ihrer Mitgliedschaft ein Recht haben.

Von diesem Verständnis der Leistungspflicht der jeweiligen Kostenträger geht auch die Vereinbarung über Benutzungsentgelte aus, denn ohne ein solches Verständnis könnte es für den Einsatz nicht auf das Meldebild ankommen.

Die weiteren oben aufgeführten Voraussetzungen des Anspruchs auf das Benutzungsentgelt sind ebenfalls erfüllt. Dass die Zentrale Leitstelle aufgrund des bei ihr vorliegenden Meldebildes von der Gebotenheit eines Luftrettungseinsatzes ausgehen durfte bzw. musste, wurde bereits begründet. Auch die formale Voraussetzung des § 6 Abs. 2 der Entgeltvereinbarung ist erfüllt, dass auf dem vereinbarten Vordruck der Abrechnungssoftware eine ärztliche Bescheinigung über die Notwendigkeit des Einsatzes bescheinigt wurde.

Schließlich liegt auch kein Fehleinsatz im Sinne von § 3 Abs. 5 der Vereinbarung vor. Dass nicht dann schon ein Fehleinsatz anzunehmen ist, wenn die Abklärung der Möglichkeit von Lebensrettung wegen des bereits eingetretenen Todes zu einem negativen Ergebnis geführt hat, wurde schon dargelegt. Denn bereits diese Abklärung und nicht erst die Rettung ist Ziel des Einsatzes. Es bedarf hier keiner Abgrenzung, wann eine in der Sache falsche Meldung an die Leitstelle und ein dadurch irriges Meldebild dazu führen, dass ein Fehleinsatz anzunehmen ist. Dies dürfte etwa bei bewusstem Fehlalarm und wohl auch bei für jedermann offenkundigem Tod einer Person der Fall sein. Solche Fehler dürften als Störungen des Rettungssystems anzusehen sein, für die es angemessen ist, dass sie als allgemeine Kosten in das Budget nach § 2 der Entgeltvereinbarung eingehen und dadurch im Ergebnis auf alle Kostenschuldner umgelegt werden. Im vorliegenden Fall gibt es jedoch keinen Anhaltspunkt dafür, dass der Tod von Frau B. im Zeitpunkt der Meldung durch die Nachbarn bereits auf den ersten Blick und ohne jede Untersuchung offenkundig war.

Hinsichtlich der Zinsforderung ist die Klage in analoger Anwendung von § 291 BGB begründet.

Zwar bleibt der Senat bei seiner im Urteil vom 12. Juni 2007 (L 1 KR 58/06) begründeten Auffassung, dass im Verhältnis zwischen dem hessischen Rettungsdienst und den Krankenkassen für Verzugszinsen weder eine gesetzlich noch eine vertragliche Anspruchsgrundlage besteht. Hingegen stehen dem Kläger in analoger Anwendung von § 291 BGB Prozesszinsen zu. Insofern hält der Senat nicht mehr an seiner im genannten Urteil vom 12. Juni 2007 vertretenen Auffassung fest.

Zur Frage der Zuerkennung von Prozesszinsen hat es für lange Zeit eine Divergenz zwischen der Verwaltungsgerichtsbarkeit, welche schon seit langem zwar nicht Verzugszinsen, wohl aber Prozesszinsen bei öffentlich-rechtlichen Geldforderungen anerkannt hat, und der Sozialgerichtsbarkeit gegeben. Hier ist in jüngerer Zeit eine Bewegung in Richtung auf Vereinheitlichung erkennbar. Nachdem schon der 6. Senat des Bundessozialgerichts im Urteil vom 28. September 2005 (B 6 KA 71/04 R - BSGE 95, 141) in Änderung seiner Rechtsprechung Prozesszinsen in einem Rechtsstreit um Teile eines Gesamtvergütungsanspruchs anerkannt und diese lediglich im konkreten Fall noch wegen Vertrauensschutzes nicht zuerkannt hatte (Ankündigungsrechtsprechung), hat auch der 3. Senat des Bundessozialgerichts in seinem Urteil vom 23. März 2006 (B 3 KR 6/05 R - BSGE 96, 133) Prozesszinsen für einen Vergütungsanspruch einer Rehabilitationsklinik

zugesprochen. Der 6. Senat hat sich darauf gestützt, dass neben den Veränderungen bei den sonstigen Kostenfolgen von Prozessen zumindest in den Fällen des § 197a SGG auch Veränderungen in der Interessenlage der Krankenkassen zu berücksichtigen seien, welche unter den Bedingungen von Kassenwettbewerb und unternehmerischem Denken eher als früher geneigt sein könnten, Vor- und Nachteile einer Zahlungsverweigerung auch unter Zinsgesichtspunkten abzuwägen. Der 3. Senat hat in der Tendenz ähnlich, aber noch allgemeiner zugunsten von Prozesszinsen zumindest bei den von § 197a SGG erfassten Streitigkeiten um Geldforderungen argumentiert.

Es kann dahingestellt bleiben, ob die Tendenz zur Anerkennung von Prozesszinsen jedenfalls in den von § 197a SGG erfassten Konstellationen durchgängig in dem Sinne berechtigt ist, wie es in der Verwaltungsgerichtsbarkeit ständige Rechtsprechung ist. Jedenfalls entspricht die vorliegende Beziehung zwischen dem Kläger als Leistungserbringer und der Beklagten als entgeltschuldendem Leistungsträger genau den Konstellationen, in denen sowohl der 3. wie der 6. Senat des Bundessozialgerichts Prozesszinsen anerkannt haben. Auch der erkennende Senat hält das Argument für überzeugend, dass zumindest in Entgeltbeziehungen zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen die Zuerkennung von Prozesszinsen zu einer angemesseneren Verteilung der Prozessrisiken führt als die bisherige Rechtsprechung.

Rechtskonstruktiv haben sich sowohl der 6. wie auch der 3. Senat des Bundessozialgerichts auf eine Analogie zu § 291 BGB über § 61 S. 2 SGB X gestützt, da zwar nicht die konkrete Leistung, wohl aber der Vergütungsanspruch jeweils auf einem öffentlich-rechtlichen Vertrag beruhe. Diese Konstruktion trägt auch im vorliegenden Fall, da auch hier der Vergütungsanspruch ein vertraglicher ist.

Hinsichtlich des Zeitpunktes, ab welchem Prozesszinsen zu zahlen sind, hat der 3. Senat des Bundessozialgerichts – anders als im Zivilprozess – auf die "sozialgerichtliche Rechtshängigkeit” nach § 94 SGG abgestellt, wonach die Klage mit Eingang beim Gericht und nicht erst mit ihrer Zustellung an den Beklagten rechtshängig werde. Der 6. Senat brauchte sich zum Beginn der Prozesszinsen nicht zu äußern, da diese im konkreten Fall noch einmal abgelehnt worden waren. Auf die Frage, wann im sozialgerichtlichen Normalfall Prozesszinsen beginnen, braucht im vorliegenden Fall nicht eingegangen zu werden. Der Kläger hat zunächst beim Amtsgericht Gießen Klage erhoben. Für die Rechtshängigkeit dieser Klage gelten §§ 253 Abs. 1 und 261 Abs. 1 ZPO, so dass die vorliegende Klage erst mit ihrer Zustellung an die Beklagte am 8. August 2006 rechtshängig geworden ist. Auch diese Frage kann hier aber letztlich offen bleiben, da der Kläger in der Berufungsinstanz erst ab diesem Zeitpunkt Zinsen verlangt.

Hinsichtlich der Höhe der Prozesszinsen würde, da es sich bei der Entgeltvereinbarung um ein Rechtsgeschäft handelt, an dem Verbraucher im Sinne von § 13 BGB nicht beteiligt waren, eigentlich § 291 S. 2 BGB in Verbindung mit § 288 Abs. 2 BGB zu einem Zinssatz von 8 % über dem jeweiligen Basiszinssatz führen. Jedoch wurden dem Kläger antragsgemäß nur 5 % über dem Basiszinssatz zugesprochen und hat nur die Beklagte Berufung eingelegt.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG. Der Senat hat es gemäß § 197a S. 1 SGG in Verbindung mit § 155 Abs. 1 S. 3 VwGO für angemessen gehalten, die Kosten der Beklagten ohne Teilung aufzuerlegen, da der Kläger die Klage nur zu einem geringen Teil zurückgenommen hat.

Die Revision war nicht zuzulassen. Weder weicht der Senat von einer Entscheidung der in § 160 Abs. 2 Nr. 2 SGG genannten Gerichte ab, noch hat die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG). Insbesondere gibt es keine ernsthaften Zweifel daran, dass der Anspruch eines in der GKV Versicherten auf Krankenbehandlung gegebenenfalls auch Rettungseinsätze umfasst, die zunächst allein darauf gerichtet sind zu überprüfen, ob er noch am Leben ist und ob insofern noch lebensrettende Maßnahmen in Betracht kommen.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2008-10-31