# L 8 KR 243/11

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 25 KR 349/10
Datum
17.06.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 243/11
Datum
16.02.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung der Klägerin und die Berufung der Beklagten gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 17. Juni 2011 werden zurückgewiesen.

II. Die Kosten des Berufungsverfahrens tragen die Beteiligten je zur Hälfte. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Der Streitwert wird auf 5.000,- Euro festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Vergütung von Krankentransportleistungen im Sinne von § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V).
Die Klägerin ist ein in der Rechtsform der GmbH im Handelsregister beim Amtsgericht Frankfurt am Main eingetragenes Unternehmen mit dem Unternehmensgegenstand "Krankentransporte, Behindertenfahrdienste, Dialysefahrten, Taxi-, Mietwagen- und Kurierfahrten sowie medizinische Dienstleistungen im Rahmen eines Rettungssanitäters und Ausbildung in diesem Bereich. Außerdem Hilfeleistungen bei Katastrophen. Ferner die Annahme und Weitergabe von Aufträgen im Zusammenhang mit den vorerwähnten Leistungen". Sie verfügt über eine Genehmigung zur Erbringung von Krankentransporten nach § 9 Hessisches Rettungsdienstgesetz 1998 (HRDG 1998) vom 24.11.1998 (GVBl I 1998, 499) in der bis 31. Dezember 2010 geltenden Fassung.
Am 18. Juli 2005 schloss die Klägerin unter anderem mit dem Verband der Angestellten - Krankenkassen (VdAK) e. V. Landesvertretung Hessen nach § 133 SGB V in Verbindung mit § 19 Abs. 1 HRDG 1998 eine "Vereinbarung über die Vergütung von qualifizierten Krankentransporten nach dem Sozialgesetzbuch V i. V. m. dem Hessischen Rettungsdienstgesetz in der Stadt A-Stadt" ab.
Diese Vereinbarung enthält unter Anderem folgende Regelungen:

§1 Gegenstand der Vereinbarung
(1) Diese Vereinbarung regelt die Vergütung von Krankentransporten nach dem Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit dem Hessischen Rettungsdiensgesetz (HRDG 1998) zu ambulanten Behandlungen aus zwingend medizinischen Gründen(§ 60 Abs. 1 SGB V) von Versicherten der Krankenkasse, sofern ein Ausnahmefall im Sinne der Richtlinien nach § 92 Abs. 1.Satz 2 Nr 12 SGB V vorliegt und der Transport vorab von der Krankenkasse genehmigt wurde. Die Vereinbarung betrifft nur Fahrten, bei denen entweder der Beginn oder das Ende des Krankentransportes im Stadtgebiet A-Stadt liegen.
(2) Die Vereinbarung regelt weiterhin die Vergütung von zwingend medizinisch notwendigen Krankentransporten gemäß § 60 Abs. 2 SGB V in dem in Abs.1 der Vereinbarung genannten raumlichen Bereich, für Versicherten der Krankenkasse für Fälle, in denen eine
- Leistung stationär erbracht wird; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wem die Verlegung aus zwingend medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus und für Fahrten zu einer
- vor- und/oder nachstationäre Behandlung im Krankenhaus (§ 115 a SGB V), wenn dadurch eine aus medizinischer Sicht gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung verkürzt oder vermieden werden kann,
- ambulanten Operation beim niedergelassenen Vertragsarzt
- ambulanten Operation gemäß § 115 b SGB V im Krankenhaus.
(3) Die Krankenkasse übernimmt in den Fällen des § 1 Abs. 1 und 2 dieser Vereinbarung die Fahrkosten je Fahrt abzüglich des sich nach § 61 Satz 1 SGB V ergebenden Eigenanteils. Die Zuzahlung in Hohe des sich nach § 61 Abs. 1 SGB V ergebenden Betrages je Fahrt wird von der Krankenkasse bei Versicherten eingezogen

§2 Ärztliche Bescheinigung
(1) Krankenbeförderungen werden als Leistung der Krankenversicherung gemäß § 60 SGB V, soweit erforderlich erst nach vorheriger Genehmigung der Krankenkasse durchgeführt, wenn die Notwendigkeit einer Beförderung mit einem Krankentransportwagen mit fachlich-medizinischer Betreuung nach ärztlicher Bescheinigung besteht (§ 6 Abs. 1 der Krankentransport-Richtlinien) und hierüber eine ärztliche Verordnung in der jeweils gültigen Fassung vorliegt (s. Anlagen 1 und 2). Die Verordnung darf nur vom Arzt geändert oder ergänzt werden.

§3 Vergütung der Krankentransporte
(1) Die Gesamtkosten eines Krankentransportes nach den Bestimmungen dieses Vertrages werden incl. gesetzlicher Umsatzsteuer wie folgt vergütet:
a). Fahrten in der Zeit von 06,00 Uhr bis 21:00 Uhr 93.50 EUR
b) Fahrten in der Zeit von 21.01Uhr bis 5.59 Uhr 95,00 EUR sowie
c) je Besetztkilometer für Fahrten außerhalb des Stadtgebietes ein Betrag von 2,40 EUR
(2) (.)

§ 4 Genehmigungspflicht für Krankentransporte Krankentransporte über eine Distanz von mehr als 50 Besetztkilometer, müssen vor der Durchführung von der Krankenkasse genehmigt werden. Die Nachweispflicht obliegt dem Leistungserbringer.

§5 Rechnungslegung
(1) Die Abrechnung erfolgt mit Einzelrechnungen für jeden Versicherten unter Angabe des Namens und Institutionskennzeichens des Leistungserbringers,
(2) Der Rechnung ist die vollständig ausgefüllte ärztliche Verordnung über die Krankenbeförderung sowie die ggf. erfolgte Genehmigung durch die Krankenkasse beizufügen

Die Klägerin führte für eine Vielzahl von Versicherten der Beklagten Krankentransporte mit dem Krankentransportwagen zu ambulanten (ärztlichen) Behandlungen durch. Den Transporten lagen jeweils entsprechende vertragsärztliche Verordnungen zugrunde. Die Beklagte lehnte die Vergütung der in Rechnung gestellten Krankentransporte mit der Begründung ab, dass eine Vorabgenehmigung der Kasse nicht vorliege. Am 27. März 2007 erhob die Klägerin beim Sozialgericht Frankfurt am Main Leistungsklage (S 25/18 KR 180/07), die am 17. April 2007 und 21. Januar 2008 erweitert wurde. Sie trug vor, dass Krankentransportfahrten gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V keinem Genehmigungserfordernis der Krankenkasse unterlägen. § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V finde in diesen Fällen keine Anwendung. Das Sozialgericht trennte mit Beschluss vom 23. Januar 2008 die Verfahren hinsichtlich der einzelnen Versicherten ab. Die Beklagte erkannte im Verlauf des Klageverfahrens die Klageforderung der Klägerin im Ausgangsverfahren S 25/18 KR 180/07 betreffend die Versicherte Q. Q. an. Insoweit hat der Rechtsstreit seine Erledigung gefunden (Beschluss der 25. Kammer des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 17. Mai 2010).
Die Klägerin begehrte mit Schriftsatz vom 8. Februar 2010 - bei Gericht am 10. Februar 2010 eingegangen - im Wege der Klageerweiterung die Feststellung, dass die Beklagte verpflichtet sei, ihr vertragsärztlich oder krankenhausärztlich verordnete Krankentransporte mit einem Krankenkraftwagen nach erbrachter Leistung auch dann zu vergüten, wenn hierfür keine vorherige Genehmigung der Beklagten vorliege. Der Antrag sei als vorbeugende Feststellungsklage zulässig. Die Klägerin trug unter Vorlage entsprechender Unterlagen vor, die Beklagte habe in einigen Fällen erneut außergerichtlich geltend gemachte Forderungen wegen fehlender Vorabgenehmigungen zurückgewiesen. Ihr könne nicht zugemutet werden, in Größenordnungen von mehreren Zehntausend Euro jährlich für die Beklagte in Vorleistung zu treten. Auch sei die Versichertengemeinschaft vor der Verschwendung ihrer Mittel durch die Beklagte zu schützen.

Das Sozialgericht trennte mit Beschluss vom 15. Juli 2010 das Verfahren hinsichtlich des Feststellungsantrags der Klägerin vom 8. Februar 2010 ab und führte es unter dem Aktenzeichen S 25 KR 349/10 fort.

Mit Gerichtsbescheid vom 17. Juni 2011 entschied das erstinstanzliche Gericht mit folgenden Tenor:
1. Es wird festgestellt, dass die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin vertragsärztlich oder krankenhausärztlich verordnete Krankentransporte mit einem Krankenkraftwagen im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V nach erbrachter Leistung auch dann zu vergüten, wenn hierfür keine vorherige Genehmigung der Beklagten vorliegt. Hiervon ausgenommen sind Krankentransporte über eine Distanz von mehr als 50 Besetztkilometer.
Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.
2. Die Beklagte trägt die Kosten des Verfahrens und die außergerichtlichen Kosten der Klägerin.
3. Der Streitwert wird auf 5.000,00 EUR festgesetzt.

Diese Entscheidung begründete das Sozialgericht in seinem Gerichtsbescheid wie folgt: Der Feststellungsantrag sei zulässig. Es gehe um die Feststellung des Bestehens eines konkreten Rechtsverhältnisses gemäß § 55 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) bei fortbestehendem Geschäftsverhältnis der Beteiligten, weil mit dem Antrag eine bestimmte Leistung als für die Beteiligten verbindlich festgestellt werden solle. Der Grundsatz der Subsidiarität der Feststellungsklage gelte nach herrschender Meinung nicht bei Feststellungsklagen gegen juristische Personen (Keller in Meyer- Ladewig/Keller/Leitherer, Sozialgerichtsgesetz, 9. Auflage 2008, § 55 Rdnr. 19c). Das berechtigte Interesse an der alsbaldigen Feststellung (§ 55 Abs. 1 letzter Halbsatz SGG) ergebe sich aus dem erheblichen wirtschaftlichen Interesse der Klägerin an der Vergütung erbrachter Krankentransportfahrten zu ambulanten Leistungen, zu erwartenden weiteren Abrechnungsfällen mit gleichem Streitgegenstand und der Meinungsverschiedenheit der Beteiligten über die Rechtslage zu der Frage, ob hierfür eine Vorabgenehmigung der Beklagten erforderlich ist. Die Klage sei auch in dem aus dem Tenor ersichtlichen Umfang begründet. Zahlungsansprüche der Klägerin aus § 133 Abs. 1 Satz 1 SGB V in Verbindung mit der Vergütungsvereinbarung der Beteiligten vom 18. Juli 2005 für aufgrund vertragsärztlich verordneter Krankentransportleistungen zu ambulanten (ärztlichen) Behandlungen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V entstünden, soweit die sonstigen Voraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer Genehmigung der Beklagten vor der Leistungserbringung bedürfe. Eine derartige Vorabgenehmigung ergäbe sich weder aus § 60 SGB V noch aus einer (wirksamen) untergesetzlichen Norm. § 60 SGB V regele nach seiner Systematik, Entstehungsgeschichte und seinem Zweck zwei grundlegend verschiedene Fälle der Kostenübernahme für Fahrkosten. Zum einen in Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit den Katalogfällen des Abs. 2, zum anderen in Abs. 1 Satz 3 in Verbindung mit den Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses. Hierbei unterscheide die Norm bereits hinsichtlich der gesetzlichen Regelungsdichte eindeutig zwischen den beiden vorgenannten Fällen.

Hinsichtlich der Katalogfälle des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 bis 4 SGB V treffe das Gesetz selbst bereits eine abschließende und detaillierte

Regelung derjenigen Fahrten, für die die Krankenkasse die entstehenden Kosten stets übernehme. Sowohl der einleitende Abs. 1 Satz 1 als auch der dort in Bezug genommene Abs. 2 ordne die Kostenübernahme verbindlich an, ohne dass es der näheren Ausgestaltung durch untergesetzliche Normen bedürfte ("Die Krankenkasse übernimmt ..."). Welche Voraussetzungen hierfür im Einzelnen vorliegen müssen, regele das Gesetz in jeder der vier Ziffern des Abs. 2 Satz 1 in Verbindung mit den bereits in Abs. 1 Satz 1 vorausgesetzten zwingenden medizinischen Gründen selbst und abschließend. Hierbei beträfen die Ziffern 2 bis 4 ausschließlich Fahrten zu ambulanten Behandlungen. Die Hauptleistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung, für deren Inanspruchnahme Fahrkosten übernommen werden, seien vor allem in § 60 Abs. 2 SGB V geregelt. Da die Übernahme von Fahrkosten nicht bei jeder Art von Hauptleistung zu dem Leistungsumfang gehöre, spreche das Bundessozialgericht (BSG) insoweit von sogenannten privilegierten Tatbeständen (Gerlach in: Hauck/Noftz, SGB V, § 60 Rdnr. 24). Die Krankenkassen hätten gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V in den in Abs. 2 abschließend geregelten Fallgruppen Fahrkosten zu übernehmen, soweit diese den in § 61 Satz 1 SGB V geregelten Eigenanteil der Versicherten die im Einzelnen entstehenden Fahrkosten überstiegen. Eine analoge Anwendung des § 60 Abs. 2 SGB V auf ähnlich gelagerte, jedoch von § 60 Abs. 2 SGB V nicht direkt erfasste Sachverhalte komme nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 18. Februar 1997-1 RK 23/96 - SozR 3-2500 § 60 Nr. 1) nicht in Betracht. Für die Annahme einer eine Analogie rechtfertigenden planwidrigen Gesetzeslücke sei weder nach dem Inhalt der Vorschrift noch nach der ihr zugrunde liegenden Regelungsabsicht Raum (Hasfeld/Waßer in: jurisPK-SGB V, § 60 SGB V Rdnr. 72 bis 74). Der Begriff des Krankentransportes sei in § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V gesetzlich definiert. Dabei handele es sich um Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürften oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten sei. Eine fachliche Betreuung könne durch einen Arzt, Rettungsassistent oder Rettungssanitäter erfolgen. Besondere Einrichtungen eines Krankenkraftwagens seien beispielsweise medizinisch – technische Einrichtungen zur Notfallversorgung wie Beatmungshilfen und Ähnliches. Krankenkraftwagen seien für den Krankentransport und die Notfallrettung besonders eingerichtete Fahrzeuge (§ 1 Abs. 2 Nr. 2, § 4 Abs. 6 Personenbeförderungsgesetz - PBefG). Umfasst seien der Krankentransport in Krankentransportwagen und der Rettungstransport in Rettungs- oder Notarztwagen. Lägen die Voraussetzungen für die Verordnung einer Krankentransportleistung vor, so verordne der behandelnde Arzt die Krankenfahrt beziehungsweise den Krankentransport auf dem vereinbarten Vordruck. Bei der Verordnung sei der Arzt an die Krankentransport - Richtlinien gebunden. Die Verordnung von Krankentransporten sei gemäß § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. Die Verordnung solle vor der Beförderung ausgestellt werden (Hasfeld/Wasser in: jurisPK-SGB V, § 60 SGB V Rdnr. 84 bis 86, 122).

Dagegen stelle § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V eine über die Katalogfälle des § 60 Abs. 2 Satz 1 hinausgehende Öffnungsklausel für solche Fälle dar, die vom Gesetz selbst grundsätzlich von der Kostenübernahme ausgeschlossen würden und lediglich im Wege einer vom Gemeinsamen Bundesausschuss in Form von Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V vorzunehmenden Konkretisierung ("in besonderen Ausnahmefällen") entgegen dem Regelfall zu einem "Kostenübernahmeanspruch" des Versicherten führen sollen. Die Vorschrift des § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V sei für Fahrkosten zur ambulanten Behandlung bei einem Arzt, in einem Krankenhaus oder bei einem sonstigen Leistungserbringer anwendbar. § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V greife dagegen nicht ein, wenn es sich um eine Rettungsfahrt im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V, einen qualifizierten Krankentransport gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V, eine Leistung zur medizinischen Rehabilitation gemäß § 60 Abs. 5 SGB V oder um eine ambulante Krankenbehandlung gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 4 SGB V (einschließlich vor- oder nachstationärer Krankenhausbehandlung oder eine ambulante Operation in einem Krankenhaus) handele, durch die eine stationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung vermieden oder verkürzt werde. Die Spezialregelungen des § 60 Abs. 2 SGB V gingen der allgemeinen Vorschrift des § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V nämlich vor. Mithin beziehe sich § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V ausschließlich auf solche Fahrten, die nicht bereits von einem der privilegierten Katalogtatbestände des § 60 Abs. 2 Satz 1 erfasst würden (Höfler in: Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 60 SGB V Rdnr. 19).

Aus dieser vorstehend dargelegten Gesetzessystematik des § 60 SGB V hätten bereits das Sozialgericht (SG) Neubrandenburg (Urteil vom 30. November 2006 - S 4 KR 25/06 - juris; Urteil vom 11. September 2008 - S 4 KR 31/07), das SG Hamburg (Urteil vom 16. April 2010 in der Fassung des Berichtigungsbeschlusses vom 27. Juli 2010 - S 34 KR 1458/08) und das Landessozialgericht (LSG) Sachsen - Anhalt (Urteil vom 17. Juni 2010 - L 10 KR 1/09 -juris) zutreffend gefolgert, dass eine vorherige Genehmigung der Fahrt durch die Krankenkasse im Falle der privilegierten Katalogtatbestände des § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V und damit auch im Falle der Krankentransportfahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V nicht erforderlich ist. Nur für die Übernahme von Fahrkosten gemäß § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V für die Inanspruchnahme einer sonstigen ambulanten Behandlung muss eine vorherige Genehmigung der Krankenkasse vorliegen. Die Kammer schließt sich dieser Rechtsauffassung an und nehme zur weiteren Begründung auf die den Beteiligten bekannten Entscheidungsgründe Bezug.

Im Hinblick auf den vorliegend einzig streitgegenständlichen Feststellungsantrag könne dahin gestellt bleiben, ob § 1 der Vergütungsvereinbarung eine ausreichende Anspruchsgrundlage darstelle für Forderungen der Klägerin auf Vergütung von Krankentransportfahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V. Qualifizierte Krankentransporte im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V seien nicht Gegenstand des § 1 Abs. 2 der Vereinbarung vom 18. Juli 2005, während sich die Regelung des § 1 Abs. 1 der Vereinbarung ausschließlich auf Krankentransporte zu ambulanten Behandlungen im Sinne des § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V beziehe.

Dem Feststellungsantrag der Klägerin sei allerdings nur mit den aus dem Tenor ersichtlichen Einschränkungen stattzugeben. Die Erforderlichkeit der Vorabgenehmigung durch die Krankenkasse von Fahrten zu ambulanten Behandlungen im Sinne von § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V ergäbe sich unmittelbar aus dem Gesetz. Danach bestimme § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V, dass die Krankenkasse Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung in besonderen Ausnahmefällen übernimmt, die der Gemeinsame Bundesausschuss in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 12 SGB V festgelegt habe. Es kommt insoweit daher nicht darauf an, ob der Gemeinsame Bundesausschuss mit den Krankentransport - Richtlinien seine Regelungskompetenz überschritten habe.

Auch sei die Beklagte weiterhin berechtigt, gemäß § 4 der Vergütungsvereinbarung vom 18. Juli 2005 die Durchführung und damit auch die Vergütung von Krankentransporten über eine Distanz von mehr als 50 Besetztkilometer von ihrer vorherigen Genehmigung abhängig zu machen, wobei die Nachweispflicht der Klägerin obliege. Denn diese einzig auf die Entfernung des Krankentransports abstellende vertragliche Regelung verfolge unabhängig von der Problematik der Erforderlichkeit einer Vorabgenehmigung nach § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V nicht den Zweck, der Krankenkasse die vorherige Prüfung der Notwendigkeit eines Krankentransports dem Grunde nach zu ermöglichen. Im Hinblick darauf, dass die Versicherten grundsätzlich nur einen Anspruch auf Krankenbeziehungsweise Krankentransportfahrten zu einem nächst erreichbaren geeigneten Behandler beziehungsweise Krankenhaus hätten (vgl. hierzu Gerlach in Hauck/Noftz, SGB V, § 60 Rdnr. 17, 18; Höfler in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, § 60 SGB V Rdnr. 11b), sei die Zweckbestimmung des § 4 der Vergütungsvereinbarung vielmehr darauf gerichtet, die Notwendigkeit eines Krankentransports über eine bestimmte Distanz hinaus vor

seiner Durchführung überprüfen zu können.

Gegen das ihrem Prozessbevollmächtigten am 22. Juni 2011 zugestellte Urteil hat die Klägerin durch diesen am 22. Juli 2011 Berufung eingelegt. Sie trägt vor, das Sozialgericht habe verkannt, dass die Regelung in § 1 Abs. 1 des Vertrages vom 18. Juli 2005 unwirksam sei, weil sie zumindest mittelbar zu einer vom Gesetzgeber nicht gewollten Belastung des Versicherten mit Kosten des Krankentransports gemäß § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V führe. Sie widerspreche auch dem Verständnis der Rechtsprechung von der Bedeutung einer Kostenübernahmeerklärung. Der Vertragstext setze fehlerhaft Krankenfahrten, für die §§ 7, 8 Krankentransport-Richtlinien allein einschlägig seien, mit Krankentransporten gleich und verstoße damit gegen § 91 Abs. 6 SGB V. Krankenfahrten seien seit dem 01. Januar 2004 grundsätzlich nicht mehr Gegenstand der Leistungsspektrums der Krankenkassen. Dies gelte aber nicht für ärztlich verordnete Krankentransporte. Weiter lasse die Vertragsregelung ihre Leistungspflicht nach § 14 Hessisches Rettungsdienstgesetz vom 16.12.2010 (GVBl. I 2010, S. 646 – HRDG -, vormals § 18) außer Betracht. Danach sei der Unternehmer gezwungen, die Leistung ohne vertragliche Absicherungsmöglichkeit zu erbringen. Andererseits habe er auf Grund des regelmäßigen Eilbedürfnisses, den Transport auszuführen, auch keine Möglichkeit eine Vorabgenehmigung der Krankenkasse vor Durchführung des Transportauftrages einzuholen. Auch wenn Einzelfahrten im Einzelfall planbar gewesen sein mögen, bekomme der Transportunternehmer in der Regel den Auftrag erst kurz vor der geplanten Behandlung. Das BSG räume dem Versicherten einen Vertrauensschutz dahingehend ein, dass er eine vertragsärztlich verordnete Sachleistung kostenfrei in Anspruch nehmen könne. An diesem Vertrauensschutz sei der nichtärztliche Leistungserbringer grundsätzlich auch beteiligt. Insgesamt habe somit zu gelten, dass für Krankentransporte gemäß § 60 Abs. 3 Satz 1 Nr. 3 SGB V die in § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V geregelte "Vorabgenehmigung" nicht einzuholen sei.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),
die Berufung der Beklagten zurückzuweisen und unter Teilaufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 17. Juni 2011 festzustellen, dass sie auch nicht verpflichtet ist, Krankentransporte mit einem Krankentransportwagen zu einer ambulanten Behandlung, die über eine längere Strecke als 50 km führen, vorab von der Beklagten genehmigen zu lassen, um den Vergütungsanspruch zu erhalten.

Die Beklagte, der der Gerichtsbescheid am 6. Juli 2011 zugestellt wurde, hat am 3. August ebenfalls Berufung eingelegt. Sie beantragt,

die Berufung der Klägerin zurückzuweisen und deren Klage unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 17. Juni 2011 in vollem Umfang abzuweisen.

Sie trägt vor, das Sozialgericht habe das systematische Verhältnis zwischen § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 und § 60 Abs. 1 Satz 1 in Verbindung mit Abs. 2 SGB V verkannt. § 60 Abs. 1 SGB V sei die Grundnorm bezüglich der Fahrkosten. Dessen Satz 3 mit dem Erfordernis einer vorherigen Genehmigung erfasse alle Varianten. So habe auch das LSG Berlin-Brandenburg in seinem Urteil vom 13. April 2011 (Az.: L 9 KR 189/08) entschieden. Selbst wenn man dies anders beurteilen wollte, sei jedoch zu beachten, dass auch nach den Regelungen der zwischen den Parteien geltenden Vereinbarung über die Vergütung von qualifizierten Krankentransporten nach dem SGB V in Verbindung mit dem Hessischen-Rettungsdienstgesetz eine Vorabgenehmigung erforderlich sei.

Der Senat hat durch den Berichterstatter am 1. Dezember 2011 einen Erörterungstermin durchgeführt. Darin haben die Beteiligten übereinstimmend ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes sowie des Vorbringens der Beteiligten wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte verwiesen, der Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) konnte der Senat ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden. Die Beteiligten haben hierzu ihr Einverständnis erklärt.

Die jeweils eigenständig und fristgerecht eingelegten Berufungen von Klägerseite und von Beklagtenseite sind zulässig. Sie sind jedoch beide unbegründet. Die erstinstanzliche Entscheidung ist rechtlich nicht zu beanstanden. Das Sozialgericht hat die Feststellungsklage der Klägerin zutreffend als zulässig und zum Teil begründet angesehen. Es hat zutreffend entschieden, dass Zahlungsansprüche der Klägerin aus § 133 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. der Vereinbarung über die Vergütung von qualifizierten Krankentransporten nach dem Sozialgesetzbuch V vom 18. Juli 2005, der auch die Klägerin durch Vertragsunterzeichnung beigetreten ist, für aufgrund vertragsärztlich verordneter Krankentransportleistungen zu ambulanten (ärztlichen) Behandlungen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V entstehen, soweit die sonstigen Voraussetzungen vorliegen, ohne dass es einer Vorabgenehmigung der Beklagten bedarf. Das

- 12 - - 11 - Berufungsgericht sieht die von dem Sozialgericht angenommene Systematik der Regelungskonstellation des § 60 Abs. 1 und Abs. 2 SGB V als zutreffend an. Dabei ist von Folgendem auszugehen: Fahrkosten im Zusammenhang mit medizinischen Behandlungen sind als Kosten der allgemeinen Lebensführung anzusehen und grundsätzlich vom Versicherten zu tragen. Nur ausnahmsweise werden sie nach Maßgabe von § 60 SGB V und den hierzu ergangenen Transportrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses durch die Krankenkassen erbracht. Die korrespondierende Vorschrift im Leistungserbringerrecht ist § 133 SGB V. § 60 SGB V ist so aufgebaut, dass er in Abs. 1 Satz 1 und Satz 3 sowie in Abs. 2 Satz 1 die Anspruchsvoraussetzungen regelt. Dabei unterscheidet er zwischen den in Abs. 2 Satz 1 unter den Ziffern 1 bis 4 aufgeführten privilegierten Beförderungsfällen und Fahrkosten zu einer sonstigen ambulanten Behandlung, die nach Abs. 1 Satz 3 nur in besonderen Ausnahmefällen übernommen werden. Bei den in Abs. 2 Satz 1 niedergelegten privilegierten Beförderungsfällen werden die Kosten nach Abs. 1 Satz 1 übernommen, wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus medizinischen Gründen erforderlich sind. Abs. 1 Satz 2 sowie die Abs. 3 bis 4 des § 60 SGB V beziehen sich demgegenüber auf den Anspruchsinhalt. Abs. 3 enthält eine Leistungsbeschreibung dergestalt, dass bestimmt wird, welche Fahrkosten anerkannt werden, wobei sich die Benutzung des konkreten Fahrzeuges gemäß Abs. 1 Satz 2 nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall richtet. Die Norm differenziert hinsichtlich der Erforderlichkeit der Fahrt. Bei den in Abs. 2 aufgeführten privilegierten Beförderungsfällen muss die Fahrt aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sein (Abs. 1 Satz 1). Kosten für die Fahrten zu einer ambulanten Behandlung werden hingegen nur in den in den Krankentransportrichtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses aufgeführten besonderen Ausnahmefällen übernommen (Abs. 1 Satz 3). Nach § 8 Abs. 2 Krankentransportrichtlinien liegt ein Ausnahmefall vor, wenn der versicherte Patient mit einem durch die

Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, das eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist. Die hohe Therapiefrequenz ist durch wertungsmäßigen Vergleich mit den in § 8 Krankentransportrichtlinien normierten Regelbeispielen zu bestimmen. Dabei sind die Häufigkeit einerseits und die Gesamtdauer der Behandlung andererseits zu den Regelbeispielen in Beziehung zu setzen. Weiterhin muss die Behandlung oder der zu einer Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigen, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist. Solche Ausnahmefälle sind nach der nicht abschließenden Aufstellung in Anlage 2 der Krankentransportrichtlinien in der Regel bei Dialysebehandlung, onkologischer Strahlen- und Chemotherapie gegeben. Weitere Ausnahmefälle sind nach

- 13 - - 12 - § 8 Abs. 3 Krankentransportrichtlinien ein Schwerbehindertenausweis mit Merkzeichen aG, Bl oder H, ein pflegeversicherungsrechtlicher Einstufungsbescheid in die Pflegestufe II oder Pflegestufe III nach dem SGB XI oder die Erfüllung entsprechender Sachkriterien. Insoweit besagt § 8 Abs. 3 Satz 2 Krankentransportrichtlinien, dass die Krankenkassen auf ärztliche Verordnung Fahrten zur ambulanten Behandlung von Versicherten genehmigen, die keinen Nachweis im aufgezählten Sinne besitzen, wenn diese von einer der Kriterien von § 8 Abs. 3 Satz 1 vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen sind und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedürfen.

Verfahrensmäßig ergibt sich aus der Regelung des § 60 SGB V, dass es bei den § 60 Abs. 1 Satz 3 unterfallenden Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung einer grundsätzlich vorherigen Genehmigung der Krankenkasse bedarf (so auch Kingreen, in: Becker/Kingreen, SGB V, Komm., 2. Aufl. 2010 § 60 Rdnr. 22; ebenso Baier, in: Krausskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Loseblattkommentar § 60 Rdziff. 12). Dies gilt allerdings dann nicht, wenn die Verbringung zu einer ambulanten Behandlung mittels eines Krankentransportes zu erfolgen hat. Was einen Krankengtransport definiert, besagt § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V mit der Formulierung, dass es um Fahrten von Versicherten geht, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies aufgrund ihres Zustandes zu erwarten ist. Die Regelung in § 60 Abs. 2 Satz 1 Ziff. 3 bezieht sich nicht auf einfache Krankenfahrten. Hierzu zählen Fahrten, die mit öffentlichen Verkehrsmitteln, privaten Kraftfahrzeugen, Mietwagen oder Taxen durchgeführt werden, wobei zu den Mietwagen auch Wagen mit behindertengerechter Einrichtung zur Beförderung von Rollstuhlfahrern zählen. Eine medizinisch-fachliche Betreuung des Versicherten findet in diesen Fällen nicht statt. Genau das Gegenteil ist aber der Fall bei den echten Krankentransporten im Sinne des § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V, die deshalb im Bezug auf das vorherige Genehmigungserfordernis privilegiert sind.

Mit dieser Gesetzesregelung und –Gesetzessystematik steht § 6 Abs. 3 Krankentransportrichtlinien nicht in Einklang. Diese Richtlinienbestimmung besagt, auch Krankentransporte zur ambulanten Behandlung bedürften der vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse. Dies gelte nur dann nicht für Fahrten zu einer vor- oder nachstationären Behandlung gemäß § 115a SGB V oder zu einer ambulanten Operation gemäß § 115b SGB V. Wegen der Nichtübereinstimmung dieser Richtlinienbestimmung mit der gesetzlichen Regelung ist § 6 Abs. 3 Krankentransport-Richtlinie rechtswidrig und unwirksam (so zutreffend Kingreen, a.a.0. § 60 Rdziff. 19 unter Hinwies auf die Entscheidung des Sozialgerichts Neubrandenburg vom 30.11.2006, S 4 KR 25/06, juris). In Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorgaben steht allerdings wiederum die Regelung in § 9 Krankentransport-Richtlinien, soweit sie die in ihrem § 8 aufgeführten Ausnahmefälle für Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung einer vorherigen Genehmigung durch die Krankenkasse unterwirft.

Ebenso wie das Gericht erster Instanz erachtet auch der Senat die in § 4 der Vereinbarung über die Vergütung von qualifizierten Krankentransporten nach dem Sozialgesetzbuch V vom 18.07.2005 vorgesehene Genehmigungspflicht für Krankentransporte, die über eine Distanz von mehr als 50 bis 60 Kilometer hinausgehen, für gesetzeskonform. Diesbezüglich verweist der Senat auf die ausführlichen und zutreffenden Begründungen des Sozialgerichtes.

Die Einwendungen der Klägerin, die auch die Zulässigkeit des Erfordernisses einer Vorabgenehmigung generell in Frage stellen, überzeugen nicht. Die Klägerin verkennt, dass die Frage, ob eine (Sach-) Leistung der vorherigen Beantragung und Bewilligung durch die zuständige gesetzliche Krankenkasse bedarf, im SGB V in einem Regel- Ausnahme-Verhältnis geregelt ist. Zutreffend ist zwar, dass – wie der Privatpatient – auch der Kassenpatient dem Vertragsarzt aufsuchen und dessen Untersuchung wie Behandlung in Anspruch nehmen darf, ohne zuvor im Wege eines Antrages die Genehmigung seiner Krankenkasse einzuholen. Vielmehr genügt die Vorlage der Krankenversichertenkarte bzw. des Krankenscheines bei dem Arzt oder Zahnarzt (§ 15 Abs. 2 SGB V). Die Tatsache, dass der häufigste Leistungsfall für die Kassen in dieser Weise geregelt ist, bedeutet jedoch nicht, dass es sich dabei auch um das Regelprinzip handelt. Vielmehr ist dem SGB V als Regelprinzip die vorherige Bewilligung aller Sachleistungen zu entnehmen (§ 2 Abs. 2 SGB V). § 15 Abs. 3 SGB V regelt ferner ausdrücklich, dass zum Nachweis der Bewilligung bei Inanspruchnahme "anderer Leistungen" als der ärztlichen und –zahnärztlichen Behandlung) ein Berechtigungsschein ausgestellt werden kann, der vor Inanspruchnahme der Leistung dem Leistungserbringer auszuhändigen ist. Auch bei einer Krankenhausbehandlung hat der Versicherte grundsätzlich die Bewilligungsentscheidung der Kasse abzuwarten. Ausnahmen vom Regelprinzip der vorherigen Beantragung und Bewilligung von Krankenkassenleistungen bestehen da, wo Eilbedürftigkeit gegeben ist oder sein kann: außer für die ärztliche und -zahnärztliche Behandlung auch für den häufigsten Fall der ärztlichen Therapie, nämlich die Verordnung eines Arzneimittels, das der Apotheker nach den abgeschlossenen Verträgen allein aufgrund der ärztlichen Verordnung, d.h. ohne Genehmigung durch die Kasse, zu liefern hat. Weiterhin entfällt die vorherige Leistungsbewilligung aus der Natur der Sache bei einer Notaufnahme und Notfalleinweisung in ein Krankenhaus (vgl. BSG, Urteil vom 24.09.2002, B 3 Kr 2/02 R, juris).

Nichts anderes ergibt sich entgegen der Auffassung der Klägerin aus § 14 HRDG. Dessen Abs. 2 bestimmt, dass der Leistungserbringer zum Einsatz der vorzuhaltenden Rettungsmittel verpflichtet ist, wenn der Einsatzort innerhalb des Rettungsdienstbereiches des angeforderten Rettungsmittel liegt oder wenn er im Rahmen der rettungsdienstbereichsübergreifenden Versorgung von einer Zentralen Leitstelle zum Einsatz aufgefordert wurde. Diese Regelung bezieht sich somit auf die Notfallversorgung. Diese definiert § 3 Abs. 2 HRDG dahingehend, dass sie die medizinische Versorgung von Notfallpatienten durch dafür besonders qualifiziertes Personal und die Beförderung in dafür besonders ausgestatteten Rettungsmitteln unter notfallmedizinischen Bedingungen umfasst. Demgegenüber stellt § 3 Abs. 3 HRDG klar, dass der Krankentransport die aufgrund ärztlicher Beurteilung notwendige Beförderung und die damit im Zusammenhang stehende fachliche Betreuung von kranken, verletzten oder hilfsbedürftigen Personen, die keine Notfallpatienten sind, in einem dafür besonders ausgestatteten Rettungsmittel durch dafür besonders qualifiziertes Personal betrifft. Auch die Regelung über Benutzungsentgelte in § 10 HRDG bezieht sich auf die Vergütung von Einsätzen im Rahmen der rettungsdienstlichen und notärztlichen Aufgabenerfüllung. Sie sagt nichts über die Voraussetzungen unter denen ein Vergütungsanspruch gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen für Fahrten von Versicherten mit einem

Krankentransportwagen zu einer ambulanten Behandlung besteht.

Entgegen der Auffassung der Klägerin führt das Erfordernis einer vorherigen Genehmigung nicht per se zu einem unzumutbaren bürokratischen Aufwand. Zwar ist auch die in § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V geforderte – hier allerdings nicht streitgegenständliche - vorherige Genehmigung für Krankenfahrten zu einer ambulanten Behandlung grundsätzlich eine auf den Einzelfall bezogene Entscheidung. Es muss jedoch nicht jede einzelne Fahrt genehmigt werden. Vielmehr können auch – etwa im Rahmen einer Dauerbehandlung – alle im Rahmen einer konkreten Behandlungsmaßnahme notwendigen Fahrten genehmigt werden. Es erscheint auch vertretbar, ohne Einzelfallbezug zu erklären, dass für bestimmte Fallgestaltungen die Fahrkostenübernahme als genehmigt gilt (vgl. Baier, a.a.0. § 60 Rdziff. 12). Entsprechend kann bei Fahrten zu ambulanten Behandlungen mit einem Krankentransportwagen nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Ziff. 3 SGB V über eine Distanz von mehr als 50 Besetztkilometer verfahren werden.

Es war daher zu entscheiden, wie geschehen.

Die Revision wird gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG zugelassen. Die aufgeworfenen Rechtsfragen sind durch die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts noch nicht vollständig geklärt. Die Rechtsprechung der Landessozialgerichte ist nicht einheitlich. So hat das LSG Berlin-Brandenburg entgegen den oben zitierten Entscheidungen der Sozial- und Landessozialgerichte in seinem Urteil vom 13.04.2011 (L 9 KR 189/08, juris) – wenn auch in einem obiter dictum – die Auffassung vertreten, die materiellrechtlichen Regelung in § 60 Abs. 2 Satz 1 Ziff. 1 bis 4 SGB V suspendierten nicht vom Verfahrenserfordernis der vorherigen Genehmigung aus § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG und §§ 161 Abs. 1 und 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Festsetzung des Streitwertes folgt aus § 52 Abs. 2 Gerichtskostengesetz (GKG).
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2012-12-18