L 5 KR 25/97

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 12 Kr 256/95
Datum
07.05.1997
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 25/97
Datum
15.12.1998
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 4/99 R
Datum
03.11.1999
Kategorie
Urteil
Bemerkung
Auf die Revision der Beklagten wurde mit Urteil des BSG vom 03.11.1999 das Urteil des LSG geändert
Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 07.05.1997 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Die Klägerin verlangt von der Beklagten die Zahlung von insgesamt 3.567 DM Gebühren für Transporte mit Krankentransport- und Rettungstransportwagen.

Die Klägerin ist die Trägerin des Rettungsdienstes in der Stadt M. Sie unterhält im Rahmen ihrer Berufsfeuerwehr einen Rettungsdienst mit Krankentransport- und Rettungstransportwagen. Nach der Satzung über die Erhebung von Gebühren für den Rettungsdienst vom 21.12.1990 erhebt die Klägerin Gebühren zur Deckung der ihr durch den Rettungsdienst entstehenden Kosten (§ 1 Abs. 1 der Satzung). Gebührenpflichtig ist nach § 1 Abs. 2 der Satzung, wer den Rettungsdienst in Anspruch nimmt, bestellt oder bestellen läßt. Ab dem 01.05.1993 betrug die Gebühr für einen Transport mit dem Rettungswagen oder Krankentransportwagen innerhalb des Stadtgebietes (Zone 1) 237,80 DM.

Im Zeitraum zwischen Juli 1993 und April 1995 wurden die bei der Beklagten Versicherten T, G und A, die im damaligen Zeitraum ohne festen Wohnsitz waren, vom Rettungsdienst in insgesamt 15 Fällen mit Rettungs- bzw. Krankentransportwagen zur Notfallaufnahme des Kreiskrankenhauses M gebracht, nachdem sie in alkoholisiertem hilflosem Zustand auf der Straße aufgefunden worden waren. Benachrichtigt wurde der Rettungsdienst von Privatpersonen bzw. der Polizei. Einsätze des Rettungsdienstes erfolgten für den Versicherten G am 30.08.1993, für die Versicherte A am 14.04.1995 und für den Versicherten T am 07.07.1993, 09.07.1993, 17.08.1993 (18.08.1993 - der Einsatz lag um Mitternacht), 27.01.1994, 25.02.1994, 28.02.1994, 11.03.1994, 17.03.1994, 11.04.1994, 01.06.1994, 22.09.1994, 21.02.1995 und 13.04.1995. In allen Fällen stellten die Ärzte des Kreiskrankenhauses M auf einem in der vertrags(kassen) ärztlichen Versorgung vorgesehenen Formular eine Verordnung einer Krankenbeförderung vom Platz des Auffindens der Personen in das Krankenhaus aus. Eine Aufnahme zur stationären Behandlung erfolgte in keinem Fall. Nur für einen Teil der Einsätze liegen Notfall- Versorgungsberichte des Krankenhauses vor. Soweit die transportierten Personen im Krankenhaus bekannt waren, stellte das Krankenhaus Verordnungen für tatsächlich durchgeführte Krankentransporte auch dann aus, wenn die betreffenden Personen nicht von einem Arzt gesehen worden waren.

Die Klägerin verlangte von der Beklagten die Bezahlung der Rettungsgebühren. Sie vertrat die Auffassung, es sei davon auszugehen, daß eine medizinische Behandlung durchgeführt worden sei, wenn die Ärzte die Notwendigkeit eines Transportes bescheinigt hätten. Eine ärztliche Behandlung liege nach dem Urteil des BSG vom 01.02.1995 (SozR 3-2500 § 76 Nr. 2) auch dann vor, wenn die Behandlung nur dazu diene, einen Notfall auszuschließen. Die Beklagte lehnte die Übernahme der Rettungsgebühren ab (zuletzt Schreiben vom 08.10.1995).

Zur Begründung der Klage hat die Klägerin vorgetragen, bei den beförderten Personen handele es sich um Nichtseßhafte, die überwiegend wegen Alkoholintoxikation oder einer sonstigen hilflosen Lage in das Krankenhaus befördert worden seien. Bei hilflosen und verwirrten Personen mit einem fraglichen Unfallereignis sei grundsätzlich der zügige Transport ins nächst erreichbare Krankenhaus indiziert, da ansonsten die Gefahr bestehe, wegen unterlassener Hilfeleistung belangt zu werden. Eine ärztliche Behandlung finde schon dann statt, wenn nur ein Befund zum Ausschluß einer ernsthaften Erkrankung erhoben werde, zumal die Unterscheidung zwischen einem lebensbedrohlichen Zustand und einer "bloßen" Alkoholisierung schwierig sei. Die Beklagte hat demgegenüber die medizinische Notwendigkeit der Transporte bestritten und die Auffassung vertreten, Transportkosten müßten nur übernommen werden, wenn objektiv die

Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung bestanden habe. Im übrigen könne sie nicht unmittelbar auf Zahlung der Gebühren in Anspruch genommen werden, da hinsichtlich der Transportkosten das Kostenerstattungsprinzip gelte.

Das Sozialgericht hat die Beklagte antragsgemäß verurteilt.

Im Berufungsverfahren hält die Beklagte an ihrer Auffassung fest, daß für die Transportkosten das Kostenerstattungsprinzip gelte. Zu Unrecht sei das Sozialgericht davon ausgegangen, es habe eine ärztliche Tätigkeit zur Feststellung des Notfalles stattgefunden; tatsächlich sei in keinem Fall objektiv der Einsatz des Rettungsdienstes geboten gewesen.

Die Beklagte beantragt,

unter Änderung des Urteils des Sozialgerichts Dortmund vom 07.05.1997 die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hat in der mündlichen Verhandlung am 15.12.1998 die Klage hinsichtlich der Gebühr für den Krankentransport am 28.07.1991 zurückgenommen. Im übrigen hält sie das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend und trägt ergänzend vor, es bestehe die grundsätzliche Weisung, alkoholintoxierte Bürger, die hilflos seien, wegen der Gefahr einer unterlassenen Hilfeleistung in das Krankenhaus zu bringen. Wenn ein Notarzt bei dem Einsatz hinzugezogen werde, entscheide dieser über den Transport, ansonsten die Rettungssanitäter, wenn ein gesundheits- oder lebensgefährdender Zustand nicht auszuschließen sei. Wenn das Krankenhaus die Aufnahme der transportierten Person ablehne, müsse diese mit anderen Transportmitteln das Krankenhaus verlassen.

Der Senat hat eine Auskunft des Kreiskrankenhauses M zur Behandlung der transportierten Personen eingeholt; wegen der Einzelheiten wird auf Bl. 88 bis 97 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Zu entscheiden ist nur noch über die die Transporte ab 07.07.1993 betreffenden Rettungsgebühren, nachdem die Klägerin die Klage hinsichtlich der Gebühr für den Transport am 28.07.1991 zurückgenommen hat.

Die unabhängig von der Zulassung der Berufung nach § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG statthafte (ein Erstattungsstreit im Sinne der Nr. 2 a.a.O. liegt entgegen der Annahme des Sozialgerichts nicht vor, denn die Klägerin klagt als Leistungserbringer und nimmt insoweit die gleiche Stellung ein wie ein privat organisierter Leistungserbringer (s. auch Meyer-Ladewig, SGG, 6. Aufl., § 144 Rdnr. 12)) und auch sonst zulässige Berufung ist nicht begründet. Das Sozialgericht hat die Beklagte im Ergebnis zu Recht zur Zahlung der geltend gemachten Rettungsgebühren verurteilt.

Die Klägerin kann die Rettungsgebühren nach § 1 Abs. 2 der Satzung ihres Rettungsdienstes von der Beklagten fordern. Die Satzung beruht auf §§ 1,4,6 Kommunalabgabengesetz (KAG) NRW. Die Gemeinden sind danach bei Inanspruchnahme von kommunalen Einrichtungen berechtigt, Benutzungsgebühren zu erheben. Die Klägerin ist zwar nach § 6 Abs. 1 des Gesetzes über den Rettungsdienst sowie die Notfallrettung und den Krankentransport durch Unternehmer (RettG) vom 24.11.1992 (GV NW S. 458) als Träger des Rettungsdienstes verpflichtet, die Versorgung der Bevölkerung mit Leistungen der Notfallrettung und des Krankentransports sicher zu stellen. Dabei hat grundsätzlich nach § 15 Abs. 1 RettG der Träger die Kosten der Aufgaben zu tragen. Aus § 15 Abs. 2 RettG ergibt sich aber, daß von den Benutzern Entgelte erhoben werden können, also das aus § 1 KAG folgende Recht der Gemeinden zur Erhebung von Gebühren unberührt bleibt.

Die Beklagte hat auch im Sinne des § 1 Abs. 2 der Satzung den Rettungsdienst in Anspruch genommen. Die Versicherten haben nach § 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V bei Erfüllung der gesetzlichen Voraussetzungen einen Rechtsanspruch auf die Übernahme von Fahrtkosten gegen die Krankenkasse. Zu den privilegierten Fahrten, deren Kosten zu übernehmen sind, zählen Rettungsfahrten nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 SGB V und Krankentransporte nach Nr. 3 aaO. Jedenfalls für solche Fahrten mit Rettungsdiensten gilt entgegen der Auffassung der Beklagten das Sachleistungsprinzip (s. BSGE 77, 119,129; Henninger, in: Schulin, HS-KV, § 42 Rdnr. 24; Engelhardt, DOK 1991, 134, 136; a.A. BGH NJW 1990, 1531, 1532; von Maydell, in: GK SGB V, § 60 Rdnr. 39; Kranig, in: Hauck/ Haines, SGB V § 60 Rdnr. 6; s. auch KassKomm-Höfler, § 60 SGB V Rdnr. 15). Abweichend von der Formulierung in § 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach die Krankenkasse die Fahrtkosten in Höhe des 20 DM je Fahrt übersteigenden Betrages übernimmt, sieht Satz 3 a.a.O. vor, daß bei Fahrten mit Rettungsdiensten die Krankenkasse von dem Versicherten die Zuzahlung in Höhe von 20 DM einzieht. Diese Regelung ist nur verständlich, wenn das Gesetz davon ausgeht, daß die Krankenkassen die Transportkosten zunächst unmittelbar in voller Höhe an den Rettungsdienst zahlen. Bei Praktizierung der Kostenerstattung könnte ein Eigenanteil der Versicherten ohne weiteres von dem Erstattungsbetrag abgezogen werden bzw. der Erstattungsanspruch bestünde nur in Höhe des 20 DM übersteigenden Betrages. Die Einziehung einer Zuzahlung von dem Versicherten durch die Krankenkasse ist nur erforderlich, wenn im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Leistungserbringer letzterer Anspruch auf die volle - vereinbarte oder sonst festgesetzte - Vergütung gegen die Krankenkasse hat. Transportleistungen, die von Rettungsdiensten erbracht werden, haben die Krankenkassen somit als Sachleistung zu erbringen. Nach dem Sachleistungsgrundsatz werden die sächlichen Mittel und persönlichen Dienste von der Krankenkasse beschafft und den Versicherten in Natur zur Verfügung gestellt (vgl. Krauskopf-Wagner, SozKV, § 13 SGB V Rdnr. 4; s.auch BSGE 42, 117, 119; BSG SozR 2200 § 182 Nr. 74)). Vertragliche Beziehungen zwischen der Klägerin und der Beklagten, die den Einsatz des Rettungsdienstes und die Tragung der Rettungsgebühren regeln, existieren nicht. Der Rettungsdienst in Nordrhein-Westfalen ist nach dem oben genannten Rettungsdienstgesetz öffentlich-rechtlich organisiert. Auf der Grundlage des Sachleistungsprinzips ist bei Transportleistungen des Rettungsdienstes die Krankenkasse als Gebührenschuldner anzusehen, denn wenn ein Versicherter aufgrund der Verordnung eines zugelassenen Arztes oder eines Krankenhausarztes mit einem Fahrzeug des Rettungsdienstes

transportiert wird, nimmt die Krankenkasse zur Erfüllung des Sachleistungsanspruchs des Versicherten den Rettungsdienst "in Anspruch".

In den vorliegenden Fällen wurden vom Rettungsdienst der Klägerin Krankentransportwagen (Transporte am 09.07.1993, 30.08.1993, 28.02.1994, 21.02.1995 und 14.04.1995) und Rettungstransportwagen (übrige Einsätze) eingesetzt, die Versicherten wurden jeweils in die Notfallaufnahme des Kreiskrankenhauses M gebracht. Leistungsansprüche der Versicherten kommen insoweit nach § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 2 (Rettungsfahrten) oder Nr. 3 a.a.O. (Krankentransporte) in Betracht. Rettungsfahrten im Sinne der Nr. 2 a.a.O. sind Transporte zum Krankenhaus mit qualifizierten Rettungsfahrzeugen, die deshalb erforderlich sind, weil sich die Versicherten infolge Verletzung oder Krankheit in unmittelbarer Lebensgefahr befinden oder ihr Gesundheitszustand in kurzer Zeit eine lebensbedrohende Verschlechterung erwarten läßt, wobei es unerheblich ist, ob eine stationäre oder ambulante Behandlung stattfindet (vgl. Krauskopf-Baier, SozKV, § 60 SGB V Rdnr. 12). Krankentransporte im Sinne der Nr. 3 a.a.O. sind Fahrten von Versicherten von oder zur ambulanten oder stationären Behandlung mit einem Krankenkraftwagen, wenn der Zustand des Versicherten während des Transportes die besondere Einrichtung des Fahrzeuges oder fachliche Betreuung (voraussichtlich) erfordert (vgl. KassKomm-Höfler, aaO, Rdnr. 19). Objektiv lagen Notfälle im Sinne der obigen Definition für Rettungsfahrten nicht vor, denn weder aus den Einsatzberichten des Rettungsdienstes noch den Behandlungsberichten des Krankenhauses ist zu entnehmen, daß tatsächlich ein lebensbedrohlicher Zustand vorgelegen hätte. Für einen Teil der Transporttage liegen im Krankenhaus sogar überhaupt keine Behandlungsunterlagen vor, was das Krankenhaus in der Auskunft vom 28.04.1998 damit erklärt hat, daß wohl die in alkoholisiertem Zustand aufgefundenen Versicherten während des Transportes wieder so weit zu sich gekommen waren, daß sie das Krankenhaus vor jeder Behandlung verlassen konnten. Ob eine Rettungsfahrt iS der obigen Definition auch dann zu bejahen ist, wenn nur der Verdacht auf eine lebensbedrohende Erkrankung oder Verletzung besteht und welche Anforderungen ggf an die Annahme eines begründeten Verdachts zu stellen wären, kann offenbleiben. Es kann auch dahinstehen, ob objektiv die medizinischen Voraussetzungen eines Krankentransportes im Sinne der Nr. 3 a.a.O. vorgelegen haben, ob insbesondere bei den Versicherten eine behandlungsbedürftige Krankheit oder aufgrund der Gesamtumstände wenigstens ein den Krankheitsbegriff des § 27 SGB V erfüllender Krankheitsverdacht bestand, der ärztliche Behandlung zumindest im Sinne diagnostischer Maßnahmen erforderte. Ausgehend von ihrer im Schreiben vom 07.06.1995 an das Ordnungsamt der Klägerin geäußerten Auffassung, daß die Unterscheidung eines lebensbedrohlichen Notfalls von einem stark alkoholisierten Zustand schwierig sei und weitere Diagnostik erfordere, so daß bei hilflosen oder verwirrten oder schläfrigen Personen mit fraglichem Unfallereignis grundsätzlich ein zügiger Krankentransport in die nächst erreichbare Klinik indiziert sei, haben die Ärzte des Kreiskrankenhauses auf einem in der vertrags(kassen)ärztlichen Versorgung vorgesehenen Formblatt ("Kassenverordnung") einen Krankentransport mit einem Krankentransport- bzw. Rettungstransportwagen vom Ort des Auffindens des Versicherten in das Kreiskrankenhaus M verordnet.

Die Beklagte ist allein aufgrund dieser Verordnungen zur Tragung der Gebühren verpflichtet. Die Ärzte haben mit der Verordnung für die Beklagte sowohl im Verhältnis zu den Versicherten wie dem Rettungsdienst bindend über die medizinische Notwendigkeit des Krankentransports sowie des eingesetzten Rettungsmittels entschieden.

Bereits in einem Urteil vom 23.03.1983 hat das BSG in einem obiter dictum ausgeführt, soweit ein Arzt einen Transport aus medizinischen Gründen veranlasse, könne dies die Pflicht der Krankenkasse zur Übernahme der Transportkosten auch dann nach sich ziehen, wenn die Gründe hierfür objektiv nicht vorgelegen hätten (BSGE 55, 37, 38). In dem damaligen Fall hat das BSG die Leistungspflicht deshalb verneint, weil die Tatsacheninstanz bindend festgestellt hatte, daß der Arzt mit der Verordnung nicht über die medizinische Notwendigkeit des Transportes entschieden hatte.

Nach der neueren Rechtsprechung des BSG räumen die leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB V den Versicherten nur ein "Rahmenrecht" auf Krankenbehandlung (§§ 11 Abs. 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 Satz 2 SGB V) ein, während dem Vertragsarzt die Kompetenz zugewiesen ist, in medizinischer Hinsicht das Recht des Versicherten gegenüber der Krankenkasse verbindlich zu konkretisieren (grundlegend Urteil des 4. Senats vom 16.12.1993 SozR 3-2500 § 13 Nr. 4 S. 19 ff.; ebenso 1. Senat, Urteil vom 23.04.1996, SozR 3-2500 § 39 Nr. 3, S. 8 f.; Urteil vom 24.09.1996, SozR 3-2500 § 30 Nr. 8, S. 32 f.; 3. Senat, Urteil vom 21.08.1996, SozR 3-2500 § 39 Nr. 4, S. 19 f.). Da die für die Entstehung des Anspruchs im Einzelfall notwendige Erkenntnis, ob und welche Krankheit besteht und was zu ihrer Behandlung im Sinne des § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V medizinisch notwendig ist, dem an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt übertragen ist, ist der Krankenversicherungsträger an die medizinische Erkenntnis des handelnden Vertragsarztes gebunden, soweit sich dieser materiell und formell im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung bewegt. Der 4. Senat des BSG (a.a.O., S. 21) hat insoweit ausgeführt, der Krankenversicherungsträger müsse sich die kompetenzgenäße kassenärztliche Tätigkeit im Blick auf die Entstehung und Erfüllung des Krankenbehandlungsanspruchs des Versicherten kraft Gesetzes als eigene zurechnen lassen, weil der Kassenarzt sein gesetzlicher Leistungserbringer sei. In ähnlicher Weise ist der 3. Senat des BSG (a.a.O.) davon ausgegangen, daß die Ärzte eines zugelassenen Krankenhauses aufgrund des Sachleistungsprinzips gesetzlich ermächtigt sind, mit Wirkung für die Krankenkasse über die Aufnahme in das Krankenhaus sowie die Behandlungsmaßnahmen zu entscheiden (S. 20). Auch der 1. Senat hat in den genannten Entscheidungen offensichtlich eine gesetzliche Ermächtigung angenommen: Im Urteil vom 24.09.1996 (a.a.O, S. 33) führt er aus, die Rechtsmacht, Ansprüche des Versicherten gegen seine Krankenkasse zu begründen, könne nicht davon abhängig sein, daß die das Verhalten des Arztes regelnden Vorschriften eingehalten würden und im Urteil vom 23.09.1996 (a.a.O., S. 9) weist er sogar ausdrücklich darauf hin, überschreite ein Arzt die gesetzlich gezogenen Grenzen, könne sich die Krankenkasse ebensowenig ihrer Leistungspflicht entziehen, wie wenn ihre Bediensteten rechtswidrig Ansprüche zuerkannt hätten. Nach den zitierten Urteilen muß sich somit die Krankenkasse rechtlich die Entscheidung des Arztes über die medizinische Notwendigkeit von Behandlungsmaßnahmen zurechnen lassen und für die entsprechenden Leistungen aufkommen, sofern ihr nicht aufgrund der Vorschriften des SGB V oder sonstiger Regelungen die Entscheidung vorbehalten ist (wie etwa bei der Versorgung mit Hilfsmitteln, vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 25, S. 148 f.). Auch in der Literatur wird eine Bindung der Krankenkasse an die ärztliche Entscheidung über die Notwendigkeit eines Krankentransports und des erforderlichen Transportmittels bejaht (vgl. Gunder, ErsK 1996, 405, 406 f.; KassKomm-Höfler a.a.O., Rdnr. 21).

Allerdings hat der 1. Senat des BSG nunmehr im Urteil vom 09.06.1998 (B 1 KR 18/96 R) verneint, daß der Arzt anstelle der Krankenkasse oder als deren Vertreter über das rechtliche Bestehen von Leistungsansprüchen entscheiden dürfe (soweit der 1. Senat in diesem Zusammenhang meint, er setze sich nicht in Widerspruch zu seiner Entscheidung vom 24.09.1996 (a.a.O.) überzeugt dies nicht, da er in dem damaligen Urteil ausdrücklich von einer "Rechtsmacht" des Arztes gesprochen hat). Allerdings bleibt es bei dem Ausgangspunkt, daß die Ärzte über die Behandlungsmethoden zu entscheiden haben und damit (rechtlich oder faktisch) festlegen, für welche Behandlung die Krankenkasse einzustehen hat. Der 1. Senat geht weiter davon aus, daß die Kasse die im Rahmen der Therapiefreiheit liegende Behandlungsentscheidung des Arztes gegen sich gelten lasse und bei vorschriftswidrigen Leistungen das Vertrauen des Versicherten in die

Rechtmäßigkeit der Leistungserbringung beachten müsse (S. 6 f. der Urteilsgründe).

Nach den in der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Regelungen ist es den (niedergelassenen oder im Krankenhaus tätigen) Ärzten zugewiesen, über das "Ob" und "Wie" von Krankentransporten zu entscheiden. Im ambulanten Bereich umfaßt die vertragsärztliche Versorgung gem. § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V u.a. die Verordnung von Krankentransporten. Bei diesen Verordnungen sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Krankenfahrten und Krankentransportleistungen (Krankentransport-Richtlinien), die gem. § 92 Abs. 8 (früher Abs. 7) SGB V Bestandteil der Bundesmantelverträge sind, zu beachten (s. auch § 33 BMV-Ä). Im Bereich der stationären Versorgung sieht der in Nordrhein-Westfalen ab 01.01.1992 geltende Vertrag nach § 112 SGB V, den die Krankenhausgesellschaft Nordrhein-Westfalen u.a. mit der Beklagten geschlossen hat, in § 10 Abs. 1 Satz 1 vor, daß ein aus medizinischen Gründen notwendiger Transport von einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu verordnen ist. Transporte im Zusammenhang mit einer Krankenhausaufnahme sind im Notfall vom Krankenhausarzt zu beurteilen (Satz 4 a.a.O.). In der Verordnung ist nach Satz 2 auch das Transportmittel anzugeben. Bei den Verordnungen haben die Krankenhausärzte nach Satz 3 die Krankentransport-Richtlinien (Anlage 7 des Vertrages) zu beachten, wobei nach der Bekundung der Beklagten in der mündlichen Verhandlung in der Praxis nicht die bei Vertragsschluß geltende Fassung der Richtlinien vom 26.02.1982, sondern die jeweils geltende Fassung angewandt wird.

Ebenso wie § 10 Abs. 1 des Vertrages nach § 112 SGB V den Krankenhausärzten die Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit von Krankentransporten zuweist, übertragen die Krankentransport-Richtlinien (in der Fassung vom 17.06.1992 (BAnz. Nr. 183 b S. 19)) den Vertragsärzten die Entscheidung, ob ein Krankentransport medizinisch notwendig ist und welches Transportmittel eingesetzt werden soll. Nach Nr. 3.1 der Richtlinien kann der Arzt eine Krankenfahrt verordnen, wenn medizinische Gründe für die Verordnung einer Krankenfahrt oder einer Krankentransportleistung vorliegen und der Vertragsarzt feststellt, daß der Patient nicht zu Fuß gehen bzw. kein öffentliches Verkehrsmittel benutzen kann. Die Erkenntnis, ob eine Transportleistung medizinisch notwendig ist, wird also dem Arzt überantwortet. Auch die Regelung in Nr. 3.4 Satz 1 der Richtlinien, wonach die Kosten grundsätzlich nur dann übernommen werden, wenn die Verordnung des behandelnden Kassenarztes vorliegt, die - von Notfällen abgesehen - vor dem Transport auszustellen ist, geht ersichtlich davon aus, der Arzt über die Notwendigkeit der Krankentransportleistung zu befinden hat, wobei in Notfällen diese Entscheidung auch nachträglich erfolgen kann. Der Vertragsarzt hat nach Nr.4.1 der Richtlinien auch über die Art der Beförderung zu entscheiden. Er muß bei dieser Entscheidung ausgehend von der medizinischen Indikation den Gesundheitszustand des Patienten, dessen Gehfähigkeit und die Länge der Beförderungsstrecke berücksichtigen. Nach Nr.4.2 der Richtlinien hat er unter Beachtung eines strengen Maßstabes anzugeben, welches Beförderungsmittel notwendig ist. Diese Entscheidung über das Beförderungsmittel setzt im übrigen denknotwendig die vorherige Erkenntnis des Vertragsarztes voraus, daß eine Krankentransportleistung überhaupt notwendig ist.

Da hier in keinem Fall im Anschluß an die Rettungseinsätze eine Krankenhausbehandlung stattgefunden hat, ergibt sich die Befugnis der Ärzte des Kreiskrankenhauses M zur Verordnung von Krankentransportleistungen nicht aus § 10 Abs. 1 des o.g. Vertrages. Vielmehr sind die Ärzte im Rahmen der ambulanten Behandlung nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V in Anspruch genommen worden und haben somit an der vertragsärztlichen Versorgung mitgewirkt. Zur Notfallbehandlung ist jeder Arzt bzw. jede ärztliche Institution auch ohne Ermächtigung durch den Zulassungsausschuß originär berechtigt und verpflichtet (vgl. Hencke in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung - SGB V , § 76 Rdnr. 21). Ein Notfall im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V liegt vor, wenn aus medizinischen Gründen eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht. Dies ist vor allem dann der Fall, wenn ohne sofortige Behandlung Gefahren für Leib und Leben entstehen (vgl. BSGE 19, 270, 272; BSG SozR 3-2500 § 76 Nr. 2, S. 4). In der Regel wird im Falle sofortiger Behandlungsbedürftigkeit bei Nichterreichbarkeit eines Vertragsarztes ein Krankenhaus aufgesucht werden (vgl. KassKomm-Hess, § 76 SGB V Rdnr. 13). Hier war der unmittelbare Transport in das Krankenhaus schon deshalb geboten, weil in allen Fällen die Versicherten in hilfloser Lage aufgefunden worden waren und es jedenfalls in Erwägung zu ziehen war, daß ein lebensbedrohender Zustand bestand, der ein unmittelbares ärztliches Eingreifen erforderte. In solchen Fällen wird schon wegen der sächlichen Ausstattung eines Krankenhauses und des Umstandes, daß dort zuverlässig in Erster Hilfe erfahrene Ärzte angetroffen werden, nur ein unmittelbares Verbringen in ein Krankenhaus in Betracht kommen, da das Aufsuchen oder die Hinzuziehung eines Vertragsarztes eine unzumutbare und gegebenenfalls sogar gefährliche Verzögerung der Behandlung bedeuten könnte. Im übrigen wäre auch zu den Zeiten, an denen die Einsätze erfolgten, ein Vertragsarzt nicht zuverlässig erreichbar gewesen. Die Einsätze am 07.07.1993, 28.02.1994 und 01.06.1994 erfolgten jeweils kurz vor und nach 18.00 Uhr, also zu einer Zeit, in der ärztliche Praxen vielfach schon geschlossen sind. Der Einsatz am 22.09.1994 war gegen 14.00 Uhr, also während einer Zeit, in der viele Praxen Mittagspause machen, so daß in allen vorgenannten Fällen der Transport in das Krankenhaus der sicherste und zuverlässigste Weg war, eine sofortige Behandlung sicherzustellen. Der Einsatz am 14.04.1995 war an einem Feiertag (Karfreitag), die übrigen Einsätze waren nachts bzw. während Tageszeiten, an denen die Praxen niedergelassener Ärzte nicht geöffnet zu sein pflegen.

Unerheblich ist, ob tatsächlich in allen Fällen eine sofortige Behandlung der Versicherten erforderlich war. Eine Notfallbehandlung im Sinne des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V liegt schon dann vor, wenn der Versicherte das Krankenhaus mit der Behauptung eines dringenden Behandlungsbedarfs aufsucht und der diensthabende Arzt nach Erhebung eines Aufnahmestatus einen Notfall verneint (BSG SozR 3-2500 § 76 Nrn. 2, S. 5). Gleiches muß gelten, wenn eine bewußtlose oder nicht mehr zu willentlichem Handeln fähige Person, die in hilfloser Lage angetroffen worden ist, in das Krankenhaus gebracht wird, um abzuklären, ob Behandlungsmaßnahmen erforderlich sind. Auch in diesen Fällen werden die Ärzte des Krankenhauses im Rahmen des § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V tätig, wenn sie die Person befragen und untersuchen und danach eine Entscheidung über das weitere Vorgehen treffen.

Bei solchen Notfallbehandlungen werden Nichtvertragsärzte im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung tätig, die von ihnen bewirkten oder verordneten Leistungen stehen denen der Vertragsärzte gleich (vgl. BSGE 34, 172, 174; BSG SozR 3-2500 § 120 Nr. 2, S. 12 f. m.w.N.). Die Nichtvertragsärzte haben somit die gleichen Kompetenzen wie die Vertragsärzte und sind ebenso wie letztere befugt, über das "Ob" und "Wie" von Krankentransporten zu entscheiden. Dem Schreiben des Kreiskrankenhauses M vom 07.04.1995 ist auch zu entnehmen, daß die Krankenhausärzte entsprechend den Regelungen der Krankentransport-Richtlinien nicht nur über das Transportmittel, sondern - sogar primär - über den Zweck und die Notwendigkeit der Fahrt befinden wollten. Es wird nämlich ausgeführt, daß bei hilflosen oder verwirrten Personen mit fraglichem Unfallereignis grundsätzlich ein zügiger Krankentransport in die nächst erreichbare Klinik indiziert und daß in diesen Fällen auch das Ausstellen eines "Transportscheines" vor dem Ausschluß einer lebensbedrohenden Verletzung oder Erkrankung gerechtfertigt sei. Die Ärzte bejahten also die grundsätzliche medizinische Notwendigkeit von Krankentransporten beim Auffinden hilfloser Personen zur Abklärung des Status, weshalb sie Krankenbeförderung auch dann verordneten, wenn sie die Versicherten (noch) nicht

untersucht hatten.

Diese Bindung der Beklagten an die Verordnung gilt nicht nur im Verhältnis zu den Versicherten, sondern auch zur Klägerin. Veranlaßt ein Vertragsarzt die Erbringung von Leistungen durch einen Dritten, die dieser unmittelbar, d. h. ohne vorherige Einschaltung der Krankenkasse zu erbringen hat, muß sich auch der die Leistung Bewirkende darauf verlassen können, daß sein Tätigwerden später von der Krankenkasse vergütet wird. Die Leistungserbringer sind bei Krankenfahrten ebenso wie die Versicherten schutzbedürftig hinsichtlich ihres Vertrauens in die Richtigkeit der ärztlichen Verordnung. Die Beurteilung des Arztes hinsichtlich der medizinischen Notwendigkeit der Beförderung und des erforderlichen Transportmittels läßt sich vor Ausführung der Fahrt kaum einmal überprüfen und ist bei Notfalltransporten der Natur nach ausgeschlossen. Wenn ein Leistungserbringer aufgrund ärztlicher Verordnung tätig wird (bzw. der Arzt nachträglich bescheinigt, daß ein Notfall im Sinne der Nr. 3.4 der Krankentransport-Richtlinien vorgelegen hat), ist sein Vertrauen in die Rechtmäßigkeit der Verordnung ebenso wie das des Versicherten schutzwürdig. Fehler, die dem Arzt als "Erfüllungsgehilfen" der Krankenkasse bei der Beurteilung der medizinischen Notwendigkeit des Krankentransportes unterlaufen, können nicht zu Lasten des Leistungserbringers gehen. Dieser hat aufgrund der ärztlichen Verordnung einen Anspruch auf die Zahlung der vereinbarten oder festgelegten Vergütung. Im Arzneimittelbereich hat das BSG dem vergleichbaren Interesse des Apothekers durch Annahme eines zwischen der Krankenkasse und dem Apotheker unter Einschaltung des Vertragsarztes als Vertreter der Krankenkasse geschlossenen Vertrages Rechnung getragen (SozR 3-2500 § 129 Nr. 1, S. 7). Diese Konstruktion scheidet hier aufgrund der öffentlich-rechtlichen Organisation des Rettungsdienstes zwar aus. Gleichwohl begründet die Verordnung die Verpflichtung der Krankenkasse zur Zahlung der Gebühren, weil der Arzt über die "Inanspruchnahme" des Rettungsdienstes durch die Krankenkasse entschieden hat.

Selbst wenn man mit dem Urteil des 1. Senats vom 09.06.1998 (a.a.O.) nicht von einer rechtlichen Bindung der Beklagten an die Verordnung ausgeht und lediglich einen Anspruch der Klägerin nach den Grundsätzen der Rechtsscheinhaftung für möglich hält, läßt sich ihrem Anspruch nicht entgegenhalten, daß dem eingesetzten Rettungspersonal bekannt war, daß in einigen Fällen die Ärzte die Verordnungen auch dann ausgestellt hatten, obgleich sie die Versicherten nicht untersucht hatten. Der durch die Verordnung geschaffene Vertrauenstatbestand entfällt deswegen nicht. Wie bereits oben dargelegt, gingen die Ärzte des Krankenhauses davon aus, daß grundsätzlich bei Personen, die in hilfloser Lage aufgefunden werden, ein Notfall im Sinne der Ziff. 3.4 der Krankentransport- Richtlinien anzunehmen ist, weil nicht ohne weiteres erkennbar sei, ob nicht Lebensgefahr bestehe oder ohne unverzügliche medizinische Hilfe schwere Gesundheitsschäden drohten. Ob dieser Auffassung zu folgen ist, kann dahinstehen. Sie ist jedenfalls nicht von vornherein so abwegig, daß für die Rettungssanitäter erkennbar war, daß keinesfalls ein Krankentransport in das Krankenhaus in Betracht kommen konnte. Der Senat hält es für interessengerechter, das Risiko des Ausstellens einer unzutreffenden Verordnung der Krankenkasse zuzuweisen, sofern eine Verordnung nicht offenkundig fehlerhaft ist. Die Krankenkasse ist in diesen Fällen auf einen Regreßanspruch gegen den verordnenden Arzt bzw. Krankenhausträger zu verweisen (vgl.auch BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 4, S. 22; SozR 3-2500 § 30 Nr. 8, S. 33). Bei fehlerhaften vertragsärztlichen Verordnungen kann die Krankenkasse die Vertragsärzte nach §§ 48, 49 BMV-Ä in Anspruch nehmen, im Verhältnis zu den Krankenhausträgern ergäbe sich ein Schadensersatzanspruch aus positiver Vertragsverletzung (Verletzung nebenvertraglicher Verpflichtungen aus dem Versorgungsvertrag).

Aufgrund der Verordnungen kann die Klägerin somit die verlangten Rettungsgebühren in der rechnerisch unstreitigen Höhe von 3.567 DM von der Beklagten beanspruchen, so daß die Berufung unbegründet ist.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Der Senat hat dem Rechtsstreit grundsätzliche Bedeutung beigemessen und daher die Revision zugelassen (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2007-05-24