

## B 3 KR 4/01 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Stuttgart (BWB)  
Aktenzeichen  
-

Datum  
20.02.2001  
2. Instanz  
-

Aktenzeichen  
-

Datum  
-

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 4/01 R

Datum  
21.02.2002

Kategorie  
Urteil

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. Februar 2001 abgeändert. Die Klage wird abgewiesen. Die Klägerin hat der Beklagten die Kosten für beide Rechtszüge zu erstatten.

Gründe:

I

Die klagende Krankenkasse (KK) verlangt von der Beklagten die Erstattung von Krankentransportkosten. Die Beklagte ist Trägerin einer Klinik in L., die in den Bereichen Kardiologie sowie Herz- und Gefäßchirurgie zur Versorgung von Versicherten zugelassen ist. Die Klinik hat sich auf Herzoperationen in ständiger Zusammenarbeit mit zahlreichen Allgemeinkrankenhäusern im gesamten Bundesgebiet in der Weise spezialisiert, dass Patienten zur Operation sowie Intensivbehandlung von den Allgemeinkrankenhäusern überwiesen und danach wieder zurücküberwiesen werden.

Vom 5. bis 13. März 1997 nahm die Beklagte eine bei der Klägerin Versicherte auf, führte eine Bypassoperation mit anschließender Intensivbehandlung durch und veranlasste für den 13. März 1997 den Transport durch das Deutsche Rote Kreuz (DRK) zur stationären Nachbehandlung in ein wohnortnahes Allgemeinkrankenhaus in B ... Die Beklagte berechnete der Klägerin die Fallpauschale 9.02 (koronare Herzoperation), von der das nachbehandelnde Krankenhaus einen Anteil erhielt. Nachdem sich das DRK wegen der Transportkosten von 2.243,90 DM zunächst vergeblich an die Klägerin, die Beklagte und die Versicherte gewandt hatte, beglich die Klägerin schließlich die Forderung. Anschließend machte sie bei der Beklagten die Erstattung des genannten Betrages geltend und führte aus, die Übernahme von Kosten einer Verlegung zum Heimatkrankenhaus durch die KK sei nicht möglich, wenn - wie hier - eine Fallpauschale gezahlt und eine "gezielte" Verlegung im Rahmen der Zusammenarbeit von Krankenhäusern nach § 14 Abs 5 Bundespflegesatzverordnung (BpflV) durchgeführt worden sei. Mit Schreiben vom 20. März 1998 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme endgültig ab.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage stattgegeben (Urteil vom 20. Februar 2001) und durch Beschluss des Vorsitzenden vom 3. April 2001 die Sprungrevision zugelassen. Das SG hat ausgeführt, der Anspruch der Klägerin ergebe sich aus [§ 812 Abs 1 Satz 1](#) 2. Alternative Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in entsprechender Anwendung, weil die Beklagte auf Kosten der Klägerin Leistungen, die von der Beklagten zu tragen gewesen wären, ohne rechtlichen Grund erlangt habe. Krankentransportleistungen seien zwar in der Regel nicht Aufgabe des Krankenhauses; das gelte aber nicht bei Zusammenarbeit von Krankenhäusern in einem Behandlungsfall, der mit einer Fallpauschale abschließend vergütet werde. Die Pflicht der KK, den Transport eines Versicherten in ein anderes Krankenhaus zu übernehmen, bestehe auch nur bei medizinischer Notwendigkeit, nicht jedoch bei einer Verlegung aus anderen Gründen, etwa aus wirtschaftlichem Interesse des Krankenhauses oder wegen größerer Nähe des Krankenhauses zum Wohnort des Versicherten. Die Beklagte sei umfassend zur Krankenhausbehandlung zugelassen und habe die Versicherte bis zur Entlassung weiterbehandeln können. Die Verlegung sei daher nur zum eigenen wirtschaftlichen Vorteil der Beklagten erfolgt, medizinisch aber nicht notwendig gewesen.

Mit der Sprungrevision macht die Beklagte geltend, das SG habe [§ 60 Abs 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) zu eng ausgelegt. Auch der Transport von einer Spezialklinik in das nachbehandelnde Krankenhaus könne medizinisch notwendig sein; die Entscheidung der Ärzte sei für die Klägerin verbindlich. Die Nachsorge nach Intensivbehandlung sei vom Versorgungsvertrag nicht erfasst, auch reiche die Bettenzahl dafür nicht aus. In der Pflegesatzvereinbarung sei von einer durchschnittlichen Verweildauer von zehn Tagen ausgegangen worden, was eine Nachsorge ausschließe. Das System der Arbeitsteilung zwischen zwei Krankenhäusern sei dem Gesetzgeber bekannt und von ihm gewollt gewesen. Bis zur Einführung von Fallpauschalen seien die Krankentransporte zur Verlegung der Versicherten von den KK stets übernommen worden. Mit den Fallpauschalen habe sich nur die Art der Vergütung der Krankenhausleistung, nicht aber deren Umfang

geändert.

Die Beklagte beantragt,  
das Urteil des Sozialgerichts Stuttgart vom 20. Februar 2001 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,  
die Revision zurückzuweisen.

II

Die Revision ist zulässig, insbesondere liegen die Voraussetzungen der Sprungrevision vor. Die Sprungrevision ist vom SG durch Beschluss vom 3. April 2001 zugelassen worden ([§ 161 Abs 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)). An diese Zulassung ist der Senat gebunden ([§ 161 Abs 2 Satz 2 SGG](#)). Das gilt auch dann, wenn der Beschluss, wie hier, verfahrensfehlerhaft durch den Vorsitzenden allein gefasst worden ist (vgl dazu [BSGE 41, 102](#), 103 f = [SozR 1500 § 161 Nr 4](#); [BSGE 51, 23](#), 26 ff = [SozR 1500 § 161 Nr 27](#)).

Die Revision ist auch begründet; das Urteil des SG war abzuändern und die Klage abzuweisen. Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Erstattung der von ihr beglichene Krankentransportkosten.

Dahinstehen kann, ob der Streitgegenstand privat- oder öffentlich-rechtlicher Natur ist. Da evtl Ansprüche der Klägerin vor dem 31. Dezember 1999 entstanden wären, kommt [§ 69 Satz 2 - 4 SGB V idF des Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 \(BGBl I, 2626\)](#), der die Rechtsbeziehungen der KK zu den Krankenhäusern ausschließlich dem öffentlichen Recht zuordnet und am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, nicht zur Anwendung. In Betracht kommen hier nur privatrechtliche Ansprüche aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder ungerechtfertigter Bereicherung; auf öffentlich-rechtliche Ansprüche dieser Art sind die Rechtsgrundsätze der [§§ 677 ff BGB](#) bzw der [§§ 812 ff BGB](#) als Ausdruck allgemeiner Rechtsgedanken entsprechend anzuwenden ([BSGE 85, 110](#), 114 = [SozR 3-2500 § 60 Nr 4](#); [BSG SozR 3-2500 § 75 Nr 11](#); [BSGE 86, 1](#), 4 = [SozR 3-7610 § 683 Nr 4](#); [BSGE 67, 100](#), 101 = [SozR 3-7610 § 683 Nr 1](#); Engelmann in von Wulffen, SGB X, 4. Aufl 2001, § 88 RdNr 20; Palandt, 61. Aufl 2002, Einf vor § 677 RdNr 13 ff bzw § 812 RdNr 20).

Der Erstattungsanspruch aus den [§§ 683, 670 BGB](#) setzt voraus, dass ein fremdes Geschäft geführt worden ist. Der Anspruch auf Wertersatz nach den [§§ 812, 818 Abs 2 BGB](#), verlangt, dass eine fremde Verbindlichkeit erfüllt worden ist ([§ 267 BGB](#)), und zwar ohne Vorliegen eines Rechtsgrunds. Die Voraussetzungen beider Anspruchsgrundlagen liegen nicht vor. Die Klägerin hat mit ihrer Leistung, der Bezahlung der Transportrechnung, ein objektiv eigenes Geschäft geführt und nicht die Beklagte von einer Verbindlichkeit befreit, sondern vielmehr eine eigene Verbindlichkeit erfüllt.

Hinsichtlich des Leistungsanspruches des Versicherten bestimmt [§ 60 Abs 1 Satz 1 SGB V](#), dass die KK die Kosten nach den Absätzen 2 und 3 für eine Krankenfahrt des Versicherten übernimmt, wenn diese im Zusammenhang mit einer Leistung der KK notwendig war; das gilt insbesondere nach Abs 2 Satz 1 Nr 1 bei Krankenhausleistungen. Nach Abs 3 Nr 3 sind die Kosten der Benutzung eines Krankenkraftwagens zu erstatten, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden konnte. Hier wurde der Transport zwischen der Herzklinik der Beklagten und dem nachsorgenden Krankenhaus im Zusammenhang mit der stationären Nachsorgebehandlung der Versicherten im wohnortnahen Krankenhaus erbracht. Für beide Behandlungen, die Operation wie die Nachsorge, hat die Klägerin durch die Zahlung der Fallpauschale anerkannt, dass es sich um eine (Sach-)Leistung handelte, für die sie grundsätzlich aufzukommen hat.

Darüber hinaus muss der Transport auch als solcher erforderlich sein. Das ist bei einer Verlegung nach der Rechtsprechung zB dann gegeben, wenn das erste Krankenhaus für die Behandlung notwendig war, aber nicht über eine ausreichende Ausstattung an Personal, Geräten oder Räumen für die Weiterbehandlung des Versicherten verfügte oder wenn - ausnahmsweise - der Genesungsprozess des Versicherten durch die Trennung von einer Bezugsperson ernsthaft gefährdet war (vgl zum Ganzen [BSGE 83, 285](#), 287 = [SozR 3-2500 § 60 Nr 3](#) und für die entsprechende Regelung nach § 194 Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) aF; [BSGE 55, 37](#), 38 ff = [SozR 2200 § 194 Nr 10](#); [BSGE 48, 139](#), 140 f = [SozR 2200 § 194 Nr 4](#)).

Auch wenn diese Voraussetzungen hier nicht vorgelegen haben, wendet die Klägerin gegen die Krankentransportkosten zu Unrecht ein, dass diese nicht erforderlich gewesen seien. Dazu hat das SG zwar festgestellt, dass das Krankenhaus der Beklagten für die gesamte Kardiologie und Herzchirurgie, also auch die Nachsorge nach einer Herzoperation, ausgestattet und qualitativ geeignet war. Daraus kann aber nicht gefolgert werden, dass die Verlegung nicht notwendig war. Das auf Operationen spezialisierte Krankenhaus der Beklagten konnte zwar durch die Verlegung wieder ein Bett für weitere Operationen frei bekommen, das nachsorgende Krankenhaus konnte eine weitere Patientin und damit einen Anteil an der Fallpauschale erhalten, der ihr andernfalls entgangen wäre. Das bedeutet aber nicht, dass die Verlegung der Versicherten allein im wirtschaftlichen Interesse der Krankenhäuser gelegen habe - wie das SG gemeint hat. Die Arbeitsteilung zwischen Spezialklinik und Allgemeinkrankenhaus entsprach vielmehr vernünftigen wirtschaftlichen Überlegungen einer sinnvollen Ausnutzung der jeweiligen personellen und sachlichen Kapazitäten, die letztlich dem Interesse der Versicherten und der KK an einer optimalen medizinischen Versorgung zu möglichst günstigen Kosten dient. In der Vergangenheit wurde eine derartige Verlegung vom teureren operierenden zum billigeren nachsorgenden Krankenhaus auch stets als medizinisch notwendig iS von [§ 60 Abs 1 SGB V](#) (bzw § 194 Abs 1 RVO aF) angesehen; ab einem bestimmten Genesungszustand des Patienten wurde davon ausgegangen, dass das teurere Krankenhaus medizinisch nicht mehr erforderlich, das billigere nachsorgende Krankenhaus inzwischen medizinisch ausreichend war. Der wirtschaftliche Vorteil dieser Verfahrensweise lag für die KK bei einer Abrechnung nach tagesgleichen Pflegesätzen auf der Hand; die anfallenden Fahrtkosten wurden im Regelfall durch den niedrigen Pflegesatz des nachsorgenden Krankenhauses mehr als kompensiert.

Mit der Einführung der Fallpauschalen durch § 17 Abs 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz idF des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I, 2266](#)) und die BpflV vom 26. September 1994 ([BGBl I, 2750](#) - hier maßgeblich idF vom 17. April 1996, [BGBl I, 619](#)) hat sich die Rechtslage für Verlegungen dieser Art entgegen der Auffassung des SG nicht geändert. Nach § 14 Abs 5 Satz 1 Nr 1 BpflV wird bei Verlegung eines Patienten vor Abschluss eines bestimmten Behandlungsfalles nicht mit einer Fallpauschale, sondern mit Abteilungs- und Basispflegesätzen sowie Sonderentgelten (§ 14 Abs 2, 3 BpflV) abgerechnet. Dies gilt nach Satz 2 und 3 derselben Vorschrift allerdings nicht bei Verlegungen im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen mehreren Krankenhäusern; in diesem Fall wird vielmehr eine Fallpauschale zu Grunde gelegt und von demjenigen Krankenhaus berechnet, das die für die Fallpauschale maßgebende Behandlung (hier: die Bypassoperation) erbracht

hat, und zwischen den beteiligten Krankenhäusern untereinander aufgeteilt. Erst in dem durch Gesetz vom 23. Juni 1997, [BGBl I, 1520](#) eingefügten - und daher für die hier bereits im März 1997 durchgeführte Operation noch nicht maßgeblichen - § 14 Abs 11 Satz 1 BPfIV wird nunmehr eine "auf Dauer angelegte Zusammenarbeit" zwischen den beteiligten Krankenhäusern verlangt.

Über die Transportkosten für eine Verlegung trifft die BPfIV nach wie vor keine Regelung; sie erklärt sie insbesondere nicht als mit der Fallpauschale abgegoltene Leistung der beteiligten Krankenhäuser. Die Klägerin geht mit ihrer Annahme fehl, dass wegen der Abrechnung einer Fallpauschale eine neue Kategorie des Krankentransports vorlag, der nun ein interner, selbstverantworteter Vorgang zwischen den kooperierenden Krankenhäusern, aber keine gesonderte Leistung der KK mehr gewesen ist. Das folgt schon daraus, dass die arbeitsteilige Zusammenarbeit zwischen einer Spezialklinik und einem nachsorgenden Allgemeinkrankenhaus bereits vor der Einführung der Fallpauschalen aufgekommen, vom Gesetzgeber und den KK gebilligt worden und nach der Einführung der Fallpauschalen fortgeführt worden ist. Insofern unterscheidet sich diese Fallgestaltung von einer sog Verbringung, bei der das Krankenhaus im Rahmen eines stationären Aufenthalts die Leistung externer Dritter in Anspruch nimmt; diese Kosten werden durch die Krankenhausvergütung abgegolten (§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPfIV). Der Krankentransport zur Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus ist auch nach der Einführung der Fallpauschalen nach [§ 60 Abs 1 SGB V](#) nach wie vor allein eine (Sach-)Leistung der KK geblieben, ohne dass von einem Versehen des Gesetzgebers ausgegangen werden kann.

Die Klägerin kann auch nicht geltend machen, die weitere Nachsorge hätte wenigstens in einem näher gelegenen Allgemeinkrankenhaus durchgeführt werden können, sodass jedenfalls der größte Teil der Transportkosten nicht notwendig gewesen sei. Das SG hat dazu keine Feststellungen getroffen, weil es generell die Notwendigkeit der Verlegung verneint hat. Der Wunsch des Versicherten nach Wohnortnähe allein würde dazu auch nicht ausreichen (vgl [BSGE 83, 285, 287 = SozR 3-2500 § 60 Nr 3](#)). Es kann offen bleiben, ob die Notwendigkeit eines Transports in das wohnsitznahe Krankenhaus jedenfalls aus dem Grunde zu bejahen ist, dass nur auf diese Weise vertragliche Abmachungen zur Arbeitsteilung mit Allgemeinkrankenhäusern erreicht werden können, wie die Beklagte geltend macht. Die Verpflichtung der Klägerin, die angefallenen Transportkosten zu tragen, beruht nämlich darauf, dass sie wie die Krankenkassen im Allgemeinen diese Art der Abwicklung der Behandlungsfälle stets gebilligt und ohne Vorbehalt bezahlt hat. Das Handeln des Krankenhausarztes, der den Transport in dieser Form angeordnet hat, muss sie sich zurechnen lassen, weil - auch ohne ausdrückliche vertragliche Vereinbarungen in Rahmenverträgen oder Rahmenempfehlungen nach [§ 112 SGB V](#) oder in Regelungen, wie sie für den vertragsärztlichen Bereich die Krankentransport-Richtlinien vorsehen - der Krankenhausarzt über Notwendigkeit und Art der Beförderung entscheidet und dabei als Vertreter der KK den Beförderungsvertrag mit dem Krankentransportunternehmen abschließt. Auch wenn im Hinblick auf die Landesgrenzen überschreitende Behandlung besondere vertragliche Abmachungen zwischen der Klägerin und der Beklagten fehlen, steht dies einer wirksamen Bevollmächtigung des Krankenhausarztes nicht entgegen; diese kann auch durch schlüssiges Verhalten erfolgen. Wer es duldet, dass ein anderer für ihn wie ein Vertreter auftritt, muss sich nach den Grundsätzen der Duldungs- oder Anscheinsvollmacht dessen Verhalten auch dann anrechnen lassen, wenn er keinen Bevollmächtigungswillen hatte (Palandt, BGB, 61. Aufl 2002, § 173 RdNr 9). Der Krankenhausarzt durfte sich für berechtigt halten, den Transport anzuordnen. Die Klägerin hatte die Behandlung in der Klinik der Beklagten ohne Vorbehalt in der Kostenübernahmeerklärung genehmigt, obwohl wegen der Entfernung nicht unerhebliche Transportkosten zu erwarten waren. Der Transportunternehmer musste, auch ohne dass dies jeweils besonders erklärt wurde, bei der Auftragserteilung nach den Umständen davon ausgehen, dass der Transport zu Lasten der betroffenen KK durchgeführt werden sollte. Sofern die Klägerin mit dieser Verfahrensweise im Hinblick auf die Entfernung des Krankenhauses nicht einverstanden war, hätte sie dies angesichts ihrer bisherigen Praxis dem Krankenhaus gegenüber frühzeitig und unmissverständlich zum Ausdruck bringen müssen. Dies ist nicht geschehen, obwohl spätestens bei dem Antrag auf Genehmigung der Krankenhausbehandlung dazu Gelegenheit bestanden hatte.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2003-08-26