S 45 KR 1581/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Sachsen
Sozialgericht	Sozialgericht Dresden
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	45
Kategorie	Urteil
Bemerkung	1. Soweit unter dem Gesichtspunkt der Gefahrenabwehr die Auswahl des Transportmittels und die Auswahl der Zielklinik durch Rettungsleitstellen oder Integrierte Leitstellen erfolgt, besteht jedenfalls im Grundsatz und ohne Hinzutreten weiterer Umstände kein Anknüpfungspunkt für eine Haftung des Krankenhauses auf Schadensersatz in Bezug auf Transportkosten (hier durch Rettungshubschrauber) gegenüber der Krankenkasse unter dem Gesichtspunkt der Pflichtverletzung im öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnis. 2. Die Beweislast für eine Pflichtverletzung liegt zudem bei der Krankenkasse, welche das Krankenhaus auf Schadensersatz in Anspruch nimmt. Gründe für eine Beweislastumkehr bestehen jedenfalls dann nicht, wenn eine inhaltliche Verknüpfung mit Fragen der Vergütung von Krankenhausleistungen besteht und die Krankenkasse kein Prüfverfahren nach § 275 Abs. 1c SGB V a. F. durch den Medizinischen Dienst veranlasst hat. 3. Ob der Krankenkasse wegen der Zahlung von Krankentransportkosten an einen Dienstleister gegenüber einem Krankenhaus ein öffentlich-rechtlicher Erstattungsanspruch zusteht, beurteilt sich nach der Reichweite des Sachleistungsanspruchs der Versicherten nach § 60 SGB V (vgl. BSG, Urteil vom 22. Februar 2024 – B 3 KR 15/22 R –, juris).

	4. Erfolgt in einem anderen Krankenhaus, in welches der Versicherte transportiert wurde, unter intensivmedizinischer Betreuung ein komplexer Eingriff, stellt dies keine lediglich ergänzende oder unterstützende Maßnahme Dritter im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG a. F. dar. Unter diesen Umständen beruht die dortige Behandlung auf einer Verlegung. 5. Auch der kurzzeitige Aufenthalt zu einer Notfallbehandlung kann trotz zeitnaher anderweitiger Rückverlegung eine stationäre Aufnahme im Sinne von § 39 SGB V begründen, soweit die besonderen Mittel des Krankenhauses mit hoher Intensität genutzt werden (im Anschluss an BSG, Urteil vom 29. August 2023 – B 1 KR 15/22 R –, juris).
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Abgrenzung zur Verbringung, Beweislast bei Haftung für Pflichtverletzungen und Rückerstattung, Gesamtverantwortung für Behandlung, Integrierte Leitstelle, Krankenversicherung, Lufttransportkosten, Rettungsleitstelle, Rückverlegung, Schockraum-Urteil, stationäre Aufnahme, stationäre Aufnahme bei kurzzeitiger Notfallbehandlung, stationäre Krankenbehandlung, Verlegung
Leitsätze	Krankenversicherung – Haftung der Kliniken und Erstattungsansprüche bei luftgebundenen Krankentransporten zwischen Krankenhäusern – Abgrenzung zwischen Verlegung und Verbringung bei kurzzeitiger Aufnahme zur interventionellen Rekanalisation mit Stentimplantartion
Normenkette	§ 133 Abs. 1 SGB V, § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG (Fassung vom 10. Dezember 2015), § 5 Abs. 5 KT RL, § 60 Abs. 1 Satz 2 SGB V, § 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V, § 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V i. V. m. § 280 Abs. 1 BGB

1. Instanz

Aktenzeichen	S 45 KR 1581/21
Datum	05.06.2024

2. Instanz

Aktenzeichen	L 9 KR 111/24
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

1. Die Klage wird abgewiesen.
2. â□□â□□â□□â□□â□□Die Kosten des Verfahrens trÃ¤gt die KlÃ¤gerin.
3. Der Streitwert wird auf EUR 9.405,40 festgesetzt.
   Â

<u>T a t b e s t a n d :</u>

Die Beteiligten streiten um die Ã□bernahme von Kosten, die mit zwei Krankentransporten per Rettungshubschrauber zusammenhÃ¤ngen.

Der am [â□¦] geborene und bei der KlÃ¤gerin gesetzlich Versicherte [â□¦] (im Folgenden: Versicherter) war am 13. November 2019 als Berufskraftfahrer tÃ¤tig und brach bewusstlos zusammen. Er wurde zunÃ¤chst in das von der Beklagten zu 1 betriebene Klinikum, das nach Â§ 108 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (im Folgenden: SGB V) zugelassenen ist, gebracht und dort gegen 14:36 Uhr eingeliefert. Es wurde ein Verschluss der Arteria carotis interna (innere Halsschlagader) festgestellt, der in dieser Klinik mangels MÃ¶glichkeit, einen Eingriff zur interventionellen Rekanalisation der Arterie mit Stentimplantation durchzufÃ¼hren, nicht behandelt werden konnte. Mit dem von der Beklagten zu 2 betriebenen Klinikum, das ebenfalls nach Â§ 108 SGBÂ V zugelassenen ist, wurde daraufhin die Ã□bernahme abgesprochen.

Nach Koordinierung durch die zustÃ¤ndige Rettungsleitstelle wurde der Versicherte mit einem Rettungshubschrauber durch die Aâ□¦. Flugrettung mit Sitz in [â□¦] von der Klinik der Beklagten zu 1 zur Klinik der Beklagten zu 2 transportiert. Die Flugzeit zwischen den Kliniken betrug 26 Minuten (zuzÃ¼glich einer Flugzeit von 20 Minuten zum Notfallort und 36 Minuten fÃ¼r den RÃ¼ckflug zum Standort). Nachdem der Versicherte dort um 19:11Â Uhr eingetroffen war, erfolgte eine mechanische Rekanalisation mit Stentimplantation. Bei Aufnahme wurde fÃ¼r den Versicherten ein â□□Behandlungsvertrag fÃ¼r die ambulante Behandlungâ□□ erstellt, der allerdings vom Versicherten nicht unterzeichnet werden konnte. Im Arztbericht Notaufnahme (ZNA) / -station (NAS) wurde ausgefÃ¼hrt:

â□□Notfallanamnese

Der 46-jÃ¤hrige [Versicherte] wurde uns am 13. November 2019 notfallmÃ¤Ã□ig aus dem Klinikum [â□¦] zuverlegt, nachdem der [Versicherte] gegen 13:30 Uhr des

Aufnahmetags bei der Arbeit plÃ¶tzlich zusammengebrochen und anschlieÃend bewusstlos gewesen sei, sodass seine Arbeitskollegen eine Laienreanimation durchfÃ¼hrten mit Anwendung eines Defibrillators. Bei Eintreffen des Notarztes zeigte sich daraufhin bereits ein ROSC, bei einem GCS von 5 erfolgte daraufhin eine Schutzintubation mit Analgosedierung. lm Anschluss wurde [der Versicherte] [â¦] ins Klinikum [â¦] gebracht [unzutreffender Weise wurde hier bereits Transport mit Rettungshubschrauber angegeben], wo sich in der Bildgebung mittels cCT/CTA/CTP ein ACI-Verschluss rechts mit relevantem Mismatch im MCA- und ACA-Gebiet re zeigte. ln Aufnahme-EKG dort neu detektiertes VHF. Nebenbefundlich zeigte sich im durchgefÃ¼hrten CT-Thorax Rippenfrakturen mit Lungenkontusion, sodass bei Z.n. Reanimation keine Lysetherapie erfolgte und der [Versicherte] luftgebunden in unser Klinikum zuverlegt wurde mit der MÃ¶glichkeit einer mechanischen Rekanalisation. Bei Aufnahme in der ZNA (door 19:20 Uhr) zeigte sich ein analgo-sedierter [Versicherten] mit isokoren, lichtreagiblen Pupillen in einem kreislaufstabilen Zustand, sodass umgehend eine mechanische Rekanalisation durchgefÃ¼hrt wurde.

Untersuchunqsbefund

[Versicherter] analgo-sediert, Pupillen isokor und reagibel. Babinski nicht eindeutig positiv.

Weiteres Prozedere / Therapieempfehlung / Anweisungen fÃ¼r Station

Es konnte durch die Kollegen der Neuroradiologie eine erfolgreiche mechanische Rekanalisation mit Stentimplantation erfolgen [â¦]. Wir bitten um FortfÃ¼hrung der Therapie mit Agrastat fÃ¼r insgesamt 24h (bis circa 20h am 14. November 2019) und um Gabe von ASS und Clopidogrel (in Loadingdose) 4h vor Abschalten des Agrastat-Perfusors [â¦]. Der [Versicherte] wurde aus KapazitÃ¤tsgrÃ¼nden auf die Intensivstation des Klinikums [â¦] zurÃ¼ckverlegt. Wir bedanken uns fÃ¼r die rasche RÃ¼ckÃ¼bernahme [â¦].â

Mangels vorhandener BettenkapazitÃ¤ten wurde dort um 22:25 Uhr der RÃ¼cktransport des narkotisierten und beatmeten Versicherten mittels Rettungshubschraubers in das Klinikum der Beklagten zu 1 Ã¼ber die Rettungsleitstelle veranlasst. Ohne nÃ¤here Spezifizierung, welchen Umfang die Flugzeit zwischen den Kliniken ausmacht, wurde eine Gesamtflugzeit von 53 Minuten und ein Einsatzende um 23:49 Uhr vermerkt.

Die stationÃ¤re Weiterbehandlung des Versicherten in der Klinik der Beklagten zu 1 erstreckte sich bis zum 12. Dezember 2019.

Mit Rechnung vom 29. April 2020 rechnete die Beklagte zu 1 gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin einen Betrag von EURÂ 17.723,51 fÃ¼r die vollstationÃ¤re Behandlung ab, die Beklagte zu 2 gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin mit Rechnung vom 22.Â Oktober 2020 fÃ¼r eine teilstationÃ¤re Behandlung am 13. November 2019 einen Betrag von EURÂ 7.508,33. Die KlÃ¤gerin beglich beide Rechnungen; ein PrÃ¼fverfahren hinsichtlich der KrankenhausvergÃ¼tung wurde nicht eingeleitet.

Die Aâ¦. Flugrettung legte gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin eine Rechnung vom 15. November 2019 Ã¼ber einen Betrag i.Â H.Â v. EURÂ 4.182,00, die von ihr beglichen wurde.

FÃ¼r den zweiten Flug rechnete die Zentrale Abrechnungsstelle fÃ¼r den Rettungsdienst Bayern GmbH (im Folgenden: ZAST) mit Rechnung vom 12. Mai 2020 einen Betrag i.Â H.Â v. EURÂ 4.293,00 gegenÃ¼ber dem Versicherten ab. Daraufhin bat die KlÃ¤gerin die ZAST mit Schreiben vom 10. Juni 2020 um Rechnungslegung gegenÃ¼ber der KlÃ¤gerin zuÂ 1, die mit Schreiben vom 23. Juni 2020 eine Rechnungsstellung allerdings zurÃ¼ckwies. Nach Mahnung der ZAST gegenÃ¼ber dem Versicherten beglich die KlÃ¤gerin auch diese Rechnung.

Mit Schreiben vom 12. August 2020 machte sie die Erstattung von Transportkosten i.Â H.Â v. EURÂ 9.405,40 gegenÃ¼ber der Beklagten zu 1 geltend, welche die Beklagte zu 1 mit Schreiben vom 15. September 2020 zurÃ¼ckwies. Jeweils mit Schreiben vom 11. November 2021 forderte die KlÃ¤gerin die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 zur Erstattung des vorgenannten Gesamtbetrages an Transportkosten auf; dies blieb ohne Erfolg.

Mit ihrer am 15. Dezember 2021 beim Sozialgericht Dresden erhobenen Klage verfolgt die KlÃ¤gerin die Erstattung der Transportkosten weiter und macht diese Kosten im Wege des Schadensersatzes geltend. Ãberdies kÃ¶nne sie die Erstattung dieser Kosten begehren, weil die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 zur Ãbernahme der Transportkosten verpflichtet gewesen seien. Die Beklagte zu 2 habe lediglich Behandlungsleistungen fÃ¼r die Beklagte zu 1 erbracht, sodass zwischen der KlÃ¤gerin und der Beklagten zu 2 keine VergÃ¼tungsansprÃ¼che entstanden seien. Der Hin- und RÃ¼cktransport zwischen den Klinikstandorten [â¦] stelle lediglich eine Verbringung, aber keine Verlegung dar. Eine Aufnahme sei im Klinikum der Beklagten zu 2 nicht erfolgt, da der Versicherte nicht âauf Stationâ und nicht fÃ¼r mindestens einen Tag und eine Nacht behandelt worden sei. Zumindest eine der beiden Beklagten mÃ¼sse sie von den Transportkosten freistellen. Zudem sei weder auf dem Hin- noch auf dem RÃ¼ckweg ein luftgebundener Transport notwendig gewesen. Nach der Behandlung in der Klinik der Beklagten zu 2 habe der Versicherte auch in einem anderen nÃ¤her gelegeneren Krankenhaus weiterbehandelt werden kÃ¶nnen. Zudem lasse sich die RÃ¼ckverlegung in ein Klinikum mit niedrigerer Versorgungsstufe medizinisch nicht begrÃ¼nden. Der Gesamtbetrag an geltend gemachten Transportkosten enthalte auch eine Fahrt mit dem Krankentransportwagen mit Kosten i.Â H.Â v. EURÂ 88,40 und mit einem Rettungstransportwagen i.Â H.Â v. EURÂ 842,00.

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 zu verurteilen, an die KlÃ¤gerin einen Betrag i. Hâ¦. v. EUR 9.405,40 nebst 5 Prozent Zinsen Ã¼ber dem jeweiligen Basiszinssatz der EuropÃ¤ischen Zentralbank seit dem 27. November 2021 zu zahlen.

Â

Die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 beantragen jeweils,

die Klage abzuweisen.

Â

Sie machen geltend, dass es sich bei der Behandlung in der Klinik der Beklagten 2 nicht um eine Verbringung, sondern um eine Verlegung gehandelt habe. Die Beklagte zu 2 habe die vorgenommenen MaÃnahmen eigenverantwortlich und nicht lediglich als Hilfs- oder AuftragstÃ¤tigkeit fÃ¼r die Beklagte zu 1 vorgenommen. Das fÃ¼r den Versicherten nach Vollzug der dortigen Behandlung kein entsprechendes Bett zur VerfÃ¼gung bestanden habe, sei im Zeitpunkt der Absprache der Zuverlegung noch nicht erkennbar gewesen. Nur der Transport mit einem Rettungshubschrauber sei jeweils dem Gesundheitszustand des Versicherten angemessen gewesen.

Auf gerichtliche Nachfrage hat die KlÃ¤gerin keine nÃ¤here Zuordnung der TeilbetrÃ¤ge der geltend gemachten Transportkosten mittels Krankentransportwagen i.Â H.Â v. EURÂ 88,40 und Rettungstransportwagen i.Â H.Â v. EURÂ 842,00 treffen kÃ¶nnen.

Mit Beweisanordnung vom 6. Oktober 2023 hat das Gericht Herrn Dr. med. F., Facharzt fÃ¼r Innere Medizin, Zusatzbezeichnung Notfallmedizin, zum SachverstÃ¤ndigen bestellt und ein Gutachten auf notfallmedizinischem und internistischem Fachgebiet nach Aktenlage angefordert.

In seinem Gutachten vom 9. Januar 2024 hat der SachverstÃ¤ndige, der sich auf eine mehrjÃ¤hrige regelmÃ¤Ãige notÃ¤rztliche und intensivmedizinische TÃ¤tigkeit berufen hat, ausgefÃ¼hrt, dass eine Indikation zur interventionellen Rekanalisation der Arterie vorgelegen und hierzu keine MÃ¶glichkeiten im Klinikum der Beklagten zu 1 bestanden hÃ¤tten. In der Klinik der Beklagten zu 2 sei eine ausfÃ¼hrliche pflegerische Betreuung mit einem erhÃ¶hten Pflegeaufwand erfolgt, da eine stÃ¤ndige PrÃ¤senz erforderlich gewesen sei. Der Versicherte habe nach dem Eingriff in der Klinik der Beklagten zu 2 mindestens fÃ¼r 24 Stunden der intensivmedizinischen Behandlung und Ãberwachung bedurft. In der Wahl der Therapie und zur Festlegung der Behandlung habe dort die â freieâ Entscheidungskompetenz bestanden. Eine Integration in stationÃ¤re AblÃ¤ufe sei wegen der KapazitÃ¤tsengpÃ¤sse nicht erfolgt. SpÃ¤testens nach Abschluss der interventionellen Rekanalisiation sei absehbar gewesen, dass keine Weiterbehandlung erfolgen kÃ¶nne.

Bei dem vorliegenden Krankheitsbild und der Notwendigkeit einer sehr dringlichen Notfallverlegung habe die Notwendigkeit zur schnellstmÃ¶glichen Verlegung zur Versorgung der verschlossenen Arteria carotis bestanden. Die Annahme, dass ein Hubschrauber immer das schnellste Transportmittel darstelle, sei zwarâ insbesondere im Hinblick auf den zeitlichen VerfÃ¼gbarkeitsrahmen und die

Landeplatzsituationen â□□ ein weit verbreiteter Irrtum. Bei einer Entfernung von 83,2 km zwischen den Kliniken sei auch, wenn Ã¼berhaupt, zeittechnisch nur ein geringer Vorteil anzunehmen. Indes sei zu bedenken, dass bei dem Versicherten und dem Krankheitsbild ErschÃ¼tterungen wÃ¤hrend des Transports vermieden werden sollten, so dass eine luftgebundene Verlegung von Vorteil sein kÃ¶nne. Bei einem Zustand nach Rekanalisation mit Stentimplantation sei ein mÃ¶glichst schonender Transport zu prÃ¤ferieren. Auch bei einem luftgebundenen Transport kÃ¶nnten indes etwa Turbulenzen und WindbÃ¶en ErschÃ¼tterungen verursachen. Bei einem bodengebundenen Transport kÃ¶nnten durch den Einsatz von Tragen der neuesten Generation Transporttraumen vermieden werden.

Die EinsÃ¤tze wÃ¼rden indes Ã¼ber die integrierte Rettungsleitstelle koordiniert, so dass die medizinische Erforderlichkeit als gegeben anzunehmen sei. GrundsÃ¤tzlich gelte es sowohl bei PrimÃ¤r- als auch intensivmedizinischen SekundÃ¤rtransporten, immer alle patientennahen und patientenfernen Faktoren genau abzuwÃ¤gen, bevor man sich fÃ¼r ein Transportmittel entscheide. Transporttraumen â□□ als Summe jedweder transportbedingter nachteiliger Einwirkungen auf den Patienten â□□ seien bei boden- und luftgebundenen BefÃ¶rderungen nicht immer vermeidbar. Die behandelnden Ã□rzte inklusive der Leitstelle seien scheinbar zu der Erkenntnis gekommen, dass der luftgebundene Transport fÃ¼r den Versicherten in dieser Situation unter BerÃ¼cksichtigung aller Faktoren und besonderer Sorgfalt das beste Transportmittel darstelle. Im Nachhinein sehe der SachverstÃ¤ndige aber keine â□□dokumentierten harten Faktorenâ□□, die gegen einen bodengebundenen Transport gesprochen hÃ¤tten.

Soweit der Erstgutachter weiteren Begutachtungsbedarf auf neurologischen Fachgebiet gesehen hatte, hat die Kammer mit Beweisanordnung vom 29. Februar 2024 den Facharzt fÃ¼r Neurologie Dr. H. zum SachverstÃ¤ndigen bestellt und ein Gutachten auf neurologischem Fachgebiet nach Aktenlage angefordert. Er hat eingeschÃ¤tzt, dass es sich bei den MaÃ□nahmen in der Klinik der Beklagten zu 2 nicht um eine konsiliarische MaÃ□nahme im Sinne einer ausschlieÃ□lichen Mitbehandlung gehandelt habe, sondern vielmehr die KapazitÃ¤ten der Klinik der Beklagten zu 1 nicht ausreichend gewesen seien, um einen derart komplexen Fall leitliniengerecht behandeln zu kÃ¶nnen. Eine tatsÃ¤chliche Einbindung in stationÃ¤re AblÃ¤ufe des Klinikums der Beklagten zu 2 sei aus den Unterlagen nicht ersichtlich. Es lasse sich nicht ersehen, ob eine Weiterbehandlung zum Zeitpunkt der dortigen Annahme des Versicherten bereits ausgeschlossen gewesen sei oder ob sich die Bettensituation ab Annahme so entwickelt habe. TatsÃ¤chlich kÃ¶nne in einem Krankenhaus â□□ etwa durch â□□In-House-NotfÃ¤lleâ□□ â□□ mitunter eine erhebliche Dynamik in Bezug auf BettenkapazitÃ¤ten herrschen und binnen kÃ¼rzester Zeit trotz initial freier Betten ein Engpass entstehen.

FÃ¼r den Versicherten sei durchgehend eine intensivmedizinische Versorgung erforderlich gewesen, da er beatmet worden sei. AuÃ□erdem habe der Zeitpunkt der Reanimation erst kurze Zeit zurÃ¼ckgelegen. Eine Ã¤rztliche Begleitung wÃ¤hrend des Transportes sei erforderlich gewesen, ebenso eine entsprechende intensive Ã□berwachung der Kreislauf- sowie der Beatmungsparameter. Ein schonender Transport wÃ¤re in vertretbarer Zeit bodengebunden mÃ¶glich

gewesen, fÃ¼r derartige Zwecke stÃ¼nden beispielsweise auch Intensiv-Transport-Wagen zur VerfÃ¼gung und erst danach â□□ soweit nicht verfÃ¼gbar â□□ der RÃ¼ckgriff auf einen luftgebundenen Transport.

Â

Die Beteiligten haben sich durch die beiden Gutachten jeweils in ihren Auffassungen bestÃ¤tigt gesehen. Die KlÃ¤gerin hat betont, dass es an der stationÃ¤ren Aufnahme des Versicherten bei der Klinik der Beklagten zu 2 gefehlt habe. Ferner seien die luftgebundenen Transporte nicht medizinisch erforderlich gewesen. Die Beklagte zu 1 hat eingewandt, dass nach beiden Gutachten nicht davon ausgegangen werden kÃ¶nne, dass sie beim Aufenthalt in der Klinik der Beklagten zu 2 weiterhin die Verantwortung fÃ¼r die dortige Behandlung getragen habe. Auch wÃ¤hrend des RÃ¼cktransports habe ein Bedarf an Ã¤rztlicher IntensivÃ¼berwachung der Kreislauf- und Beatmungsparameter und zur Aufrechterhaltung der Narkose und erforderlichen Beeinflussung des Gerinnungssystems durch den Perfusor bestanden, die standardgerecht in einem Rettungstransportwagen nicht gegeben seien. Ob Ã¼berhaupt zum Zeitpunkt der Transportnotwendigkeit ein Intensivtransportwagen verfÃ¼gbar gewesen sei, kÃ¶nne nicht angenommen werden.

Im Ã□brigen wird wegen des Inhalts der medizinischen Unterlagen, des Vorbringens der Beteiligten und der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes auf die Gerichtsakte und die Patientenakte der Beklagten zu 2 Bezug genommen, die vorlagen und Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

Â

E n t s c h e i d u n g s g r Ã¼ n d e :

Â

Die zulÃ¤ssige Klage ist unbegrÃ¼ndet. Die von der KlÃ¤gerin erhobene echte Leistungsklage nach Â§Â 54 Abs.Â 5 Sozialgerichtsgesetz ist im hier bestehenden GleichordnungsverhÃ¤ltnis statthaft (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 â□□ B 1 KN 1/07 KR RÂ â□□, Rn.Â 9, juris, stÃ¤ndige Rechtsprechung). Das Sozialgericht Dresden ist nach Â§ 57 Abs. 1 Satz 1 SGG Ã¶rtlich zustÃ¤ndig; Â§ 57 Abs.Â 1 Satz 2 SGG gelangt nicht zur Anwendung, weil die beklagten KliniktrÃ¤ger Ã¶ffentlich-rechtlich organisiert sind.

Die Klage ist sowohl gegenÃ¼ber der Beklagten zu 1 als auch gegenÃ¼ber der Beklagten zuÂ 2 unbegrÃ¼ndet, weil die KlÃ¤gerin in beiden Konstellationen keinen Anspruch auf Zahlung der geltend gemachten Transportkosten hat und mithin auch nicht auf die aus diesem Betrag geltend gemachten Zinsen.

1. Soweit die KlÃ¤gerin die Erstattung von Kosten fÃ¼r einen Transport mit einem Krankentransportwagen i.Â H.Â v. EURÂ 88,40 und mit einem Rettungswagen i.Â H.Â v. EURÂ 842,00 geltend gemacht hat, war es dem Gericht bereits nicht

mÃ¶glich, den konkreten zu Grunde liegenden Lebenssachverhalt zu ermitteln und zuzuordnen. Die KlÃ¤gerin hat lediglich mitgeteilt, dass ihr keine separaten Rechnungen vorliegen und die Abrechnung mittels elektronischen DatentrÃ¤geraustauschs erfolgt ist. Mit welchem Zweck oder zwischen welchen Orten diese Transporte erfolgt sind, war nicht aufzuklÃ¤ren. Es kann unter diesem Gesichtspunkt nicht ausgeschlossen werden, dass sich diese Kosten auf den Hintransport zur Klinik der KlÃ¤gerin zuÂ 1 nach dem Zusammenbruch des Versicherten beziehen. FÃ¼r diesen Abschnitt des Transports ist die fehlende medizinische Notwendigkeit weder von der KlÃ¤gerin dargetan worden noch anderweitig ersichtlich. Ein konkreter Zusammenhang zu den Abschnitten des Krankentransports am 13. November 2019, die mittels Rettungshubschrauber erfolgten und den die KlÃ¤gerin als Klagegrund benennt, ist bereits nicht mit der zu Ãberzeugungsbildung der Kammer notwendigen Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

2. Soweit die KlÃ¤gerin den Ersatz der durch den luftgebundenen Transport des Versicherten entstandenen Kosten i.Â H.Â v. 8.475,00 als Gesamtsumme der beiden Rechnungen fÃ¼r die FlÃ¼ge mit dem Rettungshubschrauber als Schadensersatz geltend macht, stehen ihr keine AnsprÃ¼che gegen die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 zu.

Die Rechtsgrundlage fÃ¼r solche ZahlungsansprÃ¼che kann Â§Â 69 Abs.Â 1 SatzÂ 3 SGBÂ V i.Â V.Â m. Â§Â 280 Abs.Â 1 BÃ¼rgerliches Gesetzbuch (BGB) in entsprechender Anwendung bilden, soweit ein BehandlungsverhÃ¤ltnis zwischen Krankenkasse und zugelassenem Krankenhaus auf der Grundlage der Behandlung eines Versicherten besteht (BSG, Urteil vom 12.Â November 2013Â â BÂ 1 KR 22/12 RÂ â, Rn. 9Â f.; LSG NRW, Urteil vom 19. Januar 2022Â â L 10 KRÂ 142/20Â â, Rn.Â 19; jeweils juris). Eine erforderliche stationÃ¤re Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus begrÃ¼ndet zwischen seinem TrÃ¤ger und der Krankenkasse ein gesetzliches Ã¶ffentlich-rechtliches SchuldverhÃ¤ltnis, auf das Â§Â 280 Abs. 1 BGB anzuwenden ist (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 11; LSG NRW, a.Â a.Â O., Rn.Â 20). Aus diesen Vorschriften folgt eine Haftung, die an eine Pflichtverletzung des Krankenhauses als Schuldnerin anknÃ¼pft (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 13; LSG NRW, a.Â a.Â O., Rn.Â 21Â ff.).

a) In Bezug auf die jeweilige Wahl des Rettungshubschraubers als Transportmittel und die RÃ¼ckverlegung in die Klinik der Beklagten zuÂ 1 nach DurchfÃ¼hrung der interventionellen Rekanalisation der Arterie mit Stentimplantation bestehen bereits keine AnknÃ¼pfungspunkte fÃ¼r eine Pflichtverletzung der Beklagten zuÂ 1 und der Beklagten zuÂ 2. Worauf insbesondere die Beklagte zuÂ 1 zutreffend hingewiesen hat, wurden durch die in die Behandlung eingeschalteten KrankenhÃ¤user keine Entscheidungen zur Wahl des Rettungshubschraubers als Transportmittel und gegen die Wahl anderer, ggf. nÃ¤herliegender KrankenhÃ¤user getroffen.

Nach Art.Â 16 Abs.Â 3 Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG; im Folgenden jeweils in der am 13. November 2019 geltenden Fassung) werden Luftfahrzeuge â wie Rettungstransporthubschrauber und Intensivtransporthubschrauber nach Art.Â 2 Abs.Â 10 BayRDG âvon der fÃ¼r ihren Standort zustÃ¤ndigen Integrierten

Leitstelle unabhÃ¤ngig von den Grenzen der Rettungsdienstbereiche eingesetzt, soweit die oberste RettungsdienstbehÃ¶rde zur LeitstellenzustÃ¤ndigkeit nichts anderes bestimmt. Diese Integrierte Leitstelle lenkt nach Art.Â 9 SatzÂ 1 BayRDG alle EinsÃ¤tze im Ã¶ffentlichen Rettungsdienst und stimmt sie aufeinander ab. Nach Art.Â 2 Abs.Â 3 SatzÂ 1 undÂ 2 Gesetz Ã¼ber die Errichtung und den Betrieb Integrierter Leitstellen (Integrierte Leitstellen-Gesetz â□□ ILSG; in der am 13. November 2019 geltenden Fassung) fÃ¼hrt die Integrierte Leitstelle einen BehandlungskapazitÃ¤tennachweis und die KrankenhÃ¤user sind verpflichtet, den Integrierten Leitstellen die zur FÃ¼hrung des BehandlungskapazitÃ¤tennachweises erforderlichen Angaben zu machen, insbesondere die Aufnahmebereitschaft und die Zahl der freien Betten, gegliedert nach Abteilungen, zu melden.

Nichts anderes ergibt sich aus den krankenversicherungsrechtlichen Vorschriften. Nach Â§Â 60 Abs.Â 1 SatzÂ 2 SGBÂ V richtet sich zwar die Benutzung des Fahrzeugs auch bei luftgebundenem Transport (Nolte, in: Rolfs/KÃ¶rner/Krasney/Mutschler, Beck-Online-GroÃ□kommentar, Kasseler Kommentar, Stand: 1.Â September 2019, SGB V, Â§Â 60 Rn.Â 5) nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. Â§Â 5 Abs.Â 5 der auf der Grundlage von Â§Â 92 Abs.Â 1 Nr.Â 12 SGBÂ V erlassenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses Ã¼ber die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (KTÂ RL, hier einschlÃ¤gig in der Fassung vom 23.Â Dezember 2017) bestimmt indes, dass Rettungswagen, Notarztwagen, Notarzteinsatzfahrzeuge und Rettungshubschrauber Ã¼ber die Ã¶rtlich zustÃ¤ndige Rettungsleitstelle anzufordern sind. Damit koordinieren die Rettungsleitstellen die Erbringung der Transportleistungen fÃ¼r die Krankenkassen.

Die Verantwortlichkeit fÃ¼r die Wahl des Transportmittels ist damit auÃ□erhalb des Pflichtenkreises der Kliniken und deren Betreiber angesiedelt, so dass eine hierauf bezogene Pflichtverletzung ausscheidet. Auch fÃ¼r eine Zurechnung fremder Pflichtverletzung durch die Leitstelle wird keine Grundlage gesehen.

Auf Fragen des VertretenmÃ¼ssens entsprechend Â§Â 280 Abs.Â 1 SatzÂ 2 BGB (LSG NRW, a.Â a.Â O., Rn.Â 27, und Urteil vom 22. September 2016Â â□□ L 5 KR 118/14 ZVWÂ â□□, Rn. 31, juris) oder einer Exkulpation der Klinikbetreiber kommt es gar nicht erst an.

Soweit die KlÃ¤gerin im gerichtlichen Verfahren darÃ¼ber hinaus geltend macht, dass zwischen ihr und der Beklagten zuÂ 2 wegen der â□□bloÃ□enâ□□ Verbringung des Versicherten keine VergÃ¼tungsansprÃ¼che entstanden seien und damit auf der Grundlage des Vortrages der KlÃ¤gerin in Bezug auf solche SchadensersatzansprÃ¼che bereits das Bestehen eines Ã¶ffentlich-rechtlichen SchuldverhÃ¤ltnisses zweifelhaft sein kÃ¶nnte, braucht dieser Frage hier schon mangels Pflichtverletzung nicht weiter nachgegangen zu werden.

b) Es liegt auch keine Pflichtverletzung der Beklagten zu 1 vor, soweit mit der Klinik der Beklagten zu 2 im Vorfeld der interventionellen Rekanalisation der Arterie mit Stentimplantation eine dortige Behandlung â□□angebahntâ□□ wurde. Auch nach dem Vorbringen der KlÃ¤gerin steht unstreitig fest, dass in der Klinik der Beklagten

zu 1 ein solcher Eingriff nicht durchgefÃ¼hrt werden konnte und in der Klinik der Beklagten zu 2 die entsprechende MÃ¶glichkeit bestand. Wie dargestellt, muss die Wahl dieser Klinik der Beklagten zu 2 auch durch die Integrierte Leitstelle zumindest nachvollzogen und als sachlich erforderlich eingeschÃ¤tzt worden sein. Die MÃ¶glichkeit der Behandlung in einer nÃ¤her gelegenen Klinik, fÃ¼r die gegebenenfalls kein Lufttransport notwendig gewesen sein kÃ¶nnte, liegt nach Ãberzeugung des Gerichts fern.

Diese AusfÃ¼hrungen gelten auch, soweit die Kliniken an der RÃ¼ckverlegung mitgewirkt haben.

c) DarÃ¼ber hinaus wÃ¤re auch in Anbetracht der vorliegenden SachverstÃ¤ndigengutachten nicht mit der notwendigen Sicherheit erwiesen, dass lediglich ein bodengebundener Transport medizinisch erforderlich war oder ein Platz zur Weiterbehandlung in einer nÃ¤hergelegenen Klinik zur VerfÃ¼gung stand und damit eine Pflichtverletzung vorgelegen haben kÃ¶nnte. Die mÃ¶glichen Erkenntnisquellen zur nÃ¤heren Einsatzlage hinsichtlich der Klinikbelegungen und der VerfÃ¼gbarkeit anderer Transportmittel wie eines Intensiv-Transport-Wagens am Nachmittag und Abend des 13. November 2019 sind nach Auffassung der Kammer ausgeschÃ¶pft.

FÃ¼r diese UmstÃ¤nde trÃ¤gt die KlÃ¤gerin Beweislast, da sie einen hierauf bezogenen Zahlungsanspruch geltend macht. Es handelt sich hier nicht um einen Streit um die KrankenhausvergÃ¼tung an sich, in dem auch trotz Zahlung der Krankenkasse die Beweislast beim KliniktrÃ¤ger verbleiben kann (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022Â â B 1 KR 19/21 RÂ â, Rn. 36 ff., Urteil vom 9.Â April 2019Â â B 1 KR 3/18 RÂ â, Rn.Â 31, und Urteil vom 8. November 2011Â â BÂ 1 KR 8/11 R Â â, Rn.Â 47 ff.; jeweils juris).

GrÃ¼nde fÃ¼r eine Beweislastumkehr sieht das Gericht nicht. Der Ausschluss des Beweislastwechsels vom Krankenhaus auf die Krankenkasse in anderen FÃ¤llen beruht auf der ErwÃ¤gung, dass Krankenkassen landesvertraglich â wie etwa in Â§Â 13 Abs.Â 1 SatzÂ 1 des am 1.Â Januar 2015 in Kraft getretenen SÃ¤chsischen Landesvertrages zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemÃ¤Ã Â§Â 112 Abs.Â 2 Nr. 1 und 2 SGB V â zur Begleichung der KrankenhausvergÃ¼tung innerhalb kurzer Frist verpflichtet sind (BSG, Urteil vom 8. November 2011Â â B 1 KR 8/11 RÂ â, Rn. 47 ff., juris). Dies gilt nicht fÃ¼r die VergÃ¼tung der Transportleistungen.

Zudem ist nach dieser Rechtsprechung, der sich die Kammer nach eigener PrÃ¼fung anschlieÃt, fÃ¼r die Beibehaltung der Beweislast fÃ¼r das Krankenhaus erforderlich, dass die Zahlung der Krankenkasse ausdrÃ¼cklich unter dem Vorbehalt der medizinischen PrÃ¼fung erfolgt (BSG, Urteil vom 9.Â April 2019Â â B 1 KR 3/18 RÂ â, Rn.Â 31, und Urteil vom 8. November 2011Â â B 1 KR 8/11 R Â â, Rn. 47 ff.; jeweils juris). Die KlÃ¤gerin hat indes im vorliegenden Fall gerade keine ÃberprÃ¼fung nach Â§ 275 Abs.Â 1c SGBÂ V (in der zum Behandlungszeitpunkt geltenden Fassung) durch den Medizinischen Dienst eingeleitet, obwohl die von ihr im gerichtlichen Verfahren erhobenen EinwÃ¤nde der

fehlenden stationÃ¤ren Aufnahme in der Klinik der Beklagten zuÂ 2 und der Abgrenzung zwischen Verlegung und Verbringung auch die VergÃ¼tung der Kliniken an sich und mithin medizinische Fragestellungen betroffen hatten. Jedenfalls nach Zahlung der VergÃ¼tungen ohne Einleitung eines PrÃ¼fverfahrens liegt die Beweislast fÃ¼r Schadensersatz- und RÃ¼ckforderungsansprÃ¼che bei der Krankenkasse, soweit diese im Zusammenhang mit Transportleistungen stehen.

3. Der KlÃ¤gerin stehen auch keine AnsprÃ¼che gegen die Beklagte zuÂ 1 und die Beklagte zuÂ 2 unter dem Gesichtspunkt des Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches zu, der in der Rechtsprechung anerkannt ist (BSG, Urteil vom 12. November 2013Â â□□ B 1
KR 22/12Â RÂ â□□, Rn. 22, juris). Er setzt voraus, dass im Rahmen eines Ã¶ffentlichen RechtsverhÃ¤ltnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose VermÃ¶gensverschiebungen vorgenommen worden sind (ebd., m.Â w.Â N.). Erfolgt eine VermÃ¶gensverschiebung durch Leistung, also aufgrund bewusster und zweckgerichteter Vermehrung fremden VermÃ¶gens, ist auch bei einem Ã¶ffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Vorrang der Leistungsbeziehung zu beachten: Wer etwas einem anderen rechtsgrundlos leistet, kann grundsÃ¤tzlich nur vom LeistungsempfÃ¤nger Herausgabe des Erlangten verlangen, nicht von einem Dritten wegen dessen Bereicherung in sonstiger Weise (ebd.). Wovon auch die Beteiligten zutreffend ausgehen, besitzt hierbei entscheidende Bedeutung, wer zur Leistung der VergÃ¼tung der HubschrauberflÃ¼ge verpflichtet war â□□ d.Â h. ob die KlÃ¤gerin als Krankenkasse selbst Schuldnerin der Transportkosten war und auf eine eigene Verbindlichkeit geleistet hat oder ob sie auf eine Verbindlichkeit der Beklagten zuÂ 1 und/oder der Beklagten zuÂ 2 geleistet hat, die dort gegenÃ¼ber den Erbringern der luftgebundenen Transportleistungen bestand.

a) Nach Â§Â 2 Abs.Â 2 SatzÂ 1 Gesetz Ã¼ber die Entgelte fÃ¼r voll- und teilstationÃ¤re Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz â□□ KHEntgG, hier in der einschlÃ¤gigen Fassung vom 10.Â Dezember 2015) sind allgemeine Krankenhausleistungen die Krankenhausleistungen, die unter BerÃ¼cksichtigung der LeistungsfÃ¤higkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit fÃ¼r die medizinisch zweckmÃ¤Ã□ige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Nach Â§Â 2 Abs.Â 2 SatzÂ 2 Nr.Â 2 KHEntgG gehÃ¶ren dazu auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Das Gericht sieht indes keine GrÃ¼nde, auf dieser Grundlage die Leistungen des Lufttransports den KliniktrÃ¤gern zuzuordnen oder gar diese Transportleistungen und die Behandlungsleistung der Beklagten zuÂ 2 als Leistungen der Beklagten zuÂ 1 zu betrachten.

(1) Bei vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter i.Â S.Â v. Â§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG kann es sich nur um Leistungen handeln, die im VerhÃ¤ltnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergÃ¤nzende oder unterstÃ¼tzende Funktion haben (BSG, Urteil vom 17. November 2015Â â□□ B 1 KR 12/15 RÂ â□□, Rn.Â 16, und Urteil vom 28. Februar 2007Â â□□ B 3 KR 17/06 RÂ â□□, Rn. 22, jeweils juris). Hier kÃ¶nnten nach der die Behandlungsleistung erst ermÃ¶glichenden Funktion des Krankentransports zwar

grundsÃ¤tzlich auch die Lufttransporte eingeordnet werden. Durch die bestehenden Regelungen zur Ausgestaltung der Rettungsdienste, die gefahrenabwehrrechtlichen Ursprungs sind (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14. September 2017Â â LÂ 1 KR 404/15Â â, Rn. 56, juris), und die Regelung der Ãbernahme von Fahrkosten durch die Krankenkassen in Â§Â 60 SGBÂ V wird deutlich, dass jedenfalls im Grundsatz Transportleistungen nicht zu den von den KrankenhÃ¤usern auf der Grundlage von VersorgungsvertrÃ¤gen nach Â§ 109 Abs. 4 SGB V zu erbringenden Leistungen gehÃ¶ren. Vielmehr haben die Krankenkassen, soweit keine landesrechtlichen oder kommunalrechtlichen Bestimmungen existieren, auf der Grundlage von Â§Â 133 Abs.Â 1 SGBÂ V VertrÃ¤ge Ã¼ber die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte einschlieÃlich der Vereinbarung von Entgelten zu schlieÃen (BSG, Urteil vom 22. Februar 2024Â â B 3 KR 15/22 RÂ â, Rn. 12, juris).

(2) Allerdings setzt eine solche VergÃ¼tung von erbrachten Krankentransportleistungen durch die Krankenkasse nach MaÃgabe des Â§Â 133 Abs.Â 1 SGB V und auf dessen Grundlage mit dem Krankentransportunternehmen geschlossener Vereinbarungen grundsÃ¤tzlich einen Sachleistungsanspruch von Versicherten auf die Ãbernahme von Fahrkosten fÃ¼r diese Krankentransportleistungen voraus, dessen Voraussetzungen sich nach Â§Â 60 SGBÂ V bestimmen (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 13Â f.). Der Anspruch von Versicherten auf Fahrkosten bei Leistungen, die â wie hier â stationÃ¤r erbracht werden, ist gesetzlich abschlieÃend in Â§Â 60 Abs.Â 2 SatzÂ 1 Nr.Â 1 SGB V geregelt und ist auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus begrenzt (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 15Â f.). Nur andere Fahrten â etwa zur Weiterbehandlung zwischen zwei Klinikstandorten â sind der Krankenhausbehandlung nach Â§Â 39 Abs.Â 1 SatzÂ 3 SGBÂ V zugeordnet und nicht zwischen Krankenkasse und Transportdienstleister, sondern zwischen Krankenhaus und Transportdienstleister zu vergÃ¼ten (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 18Â f. undÂ 22Â f.).

b) Die Konkretisierung der Reichweite des Sachleistungsanspruches der KlÃ¤gerin ergibt sich aus Â§Â 60 Abs.Â 2 SatzÂ 1 Nr.Â 1 SGBÂ V. Danach Ã¼bernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten in HÃ¶he des die gesetzliche Zuzahlung durch den Versicherten Ã¼bersteigenden Betrages bei Leistungen, die stationÃ¤r erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen GrÃ¼nden erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus. Eine solche Einwilligung der KlÃ¤gerin lag nicht vor.

Eine vollstationÃ¤re Behandlung im Sinne einer physischen und organisatorischen Eingliederung in das spezifische Versorgungssystem eines Krankenhauses ist als Ausgangspunkt dann gegeben, wenn sie sich nach dem Behandlungsplan des Krankenhausarztes in der Vorausschau zeitlich Ã¼ber mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007Â â B 3 KR 17/06 RÂ â, Rn. 16, juris). Wenn ein Versicherter mit Verdacht auf eine lebensbedrohliche Erkrankung in eine eigens fÃ¼r solche FÃ¤lle vorgehaltene Intensivstation eingeliefert wird, liegt in der Regel ein stationÃ¤rer Aufenthalt vor, weil sich

derartige Abteilungen von anderen Einheiten im Krankenhaus durch die Verwendung vielfÃ¤ltiger technischer Apparate und durch den Einsatz von mehr Personal unterscheiden und ein HÃ¶chstmaÃ□ an BehandlungsintensitÃ¤t bieten; hÃ¤ufig erfolgt auch ein temporÃ¤rer maschineller Ersatz gestÃ¶rter oder ausgefallener Organfunktionen (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 18). Der Aufenthalt auf einer Intensivstation stellt deshalb die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer stationÃ¤ren Behandlung dar (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 19).

Um eine Verlegung handelt es sich, wenn die Verantwortung fÃ¼r die Gesamtbehandlung vollstÃ¤ndig auf das aufnehmende Krankenhaus Ã¼bergeht (BSG, a.Â a.Â O., Rn. 22) und es sich nicht um lediglich â□□ wie bei einer sog. Verbringung â□□ um unterstÃ¼tzende oder ergÃ¤nzende Leistungen handelt, fÃ¼r die der Leistungsausschluss nach Â§Â 2 Abs.Â 2 SatzÂ 2 Nr.Â 2 KHEntgG fÃ¼r vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter eingreift. Eine stationÃ¤re Aufnahme schlieÃ□t die Annahme einer bloÃ□en Verbringung aus. Mit der Aufnahme einer stationÃ¤ren Behandlung durch den Aufenthalt auf einer Intensivstation ist regelmÃ¤Ã□ig die Annahme ausgeschlossen, dass es sich um eine solche bloÃ□e Verbringung handelt (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 23).

c) Diese Betrachtung muss in zeitlicher Hinsicht ex ante nach der Behandlungsprognose im Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung (Terminsbericht zu BSG, Urteil vom 20. MÃ¤rz 2024 â□□ BÂ 1 KRÂ 37/22Â R â□□) erfolgen. Es genÃ¼gt, wenn die Dauer des Aufenthalts auf nicht auf weniger als 24 Stunden ausgerichtet war (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 23). Eine auf diese Weise auf der Grundlage der Entscheidung des Krankenhausarztes einmal erfolgte physische und organisatorische Eingliederung des Patienten in das spezifische Krankenhausversorgungssystem kann nicht rÃ¼ckwirkend entfallen (BSG, Urteil vom 19. September 2013Â â□□ B 3 KRÂ 34/12Â RÂ â□□, Rn. 13, juris).

d) Nach diesen MaÃ□stÃ¤ben war die Behandlung durch die Beklagte zu 2 eigenstÃ¤ndig auf eine vollstationÃ¤re Behandlung ausgerichtet, wenngleich diese aus KapazitÃ¤tsgrÃ¼nden nach Vornahme der interventionellen Rekanalisierung mit Stentimplantation nicht auf lÃ¤ngere Zeit umgesetzt werden konnte.

Das Gericht legt hier die EinschÃ¤tzung der beiden SachverstÃ¤ndigen zu Grunde, die insoweit nachvollziehbar sind und keine LÃ¼cken oder WidersprÃ¼che aufweisen. An der Sachkunde und fachlichen Qualifikation der SachverstÃ¤ndigen bestehen aus Sicht des Gerichts keine Zweifel. Bei Einlieferung in die Klinik der Beklagten zu 2 stand im Hinblick auf den vorzunehmenden Eingriff fest, dass es mindestens fÃ¼r 24Â Stunden der intensivmedizinischen Behandlung und Ã□berwachung bedurfte. Der Versicherte wurde vor und nach dem Eingriff intensivmedizinisch betreut. Nach der Behandlungsprognose im Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung lag der Beginn eines stationÃ¤ren Aufenthalts vor. Dass sich spÃ¤ter herausstellte, dass keine solchen BettenkapazitÃ¤ten in der Klinik der Beklagten zuÂ 2 bestanden, Ã¤ndert hieran nichts.

DarÃ¼ber hinaus belegen die AusfÃ¼hrungen der SachverstÃ¤ndigen und die

Dokumentation der Behandlung im Klinikum der Beklagten zuÂ 2 auch, dass die Gesamtverantwortung fÃ¼r die Behandlung des Versicherten von der Klinik der Beklagten zuÂ 1 auf die Klinik der Beklagten zuÂ 2 Ã¼berging und allein den dort tÃ¤tigen Ãrzten die Entscheidung Ã¼ber das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen oblag. Von einer Art Auftragsleistungen kann bei der interventionellen Rekanalisation der Arterie mit Stentimplantation schon deshalb nicht ausgegangen werden, weil in der Klinik der Beklagten zuÂ 1 solche Eingriffe mangels personeller und sachlicher Ressourcen nicht durchgefÃ¼hrt werden kÃ¶nnen und daher keine Instruktion und Ãberwachung fremder Dienstleistungserbringung mÃ¶glich ist. Die DurchfÃ¼hrung dieses Eingriffs besitzt zudem nicht lediglich einen unterstÃ¼tzenden und ergÃ¤nzenden Charakter, wie es bei vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach Â§Â 2 Abs.Â 2 SatzÂ 2 Nr.Â 2 KHEntgG erforderlich wÃ¤re.

Ferner wird es auch aus eigenem wirtschaftlichen Interesse der Klinik hinsichtlich der VergÃ¼tung der Leistungen als fernliegend erachtet, dass die Beklagte zuÂ 2 nur eine Art Auftragsleistung fÃ¼r die Beklagte zuÂ 1 erbringen sollte. Vielmehr war die Aufnahme ex ante auf einen nicht nur wenige Stunden umfassenden Aufenthalt gerichtet, der zumindest zunÃ¤chst auf der Intensivstation erfolgen musste.

e) Zudem kann von einem Verbleib der Gesamtverantwortung des abgebenden Krankenhauses bei einer Auftragsleistung eines Dritten kann nur ausgegangen werden, soweit das abgebende Krankenhaus in der Lage ist, zu jedem Zeitpunkt des Leistungsgeschehens in rechtlich relevanter Weise hierauf Einfluss nehmen zu kÃ¶nnen, was in der Regel durch ein vertragliches VerhÃ¤ltnis oder ein anderes â rechtliches Bandâ geschieht. HierfÃ¼r bedarf es eines klaren Einzelauftrags des abgebenden an das aufnehmende Krankenhaus (so insgesamt: LSG Saarland, Urteil vom 22. August 2012Â â L 2 KR 118/09Â â, Rn.Â 31Â f., juris). Hieran fehlt es im vorliegenden Fall.

f) Hinzu kommt die folgende â die vorliegende Entscheidung selbststÃ¤ndig tragende â ErwÃ¤gung: Trotz zeitnaher Verlegung in ein anderes Krankenhaus genÃ¼gt auch bereits eine kurzzeitige Notfallbehandlung fÃ¼r eine konkludente stationÃ¤re Aufnahme i.Â S.Â v. Â§Â 39 SGBÂ V. Nach eigener PrÃ¼fung schlieÃt sich das Gericht der neueren Rechtsprechung des Bundessozialgerichts und der Korrektur der Rechtsprechung nach dem sog. Schockraum-Urteil hier an (BSG, Urteil vom 29. August 2023Â â B 1 KR 15/22 RÂ â, Rn. 17Â ff.). Die konkludente stationÃ¤re Aufnahme eines Versicherten liegt bei seiner kurzzeitigen Notfallbehandlung und nachfolgender zeitnaher Verlegung in ein anderes Krankenhaus dann vor, wenn der Einsatz der krankenhausspezifischen personellen und sÃ¤chlichen Ressourcen im erstangegangenen Krankenhaus eine hohe IntensitÃ¤t aufweist (ebd.). Ob der Aufenthalt auf kurative Behandlung ausgerichtet war, spielt keine entscheidende Rolle. Die Notfallbehandlung auf einer Schlaganfallstation begrÃ¼ndet eine stationÃ¤re Aufnahme, weil sie ihre MÃ¶glichkeiten einer umfangreichen Diagnostik und mit daraus abzuleitenden Handlungsentscheidungen auf der Grundlage von hohem Fachwissen und Erfahrung geprÃ¤gt ist und ein jederzeit verfÃ¼gbaren Behandlungsteams aus erfahrenen FachÃ¤rzten und gut ausgebildeten FachkrÃ¤ften aufweist sowie mit einer

Intensivstation vergleichbar ist (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 23). Die besonderen Mittel des Krankenhauses werden â□□ wenn auch nur einen kurzen Zeitraum â□□ in einem intensiven und erheblichen Umfang in Anspruch genommen (vgl. Terminsbericht zu BSG, Urteil vom 20. MÃ¤rz 2024 â□□ BÂ 1 KRÂ 37/22Â R â□□).

g) Nach der EinschÃ¤tzung beider SachverstÃ¤ndiger sind zumindest diese Kriterien fÃ¼r eine solche kurzzeitige Notfallbehandlung erfÃ¼llt, die auf intensiven Mitteleinsatzes als stationÃ¤rer Aufenthalt zu betrachten ist. Auch hierzu sind ihre AusfÃ¼hrungen nachvollziehbar und weisen keine LÃ¼cken oder WidersprÃ¼che auf. FÃ¼r den Versicherten bestand die medizinische Notwendigkeit, umgehend eine interventionelle Rekanalisation der Arterie mit Stentimplantation durchzufÃ¼hren, um die Blutversorgung des Gehirns sicherzustellen und dauerhafte SchÃ¤den zumindest gering zu halten. Auch fand wÃ¤hrend des Aufenthalts in der Klinik der Beklagten zuÂ 2 durchgehend eine intensivmedizinsiche Betreuung statt.

h) Die von der KlÃ¤gerin im Ã□brigen vorgetragenen EinwÃ¤nde gegen die Aufnahme zur stationÃ¤ren Behandlung in der Klinik der Beklagten zuÂ 2 und das Vorliegen einer Verlegung greifen nicht durch.

(1) Soweit in der Patientendokumentation von einer ambulanten Behandlung gesprochen wird, kann diese Bezeichnung nicht Ã¼ber die Einordnung der MaÃ□nahme entscheiden. Ausschlaggebend sind vielmehr die vorgenommenen MaÃ□nahmen, die eine stationÃ¤re Aufnahme und eine Verlegung begrÃ¼nden. Dies gilt umso mehr, als der Behandlungsvertrag in Anbetracht des Zustands des Versicherten gar nicht auf einer AufklÃ¤rung und Beratung des beruhen und unterzeichnet werden konnte. Dieser Umstand spricht eher fÃ¼r eine rein â□□pro formaâ□□ erfolgte BeifÃ¼gung der Vertragsunterlagen zur Patientendokumentation.

(2) Auch die RÃ¼ckverlegung in ein Krankenhaus mit niedrigerer Versorgungsstufe begegnet keinen Bedenken. In einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem kann die Verlegung aus einem Krankenhaus einer hÃ¶heren Stufe (insbesondere Spezialklinik oder Maximalversorger) in ein Krankenhaus einer niedrigeren Stufe (insbesondere Krankenhaus der Grund- oder Regelversorgung) aus Ã¼bergeordneten GrÃ¼nden der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der BevÃ¶lkerung mit KrankenhÃ¤usern gerechtfertigt sein, wenn und soweit es zur Behandlung der oder des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der hÃ¶heren Stufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen VersorgungskapazitÃ¤ten fÃ¼r andere Patienten benÃ¶tigt werden (BSG, Urteil vom 7. MÃ¤rz 2023 â□□ B 1 KR 4/22 R â□□, Rn. 44, juris). Dies ist hier der Fall. Es ist im Interesse aller Versicherten zweckmÃ¤Ã□ig und damit â□□ bezogen auf die Gesamtkosten der Krankenhausversorgung â□□ auch wirtschaftlich, eine nur fÃ¼r spezielle Erkrankungen und Behandlungen erforderliche besondere personelle und apparative Ausstattung nicht flÃ¤chendeckend in sÃ¤mtlichen KrankenhÃ¤usern vorzuhalten, sondern nur konzentriert in spezialisierten KrankenhÃ¤usern (BSG, a.Â a.Â O., Rn.Â 45 m.Â w.Â N.). Damit beruht die RÃ¼ckverlegung auch auf

medizinischen GrÃ¼nden. Dass auch nach dem Eingriff eine stationÃ¤re Behandlung veranlasst war, lag â□□ wie bereits dargestellt â□□ auf der Hand. KapazitÃ¤tsbedingt konnte die Beklagte zuÂ 2 diese Behandlungen nicht erbringen.

(3) Soweit sich die KlÃ¤gerin auf die Fallpauschalenvereinbarung fÃ¼r das Jahr 2019 stÃ¼tzt, kann dies jedenfalls an diesen ErwÃ¤gungen nichts Ã¤ndern. Der Aufenthalt des Versicherten in der Klinik der Beklagten zuÂ 2 erfÃ¼llt â□□ wie ausgefÃ¼hrt â□□ die in der aktuellen Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen der Aufnahme zu einem stationÃ¤ren Aufenthalt und zur aus medizinischen GrÃ¼nden notwendigen Verlegung.â□□â□□â□□â□□â□□â□□â□□

i) Es kann dahinstehen, inwieweit die KlÃ¤gerin bei der Begleichung der Rechnung der Aâ□¦. Flugrettung auf eine fremde Forderung geleistet hat und damit bewusst und zweckgerichtet fremdes VermÃ¶gen vermehrt hat. Dies erscheint zweifelhaft, weil sich aus den von der KlÃ¤gerin vorgelegten Unterlagen ergibt, dass auf die Rechnung im Jahr 2019 bereits eine Zahlung erfolgte. Die Leistungspflicht der KlÃ¤gerin hat sie erst im Jahr 2020 gegenÃ¼ber den Kliniken thematisiert. Diesem Aspekt muss indes nicht weiter nachgegangen werden, weil â□□ wie dargelegt â□□ die KlÃ¤gerin selbst gegenÃ¼ber den Lufttransportunternehmen leistungsverpflichtet war.

Â

Die Klage war daher in vollem Umfang abzuweisen.

Â

4. Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit Â§ 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO). Die Festsetzung des Streitwerts ergibt sich aus Â§ 197a Abs. 1 Satz 1 SGG in Verbindung mit Â§ 63 Abs. 2 Satz 1, Â§ 52 Abs. 1 und 3 Gerichtskostengesetz (GKG).

Erstellt am: 25.07.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024