
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	20.02.2001

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	21.02.2002
-------	------------

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 (BPfV) 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 KlÄ¼gerin beantragt,
die Revision zurÄ¼ckzuweisen.

II

Die Revision ist zulÄ¼ssig, insbesondere liegen die Voraussetzungen der
Sprungrevision vor. Die Sprungrevision ist vom SG durch Beschluss vom 3. April
2001 zugelassen worden ([Ä¼ 161 Abs 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)). An diese
Zulassung ist der Senat gebunden ([Ä¼ 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 Ä¼ 161 Nr 4](#); [BSGE
51, 23](#), 26 ff = [SozR 1500 Ä¼ 161 Nr 27](#)).

Die Revision ist auch begrÄ¼ndet; das Urteil des SG war abzuÄ¼ndern und die
Klage abzuweisen. Die KlÄ¼gerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf
Erstattung der von ihr beglichenen Krankentransportkosten.

Dahinstehen kann, ob der Streitgegenstand privat- oder Ä¼ffentlich-rechtlicher
Natur ist. Da evtl AnsprÄ¼che der KlÄ¼gerin vor dem 31. Dezember 1999
entstanden wÄ¼ren, kommt Ä¼ 69 Satz 2 â¼ 4 SGB V idF des
Gesundheitsreformgesetzes 2000 vom 22. Dezember 1999 ([BGBl I, 2626](#)), der die
Rechtsbeziehungen der KK zu den KrankenhÄ¼usern ausschlie¼lich dem
Ä¼ffentlichen Recht zuordnet und am 1. Januar 2000 in Kraft getreten ist, nicht zur
Anwendung. In Betracht kommen hier nur privatrechtliche AnsprÄ¼che aus
GeschÄ¼ftsÄ¼hrung ohne Auftrag oder ungerechtfertigter Bereicherung; auf
Ä¼ffentlich-rechtliche AnsprÄ¼che dieser Art sind die RechtsgrundsÄ¼tze der [Ä¼Ä¼
677 ff BGB](#) bzw der [Ä¼Ä¼ 812 ff BGB](#) als Ausdruck allgemeiner Rechtsgedanken
entsprechend anzuwenden ([BSGE 85, 110](#), 114 = [SozR 3-2500 Ä¼ 60 Nr 4](#); [BSG
SozR 3-2500 Ä¼ 75 Nr 11](#); [BSGE 86, 1](#), 4 = [SozR 3-7610 Ä¼ 683 Nr 4](#); [BSGE 67, 100](#),
101 = [SozR 3-7610 Ä¼ 683 Nr 1](#); Engelmann in von Wulffen, SGB X, 4. Aufl 2001, Ä¼
88 RdNr 20; Palandt, 61. Aufl 2002, Einf vor Ä¼ 677 RdNr 13 ff bzw Ä¼ 812 RdNr 20).

Der Erstattungsanspruch aus den [Ä¼Ä¼ 683, 670 BGB](#) setzt voraus, dass ein fremdes
GeschÄ¼ft gefÄ¼hrt worden ist. Der Anspruch auf Wertersatz nach den [Ä¼Ä¼ 812,
818 Abs 2 BGB](#), verlangt, dass eine fremde Verbindlichkeit erfÄ¼llt worden ist ([Ä¼
267 BGB](#)), und zwar ohne Vorliegen eines Rechtsgrunds. Die Voraussetzungen
beider Anspruchsgrundlagen liegen nicht vor. Die KlÄ¼gerin hat mit ihrer Leistung,
der Bezahlung der Transportrechnung, ein objektiv eigenes GeschÄ¼ft gefÄ¼hrt und
nicht die Beklagte von einer Verbindlichkeit befreit, sondern vielmehr eine eigene
Verbindlichkeit erfÄ¼llt.

Hinsichtlich des Leistungsanspruches des Versicherten bestimmt [Ä¼ 60 Abs 1 Satz 1
SGB V](#), dass die KK die Kosten nach den AbsÄ¼tzen 2 und 3 fÄ¼r eine Krankenfahrt
des Versicherten Ä¼bernimmt, 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 Räumlichkeiten 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 Â§ 60 Nr 3](#) und für die entsprechende Regelung nach Â§ 194 Abs 1 Reichsversicherungsordnung (RVO) aF; [BSGE 55, 37, 38 ff](#) = [SozR 2200 Â§ 194 Nr 10](#); [BSGE 48, 139](#), 140 f = [SozR 2200 Â§ 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 Krankenkasse 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 geringsten Kosten dient. In der Vergangenheit wurde eine derartige Verlegung vom teureren operierenden zum billigeren nachsorgenden Krankenhaus auch stets als medizinisch notwendig in [Â§ 60 Abs 1 SGB V](#) (bzw [Â§ 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 Einföhrung der Fallpauschalen durch Â§ 17 Abs 2a Krankenhausfinanzierungsgesetz idF des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I, 2266](#)) und die BPfIV vom 26. September 1994 ([BGBl I, 2750](#) â hier maÃgeblich idF vom 17. April 1996, [BGBl I, 619](#)) hat sich die Rechtslage fr Verlegungen dieser Art entgegen der Auffassung des SG nicht geÃndert. Nach [Â§ 14 Abs 5 Satz 1 Nr 1 BPfIV](#) wird bei Verlegung eines Patienten vor Abschluss eines bestimmten Behandlungsfalles nicht mit einer Fallpauschale, sondern mit Abteilungs- und BasispflegesÃtzen sowie Sonderentgelten ([Â§ 14 Abs 2, 3 BPfIV](#)) abgerechnet. Dies gilt nach Satz 2 und 3 derselben Vorschrift allerdings nicht bei Verlegungen im Rahmen einer Zusammenarbeit zwischen mehreren KrankenhÃusern; in diesem Fall wird vielmehr eine Fallpauschale zu Grunde gelegt und von demjenigen Krankenhaus berechnet, das die fr die Fallpauschale maÃgebende Behandlung (hier: die Bypassoperation) erbracht hat, und zwischen den beteiligten KrankenhÃusern untereinander aufgeteilt. Erst in dem durch Gesetz vom 23. Juni 1997, [BGBl I, 1520](#) eingefhrt und daher fr die hier bereits im MÃrz 1997 durchgefhrte Operation noch nicht maÃgeblichen â [Â§ 14 Abs 11 Satz 1 BPfIV](#) wird nunmehr eine "auf Dauer angelegte Zusammenarbeit" zwischen den beteiligten KrankenhÃusern verlangt.

Ãber die Transportkosten fr eine Verlegung trifft die BPfIV nach wie vor keine Regelung; sie erklÃrt sie insbesondere nicht als mit der Fallpauschale abgegoltene Leistung der beteiligten KrankenhÃuser. Die KlÃgerin 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 KrankenhÃusern, 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 Einfhrung der Fallpauschalen aufgekommen, vom Gesetzgeber und den KK gebilligt worden und nach der Einfhrung der Fallpauschalen fortgefhrt worden ist. Insofern unterscheidet sich diese Fallgestaltung von einer sog Verbringung, bei der das Krankenhaus im Rahmen eines stationÃren Aufenthalts die Leistung externer Dritter in Anspruch nimmt; diese Kosten werden durch die Krankenhausvergtung abgegolten ([Â§ 2 Abs 2 Satz 2 Nr 2 BPfIV](#)). Der Krankentransport zur Weiterbehandlung in einem anderen Krankenhaus ist auch nach der Einfhrung der Fallpauschalen nach [Â§ 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 KlÃgerin kann auch nicht geltend machen, die weitere Nachsorge hÃtte wenigstens in einem nÃher gelegenen Allgemeinkrankenhaus durchgefhrt werden knnen, sodass jedenfalls der grÃte 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 WohnortnÃhe allein wÃrde dazu auch nicht ausreichen (vgl [BSGE 83, 285, 287 = SozR 3-2500 Â§ 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 AllgemeinkrankenhÃusern erreicht werden knnen, wie die

Beklagte geltend macht. Die Verpflichtung der KIÄrgerin, 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 â□□ auch ohne ausdrÄckliche vertragliche Vereinbarungen in RahmenvertrÄgen oder Rahmenempfehlungen nach Â§ 112 SGB V oder in Regelungen, wie sie fÄr den vertragsÄrztlichen Bereich die Krankentransport-Richtlinien vorsehen â□□ der Krankenhausarzt Äber Notwendigkeit und Art der BefÄrderung entscheidet und dabei als Vertreter der KK den BefÄrderungsvertrag mit dem Krankentransportunternehmen abschlieÄt. Auch wenn im Hinblick auf die Landesgrenzen Äberschreitende Behandlung besondere vertragliche Abmachungen zwischen der KIÄrgerin und der Beklagten fehlen, steht dies einer wirksamen BevollmÄchtigung des Krankenhausarztes nicht entgegen; diese kann auch durch schlÄssiges Verhalten erfolgen. Wer es duldet, dass ein anderer fÄr 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, Â§ 173 RdNr 9). Der Krankenhausarzt durfte sich fÄr berechtigt halten, den Transport anzuordnen. Die KIÄrgerin hatte die Behandlung in der Klinik der Beklagten ohne Vorbehalt in der KostenÄbernahmeerklÄrung 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 durchgefÄhrt werden sollte. Sofern die KIÄrgerin mit dieser Verfahrensweise im Hinblick auf die Entfernung des Krankenhauses nicht einverstanden war, hÄtte sie dies angesichts ihrer bisherigen Praxis dem Krankenhaus gegenÄber frÄhzeitig und unmissverstÄndlich zum Ausdruck bringen mÄssen. Dies ist nicht geschehen, obwohl spÄtestens bei dem Antrag auf Genehmigung der Krankenhausbehandlung dazu Gelegenheit bestanden hatte.

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

Erstellt am: 26.08.2003

Zuletzt verÄndert am: 20.12.2024