

L 5 KR 522/22

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5.
1. Instanz
SG Reutlingen (BWB)
Aktenzeichen
S 1 KR 3340/ 18
Datum
08.01.2020
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 522/22
Datum
27.07.2022
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Rettungsdienstleister haben gegenüber der Krankenkasse Anspruch auf Vergütung von medizinisch notwendigen Krankentransporten von Versicherten, die bei stationärer Behandlung von einer zu anderen Betriebsstätte eines Krankenhauses verbracht werden.
2. Fahrten zwischen verschiedenen Betriebsstätten eines Krankenhauses sind keine Verlegungsfahren i.S.d. [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) 2. Halbsatz 1 SGB V. Bei den einzelnen Betriebsstätten eines Krankenhauses, das als Ganzes in den Krankenhausplan eingetragen ist, und das nur über ein Direktorium und ein Institutskennzeichen nach [§ 293 SGB V](#) verfügt, handelt es sich nicht um ein "anderes" Krankenhaus im Sinne dieser Norm.

Revision anhängig [B 3 KR 15/22 R](#)

Die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 08.01.2020 wird zurückgewiesen.

Die Beklagte trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens, mit Ausnahme der außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen, die diese selbst trägt.

Die Revision wird zugelassen.

Der Streitwert des Berufungsverfahrens wird endgültig auf 265,02 € festgesetzt.

Tatbestand

Im Streit steht die Vergütung von Krankentransportleistungen im Zeitraum vom 12.11.2015 bis 30.12.2015.

Die Klägerin, eine Tochtergesellschaft des Kreisverbandes V-S des Deutschen Roten Kreuzes (DRK), erbringt als gesetzlicher Leistungsträger im Sinne des § 2 des Rettungsdienstgesetzes Baden-Württemberg (RDG) Leistungen der Notfallrettung und aufgrund einer Genehmigung nach [§ 15 RDG](#) qualifizierte Krankentransportleistungen im S-B-Kreis. Unter dem 22.08.2014 schlossen die Klägerin und die beklagte Krankenkasse eine ab dem 01.10.2014 gültige Vereinbarung zur Vergütung von Krankentransporten, wonach als Grundpauschale je Krankentransport und Patient 64,35 € vereinbart waren. Die Laufzeit der Vereinbarung war befristet bis 30.09.2015, hatte aber nach § 2 bis zum Abschluss einer neuen Benutzungsentgeltvereinbarung weiterhin Gültigkeit; die Folgevereinbarung vom 26.10.2015 trat am 01.01.2016 in Kraft. In einer ab 01.01.2015 gültigen weiteren Vereinbarung vom 11.12.2015 vereinbarten die Klägerin und die Beklagte für die Benutzung des Rettungswagens ein Benutzungsentgelt in Höhe von 76,17 €. Der Bereichsausschuss für den Rettungsdienst im Rettungsdienstbereich S-B-Kreis beschloss ab 01.01.2015 ein vorläufiges Leitstellenvermittlungsentgelt nach [§ 6 Abs. 3 RDG](#) in Höhe von 20,05 €.

Die Beigeladene, eine juristische Person in der Rechtsform einer GmbH, ist Trägerin des S-B-Klinikums in V-S, das über eine weitere Betriebsstelle in D verfügt und als Plankrankenhaus gemäß [§ 108 Nr. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) zur Versorgung gesetzlich

Krankenversicherter zugelassen ist. Die beiden Standorte in V-S und D liegen je nach Fahrtstrecke ca. 17 bis 20 km auseinander. Eine Doppelvorhaltung von Fachabteilungen findet nicht statt; diese sind entweder in V-S oder in D angesiedelt. Hervorgegangen ist das S-B-Klinikum aus dem Zusammenschluss des Klinikums der Stadt V-S und dem Kreisklinikum S-B. Der Standort D verfügt nicht über ein eigenes Institutionskennzeichen nach [§ 293 SGB V](#).

Am 12.11.2015 und am 18.12.2015 transportierte die Klägerin die Versicherten der Beklagten S1 und S2 jeweils vom Standort der Beigeladenen in V-S zum Standort der Beigeladenen in D und stellte hierfür der Beigeladenen jeweils 84,40 € in Rechnung. Der Rechnungsbetrag setzte sich aus der Grundpauschale für den Krankentransport in Höhe von 64,35 € zzgl. Leitstellenvermittlungsentgelt in Höhe von 20,05 € zusammen. Am 30.12.2015 transportierte die Klägerin den Versicherten der Beklagten B vom Standort der Beigeladenen in D zum Standort der Beigeladenen in V-S und stellte der Beigeladenen hierüber 96,22 € in Rechnung. Neben dem Leitstellenvermittlungsentgelt setzte die Klägerin 76,17 € für die Benutzung des Rettungswagens an. Alle drei Patienten kehrten nicht am selben Tag zum Ausgangsort zurück, sondern wurden in den Standorten D bzw. V-S stationär weiterbehandelt. Die Krankentransporte wurden jeweils von der Beigeladenen bei der Leitstelle angefordert und von Ärzten der Beigeladenen verordnet, wobei in den Fällen der Versicherten S1 und S2 als Beförderungsmittel ein Krankentransportwagen und im Fall des Versicherten B ein Rettungswagen angekreuzt waren (Bl. 104 ff. SG-Akte, Rückseiten).

Die Beigeladene zahlte die Rechnungsbeträge unter Vorbehalt an die Klägerin. Abweichend von der bisherigen Praxis sei die Beigeladene zu der Auffassung gelangt, dass sie nicht für die Kosten des Transports der Patienten zwischen den beiden Standorten aufzukommen habe, weil es sich um Verlegungsfahrten im Sinne des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) handle, für die die Beklagte aufzukommen habe. Sie stütze sich hierbei auf ein Schreiben des Sozialministeriums Baden-Württemberg (SM) vom 05.11.2015, in dem diese Rechtsansicht vertreten werde. Die Beigeladene forderte in der Folgezeit die aus ihrer Sicht zu Unrecht bezahlten Beträge wieder von der Klägerin zurück. Die Klägerin beglich die Rückforderungen, nachdem das Amtsgericht Villingen-Schwenningen (I [C 85/17](#)) eine Musterklage gegen die Beigeladene mangels zivilrechtlicher Rechtsbeziehungen abgewiesen und das Landgericht Konstanz (C 61 S 57/17) die Berufung gegen dieses Urteil zurückgewiesen hatte.

Die Klägerin stellte daraufhin der Beklagten die Krankentransportleistungen unter Fristsetzung bis zum 26.07.2018 bzw. 24.11.2018 in Rechnung (Rechnungen vom 25.06.2018 und 25.10.2018). Die Beklagte beglich die Beträge von insgesamt 265,02 € bis zuletzt nicht.

Am 17.12.2018 hat die Klägerin beim Sozialgericht Reutlingen (SG) Klage mit dem Begehren erhoben, die Beklagte zur Zahlung des streitgegenständlichen Betrages in Höhe von 265,02 € nebst Zinsen hieraus zu verurteilen. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen vorgetragen, die von ihr erbrachten Transporte fielen in die Leistungspflicht der Beklagten. Bei Transporten zwischen zwei Krankenhäusern sei zu unterscheiden, ob die Patienten hierdurch verlegt oder nur verbracht würden. Eine Verlegung sei dadurch gekennzeichnet, dass der Patient im Anschluss an den Transport in das Zielkrankenhaus eingegliedert werde. Entscheidend sei, dass der Patient so in die stationären Abläufe des aufnehmenden Krankenhauses integriert werde, dass die Gesamtverantwortung für die Behandlung vollständig vom Ausgangskrankenhaus auf das Zielkrankenhaus übergehe. Dies sei stets dann der Fall, wenn der Patient - wie hier - im Anschluss an den Transport im Zielkrankenhaus stationär aufgenommen werde. Bei einer Verbringung werde der Patient hingegen nur zum Zweck einer kurzfristigen Unterstützungsmaßnahme an einen anderen Ort gebracht, um nach Abschluss der Maßnahme noch am selben Tag an den Ausgangsort zurückzukehren. Die Versicherten seien hier am Zielort stationär aufgenommen und während ihres längeren Aufenthalts in die dortigen Betriebsabläufe eingegliedert worden. Insbesondere seien sie nicht noch am selben Tag zum Ausgangspunkt zurückgekehrt. Der Transport sei aus zwingenden medizinischen Gründen erfolgt, da die Patienten im abgebenden Krankenhaus nicht ausreichend fachgerecht hätten behandelt werden können. Bei den Kliniken in V-S und in D handle es sich jeweils um ein „anderes Krankenhaus“. Eine streng formalisierte Betrachtungsweise überzeuge nicht. So kenne das Krankenversicherungsrecht nicht einen formalen, sondern auch einen funktionalen Krankenhausbegriff. Nicht selten zufällige Bezeichnungen in der Krankenhausplanung seien ein kaum sachgerechtes Kriterium, um über die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen zu entscheiden. Dies zeige sich etwa aus dem einschlägigen Bereichsplan für den Rettungsdienst nach [§ 3 Abs. 3 RDG](#), in dem die beiden von der Beigeladenen betriebenen Kliniken jeweils separat mit ihren jeweiligen Fachabteilungen ausgewiesen seien. Weder aus [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) noch aus [§ 107 Abs. 1 SGB V](#) ergebe sich, dass verschiedene Krankenhäuser nur dann vorliegen könnten, wenn sie von unterschiedlichen Rechtsträgern betrieben werden. Entscheidend seien für die Auslegung des Begriffs „anderes Krankenhaus“ Sinn und Zweck der Vorschrift des [§ 60 SGB V](#). Diese Regelung unterstelle bestimmte Fahrten der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen. Damit solle die Inanspruchnahme einer medizinisch erforderlichen Hauptleistung sichergestellt werden. Im Ergebnis seien die beiden Standorte der Beigeladenen in V-S und D jeweils wechselseitig als anderes Krankenhaus gemäß [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) zu bewerten. Gerade ihre arbeitsteilige Organisation bedinge, dass es sich um eigenständige Standorte mit jeweils unabhängigen Betriebsabläufen handle. Auch räumlich seien sie nicht verbunden, sondern würden etwa 20 km voneinander entfernt liegen. Ungeachtet dessen sei die Beklagte schon deshalb zur Zahlung verpflichtet, weil die Transporte zu ihren Lasten verordnet worden seien. Aufgrund ihrer Funktion und Stellung im System der gesetzlichen Krankenversicherung seien Krankenhausärzte dazu ermächtigt, zu Lasten der Krankenkassen gesetzlich vorgesehene Leistungen zu veranlassen. Die Krankenkassen müssten sich das Handeln der Ärzte zurechnen lassen. So sei der Krankenhausarzt insbesondere auch befugt, Kranken- und Rettungstransporte zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen zu verordnen. Umgekehrt sei die Beklagte verpflichtet, die verordneten Transporte zu vergüten, unabhängig davon, ob die materiellen Voraussetzungen der einschlägigen Leistungsnorm gegeben seien oder nicht. Sollte die Beklagte der Auffassung sein, dass sie in bestimmten Verordnungsfällen nicht zur Leistung verpflichtet gewesen sei, könne sie sich an den Arzt bzw. dessen Institution halten, der die Leistung verordnet habe. Schließlich handle die Beklagte rechtsmissbräuchlich, da sie seit nunmehr nahezu vier Jahren in voller Kenntnis des Sachverhalts dulde, dass Ärzte der Beigeladenen auf amtlichen Formularen Krankentransporte verordneten. Dabei könnte sie diese Verordnungen mit den Mitteln des Vertrags- und Aufsichtsrechts verhindern. Der Beklagten sei insbesondere bekannt und recht, dass sie nach den Vorgaben des RDG zur Durchführung der so verordneten Transporte gezwungen sei. Gleichzeitig aber verweigere sie die Bezahlung der so erzwungenen Transporte. Ihr Anspruch ergebe sich überdies aus der vom SM im Schreiben vom 04.07.2019 vertretenen Auffassung, der sie sich anschließe. Danach enthalte [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) einen Grundsatz, eine Ausnahme sowie eine Gegen Ausnahme. Sollte es sich bei den beiden Häusern der Beigeladenen jeweils um ein anderes Krankenhaus im Sinne der Vorschrift handeln, greife die Gegen Ausnahme, da die Transporte medizinisch notwendig gewesen seien. Handle es sich hingegen um ein Krankenhaus, bleibe es beim Grundsatz der Leistungspflicht der Krankenkassen bei stationären Leistungen nach dem 1. Halbsatz des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Im Übrigen ergebe sich die Leistungspflicht der Beklagten aus [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nrn. 2 und 3 SGB V](#). Die streitbefangenen Fahrten seien durchweg Rettungsfahrten und Krankentransporte gewesen.

Die Beklagte ist der Klage entgegentreten. Zur Begründung hat sie im Wesentlichen ausgeführt, die Voraussetzungen des [§ 60 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB V](#) seien nicht erfüllt, da es sich bei den Krankentransporten zwischen den Betriebsstätten der Beigeladenen in V-S und D nicht um eine Verlegung in ein anderes Krankenhaus im Sinne dieser Vorschrift handele. Vielmehr seien die erfolgten Krankentransporte als Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses einzustufen, da das von der Beigeladenen betriebene Krankenhaus in seiner Gesamtheit ein (einheitliches) Krankenhaus darstelle. Aufgrund des Urteiles des Verwaltungsgerichtshofs Baden-Württemberg (VGH) vom 28.11.2000 ([9 S 1976/98](#)) habe das SM für den Landeskrankenhauseusschuss in Baden-Württemberg Entscheidungskriterien für die Ausweisung eines einheitlichen Krankenhauses mit mehreren Betriebsstellen im Krankenhausplan entwickelt. Die Rechtsprechung des VGH und die vom SM entwickelten Abgrenzungskriterien seien vom Landeskrankenhausesgesetz in der Fassung vom 29.11.2007 aufgegriffen worden. Danach würden mehrere Betriebsstellen eines Krankenhausträgers zusammen dann ein Krankenhaus im Sinne dieses Gesetzes bilden, wenn die Betriebsstellen organisatorisch und wirtschaftlich sowie fachlich-medizinisch eine Einheit bilden würden. Weiter werde vorgeschrieben, dass das Krankenhaus einheitlich unter Nennung der einzelnen Betriebsstellen in den Krankenhausplan des Landes aufgenommen werde. Dem Gedanken des einheitlichen Leistungserbringerstatus folge auch das SGB V, da dieses den sozialrechtlichen Leistungserbringerstatus an die Krankenhausplanungsrechtliche Zulassung des Krankenhauses koppele. Erfülle eine Einrichtung die Voraussetzungen eines zugelassenen Krankenhauses, so regle [§ 108 SGB V](#), dass diese Einrichtung die Krankenhausbehandlung im Sinne des [§ 39 SGB V](#) erbringen dürfe und damit über einen Status als Leistungserbringer verfüge. Werde eine Einrichtung als einheitliches Krankenhaus mit mehreren Betriebsstätten im Krankenhausplan ausgewiesen und erhalte einen entsprechenden Feststellungsbescheid, so führe dies dazu, dass dem einheitlich vorgegebenen Versorgungsauftrag auch ein einheitlicher Leistungserbringerstatus folge. Ausdruck finde dies auch durch Vergabe eines einheitlichen Institutionskennzeichens. Unter Heranziehung dieser Maßstäbe seien die Betriebsstandorte der Beigeladenen in V-S und in D keine eigenständigen Krankenhäuser im Sinne des [§ 107 Abs. 1 SGB V](#). Jeweils für sich erfülle der Klinikteil am Standort in V-S und der Klinikteil am Standort in D nicht den Krankenhausbegriff des [§ 107 Abs. 1 SGB V](#). Das Datenblatt für das S-B-Klinikum zeige, dass die von der Einrichtung angebotenen medizinischen Fachgebiete teilweise durch die Betriebsstelle D abgedeckt würden, sodass es sich bei der Betriebsstelle D um einen organisatorisch und wirtschaftlich unselbständigen Teil des S-B-Klinikums handle. Ferner spreche für eine fachlich-medizinische Einheit, dass die Betriebsstelle D nicht weit von dem eigentlichen Sitz des Krankenhauses in V-S entfernt liege, sodass eine einheitliche Betriebsführung noch möglich sei. Auch die Zuweisung nur eines Institutionskennzeichens stelle klar, dass es sich bei dem S-B-Klinikum um ein einheitliches Krankenhaus mit einer weiteren Betriebsstätte handele. Zudem sei das S-B-Klinikum als Ganzes in den Krankenhausplan des Landes Baden- Württemberg aufgenommen. Fahrtkosten bei Verlegungen von einer Funktionseinheit des Krankenhauses zur nächsten Betriebsstätte im selben Krankenhaus seien nicht von der gesetzlichen Krankenversicherung zu tragen. Damit sei eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Transporten innerhalb eines Krankenhauses ausgeschlossen. Vielmehr seien die Transporte zwischen den Funktionseinheiten eines Krankenhauses als allgemeine Krankenhausleistungen durch Fallpauschalen abgegolten. Dieses Ergebnis werde auch dadurch unterstrichen, dass die Beigeladene die von der Klägerin erbrachten und der Beigeladenen in Rechnung gestellten Fahrten zwischen den Betriebsstätten in V-S und D bis Ende des Jahres 2015 selbst getragen habe. Ohne dass es danach eine gesetzliche Änderung gegeben habe, die zu einer rechtlichen Neubewertung ab dem Jahr 2016 Anlass gegeben hätte, weigere sich die Beigeladene nun auf einmal, die Kosten für Verlegungsfahrten selbst zu tragen.

Mit Beschluss vom 04.02.2019 hat das SG das Krankenhaus zum Rechtsstreit beigeladen.

Mit Urteil vom 08.01.2020 hat das SG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 265,02 € nebst Zinsen aus 180,62 € seit 27.07.2018 und aus 84,40 € seit 25.11.2018, jeweils in Höhe von fünf Prozentpunkten über dem jeweiligen Basiszinssatz zu zahlen. Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin habe einen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung der dieser in Rechnung gestellten Kosten für durchgeführte Transportleistungen. Zur Überzeugung der Kammer stehe fest, dass mit den hier streitgegenständlichen Transportleistungen der Klägerin Verlegungen von Patienten zwischen den Kliniken V-S und den Kliniken D bzw. umgekehrt erfolgt seien, die aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich gewesen seien. Zwischen den Beteiligten sei unstrittig, dass die streitgegenständlichen Transportleistungen aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig bzw. erforderlich gewesen seien. Erfordere das Krankheitsbild des Patienten - wie vorliegend - zwingend eine Behandlung in einer Fachabteilung, die am Ausgangskrankenhaus (Kliniken V-S oder Kliniken D) nicht vorhanden sei, sei eine Verlegung in das Zielkrankenhaus, das über eine entsprechende Fachabteilung verfüge (Kliniken D oder Kliniken V-S), aus medizinischen Gründen zwingend erforderlich. Nach Überzeugung der Kammer handele es sich bei den Kliniken V-S und den Kliniken D auch wechselseitig um „ein anderes Krankenhaus“, sodass mit den hier streitgegenständlichen Transporten eine Verlegung „in ein anderes Krankenhaus“ im Sinne des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) durchgeführt worden sei. Dabei verkenne die Kammer nicht, dass einerseits gemeinsame Trägerin der Kliniken V-S und der Kliniken D die Beigeladene sei, andererseits lediglich das S-B-Klinikum, nicht aber die Kliniken V-S und die Kliniken D in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommen worden seien. Auch besitze lediglich das S-B-Klinikum, nicht aber die Kliniken V-S und die Kliniken D, ein Institutionskennzeichen nach [§ 293 SGB V](#), wie aus dem von der Beklagten vorgelegten Datenblatt zu ersehen sei. Bei einer rein formalen Betrachtungsweise würde es sich bei den Kliniken V-S und den Kliniken D nicht um zwei verschiedene Krankenhäuser handeln. Diese rein formale Betrachtungsweise, wie sie auch vom Sozialgericht Dortmund im Urteil vom 21.07.2009 ([S 8 KR 89/08](#)) zur Anwendung gekommen sei, überzeuge allerdings nicht, da sie den Sinn und Zweck der Vorschrift des [§ 60 SGB V](#) verkenne. Anders als das Sozialgericht Dortmund gehe die erkennende Kammer von einem an Sinn und Zweck der Vorschrift ausgerichteten „funktionalen“ Krankenhausbegriff in [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) aus. Die von der Klägerin erbrachten Transportleistungen stünden in einem unmittelbaren, untrennbaren Zusammenhang mit der erforderlichen Krankenhausbehandlung, die nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) durch die Krankenkasse als Sachleistung zu erbringen sei. Die Transportleistungen seien hier zwingend erforderlich gewesen, um das Ziel der Krankenhausbehandlung überhaupt erreichen zu können. Die von der Klägerin erbrachten Transportleistungen seien damit ebenso wie die hierfür entstandenen Kosten eine akzessorische Nebenleistung zu der als Sachleistung zu erbringenden Krankenhausbehandlung. Um das Ziel der Krankenhausbehandlung erreichen zu können, mache es keinen Unterschied, ob eine Verlegung eines Patienten in eine zu seiner Behandlung notwendige Fachabteilung eines im Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg aufgenommenen anderen Krankenhauses oder von einer Klinik eines in den Krankenhausplan aufgenommenen Krankenhauses in eine andere, räumlich entfernte Klinik dieses Krankenhauses erfolge, das im Unterschied zur „Ausgangsklinik“ über die zur Behandlung des Patienten notwendige Fachabteilung verfüge. Hierbei sei zu berücksichtigen, dass der Zusammenschluss der früher selbständigen Krankenhäuser V-S und D Ziel und Folge der Krankenhausplanung des Landes Baden-Württemberg gewesen sei. Aufgrund der darin vorgesehenen organisatorischen arbeitsteiligen Neustrukturierung des Krankenhauswesens in Baden-Württemberg entstünden damit zwangsläufig in vermehrtem Umfang Transportleistungen, die bei Vorhaltung aller Fachabteilungen in einem Krankenhaus jedenfalls im nunmehrigen Umfang nicht entstanden wären. Diese im Krankenhausplan angelegte Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft habe in Baden-Württemberg zu einer deutlichen Senkung der Zahl der zugelassenen Krankenhäuser geführt. Kehrseite dieser Reduzierung sei allerdings eine Zunahme von Transportleistungen, deren Kosten nach Auffassung

der Kammer als akzessorische Nebenleistung zur Hauptleistung „Krankenhausbehandlung“ als Sachleistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von den Krankenkassen übernommen werden müssten. Der Anspruch der Klägerin auf Vergütung der von ihr erbrachten Transportleistungen ergebe sich darüber hinaus auch aus der hier erfolgten Verordnung bzw. Veranlassung der Transportleistungen durch Ärzte der Beigeladenen. Die Ärzte hätten entsprechend § 2 Abs. 1 der Krankentransport-Richtlinien, dem für Vertragsärzte vorgesehenen Verordnungsvordruck Muster 4, aufgrund der von ihnen gesehenen medizinischen Notwendigkeit Transportleistungen verordnet und sich hierfür mangels eigener Beförderungsmöglichkeiten eines Dritten, hier der Klägerin, bedient. Durch die Entscheidung des Krankenhausarztes, Transportleistungen zu verordnen bzw. zu veranlassen, werde die Leistungspflicht der Krankenkasse begründet, die entstehenden Kosten für die Transportleistungen zu begleichen. Die Ansicht der Beklagten, die Verordnung der Krankenförderung dürfe nur durch Vertragsärzte auf dem hierfür vorgesehenen Vordruck Muster 4 erfolgen, stehe im Widerspruch zu § 15 Abs. 1 des Landesvertrages. Diese Vorschrift bestimme ausdrücklich, dass Beförderungen, die zu Lasten einer Krankenkasse notwendig seien, von einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit zu verordnen seien. Dabei seien die Krankentransport-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zu beachten und der darin vorgesehene Vordruck zu verwenden. Bei dem vorgesehenen Vordruck handele es sich nach § 2 Abs. 1 Satz 2 der Krankentransport-Richtlinien gerade um das für Vertragsärzte vorgesehene Muster 4. Wie aus der genannten Vorschrift des § 15 Abs. 1 des Landesvertrages zu ersehen sei, hätten die Krankenhausärzte bei der Verordnung von Krankenförderungen das Gebot der Wirtschaftlichkeit zu beachten. Hieraus folge, dass die Beklagte zwar verpflichtet sei, die ihr von der Klägerin in Rechnung gestellten Transportleistungen, die die Klägerin nach § 24 RDG nach Veranlassung durch Krankenhausärzte zu erbringen habe, zunächst zu begleichen. Sollte die Beklagte jedoch der Auffassung sein, verordnete Transportleistungen seien mangels zwingender medizinischer Gründe nicht notwendig gewesen, so stehe es ihr frei, beim verordnenden Krankenhausarzt bzw. beim Träger des jeweiligen Krankenhauses einen Anspruch auf Erstattung der hierfür entstandenen, von ihr beglichene Kosten geltend zu machen. Der geltend gemachte Zinsanspruch ergebe sich aus entsprechender Anwendung des § 286 Abs. 2 Nr. 1 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) i.V.m. § 288 Abs. 1 BGB.

Gegen das ihr am 21.01.2020 zugestellte Urteil, gegen das das SG die Berufung zugelassen hat, hat die Beklagte am 17.02.2020 Berufung beim Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg eingelegt (ursprünglich L 5 KR 570/20). Zur Begründung wiederholt sie im Wesentlichen ihre bisherige Argumentation. Die Voraussetzungen des § 60 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB V seien nicht erfüllt, da es sich bei den Krankentransporten zwischen den Betriebsstätten des S-B-Klinikums nicht um Verlegungen in ein anderes Krankenhaus im Sinne dieser Vorschrift handele. Es handele sich um Verlegungen innerhalb eines Krankenhauses. Die Betriebsstandorte des S-B Klinikum in V-S und in D seien keine eigenständigen Krankenhäuser im Sinne des § 107 Abs. 1 SGB V. Ein Versorgungsauftrag bestehe nur für das S-B Klinikum als Ganzes. Versorgungsauftrag und Leistungserbringerstatus seien aber über § 108 SGB V synchronisiert. Werde eine Einrichtung als einheitliches Krankenhaus mit mehreren Betriebsstätten im Krankenhausplan ausgewiesen und erhalte einen entsprechenden Feststellungsbescheid, so führe dies dazu, dass dem einheitlich vergebenen Versorgungsauftrag auch ein einheitlicher Leistungserbringerstatus folge. Hiervon könne auch im Rahmen des § 60 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 Nr. 1 SGB V nicht abgewichen werden. Eine andere Auslegung des § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V lasse sich nicht dadurch herleiten, dass es im Zuge der Neustrukturierung der Krankenhauslandschaft in Baden-Württemberg zu einer Reduzierung der Zahl von Krankenhäusern gekommen sei und dadurch möglicherweise Krankentransportleistungen zugenommen hätten. Für den Gesetzgeber hätte es bei den rechtspolitischen Fortschreibungen des SGB V mehrfach die Möglichkeit gegeben, den § 60 Abs. 2 Nr. 1 SGB V auf innerklinische Transporte auszuweiten. Da dies nicht erfolgt sei, könne nicht von einer unbewussten Regelungslücke ausgegangen werden. Schließlich lasse sich auch nicht aufgrund der „Verordnung“ der Krankentransporte durch den Krankenhausarzt eine Kostentragungspflicht der Beklagten ableiten. Es handele sich nicht um eine öffentlich-rechtliche Verordnung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V, so dass Regressansprüche über §§ 106 ff. SGB V ausschieden. Bei dem Begriff „Verordnung“ in § 15 Abs. 1 des Krankenhausbehandlungsvertrages handele es sich deshalb um einen untechnischen Begriff, so dass eine unrechtmäßig ausgestellte „Verordnung“ durch einen Krankenhausarzt keine Kostentragungspflicht der Krankenkasse auslöse. Vielmehr handelt es sich bei der „Verordnung“ von Krankenförderungen durch einen Krankenhausarzt um einen zivilrechtlichen Beförderungsauftrag des Krankenhauses gegenüber der Klägerin, der für die Beklagte keine Kostentragungspflicht auslöse.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 08.01.2020 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Ergänzend führt sie aus, aus dem Umstand, dass der Gesetzgeber etwas unterlassen habe, könne nicht in belastbarer Weise auf eine Intention geschlossen werden. Nach Sinn und Zweck des § 60 SGB V, den Transportanspruch auf medizinisch notwendige Transporte zu begrenzen, müsse der Begriff des „anderen Krankenhauses“ im vom SG dargelegten Sinne ausgelegt werden. Auch die zweite Begründung des SG, wonach die Kostentragungspflicht bereits aus den Verordnungen folge, überzeuge. Denn die Verordnung ziehe sehr wohl eine öffentlich-rechtliche Verpflichtung der Klägerin zur Durchführung des verordneten Transports nach sich. Diese Verpflichtung ergebe sich lediglich nicht aus dem öffentlich-rechtlichen Regelungskomplex „Vertragsarztrecht“ im SGB V, sondern aus dem (nicht weniger öffentlich-rechtlichen) § 24 Abs. 3 RDG. Es sei auch nicht nachvollziehbar, warum eine Verletzung der Verpflichtungen des Krankenhauses und seiner Ärzte aus § 15 Abs. 1 des Landesvertrages keine Regressmöglichkeiten der Beklagten eröffnen solle. Es bleibe zumindest die Regressmöglichkeit über eine Vertragsverletzung. Die Klägerin erfülle lediglich ihre gesetzlichen Transportpflichten und wolle das mit der Beklagten selbst ausgehandelte Entgelt in Rechnung stellen. Es gehe nicht an, sie lediglich wegen der Mühen eines Regresses beim Krankenhausträger auf den Kosten „sitzen zu lassen“ und in Insolvenzgefahr zu versetzen. Als Vertragspartnerin des Rahmenvertrages nach § 112 SGB V setze die Beklagte überdies selbst den Rechtsschein, wonach die Krankenhausärzte zur Verordnung von Verlegungsfahrten zu Lasten der Beklagten ermächtigt seien. Zumindest an diesem Rechtsschein müsse sie sich festhalten lassen.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt und sich nicht zur Sache geäußert.

Mit Beschluss vom 06.05.2021 hat der Senat mit Einverständnis der Beteiligten im Hinblick auf ein Parallelverfahren im 4. Senat (L 4 KR

569/20) das Ruhen des Verfahrens angeordnet. Nachdem die Beteiligten dort einen Unterwerfungsvergleich abgeschlossen hatten, wurde das hiesige Verfahren am 22.02.2022 von der Klägerin wieder angerufen.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte und die Akte des SG Bezug genommen.

Entscheidungsgründe

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beklagten ist zulässig und insbesondere statthaft, nachdem das SG die Berufung zugelassen hat, in der Sache jedoch nicht begründet.

Das SG hat die Beklagte (im Ergebnis) zu Recht zur Zahlung von 265,02 € zuzüglich Zinsen verurteilt. Die Klägerin hat mit der erhobenen (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) die richtige Klageart gewählt (vgl. zu Krankenhausstreitigkeiten BSG, Urteil vom 14.10.2014 - [B 1 KR 25/13](#) -, in juris). Es handelt sich um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, kein Vorverfahren durchzuführen und eine Klagefrist nicht zu beachten ist (vgl. zu Krankenhausstreitigkeiten BSG, Urteil vom 28.11.2013 - [B 3 KR 33/12 R](#) -, in juris).

Die Klägerin hat gegen die Beklagte Anspruch auf Zahlung von 265,02 € zuzüglich Zinsen.

Rechtsgrundlage für die von der Klägerin geltend gemachte Vergütung für die Krankentransporte zzgl. Leitstellenvermittlungsentgelt ist [§ 28 Abs. 4 Satz 4 RDG](#) i.V.m. den Entgeltvereinbarungen zwischen der Klägerin und der Beklagten sowie [§ 6 Abs. 3 RDG](#). Nach [§ 28 Abs. 4 Satz 4 RDG](#) werden für den Krankentransport die Benutzungsentgelte für den Rettungsdienstbereich zwischen den Kostenträgern im Sinne von [§ 5 Abs. 1 Satz 2 RDG](#) einheitlich und gemeinsam und den einzelnen Leistungserbringern vereinbart. Diese Vorschrift ist Ausfluss des landesrechtlichen Regelungsvorbehalts in [§ 133 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007 ([BGBl. I 378](#), gültig seit 01.07.2008). Danach schließen die Krankenkassen oder ihre Verbände Verträge über die Vergütung von Leistungen des Rettungsdienstes und über das Entgelt für andere Krankentransporte mit dafür geeigneten Einrichtungen oder Unternehmen, soweit Landesrecht nichts anderes bestimmt. Mit dieser Vorrangklausel für landesrechtliche Regelungen hat der Bundesgesetzgeber verdeutlicht, dass er von seiner aus [Art. 74 Abs. 1 Nr. 12](#) Grundgesetz (GG) folgenden Gesetzgebungskompetenz für das - der konkurrierenden Gesetzgebungszuständigkeit unterliegende - Recht der Sozialversicherung in diesem Bereich bewusst nicht umfassend Gebrauch gemacht hat, sodass die Landesgesetzgeber befugt waren, entsprechende Regelungen auf Landesebene zu erlassen (BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 7/07 R](#) -, in juris, Rn. 14). In Ausführung dieser Regelungskompetenz hat der Landesgesetzgeber von Baden-Württemberg [§ 28 Abs. 4 Satz 4 RDG](#) erlassen. Auf dieser Norm wiederum beruht die Vereinbarung zwischen der Klägerin und der Beklagten „zur Vergütung von Krankentransporten“ vom 22.08.2014, die als Grundpauschale je Krankentransport und Patient 64,35 € vorsieht. Dieses Benutzungsentgelt gilt nach Ziff. 3 der Vereinbarung auch, wenn der Krankentransport mit Fahrzeugen der Notfallrettung durchgeführt werden. Die Laufzeit der Vereinbarung war befristet bis 30.09.2015, hatte aber nach § 2 bis zum Abschluss einer neuen Benutzungsentgeltvereinbarung weiterhin Gültigkeit; die Folgevereinbarung vom 26.10.2015 trat erst am 01.01.2016 in Kraft. Nach Ziff. 2 der Vereinbarung vom 22.08.2014 ist zusätzlich zum Benutzungsentgelt das jeweils im Bereichsausschuss beschlossene Leitstellenvermittlungsentgelt abzurechnen. Nach [§ 6 Abs. 3 RDG](#) erhebt die Integrierte Leitstelle für die Vermittlung von Einsätzen in der Notfallrettung und im Krankentransport Entgelte bei den Leistungserbringern im Rettungsdienst; die Entgelte werden vom Bereichsausschuss jährlich festgelegt. Für das Jahr 2015 hatte der Bereichsausschuss für den Rettungsdienstbereich S-B-Kreis ein Vermittlungsentgelt in Höhe von 20,05 € vereinbart. In einer ab 01.01.2015 gültigen Vereinbarung vom 11.12.2015 vereinbarten die Klägerin und die Beklagte neben einem Kostenbudget für das Jahr 2015 ein Benutzungsentgelt für den Rettungswagen in der Zeit vom 01.12.2015 bis 31.12.2015 in Höhe von 76,17 € zzgl. Leitstellenvermittlungsentgelt.

Die Entstehung des Vergütungsanspruchs für Krankentransportleistungen korrespondiert mit einem entsprechenden Anspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Der Sachleistungsanspruch des Versicherten auf Krankentransportleistungen ergibt sich aus [§ 60 SGB V](#) (zur Qualifizierung als Sachleistungsanspruch s. BSG, Urteil vom 10.04.2008 - [B 3 KR 7/07 R](#) -, in juris, Rn. 15 m.w.N.), hier in der ab 23.07.2015 gültigen Fassung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes (GKV-VSG) vom 16.07.2015 ([BGBl. I 1211](#)). Nach [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) übernimmt die Krankenkasse nach den Absätzen 2 und 3 die Kosten für Fahrten einschließlich der Transporte nach [§ 133](#) (Fahrkosten), wenn sie im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig sind. Welches Fahrzeug benutzt werden kann, richtet sich nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall ([§ 60 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Krankenkasse übernimmt die Fahrkosten nach [§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) (1.) bei Leistungen, die stationär erbracht werden; dies gilt bei einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus nur, wenn die Verlegung aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich ist, oder bei einer mit Einwilligung der Krankenkasse erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus, (2.) bei Rettungsfahrten zum Krankenhaus auch dann, wenn eine stationäre Behandlung nicht erforderlich ist, (3.) bei anderen Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist (Krankentransport), (4.) bei Fahrten von Versicherten zu einer ambulanten Krankenbehandlung sowie zu einer Behandlung nach [§ 115a SGB V](#) oder [§ 115b SGB V](#), wenn dadurch eine an sich gebotene vollstationäre oder teilstationäre Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) vermieden oder verkürzt wird oder diese nicht ausführbar ist, wie bei einer stationären Krankenhausbehandlung. Soweit Fahrten nach [§ 60 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) von Rettungsdiensten durchgeführt werden, zieht die Krankenkasse die Zuzahlung in Höhe des sich nach [§ 61 Satz 1 SGB V](#) ergebenden Betrages je Fahrt von dem Versicherten ein ([§ 60 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#)). Als Fahrkosten werden bei der Benutzung eines Krankenkraftwagens oder Rettungsfahrzeuges, wenn ein öffentliches Verkehrsmittel, ein Taxi oder ein Mietwagen nicht benutzt werden kann, der nach [§ 133 SGB V](#) berechnungsfähige Betrag anerkannt ([§ 60 Abs. 3 Nr. 3 SGB V](#)).

Vorliegend handelte es sich nicht um Fahrten zu einer ambulanten Behandlung. Die Versicherten befanden sich in vollstationärer Behandlung, die am Zielstandort des Klinikums der Beigeladenen D bzw. V-S fortgeführt wurde. Vor Durchführung der Fahrten war deshalb keine Genehmigung der Beklagten einzuholen. Nur für Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung auf Grundlage der Krankentransport-Richtlinie des GBA ([§ 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) und für Fahrtkosten zu einer ambulanten Behandlung nach [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) besteht die Notwendigkeit der Einholung einer vorherigen Genehmigung der Krankenkasse; dies bestimmt der mit Wirkung zum 23.07.2015

eingefügte [§ 60 Abs. 1 Satz 4 SGB V](#) ausdrücklich. Für Fahrten, die im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung stehen, bedarf es daher keiner vorherigen Genehmigung der Krankenkasse (vgl. Waßler in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, 4. Aufl., [§ 60 SGB V](#), Stand: 03.01.2022, Rn. 111; BSG, Urteil vom 12.09.2012 - [B 3 KR 17/11 R](#) -, juris, Rn. 27 zu [§ 60 SGB V](#) in der bis 22.07.2015 gültigen Fassung).

Fahrten „bei“ stationären Behandlungen werden abschließend in [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) i.V.m. Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelt (BSG, Urteil vom 12.09.2012 - [B 3 KR 17/11 R](#) -, juris, Rn. 27). Für die Anwendung des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 3 SGB V](#) („andere Fahrten von Versicherten, die während der Fahrt einer fachlichen Betreuung oder der besonderen Einrichtungen eines Krankenkraftwagens bedürfen oder bei denen dies auf Grund ihres Zustandes zu erwarten ist“) auf Fahrten im Zusammenhang mit stationären Behandlungen besteht kein Raum und auch kein Bedarf. [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) impliziert die Notwendigkeit einer fachlichen Betreuung oder besonderen Einrichtung eines Krankenkraftwagens, wenn die Fahrt im Zusammenhang mit stationären Leistungen erbracht wird.

Die Voraussetzungen des [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1](#) i.V.m. Abs. 1 Satz 1 SGB V sind vorliegend erfüllt.

Zwar handelte es sich entgegen der Rechtsauffassung des SG nicht um eine Verlegungsfahrt im Sinne des 2. Halbsatzes der Norm. Denn die Standorte der Beigeladenen in D bzw. V-S sind – zueinander betrachtet – jeweils kein „anderes Krankenhaus“. Das S-B-Klinikum ist vielmehr ein einheitliches Krankenhaus im Sinne von [§ 107 SGB V](#), zu dem die Betriebsstellen in V-S und D dazugehören. Das ergibt sich aus der Eintragung des Klinikums als Ganzes in den Krankenhausplan des Landes Baden-Württemberg und dem damit verbundenen Status als Plankrankenhaus im Sinne von [§ 108 Nr. 2 SGB V](#) sowie dem Umstand, dass das Klinikum nur über ein Direktorium und ein Institutionskennzeichen nach [§ 293 SGB V](#) verfügt; dies ist zwischen den Beteiligten auch nicht streitig. Der Begriff des Krankenhauses und auch die Bedeutung einer Verlegung können nur einheitlich für das gesamte Recht der gesetzlichen Krankenversicherung ausgelegt werden. Eine als einheitliches Krankenhaus im Krankenhausplan des Landes ausgewiesene Einrichtung kann nicht bei der Frage, ob eine Verlegung in ein „anderes Krankenhaus“ gegeben ist, in zwei (oder mehrere) Krankenhäuser aufgeteilt werden, auch wenn einzelne Betriebsstätten des Krankenhauses räumlich auseinanderliegen. Dies widerspricht dem Grundsatz der Deckungsgleichheit von Leistungs- und Leistungserbringerrecht und wäre auch mit dem System der Abrechnung nach Fallpauschalen nicht vereinbar, wonach im Fall einer Verlegung in ein anderes Krankenhaus das jeweils beteiligte Krankenhaus eine Fallpauschale abrechnet (vgl. [§ 1 Abs. 1 Fallpauschalenvereinbarung <FPV>](#) zwischen dem GKV-Spitzenverband und der Deutschen Krankenhausgesellschaft auf Grundlage von [§ 17b Krankenhausfinanzierungsgesetz <KHG>](#), in der Fassung für 2015).

Entgegen der Rechtsauffassung der Beklagten führt jedoch das Fehlen der Kriterien einer Verlegungsfahrt nicht dazu, dass die Versicherten von ihrer Krankenkasse keinen Krankentransport beanspruchen können. [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) regelt lediglich für Verlegungsfahrten gesondert, dass (nicht nur der Transport selbst, sondern auch) die Verlegung in ein anderes Krankenhaus aus zwingenden medizinischen Gründen erforderlich sein muss. Diese einschränkende Regelung für Verlegungsfahrten wurde mit dem GKV-Modernisierungsgesetz (GMG) vom 14.11.2003 ([BGBl. I 2190](#)) eingefügt. Der Gesetzgeber wollte damit sicherstellen, dass Verlegungsfahrten zwischen den an der Erbringung stationärer Leistungen beteiligten Krankenhäusern nur dann zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden können, wenn diese Verlegungsfahrten ausschließlich aus zwingenden medizinischen Erfordernissen geboten sind; es sollten diejenigen Fälle ausgeschlossen werden, in denen die beteiligten Krankenhäuser aus wirtschaftlichen oder organisatorischen Gründen der Zusammenarbeit eine Verlegung für erforderlich halten und veranlassen ([BT-Drs. 15/1525, S. 94 f.](#)). Zuvor regelte [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#): „Die Krankenkasse übernimmt die Fahrtkosten [...] bei Leistungen, die stationär erbracht werden; mit Ausnahme von Notfällen und einer mit Einwilligung der Krankenkassen erfolgten Verlegung in ein wohnortnahes Krankenhaus gilt dies bei Abrechnung einer Fallpauschale nicht für eine Verlegung in ein nachsorgendes Krankenhaus“. Die Bundespflegesatzverordnung sah damit korrespondierend vor, dass bei Verlegungsfahrten zwischen Krankenhäusern, die gemeinsam an der Erbringung einer Fallpauschalenleistung beteiligt waren, die Fahr- bzw. Transportkosten nicht (zusätzlich zur Fallpauschale) von der Krankenkasse zu tragen waren. Damit sollte sichergestellt werden, dass eine Verlegung, die auch aus wirtschaftlichen Interessen der beteiligten Krankenhäuser erfolgte, nicht zu einer zusätzlichen Belastung der Krankenkassen mit Fahrtkosten führte ([BT-Drucks. 14/6893](#), 29). Hiervon abweichend begründete der mit Wirkung zum 01.01.2004 geänderte [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) nun einen Anspruch auf Fahrtkostenübernahme auch bei Verlegungsfahrten, sofern sie medizinisch zwingend notwendig sind. Zu sonstigen Fahrten im Zusammenhang mit stationären Krankenhausbehandlungen enthält [§ 60 SGB V](#) indes keine einschränkenden Regelungen. Insoweit verbleibt es bei den Voraussetzungen des [§ 60 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wonach die Krankenkasse die Kosten übernimmt, wenn die Fahrt im Zusammenhang mit einer Leistung der Krankenkasse (hier einer stationären Leistung) „aus zwingenden medizinischen Gründen“ notwendig ist.

Den Transporten der Versicherten vom 12.11.2015, 18.12.2015 und 30.12.2015 lag jeweils ein von der Rettungsdienst-Leitstelle vermitteltler Auftrag zugrunde, den die Klägerin ordnungsgemäß ausführte. Dies ist zwischen den Beteiligten nicht streitig. Die Transporte waren auch aus zwingenden medizinischen Gründen notwendig. Die Versicherten bedurften (unstreitig) vollstationärer Behandlung; sie wurden jeweils an den anderen Standort des Klinikums der Beigeladenen verbracht, weil nur dort die notwendige personelle und medizinisch-technische Ausstattung vorgehalten wurde, um die (unstreitig) erforderlichen Behandlungsmaßnahmen ergreifen zu können. Der Transport hatte auch unter Verwendung des jeweilig verwendeten Transportmittels zu erfolgen. Dass die Fahrt auch unter Benutzung von anderen Transportmitteln (für nicht qualifizierte Krankentransporte) hätte erfolgen können, ist nicht ersichtlich; die Beklagte hat insoweit auch bis zuletzt keine Einwendungen erhoben.

Vertragsärztlicher Verordnungen bedurfte es nicht. Zwar umfasst die vertragsärztliche Versorgung gemäß [§ 73 Abs. 2 Satz 1 Nr. 7 SGB V](#) die Verordnung von Krankentransporten. Wie aber schon die Einbeziehung der (medizinisch zwingend notwendigen) Verlegungsfahrten von einem zum anderen Krankenhaus zeigt, werden Krankentransportleistungen auch auf Veranlassung eines Krankenhauses erbracht. Die Krankenhausärzte werden dabei nicht vertragsärztlich tätig, so dass – mit Ausnahme der Leistungen im Rahmen des vorliegend nicht betroffenen Entlassmanagements ([§ 39 Abs. 1a Satz 8 SGB V](#)) – eine vertragsärztliche Verordnung auf Grundlage der Krankentransport-Richtlinie nicht ausgestellt werden kann. Dessen ungeachtet haben sich die Vertragspartner des Vertrages nach [§ 112 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) – Allgemeine Bedingungen der Krankenhausbehandlung – hier in der seit 01.01.2006 gültigen Fassung darauf verständigt, dass Krankentransporte von einem Krankenhausarzt unter Beachtung der Wirtschaftlichkeit und der Krankentransport-Richtlinie auf dem für Vertragsärzte gültigen Vordruck zu verordnen sind. Demgemäß haben die Krankenhausärzte der Beigeladenen vorliegend jeweils ordnungsgemäße Verordnung über Krankentransporte ausgestellt.

Die Klägerin hat somit Krankentransportleistungen erbracht, welche die Beklagte zu vergüten hat, weil sie sich (vermittelt über die

Beigeladene und die Rettungsdienst-Leitstelle) insoweit der Klägerin bedient hat, um ihren Versicherten zustehende Sachleistungsansprüche zu erfüllen. Die Höhe der abgerechneten Entgelte ergibt sich aus den genannten Entgeltvereinbarungen und ist nicht zu beanstanden. Die Beklagte macht auch insoweit keine Einwendungen geltend.

Der (mögliche) Einwand der Beklagten, sie habe über die Leistung der Fallpauschalen für die stationären Krankenhausbehandlungen ihrer Versicherten bereits für den Krankentransport gezahlt, wäre im Verhältnis zur Beigeladenen geltend zu machen; im Verhältnis zur Klägerin kommt dieser Einwand nicht zum Tragen. Es braucht deshalb vorliegend nicht entschieden werden, ob der Krankentransport eine von der Beigeladenen „veranlasste Leistung Dritter“ im Sinne von § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 Krankenhausentgeltgesetz (KHEntgG) darstellt und deshalb zu den allgemeinen Krankenhausleistungen zählt. Es ist allerdings nicht ersichtlich, dass Krankentransportleistungen bislang von den Fallpauschalen erfasst sind. Vielmehr dürften, wie schon der Gesetzgeber des GMG feststellte ([BT-Drs. 15/1525, S. 94](#) f.), die Aufwendungen für Fahrkosten und die Übernahme durch die Krankenkassen in keinem unmittelbaren Zusammenhang zu der Abrechnung der stationären Leistungen der beteiligten Krankenhäuser über eine oder mehrere Fallpauschalen stehen, weshalb auch Verlegungsfahrten gesondert zu vergüten sind. Dass für sonstige Fahrten im Zusammenhang mit stationären Behandlungen etwas anderes gelten soll, ist nicht ersichtlich.

Der Zinsanspruch folgt aus einer entsprechenden Anwendung des [§ 286 Abs. 2 Nr. 1 des BGB](#) i.V.m. [§ 288 Abs. 1 BGB](#).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung, da weder die Klägerin noch die Beklagte zu den in [§ 183 SGG](#) genannten Personen gehören und das Rechtsmittel ohne Erfolg bleibt. Es entspricht nicht der Billigkeit, der Beklagten auch die außergerichtlichen Kosten der Beigeladenen aufzuerlegen, da diese keine Sachanträge gestellt und damit ein Prozessrisiko nicht übernommen hat.

Die Revision wird wegen grundsätzlicher Bedeutung zugelassen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#)).

Die endgültige Festsetzung des Streitwerts für das Berufungsverfahren beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) i.V.m. [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 2, 47](#) Gerichtskostengesetz (GKG). Die Zinsen wirken sich nicht streitwerterhöhend aus, da es sich um Nebenforderungen handelt ([§ 43 Abs. 1 GKG](#)).

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-12-02