

S 45 KR 1581/21

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
SG Dresden (FSS)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
45
1. Instanz
SG Dresden (FSS)
Aktenzeichen
S 45 KR 1581/21
Datum
05.06.2024
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 9 KR 111/24
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Krankenversicherung – Haftung der Kliniken und Erstattungsansprüche bei luftgebundenen Krankentransporten zwischen Krankenhäusern – Abgrenzung zwischen Verlegung und Verbringung bei kurzzeitiger Aufnahme zur interventionellen Rekanalisation mit Stentimplantation

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).
 1. Die Klage wird abgewiesen.
 2. Die Kosten des Verfahrens trägt die Klägerin.
 3. Der Streitwert wird auf EUR 9.405,40 festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Übernahme von Kosten, die mit zwei Krankentransporten per Rettungshubschrauber zusammenhängen.

Der am [...] geborene und bei der Klägerin gesetzlich Versicherte [...] (im Folgenden: Versicherter) war am 13. November 2019 als Berufskraftfahrer tätig und brach bewusstlos zusammen. Er wurde zunächst in das von der Beklagten zu 1 betriebene Klinikum, das nach [§](#)

[108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes 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 Möglichkeit, einen Eingriff zur interventionellen Rekanalisation der Arterie mit Stentimplantation durchzuführen, nicht behandelt werden konnte. Mit dem von der Beklagten zu 2 betriebenen Klinikum, das ebenfalls nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen ist, wurde daraufhin die Übernahme abgesprochen.

Nach Koordinierung durch die zuständige Rettungsleitstelle wurde der Versicherte mit einem Rettungshubschrauber durch die A... Flugrettung mit Sitz in [...] von der Klinik der Beklagten zu 1 zur Klinik der Beklagten zu 2 transportiert. Die Flugzeit zwischen den Kliniken betrug 26 Minuten (zuzüglich einer Flugzeit von 20 Minuten zum Notfallort und 36 Minuten für den Rückflug zum Standort). Nachdem der Versicherte dort um 19:11 Uhr eingetroffen war, erfolgte eine mechanische Rekanalisation mit Stentimplantation. Bei Aufnahme wurde für den Versicherten ein "Behandlungsvertrag für die ambulante Behandlung" erstellt, der allerdings vom Versicherten nicht unterzeichnet werden konnte. Im Arztbericht Notaufnahme (ZNA) / -station (NAS) wurde ausgeführt:

"Notfallanamnese

Der 46-jährige [Versicherte] wurde uns am 13. November 2019 notfallmäßig aus dem Klinikum [...] zuverlegt, nachdem der [Versicherte] gegen 13:30 Uhr des Aufnahmetags bei der Arbeit plötzlich zusammengebrochen und anschließend bewusstlos gewesen sei, sodass seine Arbeitskollegen eine Laienreanimation durchführten 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. Im Anschluss wurde [der Versicherte] [...] ins Klinikum [...] 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. In Aufnahme-EKG dort neu detektiertes VHF. Nebenbefundlich zeigte sich im durchgeführten CT-Thorax Rippenfrakturen mit Lungenkontusion, sodass bei Z.n. Reanimation keine Lysetherapie erfolgte und der [Versicherte] luftgebunden in unser Klinikum zuverlegt wurde mit der Möglichkeit 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 durchgeführt wurde.

Untersuchungsbefund

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

Weiteres Prozedere / Therapieempfehlung / Anweisungen für Station

Es konnte durch die Kollegen der Neuroradiologie eine erfolgreiche mechanische Rekanalisation mit Stentimplantation erfolgen [...]. Wir bitten um Fortführung der Therapie mit Agrastat für insgesamt 24h (bis circa 20h am 14. November 2019) und um Gabe von ASS und Clopidogrel (in Loadingdose) 4h vor Abschalten des Agrastat-Perfusors [...]. Der [Versicherte] wurde aus Kapazitätsgründen auf die Intensivstation des Klinikums [...] zurückverlegt. Wir bedanken uns für die rasche Rückübernahme [...]."

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

Die stationäre 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 gegenüber der Klägerin einen Betrag von EUR 17.723,51 für die vollstationäre Behandlung ab, die Beklagte zu 2 gegenüber der Klägerin mit Rechnung vom 22. Oktober 2020 für eine teilstationäre Behandlung am 13. November 2019 einen Betrag von EUR 7.508,33. Die Klägerin beglich beide Rechnungen; ein Prüfverfahren hinsichtlich der Krankenhausvergütung wurde nicht eingeleitet.

Die A... Flugrettung legte gegenüber der Klägerin eine Rechnung vom 15. November 2019 über einen Betrag i. H. v. EUR 4.182,00, die von ihr beglichen wurde.

Für den zweiten Flug rechnete die Zentrale Abrechnungsstelle für den Rettungsdienst Bayern GmbH (im Folgenden: ZAST) mit Rechnung vom 12. Mai 2020 einen Betrag i. H. v. EUR 4.293,00 gegenüber dem Versicherten ab. Daraufhin bat die Klägerin die ZAST mit Schreiben vom 10. Juni 2020 um Rechnungslegung gegenüber der Klägerin zu 1, die mit Schreiben vom 23. Juni 2020 eine Rechnungsstellung allerdings zurückwies. Nach Mahnung der ZAST gegenüber dem Versicherten beglich die Klägerin auch diese Rechnung.

Mit Schreiben vom 12. August 2020 machte sie die Erstattung von Transportkosten i. H. v. EUR 9.405,40 gegenüber der Beklagten zu 1 geltend, welche die Beklagte zu 1 mit Schreiben vom 15. September 2020 zurückwies. Jeweils mit Schreiben vom 11. November 2021 forderte die Klägerin 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 Klägerin die Erstattung der Transportkosten weiter und macht diese Kosten im Wege des Schadensersatzes geltend. Überdies könne sie die Erstattung dieser Kosten begehren, weil die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 zur Übernahme der Transportkosten verpflichtet gewesen seien. Die Beklagte zu 2 habe lediglich Behandlungsleistungen für die Beklagte zu 1 erbracht, sodass zwischen der Klägerin und der Beklagten zu 2 keine Vergütungsansprüche entstanden seien. Der Hin- und Rücktransport zwischen den Klinikstandorten [...] stelle lediglich eine Verbringung, aber keine Verlegung dar. Eine Aufnahme sei im Klinikum der Beklagten zu 2 nicht erfolgt, da der Versicherte nicht "auf Station" und nicht für mindestens einen Tag und eine Nacht behandelt worden sei. Zumindest eine der beiden Beklagten müsse sie von den Transportkosten freistellen. Zudem sei weder auf dem Hin- noch auf dem Rückweg ein luftgebundener Transport notwendig gewesen. Nach der Behandlung in der Klinik der Beklagten zu 2 habe der Versicherte auch in einem anderen näher gelegeneren Krankenhaus weiterbehandelt werden können. Zudem lasse sich die Rückverlegung in ein Klinikum mit niedrigerer Versorgungsstufe medizinisch nicht begründen. Der Gesamtbetrag an geltend gemachten Transportkosten enthalte auch eine Fahrt mit dem Krankentransportwagen mit Kosten i. H. v. EUR 88,40 und mit einem Rettungstransportwagen i. H. v. EUR 842,00.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 zu verurteilen, an die Klägerin einen Betrag i. H.... v. EUR 9.405,40 nebst 5 Prozent Zinsen über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank seit dem 27. November 2021 zu zahlen.

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

die Klage abzuweisen.

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 Maßnahmen eigenverantwortlich und nicht lediglich als Hilfs- oder Auftragsstätigkeit für die Beklagte zu 1 vorgenommen. Das für den Versicherten nach Vollzug der dortigen Behandlung kein entsprechendes Bett zur Verfügung 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 Klägerin keine nähere Zuordnung der Teilbeträge der geltend gemachten Transportkosten mittels Krankentransportwagen i. H. v. EUR 88,40 und Rettungstransportwagen i. H. v. EUR 842,00 treffen können.

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

In seinem Gutachten vom 9. Januar 2024 hat der Sachverständige, der sich auf eine mehrjährige regelmäßige notärztliche und intensivmedizinische Tätigkeit berufen hat, ausgeführt, dass eine Indikation zur interventionellen Rekanalisation der Arterie vorgelegen und hierzu keine Möglichkeiten im Klinikum der Beklagten zu 1 bestanden hätten. In der Klinik der Beklagten zu 2 sei eine ausführliche pflegerische Betreuung mit einem erhöhten Pflegeaufwand erfolgt, da eine ständige Präsenz erforderlich gewesen sei. Der Versicherte habe nach dem Eingriff in der Klinik der Beklagten zu 2 mindestens für 24 Stunden der intensivmedizinischen Behandlung und Überwachung bedurft. In der Wahl der Therapie und zur Festlegung der Behandlung habe dort die "freie" Entscheidungskompetenz bestanden. Eine Integration in stationäre Abläufe sei wegen der Kapazitätsengpässe nicht erfolgt. Spätestens nach Abschluss der interventionellen Rekanalisation sei absehbar gewesen, dass keine Weiterbehandlung erfolgen könne.

Bei dem vorliegenden Krankheitsbild und der Notwendigkeit einer sehr dringlichen Notfallverlegung habe die Notwendigkeit zur schnellstmöglichen Verlegung zur Versorgung der verschlossenen Arteria carotis bestanden. Die Annahme, dass ein Hubschrauber immer das schnellste Transportmittel darstelle, sei zwar – insbesondere im Hinblick auf den zeitlichen Verfügbarkeitsrahmen und die Landeplatzsituationen – ein weit verbreiteter Irrtum. Bei einer Entfernung von 83,2 km zwischen den Kliniken sei auch, wenn überhaupt, zeittechnisch nur ein geringer Vorteil anzunehmen. Indes sei zu bedenken, dass bei dem Versicherten und dem Krankheitsbild Erschütterungen während des Transports vermieden werden sollten, so dass eine luftgebundene Verlegung von Vorteil sein könne. Bei einem Zustand nach Rekanalisation mit Stentimplantation sei ein möglichst schonender Transport zu präferieren. Auch bei einem luftgebundenen Transport könnten indes etwa Turbulenzen und Windböen Erschütterungen verursachen. Bei einem bodengebundenen Transport könnten durch den Einsatz von Tragen der neuesten Generation Transporttraumen vermieden werden.

Die Einsätze würden indes über die integrierte Rettungsleitstelle koordiniert, so dass die medizinische Erforderlichkeit als gegeben anzunehmen sei. Grundsätzlich gelte es sowohl bei Primär- als auch intensivmedizinischen Sekundärtransporten, immer alle patientennahen und patientenfernen Faktoren genau abzuwägen, bevor man sich für ein Transportmittel entscheide – als Summe jedweder transportbedingter nachteiliger Einwirkungen auf den Patienten – seien bei boden- und luftgebundenen Beförderungen nicht immer vermeidbar. Die behandelnden Ärzte inklusive der Leitstelle seien scheinbar zu der Erkenntnis gekommen, dass der luftgebundene Transport für den Versicherten in dieser Situation unter Berücksichtigung aller Faktoren und besonderer Sorgfalt das beste Transportmittel darstelle. Im Nachhinein sehe der Sachverständige aber keine "dokumentierten harten Faktoren", die gegen einen bodengebundenen Transport gesprochen hätten.

Soweit der Erstgutachter weiteren Begutachtungsbedarf auf neurologischen Fachgebiet gesehen hatte, hat die Kammer mit Beweisanordnung vom 29. Februar 2024 den Facharzt für Neurologie Dr. H. zum Sachverständigen bestellt und ein Gutachten auf neurologischem Fachgebiet nach Aktenlage angefordert. Er hat eingeschätzt, dass es sich bei den Maßnahmen in der Klinik der Beklagten zu 2 nicht um eine konsiliarische Maßnahme im Sinne einer ausschließlichen Mitbehandlung gehandelt habe, sondern vielmehr die Kapazitäten der Klinik der Beklagten zu 1 nicht ausreichend gewesen seien, um einen derart komplexen Fall leitliniengerecht behandeln zu können. Eine tatsächliche Einbindung in stationäre Abläufe 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. Tatsächlich könne in einem Krankenhaus – etwa durch "In-House-Notfälle" – mitunter eine erhebliche Dynamik in Bezug auf Bettenkapazitäten herrschen und binnen kürzester Zeit trotz initial freier Betten ein Engpass entstehen.

Für den Versicherten sei durchgehend eine intensivmedizinische Versorgung erforderlich gewesen, da er beatmet worden sei. Außerdem habe der Zeitpunkt der Reanimation erst kurze Zeit zurückgelegen. Eine ärztliche Begleitung während des Transportes sei erforderlich gewesen, ebenso eine entsprechende intensive Überwachung der Kreislauf- sowie der Beatmungsparameter. Ein schonender Transport wäre in vertretbarer Zeit bodengebunden möglich gewesen, für derartige Zwecke stünden beispielsweise auch Intensiv-Transport-Wagen zur Verfügung und erst danach – soweit nicht verfügbar – der Rückgriff auf einen luftgebundenen Transport.

Die Beteiligten haben sich durch die beiden Gutachten jeweils in ihren Auffassungen bestätigt gesehen. Die Klägerin hat betont, dass es an der stationären 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 könne, dass sie beim Aufenthalt in der Klinik der Beklagten zu 2 weiterhin die Verantwortung für die dortige Behandlung getragen habe. Auch während des Rücktransports habe ein Bedarf an ärztlicher Intensivüberwachung 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 überhaupt zum Zeitpunkt der Transportnotwendigkeit ein Intensivtransportwagen verfügbar gewesen sei, könne nicht angenommen werden.

Im Übrigen 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.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist unbegründet. Die von der Klägerin erhobene echte Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz](#) ist im hier bestehenden Gleichordnungsverhältnis statthaft (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KN 1/07 KR R](#) -, Rn. 9, juris, ständige Rechtsprechung). Das Sozialgericht Dresden ist nach [§ 57 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) örtlich zuständig; [§ 57 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) gelangt nicht zur Anwendung, weil die beklagten Klinikträger öffentlich-rechtlich organisiert sind.

Die Klage ist sowohl gegenüber der Beklagten zu 1 als auch gegenüber der Beklagten zu 2 unbegründet, weil die Klägerin 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 Klägerin die Erstattung von Kosten für einen Transport mit einem Krankentransportwagen i. H. v. EUR 88,40 und mit einem Rettungswagen i. H. v. EUR 842,00 geltend gemacht hat, war es dem Gericht bereits nicht möglich, den konkreten zu Grunde liegenden Lebenssachverhalt zu ermitteln und zuzuordnen. Die Klägerin hat lediglich mitgeteilt, dass ihr keine separaten Rechnungen vorliegen und die Abrechnung mittels elektronischen Datenträgeraustauschs erfolgt ist. Mit welchem Zweck oder zwischen welchen Orten diese Transporte erfolgt sind, war nicht aufzuklären. Es kann unter diesem Gesichtspunkt nicht ausgeschlossen werden, dass sich diese Kosten auf den Hintransport zur Klinik der Klägerin zu 1 nach dem Zusammenbruch des Versicherten beziehen. Für diesen Abschnitt des Transports ist die fehlende medizinische Notwendigkeit weder von der Klägerin dargetan worden noch anderweitig ersichtlich. Ein konkreter Zusammenhang zu den Abschnitten des Krankentransports am 13. November 2019, die mittels Rettungshubschrauber erfolgten und den die Klägerin als Klagegrund benennt, ist bereits nicht mit der zu Überzeugungsbildung der Kammer notwendigen Wahrscheinlichkeit nachzuweisen.

2. Soweit die Klägerin den Ersatz der durch den luftgebundenen Transport des Versicherten entstandenen Kosten i. H. v. 8.475,00 als Gesamtsumme der beiden Rechnungen für die Flüge mit dem Rettungshubschrauber als Schadensersatz geltend macht, stehen ihr keine Ansprüche gegen die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 zu.

Die Rechtsgrundlage für solche Zahlungsansprüche kann [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) i. V. m. [§ 280 Abs. 1](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in entsprechender Anwendung bilden, soweit ein Behandlungsverhältnis zwischen Krankenkasse und zugelassenem Krankenhaus auf der Grundlage der Behandlung eines Versicherten besteht (BSG, Urteil vom 12. November 2013 - [B 1 KR 22/12 R](#) -, Rn. 9 f.; LSG NRW, Urteil vom 19. Januar 2022 - [L 10 KR 142/20](#) -, Rn. 19; jeweils juris). Eine erforderliche stationäre Behandlung Versicherter in einem zugelassenen Krankenhaus begründet zwischen seinem Träger und der Krankenkasse ein gesetzliches öffentlich-rechtliches Schuldverhältnis, auf das [§ 280 Abs. 1 BGB](#) anzuwenden ist (BSG, a. a. O., Rn. 11; LSG NRW, a. a. O., Rn. 20). Aus diesen Vorschriften folgt eine Haftung, die an eine Pflichtverletzung des Krankenhauses als Schuldnerin anknüpft (BSG, a. a. O., Rn. 13; LSG NRW, a. a. O., Rn. 21 ff.).

a) In Bezug auf die jeweilige Wahl des Rettungshubschraubers als Transportmittel und die Rückverlegung in die Klinik der Beklagten zu 1 nach Durchführung der interventionellen Rekanalisation der Arterie mit Stentimplantation bestehen bereits keine Anknüpfungspunkte für eine Pflichtverletzung der Beklagten zu 1 und der Beklagten zu 2. Worauf insbesondere die Beklagte zu 1 zutreffend hingewiesen hat, wurden durch die in die Behandlung eingeschalteten Krankenhäuser keine Entscheidungen zur Wahl des Rettungshubschraubers als Transportmittel und gegen die Wahl anderer, ggf. näherliegender Krankenhäuser getroffen.

Nach Art. 16 Abs. 3 Bayerisches Rettungsdienstgesetz (BayRDG; im Folgenden jeweils in der am 13. November 2019 geltenden Fassung) werden Luftfahrzeuge - wie Rettungstransporthubschrauber und Intensivtransporthubschrauber nach Art. 2 Abs. 10 BayRDG - von der für ihren Standort zuständigen Integrierten Leitstelle unabhängig von den Grenzen der Rettungsdienstbereiche eingesetzt, soweit die oberste Rettungsdienstbehörde zur Leitstellenzuständigkeit nichts anderes bestimmt. Diese Integrierte Leitstelle lenkt nach Art. 9 Satz 1 BayRDG alle Einsätze im öffentlichen Rettungsdienst und stimmt sie aufeinander ab. Nach Art. 2 Abs. 3 Satz 1 und 2 Gesetz über die Errichtung und den Betrieb Integrierter Leitstellen (Integrierte Leitstellen-Gesetz - ILSG; in der am 13. November 2019 geltenden Fassung) führt die Integrierte Leitstelle einen Behandlungskapazitätenachweis und die Krankenhäuser sind verpflichtet, den Integrierten Leitstellen die zur Führung des Behandlungskapazitätenachweises 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 [§ 60 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) richtet sich zwar die Benutzung des Fahrzeugs auch bei luftgebundenem Transport (Nolte, in: Rolfs/Körner/Krasney/Mutschler, Beck-Online-Großkommentar, Kasseler Kommentar, Stand: 1. September 2019, SGB V, § 60 Rn. 5) nach der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall. [§ 5 Abs. 5](#) der auf der Grundlage von [§ 92 Abs. 1 Nr. 12 SGB V](#) erlassenen Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Krankenfahrten, Krankentransportleistungen und Rettungsfahrten (KT RL, hier einschlägig in der Fassung vom 23. Dezember 2017) bestimmt indes, dass Rettungswagen, Notarztwagen, Notarztweinsatzfahrzeuge und Rettungshubschrauber über die örtlich zuständige

Rettungsleitstelle anzufordern sind. Damit koordinieren die Rettungsleitstellen die Erbringung der Transportleistungen für die Krankenkassen.

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

Auf Fragen des Vertretenmüssens entsprechend [§ 280 Abs. 1 Satz 2 BGB](#) (LSG NRW, a. a. O., Rn. 27, und Urteil vom 22. September 2016 - [L 5 KR 118/14 ZVV](#) -, Rn. 31, juris) oder einer Exkulpation der Klinikbetreiber kommt es gar nicht erst an.

Soweit die Klägerin im gerichtlichen Verfahren darüber hinaus geltend macht, dass zwischen ihr und der Beklagten zu 2 wegen der "bloßen" Verbringung des Versicherten keine Vergütungsansprüche entstanden seien und damit auf der Grundlage des Vortrages der Klägerin in Bezug auf solche Schadensersatzansprüche bereits das Bestehen eines öffentlich-rechtlichen Schuldverhältnisses zweifelhaft sein könnte, 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 "angebahrt" wurde. Auch nach dem Vorbringen der Klägerin steht unstreitig fest, dass in der Klinik der Beklagten zu 1 ein solcher Eingriff nicht durchgeführt werden konnte und in der Klinik der Beklagten zu 2 die entsprechende Möglichkeit bestand. Wie dargestellt, muss die Wahl dieser Klinik der Beklagten zu 2 auch durch die Integrierte Leitstelle zumindest nachvollzogen und als sachlich erforderlich eingeschätzt worden sein. Die Möglichkeit der Behandlung in einer näher gelegenen Klinik, für die gegebenenfalls kein Lufttransport notwendig gewesen sein könnte, liegt nach Überzeugung des Gerichts fern.

Diese Ausführungen gelten auch, soweit die Kliniken an der Rückverlegung mitgewirkt haben.

c) Darüber hinaus wäre auch in Anbetracht der vorliegenden Sachverständigengutachten nicht mit der notwendigen Sicherheit erwiesen, dass lediglich ein bodengebundener Transport medizinisch erforderlich war oder ein Platz zur Weiterbehandlung in einer nähergelegenen Klinik zur Verfügung stand und damit eine Pflichtverletzung vorgelegen haben könnte. Die möglichen Erkenntnisquellen zur näheren Einsatzlage hinsichtlich der Klinikbelegungen und der Verfügbarkeit anderer Transportmittel wie eines Intensiv-Transport-Wagens am Nachmittag und Abend des 13. November 2019 sind nach Auffassung der Kammer ausgeschöpft.

Für diese Umstände trägt die Klägerin Beweislast, da sie einen hierauf bezogenen Zahlungsanspruch geltend macht. Es handelt sich hier nicht um einen Streit um die Krankenhausvergütung an sich, in dem auch trotz Zahlung der Krankenkasse die Beweislast beim Klinikträger verbleiben kann (BSG, Urteil vom 22. Juni 2022 - [B 1 KR 19/21 R](#) -, Rn. 36 ff., Urteil vom 9. April 2019 - [B 1 KR 3/18 R](#) -, Rn. 31, und Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, Rn. 47 ff.; jeweils juris).

Gründe für eine Beweislastumkehr sieht das Gericht nicht. Der Ausschluss des Beweislastwechsels vom Krankenhaus auf die Krankenkasse in anderen Fällen beruht auf der Erwägung, dass Krankenkassen landesvertraglich - wie etwa in § 13 Abs. 1 Satz 1 des am 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Sächsischen Landesvertrages zu den allgemeinen Bedingungen der Krankenhausbehandlung gemäß [§ 112 Abs. 2 Nr. 1](#) und 2 SGB V - zur Begleichung der Krankenhausvergütung innerhalb kurzer Frist verpflichtet sind (BSG, Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, Rn. 47 ff., juris). Dies gilt nicht für die Vergütung der Transportleistungen.

Zudem ist nach dieser Rechtsprechung, der sich die Kammer nach eigener Prüfung anschließt, für die Beibehaltung der Beweislast für das Krankenhaus erforderlich, dass die Zahlung der Krankenkasse ausdrücklich unter dem Vorbehalt der medizinischen Prüfung erfolgt (BSG, Urteil vom 9. April 2019 - [B 1 KR 3/18 R](#) -, Rn. 31, und Urteil vom 8. November 2011 - [B 1 KR 8/11 R](#) -, Rn. 47 ff.; jeweils juris). Die Klägerin hat indes im vorliegenden Fall gerade keine Überprüfung nach [§ 275 Abs. 1c SGB V](#) (in der zum Behandlungszeitpunkt geltenden Fassung) durch den Medizinischen Dienst eingeleitet, obwohl die von ihr im gerichtlichen Verfahren erhobenen Einwände der fehlenden stationären Aufnahme in der Klinik der Beklagten zu 2 und der Abgrenzung zwischen Verlegung und Verbringung auch die Vergütung der Kliniken an sich und mithin medizinische Fragestellungen betroffen hatten. Jedenfalls nach Zahlung der Vergütungen ohne Einleitung eines Prüfverfahrens liegt die Beweislast für Schadensersatz- und Rückforderungsansprüche bei der Krankenkasse, soweit diese im Zusammenhang mit Transportleistungen stehen.

3. Der Klägerin stehen auch keine Ansprüche gegen die Beklagte zu 1 und die Beklagte zu 2 unter dem Gesichtspunkt des öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruches zu, der in der Rechtsprechung anerkannt ist (BSG, Urteil vom 12. November 2013 - [B 1 KR 22/12 R](#) -, Rn. 22, juris). Er setzt voraus, dass im Rahmen eines öffentlichen Rechtsverhältnisses Leistungen ohne rechtlichen Grund erbracht oder sonstige rechtsgrundlose Vermögensverschiebungen vorgenommen worden sind (ebd., m. w. N.). Erfolgt eine Vermögensverschiebung durch Leistung, also aufgrund bewusster und zweckgerichteter Vermehrung fremden Vermögens, ist auch bei einem öffentlich-rechtlichen Erstattungsanspruch der Vorrang der Leistungsbeziehung zu beachten: Wer etwas einem anderen rechtsgrundlos leistet, kann grundsätzlich nur vom Leistungsempfänger 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 Vergütung der Hubschrauberflüge verpflichtet war - d. h. ob die Klägerin als Krankenkasse selbst Schuldnerin der Transportkosten war und auf eine eigene Verbindlichkeit geleistet hat oder ob sie auf eine Verbindlichkeit der Beklagten zu 1 und/oder der Beklagten zu 2 geleistet hat, die dort gegenüber den Erbringern der luftgebundenen Transportleistungen bestand.

a) Nach § 2 Abs. 2 Satz 1 Gesetz über die Entgelte für voll- und teilstationäre Krankenhausleistungen (Krankenhausentgeltgesetz - KHEntG, hier in der einschlägigen Fassung vom 10. Dezember 2015) sind allgemeine Krankenhausleistungen die Krankenhausleistungen, die unter Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit des Krankenhauses im Einzelfall nach Art und Schwere der Krankheit für die medizinisch zweckmäßige und ausreichende Versorgung des Patienten notwendig sind. Nach § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG gehören dazu auch die vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter. Das Gericht sieht indes keine Gründe, auf dieser Grundlage die Leistungen des Lufttransports den Klinikträgern zuzuordnen oder gar diese Transportleistungen und die Behandlungsleistung der Beklagten zu 2 als Leistungen der Beklagten zu 1 zu betrachten.

(1) Bei vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter i. S. v. § 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntG kann es sich nur um Leistungen handeln, die im Verhältnis zu der vom Krankenhaus zu erbringenden Hauptbehandlungsleistung lediglich ergänzende oder unterstützende Funktion

haben (BSG, Urteil vom 17. November 2015 – [B 1 KR 12/15 R](#) –, Rn. 16, und Urteil vom 28. Februar 2007 – [B 3 KR 17/06 R](#) –, Rn. 22, jeweils juris). Hier könnten nach der die Behandlungsleistung erst ermöglichenden Funktion des Krankentransports zwar grundsätzlich auch die Lufttransporte eingeordnet werden. Durch die bestehenden Regelungen zur Ausgestaltung der Rettungsdienste, die gefahrenabwehrrechtlichen Ursprungs sind (Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 14. September 2017 – [L 1 KR 404/15](#) –, Rn. 56, juris), und die Regelung der Übernahme von Fahrkosten durch die Krankenkassen in [§ 60 SGB V](#) wird deutlich, dass jedenfalls im Grundsatz Transportleistungen nicht zu den von den Krankenhäusern auf der Grundlage von Versorgungsverträgen nach [§ 109 Abs. 4 SGB V](#) zu erbringenden Leistungen gehören. Vielmehr haben die Krankenkassen, soweit keine landesrechtlichen oder kommunalrechtlichen Bestimmungen existieren, auf der Grundlage von [§ 133 Abs. 1 SGB V](#) Verträge über die Inanspruchnahme von Leistungen des Rettungsdienstes und anderer Krankentransporte einschließlich der Vereinbarung von Entgelten zu schließen (BSG, Urteil vom 22. Februar 2024 – [B 3 KR 15/22 R](#) –, Rn. 12, juris).

(2) Allerdings setzt eine solche Vergütung von erbrachten Krankentransportleistungen durch die Krankenkasse nach Maßgabe des [§ 133 Abs. 1 SGB V](#) und auf dessen Grundlage mit dem Krankentransportunternehmen geschlossener Vereinbarungen grundsätzlich einen Sachleistungsanspruch von Versicherten auf die Übernahme von Fahrkosten für diese Krankentransportleistungen voraus, dessen Voraussetzungen sich nach [§ 60 SGB V](#) bestimmen (BSG, a. a. O., Rn. 13 f.). Der Anspruch von Versicherten auf Fahrkosten bei Leistungen, die – wie hier – stationär erbracht werden, ist gesetzlich abschließend in [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) geregelt und ist auf Verlegungsfahrten in ein anderes Krankenhaus begrenzt (BSG, a. a. O., Rn. 15 f.). Nur andere Fahrten – etwa zur Weiterbehandlung zwischen zwei Klinikstandorten – sind der Krankenhausbehandlung nach [§ 39 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) zugeordnet und nicht zwischen Krankenkasse und Transportdienstleister, sondern zwischen Krankenhaus und Transportdienstleister zu vergüten (BSG, a. a. O., Rn. 18 f. und 22 f.).

b) Die Konkretisierung der Reichweite des Sachleistungsanspruches der Klägerin ergibt sich aus [§ 60 Abs. 2 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#). Danach übernimmt die Krankenkasse die Fahrkosten in Höhe des die gesetzliche Zuzahlung durch den Versicherten übersteigenden Betrages 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. Eine solche Einwilligung der Klägerin lag nicht vor.

Eine vollstationäre 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 über mindestens einen Tag und eine Nacht erstreckt (BSG, Urteil vom 28. Februar 2007 – [B 3 KR 17/06 R](#) –, Rn. 16, juris). Wenn ein Versicherter mit Verdacht auf eine lebensbedrohliche Erkrankung in eine eigens für solche Fälle vorgehaltene Intensivstation eingeliefert wird, liegt in der Regel ein stationärer Aufenthalt vor, weil sich derartige Abteilungen von anderen Einheiten im Krankenhaus durch die Verwendung vielfältiger technischer Apparate und durch den Einsatz von mehr Personal unterscheiden und ein Höchstmaß an Behandlungsintensität bieten; häufig erfolgt auch ein temporärer maschineller Ersatz gestörter oder ausgefallener Organfunktionen (BSG, a. a. O., Rn. 18). Der Aufenthalt auf einer Intensivstation stellt deshalb die nachhaltigste Form der Einbindung in einen Krankenhausbetrieb und damit den Prototyp einer stationären Behandlung dar (BSG, a. a. O., Rn. 19).

Um eine Verlegung handelt es sich, wenn die Verantwortung für die Gesamtbehandlung vollständig auf das aufnehmende Krankenhaus übergeht (BSG, a. a. O., Rn. 22) und es sich nicht um lediglich – wie bei einer sog. Verbringung – um unterstützende oder ergänzende Leistungen handelt, für die der Leistungsausschluss nach [§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG](#) für vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter eingreift. Eine stationäre Aufnahme schließt die Annahme einer bloßen Verbringung aus. Mit der Aufnahme einer stationären Behandlung durch den Aufenthalt auf einer Intensivstation ist regelmäßig die Annahme ausgeschlossen, dass es sich um eine solche bloße Verbringung handelt (BSG, a. a. O., Rn. 23).

c) Diese Betrachtung muss in zeitlicher Hinsicht ex ante nach der Behandlungsprognose im Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung (Terminsbericht zu BSG, Urteil vom 20. März 2024 – [B 1 KR 37/22 R](#) –) erfolgen. Es genügt, wenn die Dauer des Aufenthalts auf nicht auf weniger als 24 Stunden ausgerichtet war (BSG, a. a. O., Rn. 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 rückwirkend entfallen (BSG, Urteil vom 19. September 2013 – [B 3 KR 34/12 R](#) –, Rn. 13, juris).

d) Nach diesen Maßstäben war die Behandlung durch die Beklagte zu 2 eigenständig auf eine vollstationäre Behandlung ausgerichtet, wengleich diese aus Kapazitätsgründen nach Vornahme der interventionellen Rekanalisierung mit Stentimplantation nicht auf längere Zeit umgesetzt werden konnte.

Das Gericht legt hier die Einschätzung der beiden Sachverständigen zu Grunde, die insoweit nachvollziehbar sind und keine Lücken oder Widersprüche aufweisen. An der Sachkunde und fachlichen Qualifikation der Sachverständigen 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 für 24 Stunden der intensivmedizinischen Behandlung und Überwachung bedurfte. Der Versicherte wurde vor und nach dem Eingriff intensivmedizinisch betreut. Nach der Behandlungsprognose im Zeitpunkt der Aufnahmeentscheidung lag der Beginn eines stationären Aufenthalts vor. Dass sich später herausstellte, dass keine solchen Bettenkapazitäten in der Klinik der Beklagten zu 2 bestanden, ändert hieran nichts.

Darüber hinaus belegen die Ausführungen der Sachverständigen und die Dokumentation der Behandlung im Klinikum der Beklagten zu 2 auch, dass die Gesamtverantwortung für die Behandlung des Versicherten von der Klinik der Beklagten zu 1 auf die Klinik der Beklagten zu 2 übergang und allein den dort tätigen Ärzten die Entscheidung über 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 zu 1 solche Eingriffe mangels personeller und sachlicher Ressourcen nicht durchgeführt werden können und daher keine Instruktion und Überwachung fremder Dienstleistungserbringung möglich ist. Die Durchführung dieses Eingriffs besitzt zudem nicht lediglich einen unterstützenden und ergänzenden Charakter, wie es bei vom Krankenhaus veranlassten Leistungen Dritter nach [§ 2 Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 KHEntgG](#) erforderlich wäre.

Ferner wird es auch aus eigenem wirtschaftlichen Interesse der Klinik hinsichtlich der Vergütung der Leistungen als fernliegend erachtet, dass die Beklagte zu 2 nur eine Art Auftragsleistung für die Beklagte zu 1 erbringen sollte. Vielmehr war die Aufnahme ex ante auf einen

nicht nur wenige Stunden umfassenden Aufenthalt gerichtet, der zumindest zunächst 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 können, was in der Regel durch ein vertragliches Verhältnis oder ein anderes „rechtliches Band“ geschieht. Hierfür bedarf es eines klaren Einzelauftrags des abgebenden an das aufnehmende Krankenhaus (so insgesamt: LSG Saarland, Urteil vom 22. August 2012 – [L 2 KR 118/09](#) –, Rn. 31 f., juris). Hieran fehlt es im vorliegenden Fall.

f) Hinzu kommt die folgende – die vorliegende Entscheidung selbstständig tragende – Erwägung: Trotz zeitnaher Verlegung in ein anderes Krankenhaus genügt auch bereits eine kurzzeitige Notfallbehandlung für eine konkludente stationäre Aufnahme i. S. v. [§ 39 SGB V](#). Nach eigener Prüfung schließt 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 2023 – [B 1 KR 15/22 R](#) –, Rn. 17 ff.). Die konkludente stationäre 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 sächlichen Ressourcen im erstangegangenen Krankenhaus eine hohe Intensität aufweist (ebd.). Ob der Aufenthalt auf kurative Behandlung ausgerichtet war, spielt keine entscheidende Rolle. Die Notfallbehandlung auf einer Schlaganfallstation begründet eine stationäre Aufnahme, weil sie ihre Möglichkeiten einer umfangreichen Diagnostik und mit daraus abzuleitenden Handlungsentscheidungen auf der Grundlage von hohem Fachwissen und Erfahrung geprägt ist und ein jederzeit verfügbaren Behandlungsteams aus erfahrenen Fachärzten und gut ausgebildeten Fachkräften aufweist sowie mit einer Intensivstation vergleichbar ist (BSG, a. a. O., Rn. 23). Die besonderen Mittel des Krankenhauses werden – wenn auch nur einen kurzen Zeitraum – in einem intensiven und erheblichen Umfang in Anspruch genommen (vgl. Terminsbericht zu BSG, Urteil vom 20. März 2024 – [B 1 KR 37/22 R](#) –).

g) Nach der Einschätzung beider Sachverständiger sind zumindest diese Kriterien für eine solche kurzzeitige Notfallbehandlung erfüllt, die auf intensiven Mitteleinsatzes als stationärer Aufenthalt zu betrachten ist. Auch hierzu sind ihre Ausführungen nachvollziehbar und weisen keine Lücken oder Widersprüche auf. Für den Versicherten bestand die medizinische Notwendigkeit, umgehend eine interventionelle Rekanalisation der Arterie mit Stentimplantation durchzuführen, um die Blutversorgung des Gehirns sicherzustellen und dauerhafte Schäden zumindest gering zu halten. Auch fand während des Aufenthalts in der Klinik der Beklagten zu 2 durchgehend eine intensivmedizinische Betreuung statt.

h) Die von der Klägerin im Übrigen vorgetragene Einwände gegen die Aufnahme zur stationären Behandlung in der Klinik der Beklagten zu 2 und das Vorliegen einer Verlegung greifen nicht durch.

(1) Soweit in der Patientendokumentation von einer ambulanten Behandlung gesprochen wird, kann diese Bezeichnung nicht über die Einordnung der Maßnahme entscheiden. Ausschlaggebend sind vielmehr die vorgenommenen Maßnahmen, die eine stationäre Aufnahme und eine Verlegung begründen. Dies gilt umso mehr, als der Behandlungsvertrag in Anbetracht des Zustands des Versicherten gar nicht auf einer Aufklärung und Beratung des beruhen und unterzeichnet werden konnte. Dieser Umstand spricht eher für eine rein "pro forma" erfolgte Beifügung der Vertragsunterlagen zur Patientendokumentation.

(2) Auch die Rückverlegung in ein Krankenhaus mit niedrigerer Versorgungsstufe begegnet keinen Bedenken. In einem mehrstufigen Krankenhausversorgungssystem kann die Verlegung aus einem Krankenhaus einer höheren Stufe (insbesondere Spezialklinik oder Maximalversorger) in ein Krankenhaus einer niedrigeren Stufe (insbesondere Krankenhaus der Grund- oder Regelversorgung) aus übergeordneten Gründen der Sicherstellung einer qualitativ hochwertigen, patienten- und bedarfsgerechten Versorgung der Bevölkerung mit Krankenhäusern gerechtfertigt sein, wenn und soweit es zur Behandlung der oder des Versicherten der besonderen Mittel des Krankenhauses der höheren Stufe nicht (mehr) bedarf und die dortigen Versorgungskapazitäten für andere Patienten benötigt werden (BSG, Urteil vom 7. März 2023 – [B 1 KR 4/22 R](#) –, Rn. 44, juris). Dies ist hier der Fall. Es ist im Interesse aller Versicherten zweckmäßig und damit – bezogen auf die Gesamtkosten der Krankenhausversorgung – auch wirtschaftlich, eine nur für spezielle Erkrankungen und Behandlungen erforderliche besondere personelle und apparative Ausstattung nicht flächendeckend in sämtlichen Krankenhäusern vorzuhalten, sondern nur konzentriert in spezialisierten Krankenhäusern (BSG, a. a. O., Rn. 45 m. w. N.). Damit beruht die Rückverlegung auch auf medizinischen Gründen. Dass auch nach dem Eingriff eine stationäre Behandlung veranlasst war, lag – wie bereits dargestellt – auf der Hand. Kapazitätsbedingt konnte die Beklagte zu 2 diese Behandlungen nicht erbringen.

(3) Soweit sich die Klägerin auf die Fallpauschalenvereinbarung für das Jahr 2019 stützt, kann dies jedenfalls an diesen Erwägungen nichts ändern. Der Aufenthalt des Versicherten in der Klinik der Beklagten zu 2 erfüllt – wie ausgeführt – die in der aktuellen Rechtsprechung entwickelten Voraussetzungen der Aufnahme zu einem stationären Aufenthalt und zur aus medizinischen Gründen notwendigen Verlegung.

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

Die Klage war daher in vollem Umfang abzuweisen.

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

Rechtskraft
Aus

Saved
2024-07-25