L 1 KR 466/17

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 28 KR 1151/16
Datum
27.09.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 466/17
Datum
29.03.2019
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Auf die Berufung der Klägerin werden das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. September 2017 sowie der Bescheid der Beklagten vom 21. Januar 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Mai 2016 abgeändert. Die Beklagte wird verurteilt, der Klägerin für die Behandlungspflege ihrer Mutter in den Zeiträumen vom 13. Januar 2016 bis 21. Januar 2016 und vom 1. Februar 2016 bis zum 13. Februar 2016 einen Betrag von 756,60 EUR zu erstatten. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen. Die Beklagte hat zwei Drittel der außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu tragen. Die Revision wird nicht zugelassen

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten der häuslichen Krankenpflege.

Die Klägerin ist die Tochter und Rechtsnachfolgerin der am 10. Januar 1927 geborenen und am 3. Mai 2016 verstorbenen L R, die bei der Beklagten versichert war (im folgendem: die Versicherte). Der behandelnde Arzt verordnete der Versicherten am 4. Januar 2016 häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 1. Januar 2016 bis 31. März 2016 im Umfang von 4mal täglich 7mal wöchentlich Medikamentengabe (herrichten und verabreichen) sowie 3mal wöchentlich PEG-Versorgung und 1mal täglich sowie bei Bedarf Schleimabsaugung. Auf dem Verordnungsformular gab der Pflegedienst "Mobile Hauskrankenpflege M WGmbH" am 7. Januar 2016 an, dass er folgende Leistungen erbringen wolle: In der Zeit vom 1. Januar 2016 bis 31. März 2016 3mal wöchentlich Verbände, Anlegen und Wechseln von Wundverbänden und in der Zeit vom 6. Januar 2016 bis 31. März 2016 2mal täglich 7mal wöchentlich Medikamentengabe sowie 1mal täglich 7mal wöchentlich absaugen. Die Klägerin unterschrieb am 8. Januar 2016 den auf dem Verordnungsformular abgedruckten "Antrag auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege" und legte das so vervollständigte Verordnungsformular der Beklagten vor, wo es am 13. Januar 2016 einging.

Durch Bescheid vom 21. Januar 2016 erklärte die Beklagte, dass sie die Kosten der genannten vom Arzt verordneten Leistungen übernehmen werde, nämlich Anlegen und Wechseln von Verbänden einschließlich Reinigungsbad oder Spülen von Wundfisteln in der Zeit vom 1. Januar 2016 bis 31. März 2016 3mal wöchentlich und Verabreichen/Eingeben von Medikamenten sowie Absaugen in der Zeit vom 6. Januar 2016 bis 31. März 2016 im Umfang von 2mal bzw. 1mal täglich 7mal wöchentlich. Für die letzten beiden Leistungen ist in dem Bescheid vermerkt: "Genehmigt wie vom Pflegedienst beantragt".

Gegen den Bescheid vom 21. Januar 2016 legte die Klägerin für die Versicherte am 1. Februar 2016 Widerspruch ein. Auf Nachfrage der Beklagten teilte die Klägerin mit E-Mail vom 17. Februar 2016 mit, der Widerspruch richte sich dagegen, dass die erforderlichen und vom Arzt verordneten Behandlungen nicht in dem notwendigen Umfang genehmigt worden seien. Es erschließe sich nicht, warum der Pflegedienst sich über die ärztliche Verordnung hinweg gesetzt habe.

Mit Schreiben vom 18. Februar 2016 fragte die Beklagte bei der Klägerin wegen einer Rücknahme des Widerspruchs an. Der Pflegedienst habe nur für den Zeitraum vom 6. Januar 2016 bis 31. März 2016 Leistungen der Medikamentengabe und Absaugen beantragt und erbracht. Da nur die tatsächlich erbrachten Leistungen abgerechnet werden könnten, sei eine Kostenübernahme erst ab diesem Zeitpunkt möglich. Die Klägerin erklärte gegenüber der Beklagten am 14. März 2016, dass die ärztlich verordneten Leistungen für ihre Mutter lebensnotwendig seien. Da sie – die Klägerin – die Leistungen nicht erbringen könne, sei eine examinierte Pflegekraft erforderlich. Telefonisch äußerte die Klägerin noch, dass der Pflegedienst nicht zu den von ihr gewünschten Zeiten komme. Die Beklagte wies den Widerspruch gegen ihren Bescheid vom 21. Januar 2016 durch Widerspruchsbescheid vom 25. Mai 2016 zurück. Zwar habe der behandelnde Arzt eine umfangreichere medizinische Versorgung verordnet. Es sei aber zu berücksichtigen, welche Leistungen der Pflegedienst beantrage und tatsächlich erbringe. Die Leistungen seien nur in dem vom Pflegedienst beantragten Umfang tatsächlich erbracht worden. Die Kostenzusage

habe nicht über das Maß des Notwendigen, also der beantragten Leistungen durch den Pflegedienst hinausgehen können. Wenn der Leistungsumfang nicht den beauftragten Leistungen entspreche, sei eine Anpassung durch Klärung mit dem Pflegedienst angezeigt.

Dagegen richtet sich die am 21. Juni 2016 bei dem Sozialgericht Berlin eingegangene Klage, mit der die Klägerin die Erstattung der Kosten verlangt hat, die ihr durch die gegenüber der ärztlichen Verordnung reduzierte Genehmigung der Beklagten entstanden seien. Sie sei gezwungen gewesen, die Leistungen teilweise selbst, teilweise durch qualifizierte Dienstleister zu erbringen. Zudem habe die Versicherte im Januar und Februar 2016 Verhinderungspflege in Anspruch nehmen müssen. Die Klägerin legte zwei Quittungen der Heilpraktikerin H Hvom 5. Februar 2016 und vom 15. März 2016 vor, wonach diese für täglich drei Medikamentengaben, davon jeweils zwei in der Nacht, in der Zeit vom 4. Januar 2016 bis 21. Januar 2016 und vom 1. Februar 2016 bis zum 13. Februar 2016 Beträge von 648,- EUR und 468,- EUR bar erhalten habe. Sie – die Klägerin - habe pro Medikamentengabe 12,- EUR gezahlt. Der Pflegedienst habe weder die von ihm angegebene 2mal tägliche Medikamentengabe noch die 1mal tägliche Schleimabsaugung vorgenommen. Sie – die Klägerin - habe die Pflege ihrer Mutter selbst übernommen und nur während der Zeiten der Verhinderungspflege die Medikamentengabe an Frau H überantwortet. Im Übrigen sei die Verhinderungspflege von Frau HR erbracht worden. Die Beklagte hat dazu vorgetragen, dass ihre Pflegekasse dafür einen Betrag von 2.418,- EUR an die Klägerin erstattet habe.

Das Sozialgericht hat die Klage durch Urteil vom 27. September 2017 abgewiesen. Die Klägerin könne nicht geltend machen, dass die Beklagte keine eigene Kraft habe stellen können. Im Verordnungsformular sei ein vertraglicher Leistungserbringer genannt. Soweit die Klägerin geltend mache, dass dieser nicht willens und in der Lage gewesen sei, die verordnete Pflege vollständig zu übernehmen, sei darauf hinzuweisen, dass die Krankenkassen in Berlin noch eine Vielzahl anderer vertraglicher Leistungserbringer vorhalten würden. Das Gericht könne keinen Mangel an geeigneten Pflegekräften erkennen. Ob im Einzelfall etwas anderes gelte, könne dahingestellt bleiben. Denn der Krankenkasse habe jedenfalls die Möglichkeit gegeben werden müssen, einen Leistungserbringer zu stellen. Aus der Verordnung sei nicht hervorgegangen, dass die Klägerin eine weitergehende Leistung als den beabsichtigten Leistungsumfang des Pflegeunternehmens begehrt habe. Die Klägerin habe erstmals am 17. Februar 2016 und damit nach Ablauf des streitgegenständlichen Zeitraums angegeben, dass sie Leistungen entsprechend der ärztlichen Verordnung begehre.

Soweit die Beklagte weniger an Leistungen als ärztlich verordnet bewilligt habe, ergebe sich daraus keine zu Unrecht erfolgte Ablehnung, weil die Leistungen wie beantragt bewilligt worden seien. Bei verständiger Würdigung habe die Beklagte aber keinen Anlass gehabt zu erwägen, dass Leistungen über den angegebenen Leistungsumfang des Pflegedienstes hinaus begehrt werden. Möglicherweise habe die verordnete Pflege nach Absprache mit dem Pflegedienst zum Teil durch einen im Haushalt lebenden Angehörigen erbracht werden sollen. Das habe bei der verordneten Medikamentengabe durchaus der Fall sein können. Jedenfalls sei der Bescheid vom 21. Januar 2016 nicht ursächlich für das Entstehen von Kosten für Leistungen der Heilpraktikerin gewesen, die diese vor dem Zugang des Bescheides bei der Klägerin erbracht habe. Aus dem Gesichtspunkt des nicht rechtzeitigen Erbringens einer unaufschiebbaren Leistung ergebe sich kein Kostenerstattungsanspruch, weil die Klägerin sich nicht zuvor mit ihrem Begehren an die Beklagte gewandt habe. Ein Kostenerstattungsanspruch bestehe auch nicht wegen verzögerter Bearbeitung des gestellten Antrags. Die Verordnung vom 4. Januar 2016 sei am 13. Januar 2016 bei der Beklagten eingegangen. Die Beklagte habe am 21. Januar 2016 und damit vor Ablauf der Frist von drei Wochen entschieden.

Gegen das ihr am 12. Oktober 2017 zugestellte Urteil richtet sich die am 9. November 2017 bei dem Sozialgericht eingegangene Berufung der Klägerin. Das Sozialgericht sei zu Unrecht davon ausgegangen, dass die Krankenkassen eine Vielzahl von Vertragspartnern vorhalten würden, die Behandlungspflege erbringen könnten. Sie – die Klägerin – habe erfolglos versucht, einen Pflegedienst zu finden, der bereit und in der Lage war, die notwendigen krankenpflegerischen Leistungen auch nachts zu erbringen. Auf ihre entsprechenden Beweisangebote sei das Sozialgericht nicht eingegangen. Die Zeugen sollten nunmehr gehört werden. Dass der auf dem Verordnungsformular vorgesehen Antrag vorbehaltlos von ihr – der Klägerin - unterzeichnet worden sei, habe seinen Grund darin, dass die weiter verordneten Leistungen keinen Aufschub duldeten und auch kein anderer Pflegedienst bereit gewesen wäre, die nächtlichen Leistungen zu erbringen und entsprechend zu beantragen. Die Beklagte habe aber nicht davon ausgehen dürfen, dass keine weiteren Leistungen als vom Pflegedienst angegeben mehr begehrt werden. Die eingeforderten Leistungen seien im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung enthalten und zu zwei Dritteln von der Beklagten auch genehmigt worden. Die Forderung, vor der Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des Sachleistungssystems Anträge bei der Beklagten zu stellen, gehe an der Lebenswirklichkeit vorbei. Denn es habe sich um unaufschiebbare Leistungen gehandelt, die durch die Vertragspartner der Beklagten nicht erbracht worden seien. Durch einen vorherigen Antrag hätte sich nichts geändert. Aufgrund vorheriger Erfahrungen sei ihr Vertrauen in die Aufklärungs- und Beratungsleistungen der Beklagten ohnehin limitiert gewesen. Die Beklagte habe zwar erklärt, dass sie die verordneten Leistungen genehmigt hätte, wenn sie von einem Pflegedienst beantragt und erbracht worden wären, sich aber nicht in der Lage gesehen, entsprechende Vertragspartner zu benennen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 27. September 2017 sowie den Bescheid der Beklagten vom 21. Januar 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Mai 2016 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr für die Behandlungspflege ihrer Mutter in den Zeiträumen vom 4. Januar 2016 bis 21. Januar 2016 und vom 1. Februar 2016 bis 13. Februar 2016 einen Betrag von 1.116,-. EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Der am 25. Januar 2016 eingelegte Widerspruch sei erstmals am 17. Februar 2016 begründet worden. Zu diesem Zeitpunkt seien die Behandlungspflegeleistungen bereits erbracht worden. Soweit die Klägerin vortrage, trotz intensiver Suche keinen Leistungsanbieter für die nachts erforderlich werdenden Leistungen gefunden zu haben, habe sie ihr – der Beklagten – keine Gelegenheit gegeben, einen Leistungserbringer zu stellen. Zutreffend habe das Sozialgericht ausgeführt, dass sie – die Beklagte – davon ausgehen musste, dass eine weitere Leistung als vom Pflegeunternehmen angegeben nicht begehrt werde. Der weitere Vortrag der Klägerin im Widerspruchsverfahren sei dann erst nach Inanspruchnahme der Leistung erfolgt. Der vom Pflegedienst angegebene und vorbehaltlos beantragte Leistungsumfang sei mit Bescheid vom 21. Januar 2016 bewilligt worden. Es habe keine Hinweise darauf

gegeben, dass die Klägerin weitere Leistungen begehrte. Die beantragten Leistungen seien vollumfänglich bewilligt worden, eine Ablehnung habe es nicht gegeben. Auch fehle es an dem erforderlichen Kausalzusammenhang zwischen einer Ablehnung von Leistungen und dem Entstehen von Kosten für die Selbstbeschaffung, weil nicht zuvor eine Sachleistung beantragt worden sei. Auch auf den aus dem Senat erteilten Hinweis hin werde daran festgehalten, dass aus der vorgelegten Verordnung nicht hervorgegangen sei, dass die Klägerin eine weitergehende Leistung begehrte. Die Klägerin habe den Antrag vorbehaltlos unterzeichnet, nachdem der Pflegedienst einen geringeren Leistungsumfang als verordnet eingetragen hatte. Wenn man aber einen weitergehenden Antrag annehmen wollte, habe sie – die Beklagte – diesen dann abgelehnt, weil sie eine Genehmigung nur beschränkt auf die vom Pflegedient angegebenen Leistungen erteilt habe.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist zum Teil begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht die Klage vollständig abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 21. Januar 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Mai 2016 ist rechtswidrig und verletzt die Klägerin in ihren Rechten. Die Klägerin hat Anspruch auf Teilerstattung der von ihr selbst finanzierten Leistungen der häuslichen Krankenpflege für ihre verstorbene Mutter. Die Klägerin ist die Tochter der Versicherten und hat nach Aktenlage mit der mittlerweile verstorbenen Versicherten in häuslicher Gemeinschaft zusammengelebt. Mithin ist sie Sonderrechtsnachfolgerin der Versicherten gem. § 56 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I).

Anspruchsgrundlage ist § 37 Abs. 4 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Nach dieser Vorschrift sind Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft in angemessener Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen kann oder Grund besteht, davon abzusehen. Nach der Rechtsprechung des BSG ist der Anwendungsbereich der Vorschrift eröffnet, wenn bei der Krankenkasse ein Antrag auf Bewilligung häuslicher Krankenpflege eingegangen ist und die Krankenkasse dem Antrag jedenfalls dem Grunde nach entspricht (BSG v. 30. November 2017 – B 3 KR 11/16 R - juris Rn 15). Diese Voraussetzungen sind seit dem 13. Januar 2016 gegeben.

Am 13. Januar 2016 ist der Antrag der Versicherten bei der Beklagten eingegangen, ihr Behandlungspflege in dem ärztlich verordneten Umfang zu gewähren. Zu Unrecht sind die Beklagte und ihr folgend das Sozialgericht der Auffassung, dass sich der Antrag der Versicherten auf die Bewilligung derjenigen Leistungen beschränkt habe, zu deren Erbringung sich der Pflegedienst Mobile Hauskrankenpflege M W GmbH bereit erklärt hatte. Die Beklagte verkennt, dass maßgebend für den Umfang der den Versicherten zu gewährenden Leistungen in erster Linie die ärztliche Verordnung ist. Denn es ist Aufgabe des Vertragsarztes und nicht des Pflegedienstes, über die medizinische Notwendigkeit und den erforderlichen Umfang von Behandlungspflege zu entscheiden. Das ergibt sich aus § 73 Abs. 2 Nr. 8 SGB V und nicht zuletzt auch aus der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschuss zur Hauskrankenpflege. Nach § 6 Abs. 1 der Richtlinie stellt der Versicherte den Antrag auf Genehmigung der Leistungen durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung – und nicht durch die Vorlage einer Übernahmeerklärung des Pflegedienstes. Überdies hat die Krankenkasse nach § 6 Abs. 2 Satz 2 der Richtlinie den verordnenden Vertragsarzt zu informieren, wenn sie die verordneten Leistungen nicht im vollen Umfang genehmigt. Auch die Erwägungen des Sozialgerichts, wonach sich die Diskrepanz zwischen den verordneten und den vom Pflegedienst übernommenen Leistungen möglicherweise daraus erklären lasse, dass die Pflege durch einen im Haushalt lebenden Angehörigen übernommen werden konnte, überzeugen nicht. Nach § 3 Abs. 3 Hauskrankenpflege-Richtlinie hat sich der Vertragsarzt nämlich vor der Verordnung zu vergewissern, ob die Pflege nicht durch eine im Haushalt lebende Person übernommen werden kann. Vorliegend hat der behandelnde Vertragsarzt auf der Verordnung gerade nicht angegeben, dass er nicht beurteilen könne, ob eine im Haushalt lebende Person die Pflege übernehmen könne. Demgemäß hat er die Übernahme der Pflegeleistung durch eine andere im Haushalt lebende Personen gerade ausgeschlossen. Außerdem bezog sich die in dem Verordnungsformular geleistete Unterschrift der Klägerin (als Vertreterin ihrer Mutter) schon räumlich nur auf die ärztlich verordneten Leistungen, nicht auch auf die Angaben des Pflegedienstes. Demnach lag die ärztliche Verordnung von Krankenpflege vom 4. Januar 2016 der Beklagten am 13. Januar 2016 uneingeschränkt zu Genehmigung vor.

Die Versicherte hatte gemäß § 37 Abs. 1 SGB V Anspruch auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege in dem verordneten Umfang. Die Beklagte hat dem Grunde nach ihre Verpflichtung zur Leistung anerkannt. Das ergibt sich daraus, dass sie die Leistungen in dem Umfang bewilligte, in dem sich der Pflegedienst zur Leistung bereit erklärt hatte. Die medizinische Notwendigkeit der vom behandelnden Arzt verordneten Leistungen ist von der Beklagten aber auch darüber hinaus nicht in Frage gestellt worden. In ihrem Widerspruchbescheid hat die Beklagte ausdrücklich erklärt, dass sie die Leistungen in dem vom Arzt verordneten Umfang genehmigt hätte, wenn der Pflegedienst sich zur Leistungserbringung bereit erklärt hätte. Die Beklagte hat in dem vorliegenden gerichtlichen Verfahren bis heute nicht geltend gemacht, dass die verordneten Leistungen der Krankenpflege medizinisch nicht in vollem Umfang erforderlich sein könnten. Der Senat sieht danach keine Veranlassung zur weiteren Sachaufklärung und geht von der medizinischen Notwendigkeit der Leistungen im verordneten Umfang aus.

Die Beklagte war nicht in der Lage, die verordneten Leistungen in dem erforderlichen Umfang sicherzustellen. Soweit die Beklagte geltend machen will, dass die Klägerin versäumt habe, einen geeigneten Pflegedienst auszuwählen, verkennt sie, dass im Sachleistungssystem des SGB V sie die Leistungsverantwortung trägt und nicht die Versicherte oder deren Angehörige. Es wäre Aufgabe der Beklagten gewesen sicherzustellen, dass die Behandlungspflegeleistungen in dem verordneten Umfang an die Versicherte erbracht werden. Mit der Vorlage der Verordnung war für die Beklagte auch erkennbar geworden, dass Anlass zum Eingreifen bestand. Denn es ergab sich offenbar eine Versorgungslücke, weil die vom Arzt verordneten Leistungen nur teilweise vom Pflegedienst übernommen werden sollten. Die Beklagte hat indessen trotz erkennbarer Notwendigkeit davon abgesehen, ihrer Versicherten beratend und unterstützend zur Seite zu stehen. Entsprechend muss sie nach § 37 Abs. 4 SGB V für die Versicherte die selbstbeschafften Leistungen übernehmen, soweit die entstandenen Aufwendungen angemessen sind.

Für den Umfang der erstattungsfähigen Aufwendungen ist zu berücksichtigen, dass der Pflegedienst die verordnete Medikamentengabe nicht einmal in dem Umfang erbracht hat, der seiner eigenen Bereiterklärung entspricht. Ausweislich der Abrechnungsunterlagen sind in der Zeit ab dem 13. Januar 2016 Medikamentengaben nur 2mal am 14. Januar 2016 und jeweils einmal am 20., 22., 25., 27. und 29. Januar 2016 erbracht worden. Erstattet verlangt die Klägerin täglich 3mal Medikamentengaben in der Zeit vom 4. Januar bis 21. Januar 2016 und

vom 1. Februar 2016 bis 13. Februar 2016. Soweit die Leistungen des Pflegedienstes in Bezug auf die Medikamentengabe hinter der ärztlich verordneten Pflege (4mal täglich, 7mal in der Woche) zurückgeblieben sind, ist die Beklagte nach § 37 Abs. 4 SGB V ohne Rücksicht auf die weitergehende Bereiterklärung des Pflegedienstes zur Kostenerstattung verpflichtet, weil sie tatsächlich nicht in der Lage war, die Pflege ihrer Versicherten sicherzustellen. Das betrifft den Zeitraum vom 1. bis 13. Februar in vollem Umfang, den Zeitraum vom 13. bis 21. Januar 2016 nur mit Ausnahme des 14. Januar 2016, weil an diesem Tag zwei Medikamentengaben schon durch den Pflegedienst erbracht worden sind und demnach nur weitere zwei bis zur ärztlichen Verordnung als erstattungsfähig verbleiben. An den neun Tagen vom 13. bis 21. Januar 2016 sind danach 8mal drei Medikamentengaben und 1mal zwei Medikamentengaben erstattungsfähig, insgesamt also 26. Die 39 Medikamentengaben aus der Zeit vom 1. bis 13. Februar 2016 sind dagegen dem Grunde nach in vollem Umfang erstattungsfähig. Insgesamt muss die Beklagte daher der Klägerin die Aufwendungen der Versicherten für 65 Medikamentengaben erstatten.

Nach dem Gesetz sind die tatsächlichen Aufwendungen nur im Umfang des Angemessenen zu erstatten. Insoweit ist zu berücksichtigen, dass die Krankenkassen an ihre Versicherten gemäß § 37 Abs. 4 SGB V für selbstbeschaffte Leistungen regelmäßig keinen höheren Betrag erstatten müssen, als von ihnen selbst an einen Pflegedienst zu zahlen gewesen wäre. Unwidersprochen hat die Beklagte vorgetragen, dass sie an den von der Klägerin beauftragten Pflegedienst je Medikamentengabe 11,10 EUR gezahlt hätte. Auf diesen Betrag ist danach die Erstattungsforderung der Klägerin aus § 37 Abs. 4 SGB V zu begrenzen, auch wenn sie selbst 12,- EUR je Medikamentengabe an ihre selbstausgesuchte Pflegekraft gezahlt hat.

Indessen gilt das nur für die Zeit vom 13. bis 21. Januar 2016, weil sich ab dem 1. Februar 2016 bis zum 13. Februar 2016 ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin auch aus § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V ergibt. Die Beklagte hat in dem angefochtenen Bescheid vom 21. Januar 2016 zu Unrecht abgelehnt, der Versicherten Leistungen der häuslichen Krankenpflege in dem verordneten Umfang zu gewähren. Das war rechtswidrig, weil die Versicherte ihren Antrag nicht auf die bewilligten Leistungen beschränkt hatte und die verordneten Leistungen im vollen Umfang medizinisch notwendig waren. Zu erstatten nach § 13 Abs. 3 SGB V sind die Kosten in tatsächlich entstandener Höhe ohne Rücksicht auf ihre Angemessenheit, also für die Zeit vom 1. bis 13. Februar 2016 in Höhe von 468,- EUR. Zusammen mit den 288,60 EUR für 26 Medikamentengaben á 11,10 EUR in der Zeit vom 13. Januar 2016 bis zum 21. Januar 2016 ergibt sich so ein Erstattungsanspruch in Höhe von 756,60 EUR. Insoweit ist die Klage begründet.

Nicht begründet ist die Klage dagegen, soweit die Klägerin Kostenerstattung auch für die Zeit vom 4. Januar 2016 bis 12. Januar 2016 verlangt. § 37 Abs. 4 SGB V ist auf diesen Zeitraum noch nicht anwendbar, weil die ärztliche Verordnung der Beklagten erst am 13. Januar 2016 vorgelegen hat. Soweit sich aus § 6 Abs. 6 der Hauskrankenpflege-Richtlinie ergibt, dass die ärztlich verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege auch für die Zeit vor der Vorlage der Verordnung bei der Krankenkasse zu gewähren sind, ist das zwar grundsätzlich auch auf den Kostenerstattungsanspruch aus § 37 Abs. 4 SGB V entsprechend anwendbar (BSG v. 16. Juli 2014 - B 3 KR 2/13 R - juris Rn 34). Indessen hat die Klägerin entgegen der Vorgaben aus der Hauskrankenpflegerichtlinie versäumt, die Verordnung der Beklagten innerhalb von drei Tagen nach ihrer Ausstellung vorzulegen. Aus diesem Grund kann ihr die Fiktionswirkung aus § 6 Abs. 6 Hauskrankenpflege-Richtlinie für Zeiten vor der Vorlage der Verordnung nicht zu Gute kommen.

Auch aus § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 1 SGB V ergibt sich kein weitergehender Kostenerstattungsanspruch der Klägerin. Zwar können Leistungen der Behandlungspflege grundsätzlich als unaufschiebbar anzusehen sein, wenn und soweit der aktuelle Versorgungsbedarf schon vor einer Verordnung vorliegt. Der Senat kann aber nicht feststellen, dass die Versicherte vor dem 13. Januar 2016 einen unabweisbaren sofortigen Versorgungsbedarf hatte, der keine Beteiligung der Beklagten mehr erlaubte. Soweit der Versicherten auf der ärztlichen Verordnung vom 4. Januar 2016 in Bezug auf die Medikamentengabe rückwirkend ein Behandlungspflegebedarf ab dem 1. Januar 2016 bestätigt worden ist, kann daraus kein unabweisbarer Bedarf abgeleitet werden, weil die Leistungen durch Dritte tatsächlich erst ab dem 4. Januar 2016 erbracht wurden. Dann müsste aber gerade ab dem 4. Januar 2016 ein dringender unabweisbarer Bedarf entstanden sein, der nur im Wege der sofortigen Selbsthilfe gedeckt werden konnte. Dafür ist indessen nichts ersichtlich. Die Klägerin hat am 4. Januar 2016 noch Gelegenheit gefunden, für die Versicherte eine ärztliche Verordnung über Krankenpflegeleistungen ausstellen zu lassen. Sie hat dann aber versäumt, die Verordnung innerhalb angemessener Frist der Beklagten vorzulegen. Für die Konkretisierung einer angemessenen Frist ist auf § 6 Abs. 6 der Hauskrankenpflege-Richtlinie Bezug zu nehmen. Diese Regelung berücksichtigt gerade, dass im Regelfall die Behandlungspflege bereits mit Ausstellung der ärztlichen Verordnung medizinisch erforderlich ist und billigt den Versicherten deswegen einen Anspruch auf Übernahme der Pflege bis zur Entscheidung durch die Krankenkassen zu, sofern die Verordnung der Krankenkasse innerhalb von drei Werktagen nach ihrer Ausstellung vorgelegt wird. Die für die Versicherte handelnde Klägerin hat durch die Überschreitung der 3-Tage-Frist ohne erkennbaren Grund selbst verhindert, dass die Beklagte zeitnah über die verordnete Krankenpflege entscheiden konnte. Die Klägerin hat nach ihrem eigenen Vortrag die von ihr selbst ausgesuchte Pflegeperson nicht beauftragt, weil sie keine Zeit mehr hatte, bei einem Pflegedienst oder der Krankenkasse nachzufragen, sondern weil sie davon ausging, dass kein Pflegedienst in Berlin bereit gewesen wäre, die erforderliche Medikamentengabe auch nachts zu leisten. Wenn der Beklagten aber nicht die Möglichkeit gegeben wird, innerhalb angemessener Frist über den Versorgungsbedarf zu entscheiden und für die Erbringung der benötigten Leistungen zu sorgen, kann ihr nicht entgegengehalten werden, dass sie zeitnah dazu nicht in der Lage gewesen war. Ein Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 1 SGB V scheidet damit aus.

Nach alledem waren das Urteil des Sozialgerichts sowie der angefochtene Bescheid der Beklagten abzuändern und die Klägerin zur Erstattung von 756,60 EUR zu verurteilen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach § 193 SGG. Das Verfahren ist nach § 183 SGG kostenfrei, weil die Klägerin nach § 56 SGB I Sonderrechtsnachfolgerin der Versicherten ist.

Gründe für die Zulassung der Revision nach § 160 Abs. 2 SGG sind nicht ersichtlich.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2019-05-14