

## L 5 KR 293/16

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Konstanz (BWB)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 495/15  
Datum  
08.12.2015  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 293/16  
Datum  
31.01.2017  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 08.12.2015 wird zurückgewiesen. Der Kläger trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens. Der Streitwert wird endgültig auf 1.009,92 EUR festgesetzt.

Gründe:

( I )

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Zahlung von 1.009,92 EUR für vom ihm im Januar und Februar 2012 erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Der Kläger betreibt einen ambulanten Alten- und Krankenpfordienst und erbringt u.a. Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Unter dem 07.01.1999 verpflichtete sich der Kläger, die Regelungen des Rahmenvertrags nach [§ 132a](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zwischen u.a. der Beklagten und den Verbänden von Pfordediensten nach [§ 132a SGB V](#) korrekt anzuwenden. Mit Folgeverordnung vom 16.12.2011 wurde dem im Jahr 1948 geborenen, bei der Beklagten krankenversicherten B. L. (im Folgenden L.) durch die Fachärzte für Allgemeinmedizin W. und Sch. wegen immobilitätsbedingten Lymphödemen an beiden Beinen bei einer inkompletten Querschnittslähmung häusliche Krankenpflege für zweimal tägliches An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen für den Zeitraum vom 01.01. - 31.03.2012 verordnet. L. lebte in einer "Wohngemeinschaft" und wurde dort vor allem durch seine in der Nachbarschaft wohnende Schwester K. G. (im Folgenden G.) und seine Nichte Ch. F. gepflegt. G. vermietet ihm auch die dortige Wohnung. G. wird vom Kläger als festangestellte Mitarbeiterin geführt. Ihre Pflege wurde in der Vergangenheit als Sachleistung vom Pfordedienst gegenüber der Pflegekasse abgerechnet. Mit Schreiben des Klägers vom 31.01.2012, das am 01.02.2012 bei der Beklagten einging, wurde der Beklagten die Verordnung der Allgemeinmediziner W. und Sch. vom 16.12.2011 übersandt und die Genehmigung der verordneten Leistungen beantragt. L. machte hierbei geltend, die Leistungserbringung möge in seinem Haushalt erfolgen, da sie nicht durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden könne. Der Kläger bat, die durch "Weihnachten-/Neujahr und Mißverständnisse entstandene Verzögerung bei der Übermittlung der Verordnung" zu entschuldigen. Mit Bescheid vom 07.02.2012 lehnte die Beklagte gegenüber L. eine Kostenübernahme ab, da die verordneten Leistungen von einer ihm, dem L., nahestehenden Person im Lebensumfeld ausgeführt werden könnten. Ein Rechtsbehelf gegen den Bescheid wurde nicht erhoben. Unter dem 19.07.2012 stellte der Kläger der Beklagten für Leistungen, die er bei L. vom 01. 31.01.2012 erbracht habe, einen Betrag i.H.v. 514,40 EUR und für Leistungen, die er vom 01. - 29.02.2012 erbracht habe, einen solchen i.H.v. 495,52 EUR in Rechnung. Er rechnete hierbei für Januar 2012 60 Einätze und für Februar 2012 58 Einsätze ab. Nachdem die Beklagte die Rechnungsbeträge nicht ausgeglichen hatte, erhob der Kläger am 05.03.2015 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG), mit der er die Zahlung von 1.009,92 EUR, hilfsweise von 650,88 EUR geltend machte. Zur Begründung brachte er vor, die Beklagte sei, zumindest bis zum Zeitpunkt der Ablehnung, verpflichtet, für ihre Mitglieder ärztlich verordnete Leistungen bei Vorliegen der gesetzlichen Voraussetzungen zu genehmigen und dem Leistungserbringer die Kosten zu erstatten. Er habe bei L., entsprechend der ärztlichen Verordnung, in der Zeit vom 01.01. - 29.02.2012 2x täglich Kompressionsstrümpfe an- und ausgezogen. Die Behauptung der Beklagten gegenüber L., die Leistungen könnten durch eine nahestehende Person im Umfeld erbracht werden, sei falsch. Im Haushalt des L. lebe einzig dessen - rollstuhlpflichtige - Mutter, die zum damaligen Zeitpunkt 92 Jahre alt gewesen sei. Der zeitliche Abstand zwischen der ärztlichen Verordnung und der Vorlage bei der Beklagten sei unschädlich, da, wie das Sozialgericht Potsdam (- [S 3 KR 57/06](#) -, in juris) entschieden habe, für die Vorlage der Verordnung keine Ausschlussfrist gelte. Insofern habe ein Pfordienst auch keine direkte Einflussmöglichkeit auf die Vorlage bei der Pflegekasse. Der hilfsweise geltend gemachte Betrag von 650,88 EUR betreffe die für die Zeit bis zur Ablehnung im Bescheid vom 07.02.2012 erbrachten Leistungen. Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie führte hierzu aus, die verordneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege seien gegenüber L. abgelehnt worden. Eine den Zeitraum vom 01.04. - 31.12.2011 ablehnende Entscheidung sei von L. vor dem Sozialgericht Ulm angefochten worden, das Klageverfahren (S 13 KR 624/12) sei jedoch

eingestellt worden. Es erschließe sich ihr, der Beklagten, nicht, woraus sich für den Folgezeitraum eine Legitimation des Klägers ergebe, die Ansprüche (gerichtlich) geltend zu machen. Überdies sei nicht nachvollziehbar, warum die Verordnung vom 16.12.2011 erst am 01.02.2012 vorgelegt worden sei. Die maßgeblichen Fristen zu Vorlage seien verstrichen gewesen. Schließlich seien die Leistungen auch nach inhaltlichen Gesichtspunkten nicht zu genehmigen, da die behandlungspflegerische Versorgungssituation bei L. eine Genehmigung nicht zulasse. Mit Urteil vom 08.12.2015 wies das SG die Klage ab. Zur Begründung seiner Entscheidung führte es aus, dem geltend gemachten Vergütungsanspruch stehe die fehlende Genehmigung der häuslichen Krankenpflege und die verspätete Vorlage der Verordnung entgegen. Ein Anspruch auf Vergütung erbrachter Leistungen der häuslichen Krankenpflege entstehe nur, wenn die Krankenkasse sie genehmigt habe. Erst mit einer Genehmigung liege ein wirksamer Auftrag vor, im Rahmen dessen ein Pflegedienst tätig werden könne. Werde ein Pflegedienst ohne einen solchen Auftrag tätig, entstehe kein Vergütungsanspruch. Vorliegend habe die Beklagten gegenüber L. die Genehmigung bestandskräftig abgelehnt, weswegen der Kläger die dennoch erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht gegenüber der Beklagten abrechnen könne. Insofern wirke sich die Bestandskraft des Bescheides auch im Verhältnis zwischen dem Kläger und der Beklagten aus, weil Leistungs- und Leistungserbringerrecht einheitlich beurteilt werden müssten. Etwas anderes folge auch nicht aus § 6 Abs. 6 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinie) nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V](#). Danach übernehme die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach [§ 132a Abs. 2 SGB V](#), wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt werde. Hierbei handele es sich, wie das Landessozialgericht (LSG) Schleswig-Holstein entschieden habe (Urteil vom 12.06.2014 - [L 5 KR 98/12](#) - in juris), um eine Ausschlussfrist. Da vorliegend die Verordnung vom 16.12.2011 erst am 01.02.2012 bei der beklagten Krankenkasse eingegangen sei, könne der Kläger auch wegen der verspäteten Verordnungsvorlage keine Leistungen abrechnen. Gegen das ihm am 16.12.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 04.01.2016 beim SG Berufung eingelegt. Die Beklagte habe, so der Kläger begründend, seinem Vorbringen nicht widersprochen, sodass davon auszugehen sei, dass die Beklagte die Drei-Tages-Frist nicht als Ausschlussfrist werte. Der Einwand der Beklagten, die Wohnsituation des L. rechtfertige die Genehmigung der Verordnung nicht, sei fehlerhaft. Die HKP-Richtlinie sehe vor, dass bei einer strittigen Entscheidungslage der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg einzuschalten sei. Dies sei vorliegend unterblieben. Auch sei die Gewährung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege medizinisch notwendig. Der Kläger brachte ferner vor, dass es sich bei der Verordnung vom 16.12.2011 um eine Folgeverordnung gehandelt habe, für welche keine Ausschlussfrist einschlägig sei, § 5 Abs. 2 der HKP-Richtlinie bestimme insofern, dass die Folgeverordnung innerhalb der letzten drei Arbeitstage vor Ablauf des verordneten Zeitraums auszustellen sei.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Konstanz vom 08.12.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, für von ihm in der Zeit vom 01.01. - 29.02.2012 erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege betreffend Hr. B. L. einen Betrag i.H.v. 1.009,92 EUR, hilfsweise einen Betrag i.H.v. 650,88 EUR zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen. Zur Begründung ihres Antrages verweist die Beklagte auf die Ausführungen im angefochtenen Urteil. Die Beteiligten wurden mit Schreiben vom 26.07.2016 und vom 21.12.2016 darauf hingewiesen, dass der Senat erwägt, nach [§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) durch Beschluss zu entscheiden. Ihnen wurde Gelegenheit eingeräumt, sich hierzu zu äußern. Der Kläger hat hiervon dergestalt Gebrauch gemacht, als er betont hat, die Ablehnung der Genehmigung der häuslichen Krankenpflege sei willkürlich und nicht gesetzeskonform. Jedenfalls, soweit er hilfsweise die Zahlung eines Betrages für in der Zeit bis zur Ablehnung der Genehmigung erbrachte Leistungen fordere, sei sein Begehren begründet. In anderen Fällen, in denen er Leistungen gegenüber anderen Versicherten erbracht habe, habe die Beklagte zu seinen Gunsten entschieden. Zuletzt hat der Kläger ausgeführt, dass er vor dem SG ein weiteres Klageverfahren (- S 8 KR 3479/15 -) gegen die Beklagte führe, in dem er von der Beklagten die Zahlung von 965,76 EUR für im April und Mai 2012 bei L. erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege geltend mache. Er beantragte insofern die Einbeziehung in das vorliegende (Berufungs-) Verfahren. Ferner beantragte der Kläger Einsicht die Verfahrensakten beim SG, die ihm sodann unter Hinweis darauf, dass der Rechtsstreit unmittelbar nach Rückgabe der Akten durch das SG entschieden werde, gewährt und von ihm am 16.01.2017 wahrgenommen wurde.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, insb. des Vorbringens der Beteiligten, wird auf den Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die bei der Beklagten für den Kläger geführte Leistungsakte verwiesen.

(II)

Die in Ansehung des geltend gemachten Betrages von 1.009,92 EUR statthafte (vgl. [§ 144 Abs. 1 SGG](#)) Berufung wurde form- und fristgerecht (vgl. [§ 151 Abs. 1 SGG](#)) eingelegt; sie ist daher zulässig. Der Senat konnte die Berufung des Klägers nach Anhörung der Beteiligten gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss zurückweisen, da er sie einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich hält. Gründe für die Durchführung einer mündlichen Verhandlung wurden, insb. im klägerischen Schriftsatz vom 10.08.2016 und zuletzt vom 11.01.2017, nicht vorgebracht und sind dem Senat auch anderweitig nicht ersichtlich. Der Kläger wurde überdies darauf hingewiesen, dass der Rechtsstreit unmittelbar nach Rückgabe der Akten durch das SG entschieden werde. Diese erfolgte nach am 16.01.2017 erfolgter Akteneinsicht des Klägers am 23.01.2017. Der Senat konnte über den Rechtsstreit entscheiden, ohne L. nach [§ 75 Abs. 2 SGG](#) notwendig beizuladen, da, obschon der geltend gemachte Vergütungsanspruch in der Sache eng mit dem Sachleistungsanspruch des L. verbunden ist, der Leistungserbringer im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung gegen die Krankenkasse keinen auf ihn übergegangenen Kostenerstattungsanspruch des Versicherten, sondern vielmehr eigenständige Vergütungsansprüche gegen die Krankenkasse geltend macht (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 20.04.2016 - [B 3 KR 17/15 R](#) -, in juris, dort Rn. 11).

Streitgegenständlich ist vorliegend einzig die vom Kläger erhobene Zahlungsklage betr. die vom 01.01. - 29.02.2012 erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach der Verordnung vom 16.12.2011. Kein zulässiger Gegenstand des Rechtsstreits ist dagegen das Begehren des Klägers, die Beklagte zu verurteilen, im April und Mai 2012 erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu bezahlen. Gegenüber der bisherigen Leistungsklage, gerichtet auf Zahlung der im Januar und Februar 2012 erbrachten Leistungen, handelt es sich bei der beantragten Verurteilung der Beklagten um einen eigenständigen, zusätzlichen, mit der Leistungsklage verfolgten prozessualen Anspruch und mithin um eine Klageänderung i.S. einer Klageerweiterung. Eine solche Klageänderung ist nur zulässig, wenn die Beklagte einwilligt oder das Gericht die Änderung für sachdienlich hält ([§ 99 Abs. 1 SGG](#)). Die Beklagte hat eine Einwilligung nicht erklärt. Die Sachdienlichkeit der Klageänderung ist bereits deswegen zu verneinen, weil die erweiterte Klage nicht zulässig ist. Der Senat ist als

Berufungsgericht für eine solche Klage erstinstanzlich nicht zuständig (BSG, Urteil vom 31.07.2002 - [B 4 RA 20/01 R](#) - in juris). Das Landessozialgericht ist in Streitigkeiten zwischen Leistungserbringern und Krankenkassen gemäß [§ 29 Abs. 1 SGG](#) nur zuständig für Entscheidungen im Berufungsverfahren (zur erstinstanzlichen Zuständigkeit in anderen Arten von Streitigkeit vgl. insbesondere [§ 29 Abs. 2 SGG](#)), weswegen es an einer unverzichtbaren Prozessvoraussetzung fehlt, was die Annahme von Sachdienlichkeit ausschließt (BSG, Urteil vom 08.05.2007 - [B 2 U 14/06 R](#) - in juris). Die Berufung führt in der Sache für den Kläger nicht zum Erfolg, das SG hat die zulässige Leistungsklage nach [§ 54 Abs. 4 SGG](#) in nicht zu beanstandender Weise abgewiesen. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Vergütungsanspruchs des Klägers ist [§ 132a SGB V](#) in der ab dem 01.07.2008 geltenden Fassung des GKV-Modernisierungsgesetzes vom 14.11.2003, [BGBl. I 2190](#)) i.V.m. dem Rahmenvertrag nach [§ 132a SGB V](#) über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege zwischen u.a. der Beklagten und den Verbänden von Pflegediensten, der infolge der Verpflichtungserklärung vom 07.01.1999 auch für den Kläger Gültigkeit beansprucht (vgl. § 1 Abs. 2 des Rahmenvertrags nach [§ 132a SGB V](#)) und in dem Inhalt, Umfang, Vergütung sowie die Prüfung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der Erbringung der häuslichen Krankenpflege geregelt sind (vgl. § 1 Abs. 1 des Rahmenvertrags nach [§ 132a SGB V](#)). Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht im Zusammenhang mit ärztlicher Behandlung, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist oder durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird ([§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) sowie wenn sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist ([§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Leistungen der häuslichen Krankenpflege bedürfen grundsätzlich der vorherigen Beantragung durch den Versicherten und der vorherigen Bewilligung gegenüber dem Versicherten durch die zuständige Krankenkasse (BSG, Urteil vom 24.09.2002 - [B 3 KR 2/02 R](#) - in juris, dort Rn. 10). Der Anspruch auf Vergütung der erbrachten Leistungen entsteht nur, wenn die Kasse sie "genehmigt" hat. Hierbei handelt es sich um die Auftragserteilung im konkreten Leistungsfall, die den Umfang des Auftrages festlegt. Weil die Krankenkasse bestimmt, in welchem Umfang sie Leistungserbringer zur Erfüllung ihrer Sachleistungsverpflichtung heranzieht, handelt derjenige, der ohne oder außerhalb des erteilten Auftrags tätig wird, ohne rechtliche Grundlage und damit ohne Anspruch auf eine Vergütung (BSG, Urteil vom 24.09.2002, [a.a.O.](#), Rn. 15; LSG für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26.08.2010 - [L 5 KR 105/09](#) -, in juris). Die vertragsärztliche Verordnung ändert daran nichts. Eine Genehmigung i.d.S. wurde von der Beklagten vorliegend nicht erteilt, sie, die Beklagte, hat für den streitgegenständlichen Zeitraum vielmehr die Gewährung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege mit Bescheid vom 07.02.2012 gegenüber L. abgelehnt und den ambulanten Pflegedienst ausweislich des Bescheids hierüber auch informiert. Gegen diesen Bescheid wurde von L. kein Widerspruch eingelegt, sodass er nach [§ 77 SGG](#) bestandskräftig geworden ist. An diese Entscheidung war der Kläger gebunden, denn als Leistungserbringer erfüllte er die der Beklagten gegenüber dem L. obliegende Sachleistungsverpflichtung nach [§§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 4, 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (LSG Bremen, Urteil vom 22.03.2001 - [L 6 KR 13/00](#) - in juris, dort Rn. 19). Auf die Frage, ob die Ablehnung der Kostenübernahme von Leistungen der häuslichen Krankenpflege durch die Beklagte rechtmäßig war, kommt es nicht an. Sie betrifft allein das Versicherungsverhältnis, aus dem der Leistungserbringer keine Rechte herleiten kann (BSG, Urteil vom 24.09.2002, [a.a.O.](#), Rn. 14). Mithin hat der Kläger in Ermangelung einer Genehmigung der häuslichen Krankenpflege keinen Anspruch auf Vergütung der von ihm in der Zeit vom 01.01. - 29.02.2012 erbrachten Leistungen i.H.v. 1009,92 EUR.

Für die hilfsweise geltend gemachte Forderung i.H.v. 650,88 EUR kann sich der Kläger auch nicht auf die Regelung des § 6 Abs. 6 HKP-RL i.d.F. vom 17.09.2009 (BAnz vom 09.02.2010) stützen. Die Vorschrift lautet: "Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die von der Vertragsärztin oder dem Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach [§ 132a Absatz 2 SGB V](#), wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag (Montag bis Freitag, wenn diese nicht gesetzliche Feiertage sind) der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach [§ 132a Absatz 1 SGB V](#)." Mit dieser Regelung wollten der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen und später der Gemeinsame Bundesausschuss dem Leistungserbringer das Risiko abnehmen, dass sich die vertragsärztlich verordnete Leistung bei der Prüfung im Genehmigungsverfahren ganz oder teilweise als nicht notwendig erweisen sollte, damit der Versicherte für den Zeitraum, den das Genehmigungsverfahren einnimmt, nicht auf eigenes Risiko in Vorleistung treten muss und der Leistungserbringer von Anfang an zur Leistungserbringung bereit ist. Nach dieser Regelung kann die Krankenkasse dem Vergütungsanspruch des allein auf Basis einer ihm vorliegenden vertragsärztlichen Verordnung tätig gewordenen Leistungserbringers das Fehlen der medizinischen Notwendigkeit der Leistung nur entgegenhalten, wenn für den Leistungserbringer klar erkennbar war, dass die häusliche Krankenpflege nicht wie verordnet medizinisch notwendig sein konnte (BSG, Urteil vom 20.04.2016 - [B 3 KR 17/15 R](#) - in juris, dort Rn. 16). Die Frist von drei Arbeitstagen muss bei kontinuierlich zu leistender Krankenpflege nur für die erste, den Vergütungsanspruch des Pflegedienstes auslösende vertragsärztliche Verordnung gewahrt sein. Bis zu dem Tag, an dem die Krankenkasse entscheidet, reicht es aus, wenn eine lückenlose Verordnungskette vorliegt, die den gesamten Zeitraum abdeckt. Die sehr kurze Frist von drei Arbeitstagen soll verhindern, dass schon längere Zeiträume verstrichen und hohe Kosten angefallen sind, bevor die Krankenkasse von dem Bedarf Kenntnis erhält. Eine vergleichbare Interessenlage besteht bis zur Entscheidung der Krankenkasse nicht; seit Kenntnis von der Bedarfslage hat sie es in der Hand, eine Entscheidung möglichst zeitnah herbeizuführen (BSG, Urteil vom 20.04.2016, [a.a.O.](#), Rn. 23 der juris-Veröffentlichung). Zwar wurde L. nicht erstmalig zum 01.01.2012 häusliche Krankenpflege verordnet, vielmehr erfolgte dies - jedenfalls - bereits ab dem 01.04.2011, das BSG sieht in der Regelung des § 6 Abs. 6 HKP-RL jedoch eine Vertrauensschutzregelung (vgl. BSG, Urteil vom 20.04.2016, [a.a.O.](#), Rn. 22 und 26 der juris-Veröffentlichung) und diese zeitlich auf die Zeit bis zur Bekanntgabe der Entscheidung über die beantragte Genehmigung eingeschränkt. Der Schutz von Vertrauen kann indes nur dort Platz greifen, wo ein solches bereits schützenswert begründet wurde und fortbestand. Dass der Kläger auf die Genehmigung der Leistungsgewährung vertraut hat, erscheint dem Senat zwar naheliegend, indes war ein etwaiges Vertrauen zur Überzeugung des Senats jedenfalls nicht schutzwürdig. Nach dem Inhalt der vorliegenden Akten hat der Kläger bereits vor dem 01.01.2012 bei L. Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht. Die Anträge des L., die entsprechenden Genehmigungen zu erteilen, wurden von der Beklagten mit Bescheiden vom 20.06.2011/29.07.2011 (Widerspruchsbescheid vom 07.02.2012) - nach Beendigung des Klageverfahrens vor dem Sozialgericht Ulm bestandskräftig - abgelehnt. Da der Kläger, wie bereits der Umstand, dass die G. für ihn tätig ist, nahe legt, hiervon Kenntnis haben musste, hätte der Kläger jedenfalls wissen müssen, dass die häusliche Krankenpflege nicht wie verordnet bewilligt werden würde. Hieraus folgt für den Senat, dass ein etwaiges Vertrauen des Klägers in eine Genehmigung der Verordnung vom 16.12.2011 jedenfalls nicht schutzwürdig ist. Der klägerseits (hilfsweise) geltend gemachte Anspruch kann daher auch unter Berücksichtigung der Entscheidung des BSG vom 20.04.2016 nicht auf § 6 Abs. 6 HKP-RL gestützt werden.

Da dem Kläger der geltend gemachte Zahlungsanspruch nicht zusteht, ist die Berufung gegen das klageabweisende Urteil des SG vom 08.12.2015 zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Die Streitwertfestsetzung beruht auf [§§ 63 Abs. 2 Satz 1, 52 Abs. 3 GKG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-02-16