

L 4 KR 69/07

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Nürnberg (FSB)
Aktenzeichen
S 7 KR 622/05
Datum
19.10.2006
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 69/07
Datum
12.03.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 17/09 B
Datum
13.07.2009
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Vergütung von hausärztlicher Krankenpflege ([§ 37](#) und [§ 132 SGB V](#)).

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 19. Oktober 2006 wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Streitwert wird auf EUR 733,87 festgelegt.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin 733,87 Euro für häusliche Krankenpflege zu bezahlen.

Die Klägerin betreibt einen Pflegedienst. Sie hat mit der mittlerweile verstorbenen Versicherten T. Z. am 28.06.2001 vertraglich vereinbart, Betreuung und Grundpflege und nach Absprache sowie Behandlungspflege nach ärztlicher Versorgung zu übernehmen. In der Zeit vom 28.06.2001 bis 30.06.2001 und vom 01.07.2001 bis 13.07.2001 wurden Grundpflege, hauswirtschaftliche Versorgung und Medikamenteneinzelgabe erbracht. Der praktische Arzt B. hat der Versicherten am 28.06.2001 für die streitgegenständliche Zeit Medikamentengabe sowie Körperpflege und hauswirtschaftliche Versorgung verordnet. Dass dies zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung erfolgte, hat die Beklagte nach Rücksprache mit der Arztpraxis am 16.07.2001 in der Verordnung eingefügt. Die Beklagte hat mit Bescheid vom 18.07.2001, der auch an die Klägerin ging, die Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung abgelehnt. Die Versicherte hat keinen Widerspruch gegen diesen Bescheid eingelegt. Die Klägerin hat sich gegen die Entscheidung der Beklagten mit Schreiben vom 26.07.2001 und 14.04.2002 gewendet. Die Beklagte hat ihr am 18.04.2002 mitgeteilt, nur der Versicherte könne sich gegen die Entscheidungen wenden. Nach dem Tod der Versicherten holte die Beklagte am 23.11.2005 eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes ein. Mit Schreiben vom 13.12.2005 meldeten sich die Bevollmächtigten der Klägerin bei der Beklagten und forderten die nach ihrer Auffassung noch offene Summe von 733,87 Euro aus den Rechnungen vom 25.07.2001.

Am 30.12.2005 ging die auf diese Summe gerichtete Klage beim Sozialgericht Nürnberg ein. Es wurden die Rechnungen vom 25.07.2001 vorgelegt, auf denen von der Beklagten handschriftlich Kürzungen vorgenommen waren. Vorgelegt wurden auch Leistungsnachweise, in denen die Klägerin (!) durch ihre Unterschrift bestätigte, die Leistungen seien zu ihrer Zufriedenheit erbracht worden. Zur Begründung der Klage führten die Bevollmächtigten am 03.02.2006 weiter aus, es handele sich um eine Leistungsklage auf Bezahlung der von der Klägerin erbrachten Leistungen aufgrund Nr. 23 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Die Klägerin habe die Verordnung rechtzeitig der Beklagten vorgelegt, die Leistungen seien aufgrund der Verordnung erbracht worden. Die Beklagte war der Auffassung, aus den Richtlinien lasse sich ein Zahlungsanspruch der Klägerin nicht ableiten. Die Verordnung sei nicht ordnungsgemäß und nicht vollständig gewesen. Auch bei ordnungsgemäßer Verordnung wären Behandlungspflegemaßnahmen nicht von der Beklagten zu erbringen gewesen. Die Bevollmächtigten der Klägerin legten den ambulanten Pflegevertrag vom 28.06.2001 vor.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 19.10.2006 abgewiesen. Zur Begründung führte es aus, die Klägerin könne Vergütungsansprüche gegen die Beklagte für erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur geltend machen, wenn die vertraglichen Voraussetzungen hierfür vorliegen. Es sei auf den Vertrag gemäß [§ 133 SGB V](#) (alte Fassung/jetzt: [§ 132a SGB V](#)) für die

Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) vom 25.01.1996 zurückzugreifen. In diesem Vertrag werde, wie bereits im Gesetz, unterschieden zwischen den Leistungen der Grundpflege und der Behandlungspflege. Die Verordnung habe auch Leistungen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung enthalten. Anders als die verordneten Leistungen zur Behandlungspflege seien die Grundpflegeleistungen und Leistungen zur hauswirtschaftlichen Versorgung von der Beklagten gegenüber der Versicherten mit Bescheid vom 18.07.2001 bestandskräftig abgelehnt worden. Nach § 3 Abs. 1 des Vertrages übernahmen die Krankenkassen die Leistungen der Behandlungspflege auf Antrag. Es sei eine Genehmigung durch die Beklagte erforderlich. Die fehlende Genehmigung könne auch nicht durch die Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 6 und 7 SGB V](#) (Nr. 23 bzw. Nr. 24) ersetzt werden. Nach dieser Bestimmung 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, wenn die Verordnung spätestens am 3. der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt werde. Es handele sich hierbei zum einen um eine zu Gunsten des Versicherten getroffene Regelung einer vorläufigen Zahlung und nicht um eine zusätzliche Anspruchsgrundlage neben [§ 37 SGB V](#). Zum anderen treffe die Regelung in den Richtlinien keine Bestimmung über die Vergütungspflicht der Beklagten gegenüber dem Leistungserbringer. Ansprüche der Klägerin aus Geschäftsführung ohne Auftrag und wegen eines Eingriffes in den eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb kämen aufgrund der von der Klägerin getroffenen vertraglichen Vereinbarung nicht in Frage.

Gegen dieses Urteil richtet sich die am 26.02.2007 beim Landessozialgericht eingegangene Berufung der Klägerin, die sie damit begründet, ihr Anspruch auf die Vergütung der streitigen Leistungen der häuslichen Krankenpflege ergebe sich aus den Richtlinien. Sie habe sich darauf verlassen müssen, dass die Beklagte eine Verordnung rechtzeitig ablehne oder genehmige. Die Verzögerung ihrer Entscheidung müsse sich die Beklagte entgegenhalten lassen. Da gegenüber der Berufungsklägerin kein Ausgangsbescheid oder ähnliches ergangen sei, dürfe es auch nicht zu deren Nachteil gehen, dass die Versicherte versäumt habe, sich gegen die Entscheidung zu wenden. Außerdem habe das Sozialgericht verkannt, dass es sich um einen Fall der ungerechtfertigten Bereicherung handele.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung am 12.03.2009 weist der Vorsitzende darauf hin, dass der Senat das Risiko, aufgrund einer unvollständigen Verordnung Leistungen zu erbringen, beim Leistungserbringer und nicht bei der Krankenkasse sehe.

Der Klägervertreter beantragt, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 19.10.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin EUR 733,87 nebst Zinsen hieraus in Höhe von 8 v.H. Punkten über dem Basiszinssatz seit 28.12.2005 und die außergerichtlichen Mahnkosten in Höhe von EUR 64,0 nebst Zinsen hieraus in Höhe von 8 v.H. Punkten über den Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des Sozialgerichts für zutreffend. Außerdem sei der Einwand der ungerechtfertigten Bereicherung nicht nachvollziehbar. Durch die Leistungserbringung der Klägerin könne die Beklagte nur dann ungerechtfertigt bereichert sein, wenn ein festgestellter Leistungsanspruch bestehe und dieser von der Beklagten durch die Leistung der Klägerin anderweitig nicht mehr befriedigt zu werden brauche. Ein solcher festgestellter Leistungsanspruch bestehe gerade nicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der Höhe des Beschwerdewertes nicht der Zulassung gemäß [§ 140 SGG](#) bedarf, ist zulässig, erweist sich aber als unbegründet.

Das Sozialgericht hat zutreffend unter Hinweis auf [§ 37 SGB V](#) i.V.m. den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (V Nr. 23 in der damals geltenden Fassung, jetzt Nr. 26) entschieden, dass die Beklagte der Klägerin keine Zahlung für die von ihr erbrachte und in Rechnung gestellte Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung zu leisten hat. Der Senat weist die Berufung auch aus den vom Sozialgericht angeführten rechtlichen Begründungen zurück und sieht insoweit gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab.

Zusätzlich ist jedoch darauf hinzuweisen, dass eine Leistungspflicht der Beklagten bereits deshalb entfällt, weil bestandskräftig der Versicherten gegenüber entschieden worden ist, dass die Voraussetzungen für die Gewährung von Grundpflege und hauswirtschaftlicher Versorgung nicht gegeben sind. Der Bescheid vom 18.07.2001, der mit einer Rechtsbehelfsbelehrung versehen ist, wurde von der Versicherten nicht angegriffen. Damit steht bestandskräftig fest, dass kein Anspruch auf Grundpflege und hauswirtschaftliche Versorgung bestand, die Beklagte also Kosten hierfür nicht zu bezahlen hat. Die Klägerin, der dieser Bescheid ebenfalls bekannt gegeben wurde, hat versäumt, sich mit der Versicherten wegen eines Widerspruchs in Verbindung zu setzen. Schließlich liegen, wie der Vorsitzende bereits in der mündlichen Verhandlung dargelegt hat, die Bedingungen nicht vor, nach denen im Rahmenvertrag gemäß § 132 für die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) (RHP) die Krankenkasse die Kosten der Grundbehandlungspflege sowie hauswirtschaftliche Versorgung übernimmt. § 3 Abs. 1 Satz 1 des Vertrages regelt, dass die Krankenkasse für der Inanspruchnahme der Leistungen, außer in den Fällen der Behandlungspflege, ein Antrag auf Übernahme vorzulegen ist. Es ist zwischen den Beteiligten unbestritten, dass eine vorherige Antragstellung bei der Beklagten nicht erfolgte. Damit war die Beklagte gehindert, die Leistungen vor Inanspruchnahme zu überprüfen und gegebenenfalls zu genehmigen.

Schließlich geht der Senat auch davon aus, dass die vertragsärztliche Verordnung, die gemäß § 3 Abs. 1 Satz 1 des Rahmenvertrags erforderlich ist, nicht ordnungsgemäß ist. Der praktische Arzt S. B. hat zwar in der Verordnung vom 28.06.2001 eine Begründung für die Verordnungsdauer über 14 Tage angegeben und Diagnosen benannt, weshalb häusliche Krankenbehandlung erfolgen soll, nämlich, was in der Verordnung alternativ angegeben ist: statt Krankenhausbehandlung oder zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung, hat er

nicht ausgefüllt. Die Kennzeichnung zur Sicherung der ambulanten ärztlichen Behandlung erfolgte auf der Verordnung durch die Beklagte, und zwar laut Rücksprache mit der Praxis. Da diese Ergänzung aktenkundig erst am 16.07.2001 erfolgte, also lange nach Ausstellung der Verordnung, konnte vorher von einer ordnungsgemäßen Verordnung nicht ausgegangen werden, ob für die Zeit danach, kann offen bleiben. Der Pflegedienst leistet damit auf eigenes Risiko, die Beklagte kann auch unter diesem Aspekt nicht zur Kostenübernahme verurteilt werden.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 SGG](#) i.V.m. [§ 154 Abs. 1 VwGO](#) und entspricht dem Verfahrensausgang.

Die Streitwertentscheidung richtet sich nach [§ 52 Abs. 3 GKG](#).

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2009-10-19