L 5 KR 98/12

Land
Schleswig-Holstein
Sozialgericht
Schleswig-Holsteinisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Schleswig (SHS)
Aktenzeichen
S 5 KR 119/08
Datum
25.09.2012
2. Instanz
Schleswig-Holsteinisches LSG
Aktenzeichen
L 5 KR 98/12
Datum
12.06.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 3 KR 20/14 B
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 25. September 2012 wird mit der Maßgabe zurückgewiesen, dass die Vergütungsverpflichtung der Beklagten sich auf 45.514,00 EUR beläuft. Die Klägerin trägt die Kosten des Berufungsverfahrens. Die Revision wird nicht zugelassen. Der Streitwert wird auf 61.634,69 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung von der Klägerin erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Die Klägerin betreibt einen ambulanten Pflegedienst. Sie hat mit der Beklagten eine Rahmenvereinbarung zur Vergütung einfacher Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von § 132a Abs. 2 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) abgeschlossen. Für intensive häusliche Krankenpflege (etwa Beatmungspflege) existiert zwischen den Beteiligten keine wirksame Vergütungsvereinbarung. Insoweit werden jeweils Einzelvereinbarungen getroffen.

Ursprünglich streitig war die Vergütung der häuslichen Krankenpflege für die am. 2005 geborene Versicherte M B im Zeitraum vom 15. August 2005 bis zum 23. April 2006. Die Versicherte wurde als zehntes Kind der Familie schwerstbehindert geboren und verbrachte ihre ersten Lebensmonate im Krankenhaus. Bis zum 15. August 2005 wurde sie im S -Haus in K stationär betreut.

Ab dem 4. August 2005 wurde durch den behandelnden Kinderarzt O für die Versicherte fortlaufend Behandlungspflege und ab 1. Januar 2006 Verhinderungspflege im Umfang von 24 Stunden täglich verordnet, wobei als Maßnahmen u. a. Beatmungspflege, Überwachung des Blutdrucks, der Ausscheidung sowie Absaugen genannt waren. Im Einzelnen liegen folgende Verordnungen mit durch Eingangsstempel der Beklagten dokumentierten Eingangsdaten vor:

Verordnung vom 4. August 2005 für den Zeitraum bis 4. September 2005 (Eingangsstempel vom 18. August 2005), Verordnung vom 30. August 2005 für den Zeitraum vom 5. September 2005 bis 30. September 2005 (Eingangsstempel vom 12. September 2005), Verordnung vom 10. Oktober 2005 für den Zeitraum vom 1. Oktober 2005 bis 31. De-zember 2005 (Eingangsstempel vom 14. Oktober 2005), Verordnung vom 3. Januar 2006 für den Zeitraum vom 1. Januar 2006 bis 31. März 2006 (Eingangsstempel vom 16. Januar 2006), Verordnung vom 27. März 2006 für den Zeitraum vom 1. April 2006 bis 30. Juni 2006 (Eingangsstempel vom 5. April 2006).

Die verordnete häusliche Krankenpflege wurde durch Mitarbeiter der Klägerin er-bracht. Aufgrund der schwierigen häuslichen Situation der Familie wurde die Versorgung nicht im Elternhaus vorgenommen, sondern in einer von der Klägerin angemieteten Ein-Zimmer-Wohnung, die an die Eltern der Versicherten untervermietet wurde. Die Versorgung erfolgte im Drei-Schicht-Betrieb 24 Stunden am Tag. Die Pflegekasse der Beklagten erkannte der Versicherten die Pflegestufe I zu und gewährte die entsprechenden Leistungen.

Die Beklagte gewährte der Versicherten häusliche Krankenpflege mit Bescheiden vom 6. Dezember 2005 und 15. Februar 2006 bis einschließlich 31. März 2006 lediglich im Umfang von drei Stunden täglich und setzte die Klägerin jeweils hierüber schriftlich in Kenntnis. Sie begründete dies mit der Einschätzung des Behandlungspflegebedarfs durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dieser hatte einen Behandlungspflegebedarf von 176 Minuten täglich angenommen. Diese Einschätzung hat der MDK später in einer weiteren Stellungnahme vom 2. Juni 2006 für den Zeitraum ab Dezember 2005 im Anschluss an einen stationären Aufenthalt der Versicherten korrigiert und auf acht Stunden täglich erhöht. Mit weiterem Bescheid vom 21. April 2006 lehnte die Beklagte gegenüber der Versicherten die Leistungsgewährung für den Zeitraum ab 1. April 2006 bis 30. Juni 2006 insgesamt ab. Dies begründete sie damit, dass die Klägerin die Räumlichkeiten zur Pflege der Versicherten zur Verfügung stelle. Da sich die Versicherte nicht in einem eigenen Haushalt und

auch nicht in dem ihrer Familie aufhalte, seien die Voraussetzungen für die Gewährung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege nicht erfüllt.

Daraufhin strengte die Versicherte ein gerichtliches Eilverfahren mit dem Ziel der Verpflichtung der Beklagten zur weiteren Gewährung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege an. Mit Beschlüssen vom 3. Juli 2006 und 24. Juli 2006 haben das Sozialgericht Itzehoe und das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht den Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt, da kein eigener Haushalt bzw. kein Aufenthalt in der eigenen Familie bestehe.

Am 5. August 2005 zeigte die Klägerin der Beklagten an, dass sie die der Versicherten verordneten häuslichen Krankenpflege zu einem Stundensatz von 28,00 EUR durchführen werde. Mit Rechnungen vom 24. November 2005 stellte sie die gewährten Leistungen für den Zeitraum bis Ende Oktober 2005 gegenüber der Beklagten in Rechnung. Mit weiteren Rechnungen vom 19. Januar 2006 und 14. März 2006 machte sie die Begleichung der gewährten Leistungen für November und Dezember 2005 geltend. Mit Rechnungen vom 14. März 2006 verlangte sie die Vergütung der ausgeführten Leistungen für Januar und Februar 2006 und mit Rechnung vom 1. Au¬gust 2006 die Vergütung für im April 2006 erbrachte Leistungen. Dabei berechnete sie jeweils einen Stundensatz von 28,50 EUR. Die Beklagte beglich diese Rechnung nur teilweise entsprechend dem Umfang der von ihr zuerkannten häuslichen Krankenpflege.

Mit Schreiben vom 10. Mai 2006 forderte die Klägerin die Beklagte zur Begleichung der darüber hinausgehenden Beträge abzüglich der Leistungen der Pflegeversicherung auf und setzte eine Zahlungsfrist bis zum 16. Mai 2006.

Am 4. September 2008 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Schleswig erhoben mit dem Ziel der Verurteilung der Beklagten zur Begleichung ihrer Rechnungen über die von der Beklagten bereits geleisteten Beträge hinaus. Sie hat sich auf Ziffer 24 der vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erlassenen Richtlinie über die Verordnung häuslicher Krankenpflege in der im streitigen Zeitraum geltenden Fassung (HKPRL) gestützt. Die Voraussetzungen der dortigen Vertrauensschutzregelung, wonach die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für von Vertragsärzten verordnete und von einem Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs. 2 SGB V übernehme, lägen vor. Insbesondere seien die Verordnungen, wie von dieser vertrauensschützenden Norm gefordert, regelmäßig binnen drei Werktagen nach ihrer Ausstellung der Krankenkasse vorgelegt worden. Es sei bei ihr übliche Praxis gewesen, ärztliche Verordnungen unmittelbar nach Erhalt vorab per Fax an die Beklagte zu übersenden. Dass die Verordnungen ab dem 30. August 2005 jeweils erst später bei der Beklagten eingegangen seien, könne von ihr nur mit Nichtwissen bestritten werden, da sie hierzu keinerlei Erkenntnisse habe. Aus von ihr vorgelegten Fax-Kopien ergebe sich, dass die Verordnung vom 3. Januar 2006 am selben Tage und die Verordnung vom 30. August 2005 am 4. September 2005 per Fax abgesandt worden seien. Für die Verordnung, die den Verordnungszeitraum vom 1. Oktober 2005 bis 31. Dezember 2005 betreffe, verfüge sie über keinen Sendebericht. Ihres Erachtens datiere diese Verordnung vom 30. September 2005. Sie beziehe sich insoweit auf eine von ihr vorgelegte Kopie, die als Ausstellungsdatum den 30. September 2005 ausweise. Diese Verordnung sei der Beklagten aber durch eine Mitarbeiterin persönlich übergeben worden. Sie halte danach eine Leistungspflicht der Beklagten bis zum jeweiligen Zugang der ablehnenden Verwaltungsentscheidungen für geboten. Dies betreffe die im Zeitraum vom 15. August 2005 bis zum 8. Dezember 2005, vom 1. Ja¬nuar 2006 bis 16. Februar 2006 und vom 1. April 2006 bis zum 23. April 2006 erbrachten Leistungen. Diese seien entgegen ihrem Angebotsschreiben vom 5. August 2005 mit einem Stundensatz von 28,50 EUR zu vergüten. Dies ergebe sich aus dem Umstand, dass in der Vergangenheit regelmäßig zwischen den Beteiligten in derart umfangreichen Behandlungsfällen ein Stundensatz von 28,50 EUR vereinbart worden sei. Davon sei augenscheinlich auch die Beklagte ausgegangen, denn sie habe die gezahlten Teilbeträge auf Basis dieses Stundensatzes errechnet.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie einen Betrag in Höhe von 105.030,25 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von acht Prozentpunkten über dem jeweiligen Basissatz der EZB vom 17. Mai 2006 zu zahlen und die Beklagte darüber hinaus zu verurteilen, an sie 2.118,44 EUR zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat geltend gemacht, dass sich die Klägerin nicht auf Vertrauensschutz berufen könne, denn sie habe aufgrund eines Telefonats vom 10. August 2005 bereits Kenntnis davon gehabt, dass eine vollständige Kostenübernahme für die verordnete 24 Stun-den-Pflege nicht erfolgen könne. Ihr sei eine von den tatsächlichen Verhältnissen stark abweichende Wohnsituation geschildert worden. In Anbetracht der angestrebten Integration in die Familie habe man aber übergangsweise eine erweiterte Definition des Haushaltsbegriffs vorgenommen und die Kosten in dem durch den MDK festgestellten Zeitumfang übernommen. Erst im April 2006 habe sie erfahren, dass die betreffende Wohnung von der Geschäftsführerin der Klägerin angemietet und auch der Mietzins von ihr entrichtet worden sei. Da aufgrund der Doppelfunktion des Pflegedienstes als Vermieter und Leistungsanbieter eine eigene Häuslichkeit nicht vorgelegen habe, habe eine weitere Kostenübernahme der Behandlungspflege für die Versicherte nicht erfolgen können. Hinsichtlich der einzelnen Verordnungen hat sie vorgetragen, dass ihr eine am 30. September 2005 ausgestellte Verordnung nicht vorliege. Die ihr übersandte Verordnung über den Zeitraum vom 1. Oktober 2005 bis zum 31. Dezember 2005 datiere vom 10. Oktober 2005 und sei bei ihr am selben Tage eingegangen. Die Verordnung vom 30. August 2005 sei ihr nicht vorab per Fax übersandt worden. Vielmehr sei diese auf dem Postwege erst am 12. Sep¬tember 2005 eingegangen. Aus den Fax-Sendeberichten könne ihres Erachtens nicht abgeleitet werden, dass die Verordnung auch tatsächlich an die Geschäftsstelle der Beklagten gesandt worden sei. Vielmehr bedürfe es dafür der Sendeberichte des Faxes. Die Verordnung vom 10. Oktober 2005 sei rückwirkend ausgestellt worden. Dies sei gemäß HKPRL nicht zulässig. Darüber hinaus sei die Verordnung zehn Tage nach Beginn der Leistungen und damit nicht fristgemäß eingegangen. Ein Vertrauensschutz bestehe daher für diesen Zeitraum nicht.

Mit Urteil vom 25. September 2012 hat das Sozialgericht die Beklagte verurteilt, der Klägerin die für die Versicherte im Zeitraum vom 15. August 2005 bis zum 4. Sep-tember 2005 und vom 10. Oktober 2005 bis zum 8. Dezember 2005 geleistete häusliche Krankenpflege auf Basis eines Stundensatzes von 28,00 EUR zu vergüten. Im Übrigen hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt: Nach Ziffer 26 (richtig: 24) HKPRL übernehme die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für von

den Vertragsärzten verordnete und von einem Pflegedienst erbrachte Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt werde. Aus dieser Regelung könne die Klägerin den geltend gemachten Zahlungsanspruch nur teilweise herleiten. Insbesondere sei die von ihr erbrachte häusliche Krankenpflege durch einen Vertragsarzt verordnet worden und sie habe vor der Entscheidung über die Genehmigung der Verordnung bereits Leistungen erbracht. Als Entscheidung über die Genehmigung sei dabei nur der teilweise leistungsgewährende Verwaltungsakt vom 6. Dezember 2005 zu qualifizieren. Dieser Verwaltungsakt müsse als Entscheidung im Sinne der HKPRL für den gesamten streitgegenständlichen Zeitraum angesehen werden, denn Sinn der vertrauensschützenden Vorschrift sei es, den Pflegedienst vor finanziellen Verlusten zu bewahren, die ihm aufgrund einer Abweichung des verordneten und des genehmigten Umfangs der häuslichen Krankenpflege entstünden, ohne dass er die Möglichkeit habe, seine Leistungserbringung an den von der Krankenkasse genehmigten zeitlichen Umfang anzupassen. Ab Kenntnis der überwiegend negativen Entscheidung der Beklagten, also ab 8. Dezember 2005, habe die Klägerin gewusst, dass die Beklagte lediglich gewillt sei, häusliche Krankenpflege im Umfang von drei Stunden täglich zu gewähren. Durch gegenüber den bis zu diesem Zeitpunkt ausgestellten Verordnungen im Wesentlichen unveränderte Folgeverordnungen sei insoweit keine neue Ungewissheit der Klägerin über den Inhalt der Entscheidung der Beklagten eingetreten. Sie habe nicht darauf vertrauen dürfen, dass die Beklagte auf die ab Januar 2006 ausgestellten Verordnungen häusliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden täglich gewähren würde. Daher könne sie auch nicht die Vergütung ihrer Leistungen über die getätigten Zahlungen der Beklagten hinaus verlangen, soweit diese nach Ausstellung der Verordnungen vom 3. Januar 2006 und 27. März 2006 aber vor Kenntnis der insoweit (teilweise) ablehnenden Verwaltungsentscheidungen vom 15. Februar 2006 und 21. April 2006 erbracht worden seien. Aus Vertrauensschutzgründen im Sinne der Regelung in den HKPRL seien daher grundsätzlich nur erstattungsfähig die im Zeitraum bis 8. Dezember 2005 erbrachten Leistungen. In diesem Zeitraum seien nur die Verordnungen vom 4. August 2005 und die Verordnung vom 10. Oktober 2005 fristgerecht im Sinne von Ziffer 24 HKPRL, d. h. binnen drei Werktagen ab Ausstellung, bei der Beklagten eingegangen. Eine Verordnung vom 30. September 2005 gleichen Inhalts habe die Klägerin zwar in Kopie eingereicht, sie finde sich aber nicht in den Verwaltungsakten der Beklagten und sei insoweit nicht zugrunde zu legen. Warum die von der Klägerin eingereichte Kopie das Ausstellungsdatum 30. September 2005 trage, während die in den Verwaltungsakten der Beklagten befindliche Originalverordnung auf den 10. Oktober 2005 datiert sei, sei nicht ersichtlich. Auszugehen sei von der Vorordnung, die tatsächlich der Beklagten vorliege. Würde man demgegenüber von einer Verordnung vom 30. Septem¬ber 2005 ausgehen, so wäre diese nicht fristgerecht vorgelegt worden. Die HKPRL ließen rückwirkende Verordnungen von häuslicher Krankenpflege grundsätzlich nicht zu. Eine Ausnahme sei nur in besonders begründeten Einzelfällen möglich. Da eine Begründung für eine rückwirkende Verordnung nicht abgegeben worden sei, liege durch die Verordnung vom 10. Oktober 2005, soweit sie Leistungen vom 1. Oktober bis 9. Oktober 2005 betreffe, ein Verstoß gegen das Rückwirkungsgebot vor. Daher begründe sie für den bei ihrer Ausstellung bereits abgelaufenen Zeitraum auch keinen Vertrauensschutz. Ein Verstoß gegen das Rückwirkungsgebot liege aber insoweit nicht vor, als mit derselben Verordnung auch Leistungen für den Zeitraum ab 10. Oktober 2005 verordnet worden seien.

Die Verordnung vom 30. August 2005 sei demgegenüber nicht fristgerecht bei der Beklagten eingegangen. Ausweislich des Eingangsstempels auf dem Original der Verordnung in den Verwaltungsakten sei diese erst am 12. September 2005 und damit deutlich später als drei Tage nach ihrer Ausstellung dort eingegangen. Soweit die Klägerin aus dem von ihr vorgelegten Fax-Bericht etwas anderes herleiten wolle, sei darauf hinzuweisen, dass sich der eingereichten Kopie lediglich entnehmen lasse, dass am 4. September 2005 eine Absendung per Fax erfolgt sei. Der Adressat und ob die Fax-Sendung erfolgreich abgeschlossen worden sei, lasse sich der Kopie nicht entnehmen. Darauf komme es letztlich aber nicht an, denn selbst ein Fax-Ein¬gang am 4. September 2005 wäre nicht fristgerecht. Es handele sich bei diesem Tag um einen Sonntag, der dritte auf den 30. August 2005 folgende Arbeitstag sei Freitag, der 2. September 2005 gewesen. Aus dem Leistungsbeginn aufgrund dieser Verordnung erst am 5. September 2005 und damit nach der vermeintlichen Fax-Ab¬sendung vor Leistungsbeginn lasse sich nichts anderes herleiten, denn es komme nach den HKPRL auf die Ausstellung der Verordnung und nicht auf den Beginn der Leistungserbringung an. Demnach habe die Klägerin Anspruch auf Vergütung ihrer im Zeitraum vom 15. Au¬gust 2005 bis zum 4. September 2005 und vom 10. Oktober 2005 bis zum 8. Dezem¬ber 2005 erbrachten Leistungen zu Gunsten der Versicherten über die bereits von der Beklagten getätigten Zahlungen hinaus. Grundsätzlich bestimme sich die Höhe der Vergütung nach den zwischen den Beteiligten getroffenen Vereinbarungen nach § 132a Abs. 2 SGB V. Für Fälle wie dem vorliegenden, die komplexe Leistung der häuslichen Krankenpflege inklusive Beatmungspflege beinhalteten, existiere zwischen den Beteiligten keine generelle Vergütungsvereinbarung. Die Vergütung erfolge aufgrund von Vereinbarungen im Einzelfall. Welche Vergütung zwischen den Beteiligten in vergleichbaren Fällen üblich sei, sei nicht bekannt und dem Vorbringen der Beteiligten auch nicht eindeutig zu entnehmen. Das gemäß Ziffer 24 HKPRL geschützte Vertrauen des Leistungserbringers könne aber nicht über den Betrag hinausgehen, der seinem eigenen Leistungsangebot bzw. seiner eigenen Leistungsanzeige gegenüber dem Kostenträger zugrundeliege. Hier sei dieses ein Stundensatz von 28,00 EUR gewesen. Allein die Rechnungsstellung auf Basis eines um 0,50 EUR erhöhten Betrages begründe keinen Vertrauensschutz. Mit 28,00 EUR stündlich habe die Beklagte daher die Leistungen der Klägerin im oben genannten Zeitraum zu vergüten. Soweit eine stündliche Vergütung der Arbeitszeit der Klägerin nicht durch die bereits zuvor getätigten Zahlungen erfolgt sei.

Hinsichtlich der im Klagantrag geltend gemachten Forderung in Höhe von 2.118,44 EUR (Schadensersatz für die verringerte Verfahrensgebühr aufgrund der vorher angefallenen Geschäftsgebühr) enthalten die Entscheidungsgründe keine Ausführungen.

Gegen dieses der Klägerin frühestens am 11. Oktober 2012 zugestellte Urteil richtet sich ihre Berufung, die am 9. November 2012 bei dem Schleswig-Holsteinischen Landessozialgericht eingegangen ist. Zur Begründung führt die Klägerin aus, dass das Sozialgericht rechtsirrig davon ausgegangen sei, dass ihrem Anspruch die HKP-Richtlinien entgegenstünden. Durch die Ziffer 24 dieser Richtlinien werde die Vergütung der Klägerin für die erbrachten medizinisch notwendigen Leistungen nicht beschränkt. Denn die Ziffer 24 begründe keine Ausschlussfrist, sofern die notwendige Leistung erbracht und die Verordnung erst später als am 3. der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt werde. Generell bedürften zwar die vom Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Diese dürften nur dann genehmigt werden, wenn diese genehmigungsfähig nach Ziffer 20 bis 23 der HKP-Richtlinien seien. Die zu erbringenden Leistungen, die der Sicherung der ärztlichen Behandlung dienen sollten, müssten jedoch unverzüglich erbracht werden. Ausgehend davon werde auch die Leistung nicht erst ab der Beantragung bzw. der Entscheidung bzw. Genehmigung über die Leistung erbracht, sondern ab dem Zeitpunkt der Verordnung. Denn sonst führte dies dazu, dass die betroffene Versicherte bis zur Entscheidung über die Genehmigung ohne die verordneten medizinisch notwendigen Leistungen stehen würde. Daher regele Ziffer 24 der HKP-Richtlinien folgerichtig, dass bis zur Entscheidung über die Genehmigung die verordneten und vom Pflegedienst entsprechend erbrachten Leistungen auch dann vergütet würden, wenn sich bei Prüfung der Verordnung für die Krankenkasse nachträglich herausstelle, dass die Leistungen nicht genehmigungsfähig seien. Daher sei die Regelung eine Schutzvorschrift für den Pflegedienst und für die Versicherten, jedoch keine materiell-rechtliche Ausschlussfrist. Denn dies würde sowohl dem Sinn als auch dem

Zweck der HKP-Richt¬linien und dem gesamten System der häuslichen Krankenpflege widersprechen. Auch die Beschlussbegründung zur Ziffer 24 der HKP-Richtlinien führe zu keiner anderen Entscheidung. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe mit seiner Beschlussbegründung über die Änderung der Richtlinien vom 21. Dezember 2004 gerade keine Aussage darüber getroffen, dass es sich um eine Ausschlussfrist mit der vom Sozialgericht getroffenen Auslegung handeln solle. Zudem sei auf § 2 Abs. 2 SGB I hinzuweisen, wonach die Vorschriften des SGB im Zweifel dahin auszulegen seien, dass die sozialen Rechte möglichst weitgehend verwirklicht würden. Das Sozialgericht gehe außerdem rechtsirrig davon aus, dass der Verwaltungsakt der Beklagten vom 6. Dezember 2005 als Entscheidung im Sinne der HKP-Richtlinien für den gesamten streitgegenständlichen Zeitraum angesehen werden müsse. Das Sozialgericht habe dies im Wesentlichen damit begründet, dass sie – die Klägerin – ab dem 8. Dezember 2005 Kenntnis darüber erlangt habe, dass die Beklagte lediglich gewillt sei, häusliche Krankenpflege im Umfang von drei Stunden täglich zu gewähren. Dies sei rechtlich nicht haltbar. Unter Verweis auf die schwere perinatale Asphyxie bei vorzeitiger Plazentalösung habe die Hausärztin der Versicherten unter dem 4. August 2005 für die Zeit vom 4. August bis zum 4. September 2005 häusliche Krankenpflege in Form von 24 stündiger Überwachung der Atmung, Absaugen und spezielle Krankenbeobachtung verordnet. In der Folgezeit sei die ärztliche Verordnung immer wieder verlängert worden. Da sich der Vertragsarzt mit jeder Verordnung neu vom Zustand des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege überzeugen müsse, sei es der Krankenkasse auch nur möglich, über jede einzelne ärztliche Verordnung separat neu zu entscheiden. Dies ergebe sich zudem aus dem Schreiben der Beklagten vom 6. Dezember 2005, in dem sie ausführe, dass sie die Kosten der Behandlungspflege im Zeitraum vom 4. August 2005 bis 30. Dezember 2005 jeweils für drei Stunden tragen werde. Die Entscheidung betreffe somit nur einen bestimmten Zeitraum. Der Vertrauensschutz nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinien erstrecke sich somit auf die Leistungen, die vom Vertragsarzt verordnet und bei der Krankenkasse beantragt worden seien. Zudem sei zu berücksichtigen, dass gegen den Bescheid der Beklagten vom 6. Dezember 2005 Rechtsmittel eingelegt worden seien, und dieser somit nicht bestandskräftig geworden sei. Im Laufe des Verfahrens hätte sich die Entscheidung der Beklagten, die Kosten der Behandlungspflege jeweils lediglich für drei Stunden zu tragen, somit noch ändern können. Deshalb hätte sie keinesfalls davon ausgehen müssen, dass die Entscheidung der Beklagten vom 6. Dezember 2005 für den gesamten streitgegenständlichen Zeitraum gelte. Darüber hinaus sei die Rechnung für den Monat März 2006 vollständig von der Beklagten bezahlt worden. Dadurch sei die Beklagte selbst von ihrer Entscheidung, häusliche Krankenpflege lediglich im Umfang von drei Stunden täglich zu gewähren, abgewichen. Außerdem verkenne das Sozialgericht, dass zwischen den Beteiligten im vorliegenden Fall eine Vergütungsvereinbarung in Höhe von 28,50 EUR pro Stunde geschlossen worden sei. Sie habe mit den jeweiligen monatlichen Rechnungen ein Angebot abgegeben, die Beatmungspflege für 28,50 EUR pro Stunde vorzunehmen. Die Beklagte habe das Angebot durch entsprechende Zahlungen auch angenommen, ohne dass dies ihr gegenüber erklärt zu werden brauchte. Der erforderliche Annahmewille sei durch die erfolgten Zahlungen für drei Stunden täglich in Höhe von 28,50 EUR nach außen unzweideutig in Erscheinung getreten. Des Weiteren sei die Rechnung für den Monat März, mit der 744 Stunden zu 28,50 EUR abgerechnet worden seien, vollständig durch die Beklagte gezahlt worden. Die Annahme liege somit in der Erfüllungshandlung, wodurch der Vertrag zu Stande gekommen sei. Anders als das Sozialgericht annehme, liege auch keine rückwirkende Verordnung vor. Am 30. September 2005 seien für den Zeitraum ab dem 1. Oktober 2005 bis zum 31. Dezember 2005 Leistungen verordnet worden. Warum für denselben Zeitraum am 10. Oktober 2005 dieselben Leistungen erneut verordnet worden seien, sei unerklärlich. Gleichwohl könne sich die Beklagte nicht darauf berufen, dass eine rückwirkende Verordnung nicht zulässig sei, weil die nach Ziffer 13 der HKP-Richtlinien geforderte besondere Begründung fehle. Eine Berufung hierauf sei rechtsmissbräuchlich, da die fehlende besondere Begründung nicht von der Klägerin verschuldet worden sei. Deshalb liege entgegen der Ansicht des Sozialgerichts durch die Verordnung vom 10. Oktober 2005 soweit sie Leistungen vom 1. Oktober 2005 bis zum 9. Oktober 2005 betreffe, kein Verstoß gegen das Rückwirkungsgebot vor. Danach ergebe sich die im Klageantrag genannte Forderung, wobei zu berücksichtigen sei, dass die Beklagte die bewilligten drei Stunden zu 28,50 EUR bereits gezahlt habe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Schleswig vom 25. September 2012 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, an sie weitere 59.516,25 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 %-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz seit dem 17. Mai 2006 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, dass das Sozialgericht die Klage aus zutreffenden Erwägungen zum Teil abgewiesen habe. Die Klägerin verkenne den Regelungszweck und die Systematik der HKP-Richtlinien. Zu Recht habe das Sozialgericht einen Anspruch auf vorläufige Leistung nach Ziffer 24 der HKP-Richtlinien verneint, soweit die hierauf bezogene Verordnung nicht innerhalb der dort vorgesehenen Frist von drei Tagen bei der Beklagten eingereicht worden sei. Die Vorlage der Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag sei dort ausdrücklich als Voraussetzung für die vorläufige Leistungspflicht der Krankenkasse festgelegt. Angesichts dieses eindeutigen Wortlauts wäre es nicht nachvollziehbar, wenn der Zeitpunkt, zu dem die Verordnung eingereicht werde, ohne Belang sein sollte, wie die Klägerin meine. Richtig sei zwar, dass die HKP-Richtlinien den Zweck hätten, zu Gunsten des Leistungsberechtigten – sowie der Leistungserbringer – Vertrauensschutz zu begründen. Die in den Richtlinien erfolgte Festlegung einer Frist bis zu der die Verordnung beim Leistungsträger eingereicht sein müsse, stehe dem jedoch nicht entgegen. Nach dem Sinn und Zweck der Ziffer 24 der HKP-Richtlinie solle in erster Linie das Vertrauen des Leistungsberechtigten und des Leistungserbringers, die dringend benötigte häusliche Krankenpflege unmittelbar erbringen zu dürfen, geschützt werden. Die insoweit vorläufige Leistungsverpflichtung der Krankenkasse bestehe dementsprechend bis zur Entscheidung über die Genehmigung. Im Gegenzug müsse die Krankenkasse durch die Verpflichtung des Berechtigten, die Verordnung zeitnah zur Entscheidung vorzulegen, jedoch die Möglichkeit erhalten, die Genehmigung so schnell wie möglich vorzunehmen oder zu versagen und damit die Dauer der vorläufigen Leistung zu begrenzen. Die in der Richtlinie festgelegte Frist begründe damit nicht nur eine Obliegenheit des Leistungsberechtigten, sondern sei Voraussetzung für das Entstehen der vorläufigen Leistungsverpflichtung. Selbst nach der von der Klägerin genannten Entscheidung des Sozialgerichts Potsdam vom 24. Januar 2008 stelle die Drei-Tages-Frist der Ziffer 24 der HKP-Richtlinie nur dann keine Ausschlussfrist dar, wenn die Leistungsvoraussetzungen im Übrigen vorlägen. Dies sei hier aber gerade nicht der Fall. Für eine Anwendung des § 2 Abs. 2 SGB I sei insoweit kein Raum. Die Vorschrift solle die gegebenen sozialen Rechte verwirklichen, nicht aber Leistungsansprüche über die Anspruchsvoraussetzungen hinaus begründen. Des Weiteren habe das Sozialgericht aus zutreffenden Erwägungen den Vertrauensschutz zugunsten der Klägerin für die Zeit ab dem 8. Dezember 2005 verneint. Die von der Klägerin in ihrer Berufungsbegründung vorgenommene Auslegung der HKP-Richtlinie würde im Ergebnis dazu führen, dass der Leistungsträger trotz abschlägiger bzw. einschränkender Entscheidung für jede neue Verordnung erneut bis zum Vorliegen einer weiteren Entscheidung vorläufig leistungspflichtig werde. Tatsächlich beabsichtige die HKP-Richtlinie in den Fällen, in denen häusliche Krankenpflege unmittelbar erforderlich

sei, lediglich eine Überbrückung des Zeitraums bis zum Vorliegen einer Entscheidung des Leistungsträgers. Sei eine solche Entscheidung in Form einer Ablehnung bzw. inhaltlichen Beschränkung der verordneten Leistungen erfolgt, bestehe ein darüber hinausgehender Vertrauensschutz nicht. Dies gelte jedenfalls dann, wenn eine Folgeverordnung – wie hier – gegenüber der vorangegangenen inhaltsgleich ausgestellt worden sei. Habe die Krankenkasse über die vorangegangene Verordnung bereits ablehnend oder einschränkend entschieden, könnten der Berechtigte und der Leistungserbringer nicht davon ausgehen, dass die Entscheidung über eine Folgeverordnung gleichen Inhalts anders ausfallen werde. Für ein schutzwürdiges Vertrauen sei in diesem Fall kein Raum. Hieran ändere auch der Umstand nichts, dass gegen den Bescheid vom 6. Dezember 2005 Widerspruch eingelegt worden sei. Die HKP-Richtlinie schütze nur den Zeitraum ab Ausstellung der Verordnung bis zum Vorliegen einer Entscheidung des Leistungsträgers, nicht aber den Zeitraum bis zu einer in Zukunft eintretenden Rechtskraft. Entgegen der Auffassung der Klägerin sei die Beklagte auch keineswegs von ihrer Rechtsauffassung abgewichen, als sie die Rechnung für den Monat März 2006 vollständig ausgeglichen habe. Es handele sich – soweit dies zum jetzigen Zeitpunkt überhaupt noch nachvollziehbar sei – vielmehr um ein Verwaltungsversehen. Richtig sei, dass die zeitaufwändige Beatmungspflege im Rahmen der häuslichen Krankenpflege in der Regel aufgrund einer Vereinbarung im Einzelfall vergütet werde. Eine solche Vergütungsvereinbarung sei für den vorliegenden Behandlungsfall allerdings nicht erfolgt. Hieraus resultiere jedoch nicht, dass die Klägerin berechtigt gewesen sei, die Höhe ihrer Vergütung einseitig zu bestimmen. Der von der Klägerin abgerechnete Stundensatz von 28,50 EUR sei in der sonst üblichen Praxis der Beteiligten nur dann anzusetzen, wenn für die Beatmungspflege Intensivschwestern/-pfleger eingesetzt würden. Außerdem seien darin die anfallenden Wegekosten enthalten. Im hier strittigen Fall habe aber zumindest eine Pflegekraft in dem Haus gewohnt, in dem die Versicherte untergebracht gewesen sei. Die Vergütung der Intensiv- und Beatmungs-pflege für die Versicherte mit einem Satz von 28,00 EUR statt 28,50 EUR sei daher sachgerecht. Die streitige Verordnung für die Zeit ab dem 1. Oktober 2005 sei vom Sozialgericht gleichfalls zutreffend beurteilt worden. Diese Verordnung liege der Beklagten mit dem Datum 10. Oktober 2005 vor. Die von der Klägerin behauptete Verordnung gleichen Inhalts mit dem Datum 30. September 2005 sei der Beklagten unbekannt. Eine solche Verordnung wäre jedenfalls aber verspätet eingereicht worden, so dass eine Leistungsverpflichtung der Beklagten bereits deshalb nicht entstanden sei. Zudem sei die erforderliche Begründung für eine behauptete rückwirkende Verordnung weder angegeben noch ersichtlich. Die Klägerin könne sich nicht darauf berufen, dass ihr eine fehlende Begründung für die rückwirkende Verordnung nicht zuzurechnen wäre. Denn die Versicherte und der für sie tätige Leistungserbringer könnten Leistungen nur beanspruchen, wenn und soweit diesen eine rechtswirksame Verordnung zugrunde liege.

In der mündlichen Verhandlung vom 12. Juni 2014 haben die Beteiligten einen Teilvergleich hinsichtlich der mit der Klage geltend gemachten weiteren Forderung in Höhe von 2.118,44 EUR geschlossen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten. Diese haben dem Senat vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die insbesondere form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, aber nicht begründet.

Der Senat stellt lediglich in seinem Urteilstenor klar, welchen Betrag die Beklagte an die Klägerin aufgrund der im Urteilstenor des Sozialgerichts genannten Grundlagen zu zahlen hat. Da dieser Betrag zu beziffern ist, muss ein hierauf gerichteter Antrag gestellt werden und es hat eine dementsprechende Verurteilung zu erfolgen.

Zu Recht hat das Sozialgericht im angefochtenen Urteil entschieden, dass die Klägerin keinen weitergehenden Vergütungsanspruch gegen die Beklagte wegen der von ihr erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege hat. Hinsichtlich der im Klageantrag vor dem Sozialgericht geltend gemachten weiteren Forderung in Höhe von 2.118,44 EUR haben die Beteiligten einen Vergleich geschlossen, so dass der Senat hierüber nicht mehr zu entscheiden hatte.

Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat ansonsten auf die ausführlichen Entscheidungsgründe des Urteils des Sozialgerichts gemäß § 153 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Bezug. Auch nach eingehender Prüfung der Berufungsbegründung der Klägerin bekräftigt der Senat die Ausführungen des Sozialgerichts: Wie dort zutreffend entschieden, hat die Klägerin keinen Anspruch auf vorläufige Leistungen nach Ziffer 24 HKPRL (in der im strittigen Zeitraum geltenden Fassung) für den gesamten Zeitraum, in dem sie die häusliche Krankenpflege erbracht hat. Die Leistungspflicht der Beklagten beginnt am 15. August 2005 mit der Entlassung der Versicherten aus der stationären Behandlung und endet zunächst mit dem Verordnungszeitraum bis 4. September 2005. Unmittelbar anschließend besteht kein Leistungsanspruch, weil die ärztliche Folgeverordnung nicht fristgerecht der Krankenkassen vorgelegt wurde.

Ziffer 24 HKPRL bestimmt, dass die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung übernimmt, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Hierbei handelt es sich entgegen der Auffassung der Klägerin um eine Ausschlussfrist. Wenn also spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Werktag die Verordnung der Krankenkasse nicht vorgelegt wird, besteht keine vorläufige Leistungspflicht. Der Wortlaut von Ziffer 24 HKPRL ist insoweit eindeutig und nicht auslegungsfähig. Die Norm wurde explizit nicht als Kann- oder Soll-Vorschrift ausgestaltet. Auch der Sinn und Zweck der Regelung rechtfertigt die Annahme einer Ausschussfrist. Die Norm begründet zweifellos einen Vertrauensschutz auf Seiten der Leistungsberechtigten und Leistungserbringer, um eine Verzögerung bei einer dringend benötigten häuslichen Krankenpflege zu verhindern. Dieses Ziel wird einseitig zu Lasten der Krankenkasse erreicht, die die materielle Berechtigung für die erbrachte Leistung vorab nicht prüfen konnte und möglicherweise für eine dem Versicherten nicht zustehende Leistung eine Vergütung an den Leistungserbringer zahlen muss. Im Gegenzug muss die Krankenkasse deshalb zur Herstellung der Waffengleichheit durch die Verpflichtung des Berechtigten, die Verordnung innerhalb von drei Werktagen vorzulegen, die Möglichkeit erhalten, die Genehmigung so schnell wie möglich vorzunehmen oder zu versagen und damit die Dauer der vorläufigen, gegebenenfalls unberechtigten Leistung zu begrenzen. Letztlich ist eine enge Auslegung der Norm geboten, da es sich um eine Ausnahmeregelung zu § 37 SGB V handelt, die, losgelöst von den dortigen Anspruchsvoraussetzungen, eine eigene Anspruchsgrundlage schafft. Insbesondere ist diese enge Auslegung deshalb zwingend, weil die Ausnahmeregelung durch Richtlinien des GBA gemäß § 192 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V und nicht durch das Gesetz selbst geschaffen wurde. Die Richtlinien bewegen sich nur dann im Rahmen der Ermächtigung, wenn sie in diesem Sinne interpretiert werden. Deshalb führt auch der Hinweis der Klägerin auf § 2 Abs. 2

SGB I nicht weiter. Diese Vorschrift soll der Verwirklichung der sozialen Rechte dienen. Entgegen Wortlaut sowie Sinn und Zweck einer Norm kann dadurch aber kein eigener Anspruch begründet werden. Auch das von ihr genannte Urteil des Sozialgerichts Potsdam vom 24. Januar 2008 (S 3 KR 57/06) stützt die Rechtsauffassung der Klägerin nicht. Es betrifft einen anderen, nämlich den Sachverhalt, dass die Leistungsvoraussetzungen im Übrigen vorliegen. Dies ist hier aber gerade nicht der Fall. Dieser Unterschied im Sachverhalt ist deshalb bedeutsam, weil er den materiell rechtlichen Anspruch betrifft und damit die grundsätzliche und nicht nur die vorläufige Leistungspflicht der Krankenkasse.

Da die Verordnung vom 30. August 2005 für den Zeitraum vom 5. September 2005 bis zum 30. September 2005 erst am 12. September 2005 bei der Beklagten eingegangen ist, besteht für die Beklagte ab 5. September 2005 keine Leistungspflicht. Die nächste nach den zutreffenden Feststellungen des Sozialgerichts innerhalb der Frist von Ziffer 24 HKPRL eingegangene Verordnung ist diejenige vom 10. Oktober 2005. Diese ist bei der Beklagten am 14. Oktober 2005 eingegangen und betrifft den Zeitraum vom 1. Oktober 2005 bis zum 31. Dezember 2005. Danach ist der Anspruch, wie das Sozialgericht ebenfalls zutreffend ausgeführt hat, ab dem 10. Oktober 2005 wieder gegeben.

Dieser neue Anspruch auf vorläufige Leistungen endet mit der Bekanntgabe des ablehnenden Bescheids vom 6. Dezember 2005 am 8. Dezember 2005. Die Auffassung der Klägerin, dass dieser Bescheid keine Entscheidung im Sinne von Ziffer 24 HKPRL für den gesamten streitgegenständlichen Zeitraum darstelle, sondern nur Wirkung bis zum 31. Dezember 2005 entfalte, folgt der Senat nicht. Die im Bescheid erfolgte Ablehnung bezieht sich auch auf weitere Verordnungen, wenn sich der zugrundeliegende Sachverhalt – wie hier – nicht geändert hat. Ein Vertrauenstatbestand kann dann nicht mehr entstehen. Anderenfalls würde der Krankenkasse immer wieder mit jeder neuen Verordnung eine (vorläufige) Leistungspflicht aufgezwungen werden, obwohl sie für denselben Sachverhalt ihre Leistungspflicht bereits verneint hat und auch derjenige, der die Verordnung vorlegt, bereits den Grund dafür kennt, dass eine Ablehnung erfolgen wird. Durch Ziffer 24 HKPRL soll sichergestellt werden, dass die Versicherten schnell Hilfe erhalten, weil auf Seiten der Leistungserbringer kein Vergütungsrisiko besteht. Wenn aber bereits feststeht, dass die Krankenkasse nicht zahlen wird, kann der Leistungserbringer mit Hilfe der Norm nicht wenigstens für ein paar Tage (bis zu erneuten Ablehnung) eine Vergütung erhalten. Hierzu würde es immer kommen, weil zwischen Verordnung und deren Vorlage sowie dem Bescheid regelmäßig einige Tage vergehen. Eine derartige Leistungspflicht soll durch die HKPRL aber nicht begründet werden. Auch die Widerspruchseinlegung gegen den Bescheid vom 6. Dezember 2005 ändert nichts daran, dass die Beklagte mit dem Bescheid eine Entscheidung im Sinne der HKPRL getroffen hat. Auf die Bestandskraft des Bescheides kommt es nicht an. Deren Eintritt könnte im Falle einer gerichtlichen Auseinandersetzung Jahre dauern. Durch den Bescheid hat die Beklagte mögliches Vertrauen der Klägerin in die Leistungsbereitschaft der Beklagten zerstört. Das reicht aus. Anderenfalls würde die vorläufige Leistungspflicht faktisch zu einer endgültigen. Auch aus der Begleichung der Rechnung der Klägerin für März 2006 durch die Beklagte kann die Klägerin keinen Vorteil ziehen. Der Grund der Begleichung bleibt unklar. Möglicherweise handelt es sich um ein Verwaltungsversehen. Hierin ein Anerkenntnis der Beklagten bezüglich der gesamten strittigen Forderung zu sehen, geht nach Auffassung des Senats zu weit, zumal zunächst aufgrund des Bescheides vom 6. Dezember 2005 lediglich gemäß dem dortigen Inhalt geleistet wurde.

Im Weiteren enthält die Berufungsbegründung der Klägerin keine Ausführungen, mit denen sich das Sozialgericht nicht bereits zutreffend auseinandergesetzt hat. Insoweit schließt sich der Senat den Darlegungen des Sozialgerichts uneingeschränkt an und nimmt hierauf Bezug.

Im Ergebnis hat das Sozialgericht mithin zutreffend festgestellt, dass die Leistungspflicht der Beklagten nur für die Zeiträume vom 15. August 2005 bis zum 4. Septem¬ber 2005 und vom 10. Oktober 2005 bis 8. Dezember 2005 besteht, in denen die Klägerin 1.625,5 Stunden à 28,00 EUR häusliche Krankenpflege erbracht hat. Dementsprechend ist ein Vergütungsanspruch von 45.514,00 EUR gegeben.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 197a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs. 2 Nr. 1 oder Nr. 2 SGG liegen nicht vor.

Der Streitwert ist gemäß § 197a Abs. 1 SGG in Verbindung mit § 63 Abs. 2 Gerichtskistengesetz auf 61.634,69 EUR festzusetzen. Er entspricht dem Antrag der Klägerin im Berufungsverfahren (59.516,25 EUR zuzüglich der weiteren Forderung von 2.118,44 EUR, hinsichtlich der in der mündlichen Verhandlung vom 12. Juni 2014 ein Vergleich geschlossen wurde).
Rechtskraft
Aus
Login
SHS
Saved
2015-03-10