S 10 KR 220/08

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Darmstadt (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
10
1. Instanz
SG Darmstadt (HES)
Aktenzeichen
S 10 KR 220/08
Datum
03.06.2009
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 223/09
Datum
19.05.2011
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen.

Die Beklagte trägt 2/3 der außergerichtlichen Kosten des Klägers.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Berechtigung mehrerer Kürzungen von verschiedenen Rechnungen, die die Beklagte gegenüber dem Kläger, der einen privaten Pflegedienst betreibt, hinsichtlich mehrerer Versicherten vorgenommen hat. In allen Fällen geht es um die nach Ansicht der Beklagten nicht berechtigten In-Rechnung-Stellung von erhöhten Hausbesuchspauschalen.

Der Kläger hat am 22.02.1996 - mit Wirkung ab 01.01.96 - mit der Beklagten einen Vertrag nach § 132 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) geschlossen, in dem er sich verpflichtet hatte, die Versorgung der bei der Beklagten versicherten Personen mit häuslicher Pflege gemäß 198 Reichsversicherungsordnung) und häuslicher Krankenpflege (gemäß §§ 37 Abs. 1. SGB V und § 37 II SGB V) zu übernehmen, wobei vereinbart wurde, dass der Kläger seine Behandlungszeiten entsprechend den Bedürfnissen nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung festzusetzen und die Erreichbarkeit seiner Dienste Tag und Nacht, auch an Sonn- und Feiertagen, zu gewährleisten habe (§ 3). Dabei sind die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen; es ist darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden (§ 4 Abs. 5). Die Vergütung der ausgeführten Leistungen erfolgt dabei nach dem als Anlage beigefügten Vergütungsregeln (§ 6). Die Rechnungslegung erfolgt danach nach Abschluss der Behandlung monatlich einmal, wobei den Rechnungen die ärztlichen Verordnungen beizufügen sind. Die Bezahlung soll danach spätestens innerhalb von 4 Wochen nach Eingang bei der Abrechnungsstelle der Krankenkasse, wobei im Falle der Überweisung die Erteilung an das Geldinstitut ausreicht (Anlage 5), erfolgen.

Grundlage war dabei u.a. der Rahmenvertrag über häusliche Krankenpflege vom 29.04.1996, der in den Anlagen 3 bzw. 4 sowohl eine detaillierte Leistungsbeschreibung als auch eine detaillierte Vergütungsvereinbarung enthielt, die - soweit es den hier strittigen Leistungen betrifft - für eine Leistungserbringung zwischen 20:00 und 6:00 Uhr ein erhöhtes Entgelt für die Hausbesuchspauschale von (zuletzt) 9.41 EUR vorsah.

Wie bereits in der Vergangenheit erklärte der Kläger auch im Jahr 2006 seinen Beitritt zum Rahmenvertrag nach den §§ 132 und 132 a SGB V auch hinsichtlich des Rahmenvertrages über die Häusliche Krankenpflege nach § 132 a Abs. 2 SGB V vom 01.05.2006, dem ebenfalls als Anlage eine Leistungsbeschreibung und Vergütungsvereinbarung beilagen, in der ebenfalls die Geltendmachung einer erhöhten Hausbesuchspauschale für den Fall der Leistungserbringung zwischen 20:00 und 6:00 Uhr enthalten ist.

Mit Rechnungen betreffend die bei der Beklagten versicherten Frau S. F. vom 05.12.2005, 24.02., 06.03., 03.04., 08.05. und 21.08.2006 sowie bzgl. der Versicherten L. B. mit Rechnung vom 01.06.2006 berechnete der Kläger der Beklagten Kosten für Leistungen, die er nach 20:00 Uhr erbracht habe und die deshalb unter anderem wiederholt die erhöhte Hausbesuchspauschale enthielten.

Da die Beklagte die Rechnungen vom 06.03., 03.04, 08.05.06 (Frau F.) und vom 01.06.06 (Frau B.) nicht und die übrigen Rechnungen nur mit Kürzungen in Bezug auf die erhöhten Hausbesuchspauschalen bezahlt hatte, verlangte der Kläger unter Einschaltung eines Rechtsanwaltsbüros mit Schreiben vom 05.10.2006 die Zahlung von insgesamt 1.884,90 EUR zuzüglich der Kosten seines Anwalts iHv. 198,36 EUR, was die Beklagte mit Schreiben vom 24.11.2006 mit der Begründung ablehnte, dass Beträge iHv. 104,43 EUR bereits angewiesen seien und zum anderen geänderte Rechnungen nicht vorgelegt worden seien. Mit weiterem Schreiben vom 30.11.2006 hat die

Beklagte dem Bevollmächtigten des Klägers schließlich noch mitgeteilt, dass sich die ergänzenden Ausführungen vom 05.10.06 ausschließlich auf die Abrechnung des Monats Mai 2006 hinsichtlich der Versicherten B. bezögen. Für den Zeitraum ab dem 01.05.06 sei festgelegt worden, dass bei der Leistungserbringung außerhalb der Regelzeit (also zwischen 20:00 und 6:00 Uhr) die genaue Uhrzeit anzugeben seien, die aber gefehlt hätten. Im Übrigen habe er keine medizinische Begründung bzgl. der Notwendigkeit der Leistungserbringung außerhalb der der Regelzeit gegeben, zu der er aufgefordert worden sei.

Mit zunächst beim Sozialgericht Frankfurt am Main erfolgter und von dort mit Beschluss vom 05.06.2007 (S 9 P 10/07) an das hiesige Gericht verwiesener Klageerhebung vom 07.02.2007 hat der Kläger die Zahlung iHv. insgesamt 2.767,65 EUR nebst Zinsen verlangt, wie sie sich aus den Rechnungen für die Versicherte F. (01.05.; 03.08., 01.09, 16.10. 08.11.05, 05.12.05 sowie 03.02., 06.03. 03.04, 08.05 und 21.08.06), die Versicherte B. (27.03.06 und 01.06.06) sowie die Versicherte L. (06.10.06) ergäben. Im Rahmen des Klageverfahrens hat die Beklagte darauf insgesamt 1.804,74 EUR geleistet, so dass aus dem ursprünglich mit der Klage begehrten Betrages noch insgesamt 962,95 EUR (F. 788,66 EUR; B. 160,01 EUR und L. 14,28 EUR) offen geblieben sind. Entsprechend hat der Prozessbevollmächtigte des Klägers mit Schriftsatz vom 24.01.08 hinsichtlich der erfolgten Zahlungen die Hauptsache für erledigt erklärt.

Mit weiteren Schriftsätzen vom 31.07.07 (64,26 EUR für Kürzungen der Rechnungen betreffend E. C. und M. G.), vom 15.04.08 (40,46 EUR für Kürzungen der Rechnungen betreffend Herrn G. und Frau W.), vom 15.05.08 (52,36 EUR für Kürzungen der Rechnung betreffend Frau W.) und vom 08.04.09 (19,04 EUR für Kürzung betreffend Rechnung betreffend Frau K.) erweiterte der Kläger seine Klage dahingehend, dass er nunmehr noch insgesamt 1.872,03 EUR verlangt hat. Auch in diesen Fällen hat die Beklagte die Klageabweisung beantragt, da auch hierbei für die Leistungserbringung nach 20:00 Uhr keine medizinische Notwendigkeit vorgelegen habe.

Zur Begründung der weiter aufrecht erhaltenen Klage macht der Kläger geltend, dass er lediglich verpflichtet sei, seine Behandlungszeiten entsprechend den Bedürfnissen nach einer ausreichenden und zweckmäßigen Versorgung festzusetzen und die Erreichbarkeit seiner Dienste Tag und Nach, auch an Sonn- und Feiertagen zu gewährleisten. Entgegen der Annahme der Beklagten verlange der Vertrag keine genauen Angaben zum Zeitpunkt der Leistungserbringung. Im Rahmen seiner Leistungserbringung für die bei der Beklagten versicherten Frau F., Frau B. und Frau L. seien die entsprechend abgerechneten Leistungen tatsächlich im Zeitraum zwischen 20:00 und 6:00 Uhr erbracht worden, so dass die erhöhte Hausbesuchspauschale zu vergüten sei. Dies habe bei Frau F. darauf beruht, dass sie zu Zeiten, in denen sie noch in der Lage war, sich die Insulinspritze selbst zu geben, dies regelmäßig nach 20:30 und 21:00 Uhr getan hatte, was in Absprache mit Frau F. auch weiter so beibehalten wurde. Zumal in der Verordnung des Hausarztes ausdrücklich die Injektion zwischen 18:00 und 22:00 Uhr vorgeschrieben worden war. Deshalb sei die von der Beklagten vorgenommenen Kürzungen auf eine Hausbesuchspauschale zur "Normalzeit" (zwischen 6:00 Uhr morgens bis 20:00 Uhr abends) ebenso wenig möglich gewesen wie im Falle der Patientin B., bei der zur Erbringung der Leistung zwingend die Mithilfe einer zweiten Person erforderlich gewesen sei und diese, wegen dessen überwiegender Tätigkeit in Nachtschicht, nur Abends zur Verfügung gestanden habe. Dies habe zudem die kostengünstigste Variante dargestellt, weil er ansonsten zwei Pflegekräfte hätte einsetzen müssen, was mit deutlich höheren Kosten verbunden gewesen wäre. Auch im Falle der Patientin E. L. seien die regelmäßigen Injektionen und Medikamenten-Verabreichungen nach 20:00 Uhr notwendig gewesen, da die Patientin aufgrund ihrer persönlichen Lebensumstände diese tagsüber sehr oft mit Betreuern bzw. Verwandten unterwegs gewesen sei. Da sie deshalb von seinen Mitarbeitern tagsüber oft nicht angetroffen worden sei, habe man sich entschieden, die Leistungen nach 20:00 Uhr zu erbringen. Im Übrigen sei es nicht die Aufgabe der Krankenkasse, tatsächlich außerhalb der Regelarbeitszeit erbrachte Leistungen auf deren Notwendigkeit zu überprüfen, wobei diese keinesfalls auf medizinische Gründe beschränkt werden dürfe. Soweit die Beklagte dagegen auf das Wirtschaftlichkeitsgebot abstelle, müssten jedenfalls auch die Interessen der Leistungserbringer berücksichtigt werden.

Des Weiteren seien die Klageerweiterungen, zu denen sich die Beklagte auch geäußert habe, durchaus sachdienlich, weil sie sich mit dem gleichen Streitgegenstand, nämlich der Abrechnung einer erhöhten Hausbesuchspauschale und der Berechtigung der Beklagten dem zu widersprechen befassten. Auch in den in den Schriftsätzen vom 31.07.2007, 15.04.2008, 15.05.2008 und 08.04.2009 geltend gemachten Fällen seien die Hausbesuche soweit die erhöhte Hausbesuchspauschale geltend gemacht wurde, tatsächlich nach 20:00 Uhr erfolgt und damit von der Beklagten auch zu bezahlen. Im jeden Einzelfall hätten Gründe vorgelegen, weshalb die Verrichtungen nicht vor 20:00 Uhr erfolgen konnten.

Der Kläger beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an den Kläger weitere 1.872,03 EUR, hilfsweise 964,88 EUR, zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Rechtshängigkeit zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Sie vertritt dagegen die Auffassung, dass die Abrechnungen der erhöhten Hausbesuchspauschale in allen Fällen zu Unrecht geltend gemacht worden seien, da weder medizinische Gründe noch besondere Umstände vorgelegen hätten, die eine Behandlung außerhalb der Regelzeit verhindert hätten. Eine Vereinbarung zwischen dem Patienten und dem Pflegedienst dürfe nicht zu Lasten der Krankenkasse gehen. Deshalb seien die einzelnen jetzt noch streitigen Kürzungen gerechtfertigt. Keinesfalls könne anerkannt werden, dass trotz Fehlens medizinischer Gründe wie auch sonstiger zwingender Gründe Verrichtungen zu einer Zeit erfolgten, die höhere Kosten für die Krankenkasse verursachten. So habe der behandelnde Arzt der Patientin F. auf gezielte Nachfrage der Beklagten gegenüber ausdrücklich am 07.02.06 erklärt, dass aus medizinischen Gründen eine Insulingabe durchaus auch vor 20:00 Uhr möglich gewesen sei. Erst recht ließen sich bei den Patienten B. und L. keine, auch aus Sicht der Krankenkasse verständliche Gründe finden, die eine Durchführung der notwendigen Verrichtungen erst nach 20:00 Uhr erlaubten. Insbesondere könne dafür nicht darauf abgestellt werden, dass eine familiäre Hilfsperson mithelfen müsse. Die Durchführung der Leistungen sei Aufgabe des vom Kläger geführten Pflegedienstes, die dieser ggf. auch unter Einsatz zweier Pflegekräfte zu erbringen hätte. Ganz abgesehen davon, dass im konkreten Fall selbst der Einsatz zweier Kräfte zu keinem höheren Leistungsanspruch gegenüber der Krankenkasse führen würde. Schließlich seien ihre Einlassungen zu den mit klageerweiternden Schriftsätzen vom 31.07.2007, 15.04.2008, 15.05.2008 und 08.04.2009 nicht dahin zu verstehen, dass sie sich mit der darin enthaltenen Klageerweiterung einverstanden erklärt hätte, sondern sie wollte - im Falle dass das Gericht diese für sachdienlich hielte - Stellung genommen haben. auch insoweit seien weder medizinische noch anzuerkennende sonstige wichtige Gründe für den Einsatz zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr ersichtlich.

In der mündlichen Verhandlung vom 03.06.2009 hat der Kammervorsitzende die Beteiligten darüber informiert, dass die mit Schriftsätzen vom 31.07.2007, 15.04.2008, 15.05.2008 und 08.04.2009 erhobenen weiteren Klagen als Klageerweiterungen aufzufassen seien, jedoch wegen der völlig unterschiedlichen Versicherten und den unterschiedlichen Hintergründen, die möglicherweise weitere Sachaufklärung notwendig machten, nicht sachdienlich sein dürften. Entsprechend hat die Kammer mit nach Beendigung der mündlichen Verhandlung verkündetem Beschluss vom 03.06.2009 die mit diesen Schriftsätzen weiteren Klagen mangels sachdienlicher Klageerweiterung abgetrennt und als Neuklagen erfasst.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist als reine Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig, da zwischen den Beteiligten, die sich als Partner eines öffentlich rechtlichen Vertrages darstellen, kein Über- und Unterordnungsverhältnis besteht, weshalb kein Verwaltungsakt zu ergehen hatte.

In Bezug auf die durch Beschluss vom 03.06.2009 abgetrennten Klagen, ist die Leistungsklage unzulässig, da die in den Schriftsätzen vom 31.07.2007, 15.04.2008, 15.05.2008 und 08.04.2009 enthaltenden Klageerweiterungen abzulehnen waren, da sie nicht sachdienlich sind.

Ganz abgesehen davon, dass sie ganz unterschiedliche Personen, wenn auch alle Versicherte die Beklagte betreffen, liegen ihnen inhaltlich ganz unterschiedliche Sachverhalte zugrunde, die insbesondere weitere Sachermittlungen der Kammer zur Folge haben, andere Zeiträume umfassen und im Einzelfall auch zu unterschiedlichen Ergebnissen führen können. Deshalb ist auch aus prozessökonomischen Gründen eine Zusammenfassung dieser in den genannten Schriftsätzen ausgesprochenen Neuklagen mit dem durch Klageerhebung vom 09.02.2007 umrissenen Streitwert nicht angezeigt (§ 99 SGG). Deshalb war die über den Hilfsantrag hinausgehende Klage bereits als unzulässig abzuweisen.

Die insoweit auf den Hilfsantrag beschränkte Klage ist dagegen unbegründet. Die von der Beklagten vorgenommenen Rechnungskürzungen bezüglich der von dem Kläger geltend gemachten erhöhten Hausbesuchspauschalen in Bezug auf die Versicherten F., B. und L. erfolgten zu Recht, weshalb ein weitergehender Zahlungsanspruch über die im Rahmen des Klageverfahrens anerkannten und gezahlten Rechnungsbeträge hinaus nicht besteht.

Rechtsgrundlage der geltend gemachten Vergütungsansprüche betreffend die hier strittigen Hausbesuchspauschalen für die bei der Beklagten versicherten Frau F., Frau B. und Frau L. kann allein § 132 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) in Verbindung mit den zwischen den Beteiligten geschlossenen Verträgen über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege sein. Dabei gilt für die bis zum 30.04.2005 erbrachten Leistungen der direkt zwischen dem Kläger und der Beklagten abgeschlossene "Vertrag nach § 132 Abs. 1 SGB V" vom 22.09.1996, während für die nach dem 01.05.2005 erbrachten Leistungen der unter anderem zwischen der Klägerin und dem Bundesverband Ambulante Dienste und stationäre Einrichtungen, Landesverband Hessen bzw. dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e.V. abgeschlossene "Rahmenvertrag über häusliche Krankenpflege nach § 132 a Abs. 2 SGB V in Hessen vom 01.05.2006" zur Anwendung kommt, dem der Kläger schriftlich am 28.12.2005 beigetreten ist.

Die auch nach Zahlung wesentlicher Teilbeträge durch die Beklagte im Rahmen des Klageverfahrens weiter aufrecht erhaltene Klagen sind unbegründet, da ein weiterer Zahlungsanspruch aus den einzelnen Rechnungen nicht besteht. Soweit der Kläger die erhöhte Hausbesuchspauschale für die Insulinspritzenversorgung der Versicherten F. für den Monat April 2005 verlangt (Rechnung vom 01.05.2005), ist zwar unstreitig, dass der vom Kläger betriebene Pflegedienst tatsächlich nach 20:00 Uhr die subkutanen Insulinspritzen verabreicht hatte, jedoch scheitert der Ansatz der erhöhten Hausbesuchspauschale für die nicht an Sonn- und Feiertagen erfolgten Hausbesuche daran, dass diese zu dieser Uhrzeit nicht notwendig waren und deshalb als unwirtschaftlich zu Recht von der Beklagten lediglich in Höhe der "normalen" Hausbesuchspauschale vergütet wurden.

Zwar hat der Kläger gemäß § 6 des Vertrages vom 22.02.1996 in Verbindung mit Anlage 2 Ziffern 22 und 23 dieses Vertrages einen Vergütungsanspruch auf eine Hausbesuchspauschale, die für Besuche, die ausgeführt zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn- und gesetzlichen Feiertagen (Sonderbesuche) auch eine erhöhte Hausbesuchspauschale iHv. zuletzt 9,51 EUR vorsieht. Jedoch steht die Geltendmachung der Hausbesuchspauschale, wie sämtliche übrigen Leistungen einerseits unter der Verpflichtung einer sorgfältigen und einwandfreien Ausführung andererseits aber gezielt auch unter der Maßgabe einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung. Denn es ist gemäß dem zwischen den Beteiligten abgeschlossenen Verträgen darauf zu achten, dass die Leistungen nur in notwendigem Umfang in Anspruch genommen werden (§ 4 Ziffer 5 Satz 1 bis 3 des Vertrages vom 22.02.1996, im übrigen Wortgleich mit § 5 Abs. 3 Satz 2 und 3 des "Rahmenvertrages über häusliche Krankenpflege gemäß § 132 SGB V in der ab dem 01.01.1996 gültigen Fassung).

Unter Berücksichtigung dieser zwischen den Beteiligten vertraglich übereinstimmend ihrer Geschäftsbeziehung zugrunde gelegten Bestimmungen steht dem Kläger bei der Versicherten F. entgegen den Rechnungen vom 01.05.,03.08,01.09.,16.10., 08.11. und 05.12.2005 sowie vom 03.02., 06.03. 03.04. und 08.05.2006 (betreffend den Zeitraum vom 01.04.2005 bis 30.04.2006) die angesetzte erhöhte Hausbesuchspauschale nur insoweit zu, als es sich um Leistungen an Sonn- und Feiertagen gehandelt hatte. Die von der Beklagten bei diesen Rechnungen vorgenommenen, auch nach der im Oktober 2007 geleisteten Teilzahlung noch bestehenden Kürzungen (Rechnung vom 01.05.05 iHv 85,50 EUR, vom 03.08.05 iHv. 81,65 EUR, vom 01.09.05 iHv. 80,75 EUR, vom 16.10.05 iHv. 85,50 EUR, vom 08.11.05 iHv. 52,25 EUR, vom 03.02.06 iHv. 9,50 EUR, vom 06.03.06 iHv. 85,59 EUR, vom 03.04.06 iHv. 99,75 EUR und vom 08.05.06 iHv. 80,75 EUR) sind rechtmäßig erfolgt, weil die Leistungen nach 20:00 Uhr weder im "notwendigen Umfang" durch die Versicherte in Anspruch genommen wurde, noch seitens des Klägers wirtschaftlich erbracht wurden.

Zwar hatte die verordnende Ärztin der Versicherten F. anlässlich der Verordnung der häuslichen Krankenpflege in Form der Gabe von Insulinspritzen unter Berücksichtigung der medizinischen Notwendigkeit festgelegt, dass die Spritzen zwischen 18:00 und 22:00 Uhr erfolgen sollten, was jedoch entgegen der Auffassung des Klägers nicht bedeutet, dass er unbeschadet seiner Verpflichtung zu wirtschaftlichen Handlungsweise innerhalb dieses Zeitraums seine Leistung auch zeitlich frei erbringen kann. Zumal die behandelnde Ärztin Dipl. med. H. auf gezielte Nachfrage der Beklagten am 07.02.2006 ausdrücklich bestätigt hatte, dass aus medizinischer Sicht die Insulingabe vor 20:00 Uhr möglich sei. Dies beruhte, worauf der Kläger gegenüber der Beklagten bereits mit Schriftsatz seines

Prozessbevollmächtigten vom 05.10.2006 zutreffend hinwies, darauf, dass es sich um reines Basis-Insulin handelte, das unabhängig von Mahlzeiten gespritzt wird.

Soweit der Kläger demgegenüber sowohl mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten gegenüber der Beklagten vom 05.10.2006 wie auch im anhängigen Klageverfahren geltend macht, dass die Insulinspritzen deshalb immer zwischen 20:30 und 21:00 Uhr verabreicht worden seien, weil zu Zeiten, in denen sich die Versicherte F. noch selbst Insulin spritzen konnte, dies immer zwischen 20:30 Uhr und 21:00 Uhr geschehen wäre und er dies nicht habe ändern wollen, stellt dies kein Grund dar, die die Gabe der Insulinspritze in notwendigen Umfang nach 20:00 Uhr rechtfertigen könnte und damit den Ansatz einer erhöhten Hausbesuchspauschale begründen könnte. Sonstige Gründe, die auch außerhalb einer medizinischen Notwendigkeit ausnahmsweise eine Notwendigkeit der Spritzengabe nach 20:00 Uhr rechtfertigen könnten, werden vom Kläger nicht vorgebracht und sind auch aus den der Kammer vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich.

Im Übrigen trifft es zwar zu, dass es grundsätzlich im Verantwortungsbereich des Pflegedienstes liegt, wie die Erbringung der notwendigen Leistungen organisiert wird, was im Einzelfall dazu führen kann, dass die Krankenpflegeleistungen auch außerhalb der gewöhnlichen Arbeitszeit (6:00 Uhr bis 20:00 Uhr) zu erbringen ist, jedoch müssen hierfür schon gewichtige, insbesondere medizinische Gründe vorliegen. Eine willkürliche oder nur den nach objektiven Maßstäben nicht rationalen Wünschen der Patienten entsprechende Leistungserbringung, die zu Lasten der kostenpflichtigen Krankenkasse geht, muss diese nicht bezahlen. Denn bei der Auslegung von Verträgen des Leistungserbringungsrechts - wie hier im Bereich der häuslichen Krankenpflege - ist sowohl das Interesse des Leistungserbringers, seine Leistungen wirtschaftlich zu erbringen, also kostendeckend zu arbeiten und einen Gewinn zu erwirtschaften zu berücksichtigen wie auch das Interesse der Krankenkasse, Leistungen im Interesse ihrer Versicherten möglichst preisgünstig einzukaufen, zu berücksichtigen (vgl. auch SG Wiesbaden, Urteil vom 28.09.2007 - S 2 KR 170/07 in Bezug auf eine Entscheidung einer Schiedsperson). Angesichts des im Vertrag auch dokumentierten Regel-Ausnahmeverhältnisses, wonach der Kläger grundsätzlich seine Leistung in der Regelarbeitzeit, d.h. zwischen 6:00 Uhr und 20:00 Uhr zu erbringen hat, bedarf es für den Ausnahmetatbestand einer besonderen, nicht allein am Eigeninteresse orientierenden Begründung, die hier nicht vorliegt. Dabei ist zu berücksichtigen, dass eine Vergütungsvereinbarung, die für die routinemäßige Abrechnung mit zahlreichen Pflegediensten vorgesehen ist, eng nach ihrem Wortlaut und dem systematischen Zusammenhang auszulegen ist (vgl. Hessisches Landessozialgericht, Urteile vom 29.06.2006 – L 1 KR 7/05 und vom 03.03.2005 – L 1 KR 380/03). Daher ist die bezüglich der Rechnung des Klägers vom 01.05.2005 vorgenommene Kürzung um letztlich 85,50 EUR rechtmäßig, weshalb kein weitergehender Zahlungsanspruch besteht.

Gleiches gilt auch für die nach dem 01.05.2006 an der Versicherten F. erbrachten Leistungen, die mit Rechnung vom 21.08.2006 abgerechnet und seitens der Beklagten um insgesamt 76,16 EUR gekürzt worden sind. Denn auch nach dem damals gültigen "Rahmenvertrag über die häuslichen Krankenpflege nach § 132 a Abs. 2 SGB V in Hessen vom 01.05.2006" die Leistung des Pflegebedarf sich an dem individuellen Hilfebedarf der Versicherten zu orientieren hat, aber das Maß des Notwendigen nicht überschreiten darf und insbesondere wirtschaftlich erbracht werden muss (§ 3 Abs. 2 Satz 3 des Vertrages). So wird in § 40 des Vertrages nochmals ausdrücklich geregelt, dass die Leistungen des Pflegedienstes im Rahmen des Notwendigen insgesamt ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen sind und Leistungen, die diese Voraussetzungen erfüllen, weder von den Versicherten beansprucht werden können, noch von Krankenkassen bewilligt werden dürfen und dementsprechend diese auch vom Pflegedienst nicht zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfen. Ist der Pflegedienst daher berechtigt, Leistungen nach dem SGB V oder nach dem SGB XI (Elftes Buchs Sozialgesetzbuch - Soziale Pflegeversicherung) abzurechnen, hat er bei seiner Einsatzplanung das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 SGB V zu berücksichtigen, um unnötige Einsätze zu vermeiden (§ 40 2. Absatz des Vertrages). Dem ist der Kläger mit der Abrechnung erhöhter Hausbesuchspauschalen außer an Sonn- und Feiertagen nicht nachgekommen.

Auch insoweit ist zwischen den Beteiligten unstreitig und steht nach den glaubhaften Darlegungen des Klägers in der mündlichen Verhandlung vom 03.06.2009 zur Überzeugung der Kammer fest, dass der Kläger bzw. die von ihm beauftragten Pflegekräfte tatsächlich die in der hier streitigen Rechnung vom 21.08.2006 abgerechneten Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbracht haben, auch soweit diese nach 20:00 Uhr vollzogen wurden. Dennoch war der Kläger auch nach dem 01.05.2006 nicht berechtigt, die erhöhte Hausbesuchspauschale gegenüber der Beklagten abzurechnen.

Ob der Kläger tatsächlich mit der Rechnung vom 21.08.2006 der Beklagten einen Durchführungs- und Leistungsnachweis (Durchführungskontrollblatt) mit Angabe auch der Uhrzeit der zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr getätigten Leistungen vorgelegt hat, kann dahingestellt bleiben. Zwar hat der Kläger - immer bezogen auf die Versicherte F. - mit der Rechnung vom 01.09.2005 einen Durchführungs- und Leistungsnachweis vorgelegt, der auch die Uhrzeit der Leistungserbringung enthält, dies aber offenbar bei der Rechnung vom 03.08.05 ohne Erfassung der Uhrzeit getan. Für die Rechnung vom 21.08.2006, die den Behandlungszeitraum Juli 2006 umfasst, wurde gar kein entsprechender Beleg vorgelegt, so dass eine Überprüfung nicht erfolgen kann. Immerhin wurde diese seitens der Beklagten bemängelt. Zu dieser Zeitangabe ist der Kläger ab dem 01.05.2006 aber verpflichtet, weil die Leistungen leistungstäglich im "Durchführungskontrollblatt" abzuzeichnen sind und dieses neben Datum - im Falle der Leistungserbringung zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr -auch die Uhrzeit zu enthalten hat (§ 43 Abs. 5 Ziffer b des Vertrages vom 01.05.2006). Die Kammer konnte jedoch von einer diesbezüglichen Beweiserhebung absehen, da bereits aus anderen Gründen der Zahlungsanspruch auf die von der Beklagten gekürzte erhöhte Hausbesuchspauschale nicht besteht. Unter Bezugnahme auf die obigen Ausführungen lassen sich auch für die im Juli 2006 erbrachten Hausbesuche nach 20:00 Uhr weder eine medizinische noch eine sonstige Notwendigkeit feststellen. Es wäre aus den dem Kläger auferlegten wirtschaftlichen Gesichtspunkten zwingend gewesen, die Insulinspritzen vor 20:00 Uhr zu verabreichen, da weder medizinische noch sonstige Gründe die Notwendigkeit der außerhalb der Regelarbeitszeit begründen können.

Vergleichbare Gründe, die die Kürzung der Rechnungen in Bezug auf die darin abgerechneten erhöhten Hausbesuchspauschalen rechtfertigen, liegen auch für die im Zusammenhang mit der Versorgung der Versicherten B. ebenfalls klageweise geltend gemachten Rechnungen vor. Da die Beklagte die zunächst gar nicht bezahlten Rechnungen vom 27.03. und 01.06.2006 bis auf einen Betrag iHv. 160,01 EUR im Laufe des Klageverfahrens gezahlt hat, ist nach Abklärung in der mündlichen Verhandlung vom 03.06.2009 nur noch dieser Betrag streitig, der auf der Geltendmachung der erhöhten Hausbesuchspauschale für die Monate Februar und Mai 2006 beruht.

In diesem Fall wurde die Dekubitus-Versorgungen am linken Arm, rechten Fuß, links Hüfte, rechtes Knie und am Steiß sowie der Katheterismus einschließlich erhöhter Hausbesuchspauschale an mehreren Tagen (im Februar an 11 Tagen, wovon allenfalls 6 Tage auf Samstag/Sonntag fielen; im Mai 2006 für 20 Tage, obwohl auch hier deutlich weniger Tag auf Samstage bzw. Sonntage fielen) geltend

gemacht, weil die Leistungen zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr erbracht wurden. Obwohl - insbesondere bezüglich der der Rechnung vom 01.06.06 anliegenden Durchführungs- und Leistungsnachweise - keinerlei Angabe zur Uhrzeit der Leistungserbringung (vgl. Schreiben der Beklagten an die Rechtsanwälte des Klägers vom 30.11.2006, entgegen § 43 Abs. 5 Ziffer b des Vertrages vom 01.05.06) erfolgten, scheitert auch hier der Anspruch im wesentlichen daran, dass aus der Verpflichtung des Klägers zur wirtschaftlichen Leistungserbringung kein Anspruch auf Ansatz der erhöhten Hausbesuchspauschale besteht. Denn es ist nicht erkennbar, dass die Leistungserbringung notwendigerweise nach 20:00 Uhr erfolgen musste.

Soweit der Kläger dazu geltend macht, dass wegen der starken Kontrakturen und der stark eingeschränkten Beweglichkeit bei der Versicherten B. große Schwierigkeiten auftraten und der Verbandswechsel nur unter Mithilfe einer zweiten Person möglich gewesen sei, begründet dies nach Einschätzung der Kammer nicht die Notwendigkeit einer erst nach 20:00 Uhr durchführbaren Leistung. Dabei kann die Kammer sogar unterstellen, dass die Tochter der Versicherten aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage war, die der zweiten Person zugeschriebenen Aufgaben zu erfüllen. Jedoch ist nicht ersichtlich, weshalb der - nach Angaben des Klägers überwiegend in Nacharbeit tätige - Schwiegersohn immer erst nach 20:00 Uhr zur Verfügung gestanden haben sollte. Doch selbst wenn man auch dies unterstellte, lässt sich die erhöhte Hausbesuchspauschale damit nicht begründen, weil es dann Aufgabe des Klägers gewesen wäre, mittels einer zweiten Pflegekraft die notwendigen Verrichtungen zur angemessenen Zeit erbringen. Die dazu erforderliche Koordinierung der beiden Pflegekräfte obliegt dem Kläger. Eine medizinische Notwendigkeit, die Versorgung erst nach 20:00 Uhr zu erbringen hat der Kläger selbst nicht geltend gemacht und scheint angesichts des hier dokumentierten Krankheitsbildes auch nicht nachvollziehbar. Die Geltendmachung der bei der Versicherten B. im Einzelnen abgerechneten erhöhten Hausbesuchspauschalen sind daher nicht gerechtfertigt, weshalb die Beklagte zu Recht die beiden Rechnungen vom 27.03. und 01.06.06 um insgesamt 160,901 EUR gekürzt hat. Auch insoweit bleibt die auf Auszahlung des Kürzungsbetrages aufrecht erhaltene Leistungsklage ohne Erfolg.

Erst recht gilt dies für die Rechnung vom 06.10.2006 betreffend die Versicherte L., da auch hier die Zahlung der erhöhten Hausbesuchspauschale iHv. 14,28 EUR (3 Tage a`3,76 EUR) nicht geltend gemacht werden kann. Denn auch hier fehlt es bezüglich dreier Tage an der Notwendigkeit der Leistungserbringung zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr. Unabhängig davon, ob die vom Kläger dazu angegebenen Gründe eine Notwendigkeit der Leistungserbringung nach 20:00 Uhr rechtfertigen, scheitert der Anspruch bereits daran, dass der Kläger im Klageschriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 07.02.2007 selbst lediglich die Verabreichung von Injektionen und Medikamenten 27-mal innerhalb der der erhöhten Hausbesuchspauschale unterfallenden Zeit erbracht haben will. Genau diese 27-mal erhöhte Hausbesuchspauschale für den Zeitraum vom 02.09. bis 30.09.2006 hat jedoch die Beklagte bei der Rechnungskürzung berücksichtigt und lediglich die drei darüber hinaus geltend gemachten erhöhten Hausbesuchspauschalen auf die Hausbesuchspauschale während der Regelarbeitszeit gekürzt. Insoweit lässt sich bereits nach den eigenen Darlegungen des Klägers eine weitere Zahlung von drei erhöhten Hausbesuchspauschalen nicht begründen.

Damit erweisen sich alle noch streitigen von der Beklagten erfolgten Rechnungskürzungen hinsichtlich der geltend gemachten erhöhten Hausbesuchspauschalen als rechtmäßig, so dass die auf deren Zahlung gestützte Leistungsklage abzuweisen war. Damit entfällt auch der geltend gemacht Zinsanspruch. Die ursprünglich mit der Klage vom 07.02.07 geltend gemachten weiteren Zahlungen wurden, was zwischen den Beteiligten unstreitig ist, von der Beklagten im Laufe des Klageverfahrens beglichen, weshalb der Prozessbevollmächtigte insoweit diese mit Schriftsatz vom 24.01.2008 auch für erledigt erklärt hat.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO) in Verbindung mit § 197 a Sozialgerichtsgesetz (SGG), weil zum einen keiner der Beteiligten zu den in § 183 Satz 1 SGG genannten Personen gehört und zum anderen der Kläger in Bezug auf die im Rahmen des Klageverfahrens teilweise bezahlten Rechnungen obsiegt hat. Im Hinblick auf die mit der ursprünglichen Klage geltend gemachten 2.767,65 EUR und die unstreitig im Rahmen des Klageverfahrens hierauf erfolgte Zahlung der Beklagten iHv. 1.804,74 EUR führt dazu, dass die Beklagte zwei Drittel der außergerichtlichen Kosten des Klägers zu tragen hat.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2014-04-01