

## B 3 KR 18/15 R

Land  
Bundesrepublik Deutschland  
Sozialgericht  
Bundessozialgericht  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
3  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 210 KR 301/09  
Datum  
16.05.2012  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 9 KR 283/12  
Datum  
11.02.2015  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 18/15 R  
Datum  
20.04.2016  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Von dem Grundsatz, dass ein Vergütungsanspruch für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur auf der Grundlage eines entsprechenden Vertrags zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse des Versicherten besteht, darf nur in besonderen Ausnahmefällen abgewichen werden.

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 11. Februar 2015 aufgehoben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. Mai 2012 zurückgewiesen. Die Klägerin trägt die Kosten des Verfahrens. Der Streitwert für das Revisionsverfahren wird auf 29 041,50 Euro festgesetzt.

Gründe:

I

1

Streitig ist die Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Oktober/November 2008.

2

Der bei der Beklagten versicherte E. A. (im Folgenden: Versicherter) erlitt bei seiner Geburt am 10.8.2008 eine cerebrale Blutung mit perinataler Asphyxie, Krampfanfällen, Abnoen und respiratorischer Insuffizienz. Er wurde bis zum 19.8.2008 beatmet und erhielt bis zum 16.9.2008 eine antiepileptische Therapie, in deren Anschluss bis zur Entlassung aus der stationären Behandlung am 1.10.2008 keine Krampfanfälle mehr beobachtet wurden. Die Klinikärzte befürworteten in einem Arztbrief vom 24.9.2008 die Unterstützung der Mutter durch einen 24-stündigen Pflegedienst, da eine kontinuierliche Beobachtung bezüglich neu auftretender Anfälle zwingend erforderlich und durch die Mutter alleine nicht zu gewährleisten sei. Der Versicherte wurde am 1.10.2008 gemeinsam mit seiner Mutter in eine 24 Stunden täglich durch einen Sozialarbeiter betreute Mutter-Kind-Wohnung in Berlin entlassen.

3

Die klagende GmbH erbringt im Raum Berlin häusliche Krankenpflegeleistungen und stand im Streitzeitraum ua mit der damaligen AOK Berlin, nicht aber mit der beklagten AOK in vertraglichen Beziehungen nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) über die Erbringung häuslicher Krankenpflege. Mit einem in Berlin ansässigen Krankenpflegeunternehmen hatte die Beklagte keinen Vertrag nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#).

4

Die Klägerin beantragte unter Vorlage des genannten Arztbriefes per Telefax am 29.9.2008 bei der Beklagten die Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden täglich ab 1.10.2008 für den Versicherten in der betreuten Mutter-Kind-Wohnung, da es dort keine examinierte Kinderkrankenschwester gebe. Die Beklagte lehnte den Antrag zunächst ab, weil eine Mitgliedschaft bei ihr unter den angegebenen Daten nicht festzustellen sei.

5

Mit Schreiben vom 9.10.2008, das am 13.10.2008 bei der Beklagten einging, bat die Klägerin erneut um Bewilligung häuslicher Krankenpflege in dem genannten Umfang und fügte eine entsprechende Verordnung der Kinderärztin vom 8.10.2008 bezüglich des Zeitraums vom 1.10.2008 bis 30.11.2008 sowie einen ausführlichen Entlassungsbericht des Krankenhauses bei.

6

Nach Anforderung auch der Pflegedokumentation führte der Gutachter des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) am 4.11.2008 aus, Krankenbehandlungen seien nicht erfolgt, und kontinuierliche Krankenpflege sei auch nicht erforderlich. Ausreichend sei vielmehr eine normale Säuglingskontrolle, -beobachtung und -versorgung, die auch von eingewiesenen Laien erbracht werden könne. Die Beklagte lehnte die Leistung häuslicher Krankenpflege daraufhin ab (Schreiben an die Klägerin und die verordnende Kinderärztin sowie Bescheid an die Mutter des Versicherten jeweils vom 17.11.2008). In einem nach Aktenlage gefertigten Sozialmedizinischen Gutachten des MDK vom 22.1.2009 wurde das Ergebnis des Vorgutachters bestätigt.

7

Die Klägerin stellte der Beklagten für die Zeit vom 1.10.2008 bis 19.11.2008 insgesamt 1187 Stunden häuslicher Krankenpflege zu einem Stundensatz von 35 Euro (insgesamt 41 545 Euro) in Rechnung. Die Klage ist vor dem SG erfolglos geblieben (Urteil vom 16.5.2012). Auf die Berufung der Klägerin hat das LSG die Beklagte verurteilt, an die Klägerin 29 041,50 Euro zu zahlen und die Berufung im Übrigen zurückgewiesen (Urteil vom 11.2.2015). Das Berufungsgericht hat ausgeführt, der Vergütungsanspruch der Klägerin sei in Höhe des ortsüblichen Stundensatzes von 28,50 Euro für die Zeit ab 8.10.2008 begründet. Die ärztliche Verordnung datiere erst von diesem Tag und eine rückwirkende Verordnung sei nicht möglich. Dem Grunde nach ergebe sich der Vergütungsanspruch unmittelbar aus Nr 26 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 und Abs 7 SGB V](#) (HKP-RL). Zweck der Regelung sei es, Leistungsverzögerungen dadurch zu vermeiden, dass die Vergütung bereits während des Bewilligungsverfahrens gewährleistet werde, wenn die ärztliche Verordnung zeitnah vorgelegt werde. Für die Zeit ab 8.10.2008 hätten diese Voraussetzungen vorgelegen. Die in Berlin wohnhaften Versicherten der Beklagten könnten ihren Anspruch, häusliche Krankenpflege unverzüglich nach entsprechender vertragsärztlicher Verordnung zu erhalten, nur über vertragslose Pflegedienste verwirklichen, da die Beklagte als auswärtige Ortskrankenkasse keine vertraglichen Beziehungen nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) zu in Berlin tätigen Pflegeunternehmen unterhalte. Aus diesem Grund könne eine Vertragsbeziehung zum Leistungserbringer keine Voraussetzung für den Vergütungsanspruch sein. Das Pflegeunternehmen trage bis zur Entscheidung der Krankenkasse nicht das Risiko, dass die vertragsärztlich verordnete häusliche Krankenpflege möglicherweise medizinisch nicht notwendig war, solange dies nicht offensichtlich gewesen sei.

8

Mit ihrer Revision rügt die Beklagte einen Verstoß gegen [§ 132a Abs 2 Satz 1 SGB V](#) sowie gegen [§ 37 Abs 6 SGB V](#) iVm [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6 SGB V](#) iVm Nr 26 HKP-RL. [§ 132a Abs 2 Satz 1 SGB V](#) setze für einen Vergütungsanspruch des Leistungserbringers einen Vertrag mit der Krankenkasse voraus. Dieser könne mit dem Leistungserbringer direkt oder auf Verbandsebene geschlossen werden, ggf auch nur für einen konkreten Einzelfall. Die Klägerin stehe jedoch in keiner vertraglichen Beziehung zur Beklagten, und es habe auch kein Kontrahierungszwang zu den Bedingungen der Klägerin bestanden. Sie - die Beklagte - habe vielmehr fortlaufend gegenüber der Klägerin erklärt, dass sie die Leistungen nicht für angemessen halte. Die HKP-RL beschreibe in erster Linie Art und Umfang der verordnungsfähigen Krankenpflegeleistungen für die Vertragsärzte, auch mit Wirkung für die Versicherten und die Krankenkassen. Die Pflegedienste würden durch diese Richtlinien nicht in eigenen Rechten betroffen. Jedenfalls enthielten die HKP-RL keine Anspruchsgrundlage für Vergütungsansprüche vertragsloser Pflegeunternehmen. Nr 26 HKP-RL verweise ausdrücklich auf die "vereinbarte Vergütung nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#)" und setze damit einen Vergütungsvertrag zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse voraus. Schließlich habe das Berufungsgericht zu Unrecht in Anwendung des [§ 812 Abs 1 Satz 1](#) 1. Alt BGB, [§ 69 Abs 1 Satz 3 SGB V](#) die ortsübliche Vergütung zugrunde gelegt. Die Grundsätze der ungerechtfertigten Bereicherung seien auch dann nicht anwendbar, wenn im Übrigen ordnungsgemäß erbracht und für den Versicherten geeignete und nützliche Leistungen von einem hierzu nicht berechtigten Leistungserbringer erbracht worden seien. Zudem sei nach den Ausführungen des MDK häusliche Krankenpflege in Form der 24-stündigen Krankenbeobachtung weder notwendig gewesen noch erbracht worden. Es habe sich vielmehr um eine "normale" Säuglingskontrolle, -beobachtung und -versorgung gehandelt.

9

Die Beklagte beantragt, das Urteil des Landessozialgerichts Berlin-Brandenburg vom 11. Februar 2015 aufzuheben und die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. Mai 2012 zurückzuweisen.

10

Die Klägerin beantragt, die Revision zurückzuweisen.

11

Sie stützt sich im Wesentlichen auf die Ausführungen des Berufungsgerichts und weist die von der Beklagten geltend gemachten Rechtsverletzungen zurück.

12

12

Die Revision der Beklagten ist begründet. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Vergütung der von ihr für den Versicherten erbrachten Leistungen.

13

1. Leistungserbringer können ihre Zahlungsansprüche grundsätzlich im Wege der (echten) Leistungsklage nach [§ 54 Abs 5 SGG](#) geltend machen, denn es handelt sich dabei um einen sogenannten Parteienstreit im Gleichordnungsverhältnis, in dem eine Regelung durch Verwaltungsakt nicht in Betracht kommt, ein Vorverfahren nicht durchzuführen und eine Klagefrist nicht einzuhalten ist (vgl zB [BSGE 86, 166](#), 167 f = [SozR 3-2500 § 112 Nr 1](#); BSG SozR 4-2500 § 39 Nr 20 RdNr 7; für Apotheken: BSG [SozR 4-2500 § 129 Nr 1](#) bis 3, 6, 7, 9 sowie [SozR 4-2500 § 129a Nr 1](#) (vorgesehen); BSG Urteil vom 25.11.2015 - [B 3 KR 16/15 R](#) - für BSGE und [SozR 4-2500 § 129 Nr 11](#) vorgesehen, jeweils mwN).

14

2. Rechtsgrundlage der Vergütungsansprüche von Pflegediensten für die Versorgung von Versicherten mit häuslicher Krankenpflege ist für den hier betroffenen Zeitraum im Oktober/November 2008 [§ 132a Abs 2 SGB V](#) idF durch das Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26.3.2007 ([BGBl I 378](#)) iVm dem jeweils geltenden Vertrag zwischen der Krankenkasse und dem Leistungserbringer nach [§ 132a Abs 2 Satz 1 SGB V](#). Rahmenempfehlungen über die einheitliche Versorgung mit häuslicher Krankenpflege nach [§ 132a Abs 1 SGB V](#) waren für diesen Zeitraum nicht vereinbart (vgl [BT-Drucks 17/10170 S 26](#)). Auch gelten für die Klägerin keine durch einen insoweit bevollmächtigten Verband abgeschlossenen Rahmenbedingungen.

15

Die Voraussetzungen für das Entstehen eines solchen öffentlich-rechtlichen Vergütungsanspruchs lagen für die streitgegenständliche Forderung mangels eines Versorgungs- und Vergütungsvertrags zwischen der Beklagten und der Klägerin nicht vor. Verträge nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) (in der og Fassung) werden zwischen einzelnen Krankenkassen und Pflegediensten oder auf Verbandsebene, dh durch einen Verband von Krankenkassen und einen Verband von Pflegediensten geschlossen, wenn diese zum Abschluss entsprechender Vereinbarungen für ihre Mitglieder bevollmächtigt sind oder die auf Verbandsebene ausgehandelten Verträge akzeptieren (vgl hierzu zB Dalichau in Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Aufl 2014, [§ 132a SGB V](#) RdNr 28). Die Klägerin und die Beklagte sind weder selbst noch über entsprechende Verbände vertragliche Beziehungen nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) eingegangen.

16

3. Nach Nr 26 der HKP-RL idF vom 11.6.2008 übernimmt 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 wird. Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach [§ 132a Abs 1 SGB V](#).

17

Nach dieser Vorschrift kann dem Vergütungsanspruch des Leistungserbringers unter den genannten Voraussetzungen zwar grundsätzlich bis zur Entscheidung der Krankenkasse über die Genehmigung die fehlende medizinische Notwendigkeit der Leistung nur in engen Grenzen entgegengehalten werden (hierzu a), und die vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) erlassene Regelung der HKP-RL ist verfassungskonform und auch für Leistungserbringer verbindlich (hierzu b). Die Vorschrift bildet jedoch keine vom Vertrag nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) unabhängige Anspruchsgrundlage für den Vergütungsanspruch, sondern setzt grundsätzlich eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse voraus (hierzu c). Zudem muss die tatsächlich erbrachte Leistung der häuslichen Krankenpflege der vertraglichen (Vergütungs-)Vereinbarung (hierzu d) und der Leistungsbeschreibung der HKP-RL (hierzu e) entsprechen. Nach der Gesamtbetrachtung besteht hier kein Anlass, einen Ausnahmefall anzunehmen, in dem ausnahmsweise eine Vergütung ohne entsprechenden Vertrag zu zahlen wäre (hierzu f).

18

a) Wie das Berufungsgericht ausgeführt hat, richtet sich der Anspruch des Leistungserbringers auf die vertraglich vereinbarte Vergütung gemäß [§ 132a Abs 2 SGB V](#) aufgrund der Regelung der Nr 26 der HKP-RL (idF vom 11.6.2008) in der Zeit von der Ausstellung der ärztlichen Verordnung bis zur Entscheidung über die Genehmigung seitens der Krankenkasse allein nach der vertragsärztlichen Verordnung und den vom Pflegedienst entsprechend erbrachten Leistungen, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Diesem Vergütungsanspruch des Leistungserbringers kann die Krankenkasse bis zu ihrer Entscheidung über die Leistung die fehlende medizinische Notwendigkeit nur entgegenhalten, wenn für den Leistungserbringer klar erkennbar war, dass die häusliche Krankenpflege nicht wie verordnet medizinisch notwendig sein konnte (vgl hierzu BSG Urteil vom 20.4.2016 - [B 3 KR 17/15 R](#) - vorgesehen für BSGE und SozR). Der GBA will mit dieser Regelung (heute: [§ 6 Abs 6 HKP-RL](#)) dem Leistungserbringer das Risiko abnehmen, dass sich die vertragsärztlich verordnete Leistung bei der Prüfung im Genehmigungsverfahren als medizinisch nicht notwendig erweisen sollte, damit der Versicherte für die Dauer des Genehmigungsverfahrens nicht auf eigenes Risiko in Vorleistung treten muss und der Leistungserbringer unabhängig von Zahlungsfähigkeit und Zahlungsbereitschaft des Versicherten von Anfang an zur Leistungserbringung bereit ist.

19

b) Dem Berufungsgericht ist darüber hinaus auch insoweit zu folgen, als die HKP-RL als untergesetzliche Rechtsnormen auch für die Leistungserbringer verbindliche Regelungen enthalten, und Nr 26 HKP-RL verfassungsgemäß ist. Der Gesetzgeber hat mWv 1.1.2004 durch das Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Modernisierungsgesetz) vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#)) in [§ 91 Abs 9 SGB V](#) ausdrücklich bestimmt, dass die Beschlüsse des GBA - mit Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach [§ 137b SGB V](#) und zu Empfehlungen nach [§ 137f SGB V](#) - für die Versicherten, die Krankenkassen und für die an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer sowie die zugelassenen Krankenhäuser verbindlich sind. Für den hier maßgeblichen Zeitraum Oktober/November 2008 bestimmt [§ 91 Abs 6 SGB V](#) die Verbindlichkeit der Beschlüsse des GBA ua für die Leistungserbringer, was - mit

Ausnahme der Beschlüsse zu Entscheidungen nach [§ 136d SGB V](#) - bis heute gilt.

20

Das BSG hatte bereits vor Einführung dieser gesetzlichen Regelung entschieden, dass die von dem damaligen Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen erlassenen Richtlinien als außenwirksame Rechtsnormen auch zu Lasten von Ärzten und Versicherten zu qualifizieren sind und daran in ständiger Rechtsprechung aller mit diesen Fragen betrauten Senate festgehalten (so zuerst der 6. Senat [BSGE 78, 70](#), 74 ff = [SozR 3-2500 § 92 Nr 6](#) S 29 ff - Methadon-Richtlinie; und jüngst BSG Urteil vom 13.5.2015 - [B 6 KA 14/14 R](#) - SozR 4-2500 § 34 Nr 17 RdNr 35 mwN, auch für BSGE vorgesehen; zur Rechtsprechung des 3. Senats s etwa: [BSGE 87, 105](#), 110 f = [SozR 3-2500 § 139 Nr 1](#) S 7 f und jüngst Urteil vom 22.4.2015 - [B 3 KR 16/14 R](#) - [NZS 2015, 617](#), 621 RdNr 25 mwN; zur Rechtsprechung des 1. Senats vgl zB [BSGE 81, 54](#), 63 = [SozR 3-2500 § 135 Nr 4](#) S 18 f; [SozR 4-2500 § 13 Nr 20](#) RdNr 20; [SozR 4-2500 § 27 Nr 16](#) RdNr 11; sowie Urteil vom 2.9.2014 - [B 1 KR 65/12 R](#) - Juris RdNr 13 mwN).

21

An der Verfassungsmäßigkeit der Rechtsetzung des GBA hat der Senat auch unter Berücksichtigung der hierzu jüngst ergangenen Entscheidung des BVerfG vom 10.11.2015 ([1 BvR 2056/12](#), [KrV 2015, 236](#)) bezogen auf die HKP-RL nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6](#), [Abs 7 SGB V](#) keine Zweifel (zur HKP-RL so zuletzt auch [BSGE 118, 122](#) = SozR 4-2500 § 37 Nr 13, RdNr 21; vgl daneben auch [BSGE 111, 155](#) = SozR 4-2500 § 31 Nr 21, RdNr 26 (Gepan instill); [BSGE 112, 15](#) = SozR 4-2500 § 137 Nr 1, RdNr 34 (Mindestmengen); bereits die og Entscheidung des BVerfG berücksichtigend: BSG Urteil vom 15.12.2015 - [B 1 KR 30/15 R](#) - Juris RdNr 42 ff, für BSGE und SozR 4-2500 § 34 Nr 18 vorgesehen). Das BVerfG hat in der genannten Entscheidung ausgeführt, dass die demokratische Legitimation des GBA zum Erlass einer verbindlichen Richtlinie fehlen könne, wenn diese zB mit hoher Intensität Angelegenheiten Dritter regele, die an deren Entstehung nicht mitwirken könnten. Maßgeblich sei insbesondere, inwieweit der GBA für seine zu treffenden Entscheidungen gesetzlich angeleitet sei (vgl Beschluss des BVerfG vom 10.11.2015 - [1 BvR 2056/12](#) - [KrV 2015, 236](#)). [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 6](#) iVm [Abs 7 SGB V](#) enthält eine hinreichend bestimmte Anleitung des GBA zum Erlass von Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Neben einer Generalermächtigung und einer Aufgabenzuweisung enthalten [§ 92 Abs 7 Satz 1 Nr 1 bis 5 SGB V](#) nF detaillierte Ermächtigungen, die inhaltlich hinreichend bestimmt sind, insbesondere im Hinblick auf die HKP-RL. Die vom GBA erlassene HKP-RL (hier idF vom 11.6.2008) hält sich - soweit sie hier zur Anwendung kommt - im Rahmen dieser konkreten inhaltlichen Vorgaben der gesetzlichen Ermächtigung. Zudem ist den in [§ 132a Abs 1 Satz 1 SGB V](#) genannten Leistungserbringern vor der Entscheidung des GBA über die Richtlinien zur Verordnung von häuslicher Krankenpflege Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben und die Stellungnahmen sind in die Entscheidung einzubeziehen ([§ 92 Abs 7 Satz 2 SGB V](#)). Damit sind die Leistungserbringer an der Entscheidungsfindung beteiligt, auch wenn sie an dem eigentlichen Normsetzungsakt nicht mitwirken.

22

c) Nr 26 der HKP-RL (idF vom 11.6.2008) enthält jedoch keine eigene, von den gesetzlichen Vorschriften unabhängige Anspruchsgrundlage für den Vergütungsanspruch der Leistungserbringer, sondern setzt ebenfalls eine vertragliche Vereinbarung zwischen dem Leistungserbringer und der Krankenkasse voraus. Denn die HKP-RL enthalten Vorgaben zur Konkretisierung der gesetzlichen Ansprüche für alle Beteiligten, dh sowohl für die Versorgungsansprüche der Versicherten als auch insbesondere Regelungen zur Umsetzung dieser Ansprüche und zur Zusammenarbeit mit dem Leistungserbringer (vgl [§ 92 Abs 7 Satz 1 SGB V](#)). Es ist inzwischen ständige Rechtsprechung (vgl zB [BSGE 105, 157](#) = SozR 4-2500 § 129 Nr 5, RdNr 15; [BSGE 106, 303](#) = SozR 4-2500 § 129 Nr 6, RdNr 12 f; BSG SozR 4-2500 § 130 Nr 3 RdNr 12; BSG Urteil vom 17.11.2015 - [B 1 KR 30/14 R](#) - Juris), dass es sich bei den Vergütungsansprüchen der Leistungserbringer gegenüber den Krankenkassen grundsätzlich um öffentlich-rechtliche Ansprüche handelt, die auf gesetzlich näher konkretisierten Verträgen mit regelmäßig normativem Charakter beruhen. Inhaltliche Vorgaben für diese Vergütungsverträge finden sich ua auch in den Richtlinien des GBA, hier in den HKP-RL. Diese kann aber keine selbstständige, von den gesetzlichen Vorgaben und dem entsprechenden Vertrag unabhängigen Ansprüche begründen, sondern lediglich innerhalb dieses gesetzlichen Rahmens konkretisierende inhaltliche Vorgaben (zB zur Ausgestaltung der Verträge) geben. Nr 26 HKP-RL hat allein die Funktion, für den Zeitraum zwischen Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung über häusliche Krankenpflege und der Entscheidung der Krankenkasse über den Anspruch des Versicherten auf diese Leistung die Verordnung als Grundlage für den Anspruch ausreichen zu lassen. Insbesondere erweitert sie nicht den Kreis der leistungsberechtigten Pflegedienste und unterscheidet sich insoweit deutlich etwa von [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#), der es den Versicherten ermöglicht, in Notfällen auch nicht zugelassene Ärzte in Anspruch zu nehmen mit der Folge, dass diesem unmittelbar kraft Gesetzes Vergütungsansprüche gegen die Kassenärztliche Vereinigung zuwachsen (vgl BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 2](#) RdNr 5). Ob und unter welchen Voraussetzungen die HKP-RL noch ermächtigungskonform wäre, wenn sie abweichend von [§ 132a Abs 2 SGB V](#) auch vertragslosen Leistungserbringern - ggf unter besonderen Voraussetzungen - eine Leistungsberechtigung und einen entsprechenden Vergütungsanspruch zubilligen würde, bedarf hier keiner Entscheidung. Denn der eindeutige Wortlaut der Nr 26 der HKP-RL setzt gerade in Übereinstimmung mit den gesetzlichen Vorschriften grundsätzlich eine "vereinbarte Vergütung nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#)" voraus.

23

Damit knüpft der Wortlaut der Regelung der Nr 26 HKP-RL ausdrücklich an einen mit dem Leistungserbringer der häuslichen Krankenpflege geschlossenen Vergütungsvertrag nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) an. Der GBA geht bei dieser Regelung - ebenso wie der Gesetzgeber - davon aus, dass die Krankenkassen die Versorgung ihrer Versicherten mit häuslicher Krankenpflege durch den Abschluss von Verträgen nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) sicherstellen. Um zugleich Qualität und Wirtschaftlichkeit der Leistungen zu gewährleisten ([§ 12 SGB V](#)), kann sich die Kostenübernahme nur an den Versorgungs- und Vergütungsverträgen nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) orientieren. Denn die personellen und qualitativen Voraussetzungen der Leistungserbringung werden bei der häuslichen Krankenpflege erst durch die vertraglichen Beziehungen zu dem einzelnen Leistungserbringer sichergestellt. Während zB die Leistungserbringer von Heilmitteln zur Versorgung der Versicherten erst berechtigt sind, wenn die Landesverbände der Krankenkassen bzw die Ersatzkassen ihnen eine Zulassung erteilt haben ([§ 124 Abs 5 SGB V](#)), sieht das Gesetz eine solche Zulassung der Pflegedienste zur Versorgung der Versicherten mit häuslicher Krankenpflege nicht vor. Hier kommt eine entsprechende Zulassungswirkung und Zulassungsfunktion den Verträgen nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) zu (vgl hierzu zB Dalichau in Prütting, Fachanwaltskommentar Medizinrecht, 3. Aufl 2014, [§ 132a SGB V](#) RdNr 29). Ohne vertragliche Beziehungen der Krankenkasse zu dem einzelnen Leistungserbringer sind daher die personellen und qualitativen Voraussetzungen sowie die Wirtschaftlichkeit der

Leistungserbringung nicht gewährleistet. Leistungserbringer, die zu einer anderen Krankenkasse in Vertragsbeziehungen stehen, haben nur dieser gegenüber die Einhaltung der vertraglichen Bedingungen zugesichert. Mangels vertragsübergreifend gültiger Rahmenempfehlungen und Rahmenbedingungen wird die Einhaltung von personellen und qualitativen Mindeststandards der Leistungserbringung sowie des Wirtschaftlichkeitsgebotes nur durch Verträge gesichert, die als Einzelverträge oder auf Verbandsebene geschlossen werden können, jeweils aber nur Wirkungen "inter pares" nicht "inter omnes" entfalten.

24

d) Die Vorschrift der Nr 26 HKP-RL (idF vom 11.6.2008) gewährt darüber hinaus ihrem Wortlaut nach einen Vergütungsanspruch nur für solche Leistungen, die in der Vergütungsvereinbarung aufgeführt sind. Nicht alle Verträge nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) sehen hinsichtlich der Versorgung mit spezieller Krankenbeobachtung für 24 Stunden täglich eine Vergütungsregelung vor. Ohne vertragliche Regelung wird - soweit diese Leistung vom Vertragsarzt verordnet wird und medizinisch erforderlich ist - eine Einzelvereinbarung abgeschlossen, in der sich die Höhe der Vergütung nach den im konkreten Einzelfall erforderlichen medizinischen (und ggf pflegerischen) Leistungen richtet. Dies basiert darauf, dass bei dieser Leistung der Aufwand und die Anforderungen an die Leistungserbringung je nach Einzelfall ganz unterschiedlich sein können. Vielfach trägt auch die Pflegekasse oder der Versicherte selbst oder ein anderer Träger einen Teil der Kosten; diese sind dann an der Vereinbarung zu beteiligen. Gerade im Bereich dieser besonders zeitaufwendigen und damit teuren Leistung der häuslichen Krankenpflege können sich daher auch solche Leistungserbringer, die mit der Krankenkasse ihres Patienten einen gültigen Versorgungs- und Vergütungsvertrag geschlossen haben, nicht darauf verlassen, dass die allein aufgrund der ärztlichen Verordnung erbrachte Leistung ohne Weiteres vergütet wird, wenn sich in dem Vergütungsvertrag keine Regelung zu dieser Leistung findet. Es sind dann vor der Leistungserbringung Absprachen mit der Krankenkasse erforderlich.

25

Die Vertragspartner dieser Verträge halten die Nichteinigung in Bezug auf eine generelle Vergütung für die spezielle Krankenbeobachtung für 24 Stunden täglich offenbar für sachgerecht, sonst könnten sie nach [§ 132a Abs 2 Satz 6 SGB V](#) den Vertragsinhalt durch eine von den Vertragspartnern zu bestimmende unabhängige Schiedsperson festlegen lassen.

26

Gerade im Bereich der häuslichen Krankenpflege für 24 Stunden täglich kann daher eine Leistung nur dann dem Wirtschaftlichkeitsgebot genügen, wenn sie auf einer konkreten Vergütungsvereinbarung beruht. Das wird nicht nur an der Komplexität der Leistung deutlich, sondern auch daran, dass bei nachträglicher Festsetzung einer angemessenen Vergütung unklar bleibt, ob diese an den üblichen Verträgen der Klägerin oder der Beklagten oder der Ortskrankenkasse am Wohnsitz des Versicherten zu bemessen ist.

27

e) Offenbleiben kann, ob die von der Klägerin erbrachten Leistungen den Vorgaben der HKP-RL (idF vom 11.6.2008) entsprechen. Der öffentlich-rechtliche Vergütungsanspruch setzt grundsätzlich voraus, dass die vom Pflegedienst erbrachte Leistung der Leistungsbeschreibung der HKP-RL entspricht. Denn diese ist auch für die Leistungserbringer verbindlich. Die HKP-RL enthält in der Anlage ein Verzeichnis verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Dort nicht aufgeführte Maßnahmen sind nach I. Nr 4 der HKP-RL (idF vom 11.6.2008) nicht als häusliche Krankenpflege verordnungs- und genehmigungsfähig. Eine Leistungsbeschreibung für die spezielle Krankenbeobachtung findet sich unter der laufenden Nr 24 der Anlage (idF vom 11.6.2008). Danach setzt diese Leistung die kontinuierliche Dokumentation der Vitalfunktionen wie: Puls, Blutdruck, Temperatur, Haut, Schleimhaut über mindestens 24 Stunden voraus - in begründeten Fällen auch weniger - mit dem Ziel festzustellen, ob die ärztliche Behandlung zu Hause sichergestellt werden kann oder ob Krankenhausbehandlung erforderlich ist, einschließlich aller in diesem Zeitraum anfallender pflegerischer Maßnahmen.

28

Obwohl der Senat im Hinblick auf die Stellungnahme und das Gutachten des MDK sowie die vorliegende Pflegedokumentation erhebliche Zweifel daran hat, ob die von der Klägerin erbrachten Leistungen diesen Vorgaben entsprechen (danach hat die Klägerin lediglich einzelne Vitalfunktionen und diese auch nicht kontinuierlich sondern lediglich punktuell dokumentiert, was auch im Rahmen punktueller Einsätze des häuslichen Pflegedienstes hätte erfolgen können), bedurfte es diesbezüglich keiner Anhörung der Klägerin bzw Zurückverweisung zur näheren Aufklärung des Sachverhalts. Denn angesichts der fehlenden vertraglichen Beziehungen zwischen den Beteiligten nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) kommt es hierauf nicht entscheidend an.

29

f) Ohne vertragliche Beziehungen zwischen dem Krankenversicherungsträger und dem Leistungserbringer nach [§ 132a Abs 2 SGB V](#) kommt ein Vergütungsanspruch für Leistungen der häuslichen Krankenpflege nur in besonderen Ausnahmefällen in Betracht. Es kann dahingestellt bleiben, wann das ausnahmsweise der Fall sein könnte (denkbar sind solche Ausnahmefälle zB in Notfällen oder für den Zeitraum zwischen der Kündigung eines Vergütungsvertrages und dem Abschluss neuer Preisvereinbarungen), denn in der hier zu beurteilenden Konstellation besteht jedenfalls kein Anlass für die Annahme einer notstandsähnlichen Lage.

30

aa) Ein solcher Ausnahmefall kann sich nicht daraus ergeben, dass die Klägerin möglicherweise einen Anspruch auf Abschluss eines Versorgungs- und Vergütungsvertrages hatte. Aufgrund ihrer vertraglichen Beziehungen zu anderen Krankenkassen bestanden zwar keine grundsätzlichen Bedenken gegen ihre Eignung und Befähigung, und in ihren Anträgen auf Versorgung des Versicherten mit häuslicher Krankenpflege könnte zugleich auch ein Antrag auf Abschluss eines Vertrages für den Einzelfall liegen. Gerade aber bezüglich der Versorgung des Versicherten war die Beklagte nicht verpflichtet, mit der Klägerin einen Versorgungs- und Vergütungsvertrag zu schließen, bevor nicht die Sach- und Rechtslage - insbesondere die medizinische Notwendigkeit der Versorgung des Versicherten mit häuslicher

Krankenpflege - abschließend geklärt war. Nach Nr 21 der HKP-RL (idF vom 11.6.2008) bedürfen die vom Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Soweit Nr 26 HKP-RL (idF vom 11.6.2008) abweichend davon bereits für die Zeit vor der Erteilung der Genehmigung die Leistungserbringung allein aufgrund einer vertragsärztlichen Verordnung zulässt, kann diese Regelung nicht ohne Weiteres über ihren Wortlaut hinaus auf vertragslose Leistungserbringer ausgedehnt werden.

31

bb) Die Klägerin kann sich nicht darauf berufen, der Versicherte habe die Leistung zeitgerecht nicht anders als durch ein vertragsloses Unternehmen in Anspruch nehmen können. Nach [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) dürfen zwar im Notfall auch andere als zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte und die übrigen in Abs 1 der Vorschrift genannten Einrichtungen und Krankenhäuser in Anspruch genommen werden und erwerben durch die Notfallbehandlung einen eigenen Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse (vgl zB [BSGE 15, 169](#) = SozR Nr 1 zu § 368d RVO; [BSGE 71, 117](#), 118 f = [SozR 3-2500 § 120 Nr 2](#) S 12 f mwN; BSG [SozR 4-2500 § 75 Nr 2](#) RdNr 5; vgl auch [BGHZ 23, 227](#) ff; BSG Urteil vom 8.9.2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - Juris RdNr 14). Unabhängig davon, dass es für die Inanspruchnahme von häuslicher Krankenpflege an einer vergleichbaren gesetzlichen Regelung fehlt, lag auch kein Notfall in dem Sinne vor, wie ihn ein Behandlungsanspruch durch Nichtvertragsärzte voraussetzt. Denn dazu muss ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf vorliegen, der sofort befriedigt werden muss und keine Zeit zum Aufsuchen oder Herbeirufen von zugelassenen Leistungserbringern belässt (vgl BSG [SozR 3-2500 § 76 Nr 2](#) S 4; [BSGE 97, 6](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 9](#), RdNr 30 mwN; [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#), RdNr 23; s ferner zu § 368d RVO: [BSGE 19, 270](#), 272 = SozR Nr 2 zu § 368d RVO; [BSGE 34, 172](#), 174 = SozR Nr 6 zu § 368d RVO; zum unterschiedlichen Dringlichkeitsbedarf auch gegenüber einer unaufschiebbaren Leistung iS des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) vgl BSG Urteil vom 8.9.2015 - [B 1 KR 14/14 R](#) - Juris RdNr 15).

32

Zum Zeitpunkt der Entlassung des Versicherten aus der stationären Behandlung am 1.10.2008 lag ein solcher Notfall mit besonderer Eilbedürftigkeit nicht vor. Die Klinikärzte befürworteten in dem Arztbrief vom 24.9.2008 zwar die Unterstützung der Mutter durch einen 24-stündigen Pflegedienst zur Beobachtung im Hinblick auf neu auftretende Krampfanfälle, sie verordneten indes keine häusliche Krankenpflege. Nach Nr 31 der HKP-RL (idF vom 11.6.2008) kann der Krankenhausarzt anstelle des Vertragsarztes häusliche Krankenpflege bis zum Ablauf des dritten auf die Entlassung folgenden Werktags verordnen; er soll in diesem Fall den weiterbehandelnden Vertragsarzt rechtzeitig vor der Entlassung aus dem Krankenhaus informieren. Außerdem hat das Krankenhaus nach dem durch [§ 11 Abs 4 SGB V](#) (idF vom 28.5.2008) geregelten Versorgungsmanagement beim Übergang in die verschiedenen Versorgungsbereiche für eine sachgerechte Anschlussversorgung zu sorgen. Es war also verpflichtet, eine im Anschluss an die stationäre Behandlung erforderliche häusliche Krankenpflege rechtzeitig vor der Entlassung des Versicherten zu planen und einzuleiten.

33

Deshalb darf ein Krankenpflegedienst - jedenfalls solange weder ein Vertragsarzt noch die behandelnden Krankenhausärzte für die ersten Tage nach der Entlassung häusliche Krankenpflege verordnet haben, obwohl sich der Versicherte in deren medizinischer Behandlung befindet - nicht von sich aus vom Vorliegen eines medizinischen Notfalls zur Erbringung häuslicher Krankenpflege ausgehen. Die Klägerin hatte die Kostenübernahme für die häusliche Krankenpflege bereits zwei Tage vor der Entlassung des Versicherten, am 29.9.2008 per Fax bei der Beklagten beantragt und sich dabei lediglich auf den genannten Arztbrief gestützt. Trotz der daraufhin erfolgten falschen Auskunft der Beklagten in Bezug auf die Mitgliedschaft des Versicherten, wäre jedenfalls genügend Zeit gewesen - ggf gemeinsam mit der Mutter des versicherten Säuglings - auf eine entsprechende ärztliche Verordnung durch die Klinikärzte oder einen Vertragsarzt hinzuwirken. Der genannte Arztbrief zeigt indes, dass die Klinikärzte die Situation gesehen, häusliche Krankenpflege aber gerade nicht verordnet haben, sondern im Rahmen des Versorgungsmanagements den Arztbrief und die Unterbringung des Versicherten in einer 24 Stunden täglich durch einen Sozialarbeiter betreuten Mutter-Kind-Wohnung für ausreichend hielten. Ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf im Sinne eines Notfalls, der sofort befriedigt werden muss, lag mithin nicht vor.

34

Vor diesem - auch der Klägerin bekannten - Hintergrund konnte bei unveränderter medizinischer Situation auch am 8.10.2008, als erstmals häusliche Krankenpflege (vertrags)ärztlich verordnet wurde, nicht von einem Notfall ausgegangen werden, der sofort befriedigt werden musste und keine Zeit zum Aufsuchen oder Herbeirufen von zugelassenen Leistungserbringern bzw entsprechenden Absprachen mit der Klägerin beließ. Zwar hat die verordnende Vertragsärztin - anders als die Krankenhausärzte - die Verordnung von häuslicher Krankenpflege medizinisch für notwendig erachtet, für eine besondere Eilbedürftigkeit liegen jedoch - auch unter Berücksichtigung der zeitlichen Abfolge - keine Anhaltspunkte vor. Insbesondere enthält die ärztliche Verordnung keine Angaben dazu, welche Leistungen der medizinischen Behandlungspflege im Einzelnen zu erbringen sind oder welche Vitalparameter iS der Nr 24 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege nach der Anlage zur HKP-RL kontinuierlich über 24 Stunden täglich zu dokumentieren sind. Erst daraus hätten sich aber die konkreten Anforderungen an die Leistungserbringung im Einzelfall ergeben können. Vor dem Hintergrund der vorliegend erkennbar schwierigen Abgrenzung der sozialen Indikation für die Unterstützung der Mutter bei der sachgerechten Versorgung des Versicherten von Gründen für eine medizinische Versorgung des Versicherten mit häuslicher Krankenpflege konnte die Beklagte ohne eindeutige ärztliche Stellungnahme nicht gezwungen sein, die erst am 13.10.2008 bei ihr eingegangene vertragsärztliche Verordnung ohne Prüfung der medizinischen Notwendigkeit sofort - und nach Auffassung des Berufungsgerichts sogar rückwirkend seit Ausstellung der vertragsärztlichen Verordnung am 8.10.2008 - zu den Bedingungen der Klägerin umzusetzen.

35

cc) Außerhalb von Notfällen können sich Leistungserbringer grundsätzlich nicht darauf berufen, die Krankenkasse könne eine Leistung nicht oder nicht zeitgerecht zur Verfügung stellen. Denn sollte eine Krankenkasse im Einzelfall ihrem Sicherstellungsauftrag nicht gerecht werden, könnte ein Leistungserbringer daraus grundsätzlich keine Rechte für sich ableiten. Der Sicherstellungsauftrag dient lediglich den Interessen der Versicherten. Aus diesem Grund ist es auch unerheblich, ob die Beklagte zur Sicherstellung des Pflegebedarfs ihrer Versicherten

verpflichtet war, mit (mindestens) einem in Berlin ansässigen Pflegeunternehmen einen entsprechenden Versorgungs- und Vergütungsvertrag abzuschließen. Das ergibt sich schon daraus, dass die Beklagte ihrem Sicherstellungsauftrag auch durch Verträge mit anderen in Berlin ansässigen Pflegeunternehmen oder mit bei ihr selbst angestellten geeigneten Personen ([§ 132a Abs 2 Satz 10 SGB V](#) idF vom 26.3.2007) hätte nachkommen können.

36

Für den Fall, dass die Krankenkasse eine Leistung nicht zeitgerecht zur Verfügung stellen kann, sind zudem die Rechte der Versicherten gesetzlich detailliert geregelt. Diese gesetzlichen Regelungen zu den Ansprüchen der Versicherten lassen es nicht zu, einem vertragslosen Leistungserbringer einen direkten Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse einzuräumen. So hat die Krankenkasse nach [§ 37 Abs 4 SGB V](#) dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Kraft für die häusliche Krankenpflege in angemessener Höhe zu erstatten, wenn sie selbst keine Kraft stellen kann oder Grund besteht, davon abzusehen. [§ 13 Abs 3 SGB V](#) gewährt dem Versicherten ebenfalls einen Anspruch auf Kostenerstattung für die selbstbeschaffte Leistung, der auch als Anspruch auf Freistellung von Kosten anerkannt ist, soweit eine Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann. Der Versicherte wäre also - für den Fall einer unaufschiebbaren Leistung - berechtigt gewesen, sich die Leistung zu Lasten der Beklagten durch einen geeigneten, vertragslosen Leistungserbringer wie die Klägerin selbst zu beschaffen. Auf diesem Weg erwirbt aber lediglich der Versicherte, nicht der Leistungserbringer, Ansprüche gegen die Krankenkasse.

37

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs 1 Teilsatz 3 SGG](#) iVm [§ 154 Abs 1 VwGO](#). Die Streitwertfestsetzung folgt aus [§ 197a Abs 1 Teilsatz 1 SGG](#) iVm [§ 63 Abs 2](#), [§ 52 Abs 1](#) und 3, [§ 47 Abs 1 GKG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

BRD

Saved

2016-10-20