

L 1 KR 146/17 B ER

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 15 KR 427/16 ER
Datum
08.03.2017
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 146/17 B ER
Datum
28.06.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Beschluss

Auf die Beschwerde der Antragstellerin wird der Beschluss des Sozialgerichts Potsdam vom 8. März 2017 geändert. Die Antragsgegnerin wird im Wege der einstweiligen Anordnung verpflichtet, an die Antragstellerin 59.861,36 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 10. August 2016 auf 19.575,00 EUR, seit dem 14. Oktober 2016 auf 20.143,18 EUR und seit dem 7. Oktober 2016 auf weitere 20.143,18 EUR zu zahlen. Im Übrigen wird die Beschwerde zurückgewiesen. Die Antragstellerin hat die Kosten des Verfahrens zu einem Viertel, die Antragsgegnerin zu drei Vierteln zu tragen. Der Streitwert wird auf 40.044,33 EUR festgesetzt.

Gründe:

I.

Streitig ist die Honorierung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Für den an ALS leidenden Versicherten der Antragsgegnerin U N verordnete der behandelnde Vertragsarzt Dr. F am 28. Januar 2016 zur Sicherstellung der ambulanten ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege im Umfang von 24 Stunden täglich. Die Verordnung wurde der Antragsgegnerin am 1. Februar 2016 zur Genehmigung von der P Pflegedienst GmbH vorgelegt. Am 12. Februar 2016 stellte Dr. F für den Versicherten eine Folgeverordnung über identische Leistungen für den Zeitraum vom 1. März 2016 bis zum 30. September 2016 aus. Diese Verordnung wurde der Antragsgegnerin am 19. Februar 2016 wieder über die P Pflegedienst GmbH vorgelegt.

Am 18. April 2016 schrieb die Antragstellerin der Antragsgegnerin, dass sie auf Wunsch des Versicherten seine Versorgung ab dem 2. Mai 2016 wieder übernehmen wolle und bat um zeitnahe Bewilligung.

Vom 22. April 2016 bis zum 2. Mai 2016 befand sich der Versicherte zur stationären Behandlung in der C.

Am 11. Mai 2016 verordnete der Vertragsarzt AR (et al.) dem Versicherten spezialisierte ambulante Palliativversorgung (SAPV) für den Zeitraum vom 11. Mai 2016 bis zum 30. Juni 2016. Notwendig seien PEG-Versorgung, invasive Heimbeatmung, 24 stündige Notfallbereitschaft, regelmäßige Hausbesuche, medikamentöse Symptomlinderung, entlastende Gespräche und Physiotherapie. Die Verordnung wurde der Antragsgegnerin von der Praxis Ri et al. sowie von der Antragstellerin zur Genehmigung vorgelegt. Die Antragsgegnerin bewilligte durch an die Schwester des Versicherten und die Praxis R et al. gerichtete Schreiben vom 17. Mai 2016 Leistungen für spezialisierte ambulante Palliativversorgung in dem verordneten Umfang.

Die Antragsgegnerin bewilligte durch an den Bruder des Versicherten gerichteten Bescheid vom 25. Mai 2016 dem Versicherten Leistungen der häuslichen Krankenpflege/spezielle Krankenbeobachtung bis zu 22,75 Stunden täglich vom 3. Mai 2016 bis zum 30. September 2016, längstens jedoch, solange die Anspruchsvoraussetzungen erfüllt sind. Ein Schreiben mit identischem Inhalt vom selben Tage wurde der P Pflegedienst GmbH zugesandt.

Mit Rechnung vom 13. Juni 2016 stellte die Antragstellerin der Antragsgegnerin für die Versorgung des Versicherten UN vom 1. Mai 2016 bis zum 31. Mai 2016 20.227,50 EUR in Rechnung, durch Rechnung vom 13. Juli 2016 dann 19.575,00 EUR für die Versorgung vom 1. Juni 2016 bis zum 30. Juni 2016, durch Rechnung vom 19. September 2016 für die Versorgung vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Juli 2016 weitere 20.143,18 EUR und durch Rechnung vom 7. September 2016 für die Versorgung vom 1. August 2016 bis zum 31. August 2016 schließlich weitere 20.143,18 EUR. Die von der Antragsgegnerin mit der Abrechnung beauftragte IF GmbH erklärte durch Schreiben vom 9. September 2016, dass sie die Rechnung vom 13. Juli 2016 nicht anerkennen könne. Das gleiche erklärte sie mit Schreiben vom 15. September 2016 mit

Bezug auf die Rechnung vom 3. Juni 2016, mit Schreiben vom 30. September 2016 mit Bezug auf die Rechnung vom 7. September 2016 und mit Schreiben vom 10. Oktober 2016 mit Bezug auf die Rechnung vom 14. September 2016. Auf den "Einspruch" der Antragstellerin erklärte die I F GmbH durch Schreiben vom 20. Oktober 2016, dass für den Zeitraum vom 2. Mai 2016 bis zum 31. August 2016 keine Bewilligung vorliege. Die Antragstellerin entgegnete u.a., dass die Antragsgegnerin die Leistungen mit Schreiben vom 20. April 2016 gegenüber ihr - der Antragstellerin - bewilligt habe.

Mit dem am 13. Dezember 2016 bei dem Sozialgericht Potsdam eingegangenen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung hat die Klägerin begehrt, die Antragsgegnerin zu verpflichten, an sie Vergütungen für erbrachte Krankenpflege in Höhe von 80.089,86 EUR nebst Zinsen zu zahlen. Sie hat dazu vorgetragen, dass die C mit Verordnung vom 2. Mai 2016 unter anderem invasive Heimbeatmung und 24stündige Notfallbereitschaft für die Zeit vom 2. Mai 2016 bis zum 10. Mai 2016 verordnet habe. Für den Folgezeitraum vom 11. Mai 2016 bis zum 30. Juni 2016 habe Dr. R am 11. Mai 2016 dasselbe verordnet, allerdings auf einem Vordruck für spezielle ambulante Palliativversorgung. Am 1. Juli 2016 habe der Vertragsarzt dann eine weitere Verordnung für den Zeitraum vom 1. Juli 2016 bis zum 30. September 2016 ausgestellt. Sie - die Antragstellerin - befinde sich aufgrund der Zahlungsverweigerung in einer existentiellen Notlage. Nur die Zahlung des geltend gemachten Betrags könne ihre Insolvenz verhindern. Die Antragsgegnerin hat vor dem Sozialgericht vorgetragen, dass die Abrechnung für Mai in Höhe von 19.561,00 EUR schon irrtümlich bezahlt worden sei. Der Betrag sei mit Schreiben vom 4. Oktober 2016 zurückgefordert, aber bisher nicht zurückgezahlt worden. Der Abrechnung für August 2016 sei ein Leistungsbogen beigefügt worden, der für eine Pflegekraft eine Dienstdauer von 3 Stunden ausweise, die Abrechnung für Juni 2016 weise mehrfach Schichten ohne jedes Handzeichen aus. Das angebliche Bewilligungsschreiben vom 20. April 2016 sei nicht von ihr - der Antragsgegnerin - ausgestellt worden, es müsse sich um die Verfälschung eines Bewilligungsschreibens vom 20. April 2015 handeln. Die Verordnung für den Zeitraum vom 2. Mai 2016 bis zum 10. Mai 2016 habe sie - die Antragstellerin - erstmals am 19. August 2016 erhalten. Auch die weiteren Verordnungen für die Zeiträume vom 11. Mai 2016 bis 30. Juni 2016 und vom 1. Juli 2016 bis zum 30. September 2016 seien unzulässigerweise rückwirkend ausgestellt worden.

Das Sozialgericht hat den Antrag durch Beschluss vom 8. März 2017 abgelehnt. Weder Anordnungsgrund noch Anordnungsanspruch seien ausreichend glaubhaft gemacht worden. Da es sich um bereits abgelaufene Zeiträume handele, sei das Vorliegen eines Anordnungsgrundes besonders zu prüfen. Die streitigen Vergütungsansprüche für die Zeit vom 2. Mai bis 31. August 2016 wiesen zwar eine beträchtliche Höhe aus. Es sei jedoch zu berücksichtigen, dass ab dem 1. September 2016 eine fortlaufende Vergütung durch die Antragsgegnerin erfolge. Die Gefahr, dass gerade die streitigen ausstehenden Zahlungen zu nicht wieder gut zu machenden Schäden und Nachteilen und einer Insolvenz führen würden, sei mit der vorgelegten Bilanz und Gewinn- und Verlustrechnung für 2016 nicht glaubhaft gemacht. Es ergebe sich in keiner Weise, dass bestehende Verbindlichkeiten nicht erfüllt werden könnten. Auch der Anordnungsanspruch sei nicht glaubhaft. Voraussetzung für einen Vergütungsanspruch seien ordnungsgemäße und fristgemäß eingereichte ärztliche Verordnungen und die auf diese hin erfolgte Bewilligung durch die Antragsgegnerin, die aber fehlten. Auf den gegenüber dem Versicherten ergangenen Bescheid vom 25. Mai 2016 könne die Antragsgegnerin ihren Vergütungsanspruch nicht stützen, denn sie habe zeitgleich keinen Bewilligungsbescheid von der Antragsgegnerin erhalten. Die von der Antragsgegnerin gegen den nur in Kopie vorgelegten Bescheid vom 20. April 2016 erhobenen Einwände habe die Antragstellerin nicht durch Vorlage des Originals entkräften können. Auch aus dem Vertrag nach den §§ 132 und 132a SGB V ergebe sich kein Vergütungsanspruch, da die Antragsgegnerin nicht zur vorläufigen Zahlung bei Rechnungslegung verpflichtet sei. Sie sei vielmehr berechtigt, bei Unstimmigkeiten Beanstandungen zu erheben und insoweit eine Einbehaltung oder dies der Antragstellerin auch zeitnah mitzuteilen.

Gegen den ihr am 13. März 2017 zugestellten Beschluss richtet sich die am 3. April 2017 bei dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingegangene Beschwerde der Antragstellerin. Sie - die Antragstellerin - könne Beiträge zur Berufsgenossenschaft sowie Gesamtsozialversicherungsbeiträge nicht mehr abführen und sei von Insolvenz bedroht. Es liege auch ein Anordnungsgrund vor. Der Vergütungsanspruch ergebe sich aus der Bewilligung der vertragsärztlich verordneten Leistungen durch Bescheid der Antragsgegnerin vom 25. Mai 2016. Sie - die Antragstellerin - habe die verordneten Leistungen unstreitig erbracht. Die sich aus dem Bescheid vom 20. April 2016 ergebenden Irritationen rechtfertigten keine Leistungsverweigerung durch die Antragsgegnerin. Es sei nicht nachvollziehbar, warum der Bewilligungsbescheid der Antragsgegnerin vom 25. Mai 2016 für den Vergütungsanspruch nicht ausreichen solle. Der nach § 132a SGB V geschlossene Vertrag enthalte insoweit keinerlei Einschränkung. Es liege keine Beanstandung vor, die zu einer Einbehaltung oder Kürzung der Vergütung berechtigen würde. Der Zahlungsanspruch sei materiell eindeutig und ohne Zweifel gegeben. Schon aufgrund einer Interessenabwägung müsse zu ihrer - der Antragstellerin - Gunsten entschieden werden. Sollte sich herausstellen, dass der Anspruch nicht bestehe, müsse lediglich die Vergütung zurückgezahlt werden. Dem stehe die Vernichtung ihrer - der Antragstellerin - Existenz gegenüber. Sie könne die Sozialversicherungsbeiträge momentan nur noch in Abschlägen bezahlen, da sie über keinerlei Reserven mehr verfüge.

Die Antragstellerin beantragt,

den Beschluss des Sozialgerichts Potsdam vom 8. März 2017 aufzuheben und die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zu verpflichten, an sie Vergütung für erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege für den bei der Antragsgegnerin Versicherten U N in Höhe von 60.528,86 EUR nebst Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit Fälligkeit zu bezahlen sowie

festzustellen, dass der Antragsgegnerin ein Anspruch auf Rückzahlung der Vergütung für die im Mai 2016 erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege für den bei der Antragsgegnerin Versicherten UN in Höhe von 19.561,00 EUR nicht zusteht.

Die Antragsgegnerin beantragt,

die Beschwerde zurückzuweisen.

Der Beschluss des Sozialgerichts sei zutreffend. Das Beschwerdevorbringen sei nicht erheblich. Bei dem von der Antragstellerin vorgelegten Schreiben der Wirtschafts- und Steuerberatungskanzlei K sei schon der Aussteller nicht erkennbar. Auch inhaltlich sei es nicht geeignet, das Drohen einer Insolvenz glaubhaft zu machen, weil die erforderlichen Mindestangaben fehlen würden. Soweit angegeben werde, dass von Familienmitgliedern gegebene Kredite nicht zurückgezahlt werden könnten, bleibe offen, um wen und was es sich handele. Die Vollstreckungsankündigung des HZA Potsdam vom 16. März 2017 beziehe sich auf das Beitragsjahr 2015. Die Antragstellerin habe schon in einem Schreiben vom 2. Januar 2017 erklärt, Insolvenz anmelden zu müssen, wenn das Sozialgericht nicht zügig entscheide. Es reiche nicht

aus, wenn nunmehr ausgeführt werde, dass ein Insolvenzantrag nur mit Mühe vermieden werden können, vielmehr müsse mindestens eine Geschäftsentwicklung im 1. Quartal 2017 mit aussagekräftigen Kennzahlen und belegt durch das Attest eines Wirtschaftsprüfers vorgelegt werden. Bezüglich ihres – der Antragsgegnerin – angeblichen Schreibens vom 20. April 2016 komme die Antragstellerin ihrer Pflicht zur Sachverhaltsaufklärung nicht nach. Es bestehe die Gefahr, dass etwaige Rückforderungsansprüche wirtschaftlich wertlos sein werden. Deswegen könne die Abwägung im einstweiligen Rechtsschutz nicht zugunsten der Antragstellerin ausfallen. Die Mitverantwortung der Antragstellerin für ihre nachteilige Situation müsse in die Abwägung einfließen. Sie weigere sich nach wie vor, sich zur Herkunft der vorgelegten Genehmigungsschreibens vom 20. April 2016 zu erklären.

Für die weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung gewesen sind.

II.

Die Beschwerde der Antragstellerin gegen den Beschluss des Sozialgerichts ist gemäß §§ 172 Abs. 1, 173 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig und teilweise auch begründet. Zu Unrecht hat das Sozialgericht abgelehnt, die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zur Honorierung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege in Höhe von 59.861,36 EUR zu verpflichten. Gemäß § 86b Abs. 2 S. 2 SGG kann das Gericht auf Antrag eine einstweilige Anordnung zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis treffen, wenn dies zur Abwendung wesentlicher Nachteile notwendig erscheint (sog. Regelungsanordnung). Entscheidungen dürfen dabei grundsätzlich sowohl auf eine Folgenabwägung als auch auf eine summarische Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache gestützt werden. Drohen ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Beeinträchtigungen, die durch das Hauptsacheverfahren nicht mehr zu beseitigen wären, dürfen sich die Gerichte an den Erfolgsaussichten nur orientieren, wenn die Sach- und Rechtslage abschließend geklärt ist. Ist dem Gericht eine vollständige Aufklärung der Sach- und Rechtslage im Eilverfahren nicht möglich, so hat es anhand einer Folgenabwägung zu entscheiden. Nach diesen Maßstäben durfte das Sozialgericht eine Verpflichtung der Antragsgegnerin zur Leistung nicht ablehnen. In Bezug auf den gestellten Zahlungsantrag hätte ein Verfahren in der Hauptsache vermutlich Erfolg, da nicht ersichtlich ist, aus welchen Gründen der von der Antragstellerin geltend gemachte Vergütungsanspruch nicht bestehen sollte. Unter dieser Voraussetzung war bei der anzustellenden Interessenabwägung kein allzu strenger Maßstab an die Prüfung der von der Antragstellerin geltend gemachten Insolvenzfähigkeit anzulegen. Mit Recht hat das Sozialgericht dagegen den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung in Bezug auf die begehrte Feststellung abgelehnt, dass kein Rückzahlungsanspruch bestehe. Insoweit ist schon keine Eilbedürftigkeit erkennbar.

Ein Vergütungsanspruch der Antragstellerin für die an den Versicherten der Antragsgegnerin U N in den Monaten Juni bis August erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege ergibt sich aus § 132a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) iVm mit dem zwischen den Beteiligten entsprechend § 132a Abs. 2 SGB V geschlossenen Vertrag gemäß §§ 132 und 132a SGB V über die einheitliche Versorgung mit Häuslicher Krankenpflege sowie zur Erbringung von Leistungen nach §§ 24 g und h SGB V (im Folgenden: Vertrag häusliche Krankenpflege). Nach § 32 Abs. 2 Vertrag häusliche Krankenpflege werden den Leistungserbringern die von den Krankenkassen bewilligte Leistungen vergütet und daneben im Rahmen einer vorläufigen Kostenübernahme die bis zur Ablehnung einer Bewilligung erbrachten Leistungen.

Der Senat weist darauf hin, dass zwischen den Beteiligten nicht streitig ist, dass die Antragstellerin die abgerechneten Krankenpflegeleistungen tatsächlich erbracht hat und dass sie medizinisch notwendig gewesen sind. Einwendungen in Bezug auf die sachlich rechnerische Richtigkeit der abgerechneten Beträge im Sinne des § 34 Abs. 2 und 3 Vertrag häusliche Krankenpflege hat die Antragstellerin für die Monate Juni bis August 2016 ebenfalls nicht erhoben. Dafür fehlt es nämlich an der genauen Bezeichnung von Unstimmigkeiten und jedenfalls an der Berechnung der Beträge, die auf die Unstimmigkeiten entfallen, die nach Auffassung der Antragsgegnerin vorliegen.

Zu Unrecht meint die Antragsgegnerin und mit ihr das Sozialgericht, dass eine Bewilligung der von der Antragstellerin erbrachten Krankenpflegeleistungen nicht vorgelegen hat. Zuzugeben ist der Antragsgegnerin indessen, dass die angebliche Bewilligung vom 20. April 2016 keine Grundlage für einen Zahlungsanspruch ist. Die von der Antragsgegnerin geltend gemachten Zweifel an der Echtheit dieser Bewilligung, die sich unter anderem daraus ergeben, dass die angebliche Ausstellerin der Erklärung am 20. April 2016 nachweislich wegen Urlaubs verhindert war, hat die Antragstellerin nicht ausräumen können. In Bezug auf die Krankenpflegeverordnungen von der C für die Zeit vom 2. bis 10. Mai 2016 und von Dr. R vom 1. Juli 2016 bis zum 30. September 2016 gilt, dass sie von der Antragsgegnerin nie bewilligt worden sind und überdies nach dem nicht widerlegten Vorbringen der Antragsgegnerin rückdatiert ausgestellt und entsprechend verspätet bei der Antragsgegnerin vorgelegt worden sind.

Darauf kommt es aber ebenso wenig an wie auf die Frage, ob und inwieweit die von Dr. R ausgestellten und von der Antragsgegnerin bewilligten Verordnungen über spezielle ambulante Palliativversorgung Grundlage für die von der Antragstellerin erbrachten und abgerechneten Leistungen sein kann. Ausreichend für den Vergütungsanspruch ist, dass die Leistung gegenüber dem Versicherten bereits mit Bescheid vom 25. Mai 2016 bewilligt worden ist. Dabei ist unerheblich, dass die Bewilligung einem anderen Pflegedienst als der Antragstellerin mitgeteilt worden ist, und der andere Pflegedienst nach der Vorstellung der Antragsgegnerin die Leistungen erbringen sollte. Denn für die Wirksamkeit der Bewilligung reicht aus, dass sie gegenüber dem Versicherten erklärt worden ist. Das ergibt sich bereits daraus, dass die Auswahl des Leistungserbringers Sache des Versicherten und nicht die seiner Krankenkasse ist (Schneider in jurisPK SGB V, 3. Aufl., § 132a Rn 16). Davon geht auch § 7 Vertrag häusliche Krankenpflege aus. Nach § 3 Vertrag häusliche Krankenpflege soll die Krankenkasse über die ärztlich verordneten Leistungen der Krankenpflege entscheiden, nicht aber die Auswahl eines bestimmten Pflegedienstes bestätigen. Dies spricht dafür, dass die Wirksamkeit der Bewilligungsentscheidung sich – entgegen der Rechtsauffassung des Sozialgerichts – nicht auf einen bestimmten Pflegedienst beschränkt. Auch in der Rechtsprechung des BSG wird die einem Versicherten erteilte Bewilligung von Krankenpflegeleistungen als hinreichende Grundlage für den Vergütungsanspruch des Pflegedienstes angesehen, der diese Leistungen tatsächlich erbringt (BSG v. 20. April 2016 – B 3 KR 17/15 R – juris Rn 13). Danach ist davon auszugehen, dass die Antragstellerin auf der Grundlage der von der Antragsgegnerin gegenüber dem Bruder des Versicherten ausgesprochenen Bewilligung von Krankenpflege einen Anspruch auf Vergütung für die in den Monaten Juni bis September 2016 erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege hat.

Der Senat verkennt nicht, dass hier noch schwerwiegende Vorwürfe gegen die Antragstellerin ungeklärt im Raum stehen, nämlich der einer Urkundenfälschung bezüglich der angeblichen Bewilligung vom 20. April 2016 und auch der des Veranlassens der unrichtigen Datierung von

Verordnungen. Aus diesen Vorwürfen könnte sich der dringende Verdacht einer Unzuverlässigkeit der Antragstellerin ableiten, welcher die Antragsgegnerin möglicherweise zur Kündigung des Versorgungsvertrags berechtigen könnte. Eine solche Kündigung ist aber noch nicht erklärt und hätte auch keine Rückwirkung. Angesichts der Tatsache, dass die Antragsgegnerin der Antragstellerin unstreitig die von ihr seit September 2016 erbrachten Krankenpflegeleistungen vergütet, vermag der Senat zudem nicht zu erkennen, dass die Honorierung der erbrachten Leistungen für die Monate bis August 2016 unzumutbar sein sollte, auch wenn die Berechtigung der Vorwürfe noch nicht abschließend geklärt ist. Denn die gegen die Antragstellerin erhobenen Vorwürfe betreffen gerade nicht den Umstand, dass die abgerechneten Leistungen tatsächlich erbracht wurden und medizinisch notwendig waren.

Für die Höhe des Honoraranspruches (und den Fälligkeitstermin) bezieht sich der Senat auf die von der Antragstellerin der Antragsgegnerin vorgelegten Rechnungen vom 13. Juli 2016 über 19.575,00 EUR für die Versorgung vom 1. Juni 2016 bis zum 30. Juni 2016, vom 19. September 2016 über 20.143,18 EUR für die Versorgung vom 1. Juli 2016 bis zum 31. Juli 2016 und vom 7. September 2016 über weitere 20.143,18 EUR für die Versorgung vom 1. August 2016 bis zum 31. August 2016. Die Rechnung über Krankenpflegeleistungen für Mai 2016 ist dagegen unberücksichtigt geblieben, weil die Antragstellerin selbst vorgetragen hat, dass die Antragsgegnerin insoweit frei geworden ist. Die Rechnung ist im Wesentlichen bezahlt worden. Die Berechtigung der im Auftrag der Antragsgegnerin mit Schreiben vom 13. September 2016 gegen die für Mai 2016 abgerechneten Leistungen vorgenommenen Korrektur in Höhe von 666,50 EUR ist von der Antragstellerin nicht nachvollziehbar und glaubhaft in Frage gestellt worden. Der Zinsanspruch ergibt sich aus [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) iVm [§ 288 Abs. 2 BGB](#). Die Antragstellerin hat lediglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz geltend gemacht.

Es besteht auch ein Anordnungsgrund. Es ist glaubhaft, dass die Antragstellerin auf die Zahlungen der Antragsgegnerin angewiesen ist, um ihre eigenen Verbindlichkeiten erfüllen zu können. Der ausstehende Betrag von 59.861,36 EUR ist auch angesichts der Erträge in Höhe von insgesamt 1.122.008,19 EUR, welche die Bilanz ausweist, erheblich genug, um nicht ohne weiteres durch Eigenkapital oder andere liquide Mittel ersetzt werden zu können, zumal auch das Geschäftsjahr 2016 für die Antragstellerin mit einem Fehlbetrag geendet hat. Dem stehen regelmäßige Verpflichtungen in nicht unbeträchtlicher Höhe schon wegen der laufenden Personalkosten gegenüber. Es kommt hinzu, dass nach [§ 34 Abs. 1](#) Vertrag häusliche Krankenpflege die für Pflegeleistungen gestellten Rechnungen von den Krankenkassen zeitnah zu bezahlen sind.

Unzulässig ist der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung dagegen, soweit die Antragstellerin die Feststellung begehrt, dass der Antragsgegnerin ein Anspruch auf Rückzahlung der Vergütung für die im Mai 2016 erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege für den bei der Antragsgegnerin versicherten Uwe Nagel in Höhe von 19.561,00 EUR nicht zusteht. Die endgültige Klärung der Rechtsverhältnisse bleibt einem Hauptsacheverfahren vorbehalten. Soweit die Antragstellerin die Regelung eines vorläufigen Zustandes begehrt, ist sie hinsichtlich der Vergütung für den Monat Mai zurzeit nicht negativ betroffen, da die von ihr beauftragte Zahlstelle das Geld erhalten hat. Dass sich die Antragsgegnerin eines Rückzahlungsanspruchs berührt, ist unerheblich, da die Antragstellerin nichts dafür vorgetragen hat, dass, wie und wodurch die Durchsetzung dieser angeblichen Rückzahlungspflicht gegenwärtig droht. Ein Rechtsschutzbedürfnis für den Erlass einer einstweiligen Anordnung ist demnach nicht erkennbar.

Nach alledem war die Antragsgegnerin im Wege der einstweiligen Anordnung zur Zahlung zu verpflichten, der Feststellungsantrag war dagegen abzuweisen.

Die Kostenentscheidung ergeht nach [§ 197a SGG](#) iVm [§ 155 Abs. 1 VwGO](#).

Dieser Beschluss kann nach [§ 177 SGG](#) nicht mit der Beschwerde an das BSG angefochten werden.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2017-07-13