L 8 KR 223/09

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
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 Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 3. Juni 2009 wird zurückgewiesen.

Der Kläger trägt die Kosten auch des Berufungsverfahrens.

Der Streitwert wird auf 1.872,03 EUR festgesetzt.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist der Vergütungsanspruch des Klägers hinsichtlich in Rechnung gestellter erhöhter Hausbesuchspauschalen (Sonderbesuche) streitig.

Der Kläger betreibt einen ambulanten Pflegedienst (im Weiteren: Pflegedienst), welcher häusliche Krankenpflege und ambulante Pflegeleistung erbringt. Mit Wirkung vom 1. Januar 1996 schlossen der Kläger und die Beklagte einen Vertrag nach § 132 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) mit dem sich der Kläger verpflichtete, die Versorgung der bei der Beklagten versicherten Personen mit häuslicher Krankenpflege (§ 37 Abs. 1, § 37 Abs. 2 SGB V) und häuslicher Pflege nach § 198 Reichsversicherungsordnung (RVO) zu leisten. Nach der Leistungsbeschreibung (Anlage 3 des Vertrages) und Vergütungsvereinbarung (Anlage 4 des Vertrages) war für einen Hausbesuch von Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr (Sonderbesuche) eine erhöhte Hausbesuchspauschale in Höhe von (zuletzt) 9,41 EUR vereinbart.

Auch erklärte der Kläger seinen Beitritt zum Rahmenvertrag nach §§ 132 und 132a SGB V vom 1. Mai 2005. In der Leistungsbeschreibung und der Vergütungsvereinbarung zu diesem Rahmenvertrag war für einen Hausbesuch von Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr (Sonderbesuche) eine erhöhte Hausbesuchspauschale in Höhe von 9,51 EUR vereinbart.

Der Pflegedienst erbrachte gegenüber der Versicherten der Beklagten, Q. QQ., ab April 2005 häusliche Krankenpflege nach ärztlicher Verordnung in Form von subkutanen Insulininjektionen. Der Kläger stellte der Beklagten die erbrachten Leistungen in Rechnung. Die Beklagte kürzte die Rechnungen des Klägers im Hinblick auf die geltend gemachten erhöhten Hausbesuchspauschalen, soweit diese für Hausbesuche von Montag bis Freitag nach 20:00 Uhr geltend gemacht wurden. Stattdessen vergütete die Beklagte dem Kläger die Hausbesuche in üblicher Höhe. Dabei machte die Beklagte geltend, ein Hausbesuch nach 20:00 Uhr in der Zeit von Montag bis Freitag widerspreche dem Wirtschaftlichkeitsgebot, wenn eine medizinische Notwendigkeit nicht erkennbar sei. Die Beklagte vergütete lediglich erhöhte Hausbesuchspauschalen für Hausbesuche an Wochenenden und Feiertagen. Auf Anfrage der Beklagten teilte die behandelnde Ärztin Frau WW. am 7. Februar 2006 mit, aus medizinischer Sicht sei die Insulingabe vor 20:00 Uhr möglich.

Des Weiteren erbrachte der Pflegedienst gegenüber der Versicherten der Beklagten, E. EE., im Februar und Mai 2006 häusliche Krankenpflege in Form der Dekubitusversorgung. Die Rechnung des Klägers kürzte die Beklagte ebenfalls im Hinblick auf in Ansatz gebrachten erhöhten Hausbesuchspauschalen an Werktagen mit der Begründung, eine medizinische Begründung für eine Versorgung nach 20:00 Uhr sei nicht erkennbar.

Ebenso erbrachte der Pflegedienst des Klägers gegenüber der Versicherten der Beklagten, R. RR., im September 2006 häusliche Krankenpflege in Form der Medikamentengabe und subkutane Injektionen. Die in Rechnung gestellten Leistungen (Rechnung vom 6.

Oktober 2006) kürzte die Beklagte im Hinblick auf die erhöhte Hausbesuchspauschale in Höhe von 14,28 EUR. Insoweit machte die Beklagte geltend, Hausbesuche nach 20:00 Uhr müssten von ihr genehmigt werden und es müsse eine medizinische Begründung eingereicht werden.

Der Kläger hat am 9. Februar 2007 gegen die Beklagte Zahlungsklage in Höhe von zunächst 2.767,65 EUR nebst Verzugszinsen sowie auf Zahlung weiterer 165,71 EUR vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben, das den Rechtsstreit an das örtlich zuständige Sozialgericht Darmstadt verwiesen hat (Beschluss vom 18. April 2007). Diese Klage hat sich bezogen auf Rechnungskürzungen der Beklagten im Hinblick auf geltend gemachte erhöhte Hausbesuchspauschalen (Sonderbesuche) von Montag bis Freitag im Fall der Versicherten Q. QQ., E. EE. und R. RR ...

Im Laufe des Klageverfahrens hat die Beklagte einen Betrag in Höhe von insgesamt 1.804,74 EUR geleistet. Hierauf haben der Kläger und die Beklagte den Rechtsstreit in dieser Höhe für erledigt erklärt.

Anschließend hat der Kläger seine Leistungsklage auf nunmehr 1.872,03 EUR beziffert (Kürzungen der in Rechnung gestellten erhöhten Hausbesuchspauschale im Falle der Versicherten: Q. QQ. in Höhe von 788,66 EUR, E. EE. in Höhe von 160,01 EUR, R. RR. in Höhe von 14,28 EUR, T. TT. in Höhe von 49,98 EUR, Z. ZZ. in Höhe von 21,42 EUR, U. UU. in Höhe von 818,64 EUR, O. OO. in Höhe von 19,04 EUR).

Der Kläger hat die Auffassung vertreten, es liege im Verantwortungsbereich des Pflegedienstes, wie die Erbringung der Pflegeleistungen zu organisieren sei. Umstände des Einzelfalles könnten es erforderlich machen, die Pflegeleistung außerhalb der gewöhnlichen Arbeitszeit, und zwar in der Zeit nach 20:00 Uhr und vor 6:00 Uhr zu erbringen. Dem stehe das Wirtschaftlichkeitsgebot nicht entgegen. Die Erbringung von Sonderbesuchen bei den Versicherten der Beklagten beruhe auf Umständen des Einzelfalles. Für die Rechnungskürzung der Beklagten gebe es keine rechtliche Grundlage. Im Fall der Versicherten Q. QQ. sei z.B. die Insulin-Injektion nach 20:00 Uhr seitens des Arztes verordnet worden. Im Fall der Versicherten E. EE. sei aufgrund einer ausgeprägten Kontraktur und stark eingeschränkter Beweglichkeit die Zuziehung einer zweiten Person zum Wechseln der Verbände notwendig gewesen. Da die Mithilfe des Schwiegersohns der Versicherten notwendig gewesen sei und dieser erst nach 20:00 Uhr für die Mithilfe zur Verfügung gestanden habe, sei die Leistungserbringung erst ab diesem Zeitpunkt möglich gewesen. Im Fall der Versicherten R. RR. sei für die Kürzung keine Begründung von der Beklagten mitgeteilt worden. Im Fall der Versicherten T. TT. und Z. ZZ. liege der Grund für den Ansatz der erhöhten Hausbesuchspauschalen im Zeitpunkt des zu Bett bringen der Versicherten. Zum einen sei ein zu Bett bringen vor 20:30 Uhr nicht zumutbar und die Familie des Versicherten habe ausdrücklich den Wunsch geäußert, dass er nicht vor 20:30 Uhr ins Bett gebracht werde.

Die Beklagte hat die Auffassung vertreten, die wirtschaftliche Leistungserbringung sei zwingend. Der Pflegedienst habe ohne zwingenden Grund, insbesondere ohne medizinische Notwendigkeit, Pflegeleistungen nach 20:00 Uhr und damit zu einem erhöhten Preis erbracht. Im Falle der Versicherten Q. QQ. habe die behandelnde Ärztin bestätigt, dass eine medizinische Notwendigkeit für eine Injektion nach 20:00 Uhr nicht bestehe. Im Falle der Versicherten E. EE. bestehe kein Anspruch auf erhöhte Hausbesuchspauschale, da die Leistungserbringung unwirtschaftlich sei. Auch insoweit fehle die medizinische Notwendigkeit für eine Leistungserbringung nach 20:00 Uhr. Hätte der Pflegedienst in diesem Fall eine zweite Pflegekraft zum Wechseln der Verbände einsetzen müssen, so hätte dieser Umstand keinen höheren Vergütungsanspruch ausgelöst, da dies im Rahmen der Behandlungspflege (anders als im Bereich der Pflegeversicherung und der Grundpflege nach dem SGB V) nicht vorgesehen sei. Im Fall der Versicherten R. RR. habe der Kläger den Ansatz der erhöhten Hausbesuchspauschale damit begründet, dass diese häufig tagsüber nicht anzutreffen gewesen sei und deshalb man sich mit ihr geeinigt habe, die Leistung erst nach 20:00 Uhr zu erbringen. Dies zeige, dass eine medizinische Begründung für die Leistungserbringung nach 20:00 Uhr nicht vorgelegen habe.

Das Sozialgericht hat im Termin zur mündlichen Verhandlung am 3. Juni 2009 den Kläger darauf hingewiesen, dass es erhebliche Bedenken hinsichtlich einer sachdienlichen Klageänderung in Bezug auf die vorgenommene Klageerweiterung (Rechnungskürzungen im Fall der Versicherten: T. TT., Z. ZZ., U. UU. und O. OO.) habe. Der Kläger und die Beklagte haben einvernehmlich erklärt, im Hinblick auf die ursprünglich erhobene Zahlungsklage in Höhe von 2.767,65 EUR betreffend die Versicherten QQ., EE. und RR. sei nach Teilzahlung der Beklagten ein Betrag in Höhe von 964,88 EUR offen. Der Kläger hat daraufhin die Verurteilung der Beklagten auf Zahlung von 1.872,03 EUR hilfsweise 964,88 EUR zuzüglich Zinsen beantragt.

Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 3. Juni 2009 die mit Schriftsätzen vom 31. Juli 2007, 15. April 2008, 15. Mai 2008 und 8. April 2009 (betreffend die Versicherten T. TT., Z. ZZ., U. UU. und O. OO.) vorgenommene Klageänderung als nicht sachdienlich zurückgewiesen und die Verfahren als neue Klagen erfassen lassen. Mit Urteil vom 3. Juni 2009 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und die Beklagte zur Tragung der außergerichtlichen Kosten des Klägers in Höhe von 2/3 verurteilt. Zur Begründung hat das Sozialgericht ausgeführt, die erhobene Zahlungsklage sei als reine Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) zulässig. In Bezug auf die mit Beschluss vom 3. Juni 2009 abgetrennten Klagen sei die Zahlungsklage jedoch unzulässig, da die darin enthaltene Klageerweiterung gemäß § 99 SGG nicht sachdienlich sei. Abgesehen davon, dass diese ganz unterschiedliche Versicherte der Beklagten betreffe, lägen ihr auch inhaltlich ganz unterschiedliche Sachverhalte zu Grunde. Aus diesem Grunde seien weitere Sachermittlungen erforderlich, die im Einzelfall auch zu unterschiedlichen Ergebnissen führen könnten. Der somit lediglich noch zu entscheidende Hilfsantrag des Klägers sei unbegründet.

Die Beklagte sei berechtigt gewesen, die streitigen Rechnungskürzungen vorzunehmen. Rechtsgrundlage der streitigen Hausbesuchspauschale sei § 132 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) in Verbindung mit den zwischen den Beteiligten geschlossenen Verträgen über die Versorgung mit häuslicher Krankenpflege. Bis zum 30. April 2005 gelte für die erbrachten Leistungen der zwischen dem Kläger und der Beklagten direkt abgeschlossene Vertrag vom 22. September 1996, während für die ab dem 1. Mai 2005 erbrachten Leistungen der u.a. zwischen dem Bundesverband privater Anbieter sozialer Dienste e. V. und der Beklagten geschlossene "Rahmenvertrag über häusliche Krankenpflege nach § 132a Abs. 2 SGB V in Hessen vom 1. Mai 2006" (Rahmenvertrag vom 1. Mai 2006) anwendbar sei, da der Kläger diesem beigetreten sei. Der Kläger besitze gegen die Beklagte nach wesentlichen Teilzahlungen im Laufe des Rechtsstreits keinen weiteren Zahlungsanspruch. Soweit der Kläger die erhöhte Hausbesuchspauschale für Sonderbesuche an Werktagen für die Versorgung der Versicherten QQ. mit Insulinspritzen geltend mache, scheitere ein Anspruch daran, dass die Versorgung nach 20:00 Uhr von Montag bis Freitag nicht notwendig und deshalb unwirtschaftlich gewesen sei. Die Beklagte habe zu Recht die erbrachte Leistung nur in Höhe der normalen Hausbesuchspauschale vergütet. Nach § 6 des Vertrages vom 22. Februar 1996 in Verbindung mit Anlage 2 Ziffer 22 und 23 bestehe ein Vergütungsanspruch für einen Hausbesuch in der Zeit zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr sowie an Samstagen, Sonn - und Feiertagen in Höhe von 9,51 EUR (erhöhte Hausbesuchspauschale - Sonderbesuche). Die Geltendmachung der Hausbesuchspauschale

stehe jedoch, wie alle übrigen Leistungen, unter der Verpflichtung einer sorgfältigen und einwandfreien Ausführung und unter der Maßgabe einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Leistungserbringung. Nachdem zwischen den Beteiligten gültigen Verträgen sei darauf zu achten, dass die Leistung nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen werde (§ 4 Ziffer 5 Satz 1 bis 3 des Vertrages vom 22. Februar 1996 bzw. § 5 Abs. 3 Satz 2 und 3 des Rahmenvertrages vom 1. Mai 2006). Dementsprechend stehe dem Kläger im Falle der Versicherten QQ. eine erhöhte Hausbesuchspauschale für Sonderbesuche nur zu, als es sich um Hausbesuche an Sonn- und Feiertagen gehandelt habe. Die von der Beklagten vorgenommenen Rechnungskürzungen seien rechtmäßig, weil die Hausbesuche nach 20:00 Uhr an Werktagen weder im notwendigen Umfang von der Versicherten in Anspruch genommen werden konnte noch seitens des Pflegedienstes wirtschaftlich erbracht worden sei. Der Kläger habe keinen Anspruch auf weitere Zahlungen in Höhe von 788,66 EUR. Auch wenn die verordnende Ärztin der Versicherten QQ. bei der Verordnung der häuslichen Krankenpflege in Form der Gabe von Insulinspritzen festgelegt habe, dass diese zwischen 18:00 Uhr und 22:00 Uhr zu erfolgen habe, so könne der Pflegedienst diese Leistung nicht unbeschadet seiner Verpflichtung zu einer wirtschaftlichen Handlungsweise zeitlich frei erbringen. Auch habe die behandelnde Ärztin am 7. Februar 2006 ausdrücklich bestätigt, dass aus medizinischer Sicht die Insulingabe vor 20:00 Uhr möglich sei. Dies beruhe darauf, dass reines Basis-Insulin verabreicht wurde, welches unabhängig von Mahlzeiten gespritzt werden könne. Darauf sei der Kläger von der Beklagten mit Schriftsatz vom 5. Oktober 2006 hingewiesen worden. Der Hinweis des Klägers, die Verordnung der Gabe von Insulinspritzen im Rahmen der häuslichen Krankenpflege habe darauf beruht, dass die Versicherte für gewisse Zeit dazu selbst nicht in der Lage gewesen sei. Die Versicherte habe sich immer zwischen 20:30 Uhr und 21:00 Uhr gespritzt, so dass diese Zeit auf Wunsch der Versicherten nicht verändert werden sollte. Dies könne den Ansatz einer erhöhten Hausbesuchspauschale nicht rechtfertigen, da eine medizinische Notwendigkeit nicht ersichtlich sei. Dem Kläger sei insoweit zuzustimmen, dass es grundsätzlich im Verantwortungsbereich des Pflegedienstes liege, wie die Erbringung der notwendigen Leistung zu organisieren und zu welcher Zeit im Rahmen der üblichen Arbeitszeit (6:00 Uhr bis 20:00 Uhr) diese zu erbringen sei. Jedoch sei bei der Leistungserbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenkasse auf eine wirtschaftliche Leistungserbringung zu achten und die Wünsche der Versicherten könnten nur in diesem Rahmen berücksichtigt werden. Denn bei der Auslegung der Verträge sei sowohl das Interesse der Leistungserbringer, seine Leistung wirtschaftlich zu erbringen, also kostendeckend zu arbeiten und einen Gewinn zu erwirtschaften zu berücksichtigen wie auch das Interesse der Krankenkasse, Leistungen ihrer Versicherten möglichst preisgünstig einzukaufen (Hinweis auf Sozialgericht Wiesbaden, Urteil vom 28. September 2007, Az.: S 2 KR 170/07). Im Hinblick auf das im Vertrag dokumentierte Regel-Ausnahme Verhältnis (grundsätzlich seien Leistungen in der Regel-Arbeitszeit von 6:00 Uhr bis 20:00 Uhr zu erbringen) bedürfe es einer besonderen, nicht am eigenen Interesse orientierten Begründung. Auch sei zu berücksichtigen, dass eine Vergütungsvereinbarung, die für die Routineabrechnung mit zahlreichen Pflegediensten vorgesehen sei, nach ihrem Wortlaut und dem systematischen Zusammenhang auszulegen sei (Hinweis auf Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 29. Juni 2006, Az. L 1 KR 7/05; Urteil vom 3. März 2005, Az.: L 1 KR 380/03). Soweit zwischen den Beteiligten der zeitliche Nachweis der Hausbesuche streitig sei, sei eine Beweiserhebung nicht erforderlich gewesen, da der Kläger aus anderen Gründen keinen Anspruch auf Zahlung einer erhöhten Hausbesuchspauschale besitze. Denn wie bereits zuvor ausgeführt, lasse sich auch im Fall der Versicherten QQ. eine medizinische Notwendigkeit für Hausbesuche nach 20:00 Uhr nicht begründen. Dies gelte auch für die Versicherte EE., da insoweit lediglich noch die Geltendmachung einer erhöhten Hausbesuchspauschale für die Monate Februar und Mai 2006 streitig sei. Der Kläger habe insoweit ebenfalls kein Anspruch auf Zahlung weiterer 160,01 EUR. In diesem Fall sei eine Dekubitus-Versorgung am linken Arm, rechten Fuß, linke Hüfte, rechtes Knie und am Steiß sowie ein Katheter einschließlich erhöhter Hausbesuchspauschale an mehreren Tagen (Montag bis Freitag) geltend gemacht worden. Der geltend gemachte Leistungsanspruch des Klägers scheitere im Wesentlichen an der Verpflichtung zur wirtschaftlichen Leistungserbringung. Nicht erkennbar sei, dass die Leistungserbringung notwendigerweise nach 20:00 Uhr habe erfolgen müssen. Soweit der Kläger geltend mache, die Versorgung der Versicherten habe große Schwierigkeiten bereitet wegen starker Kontraktur und Bewegungseinschränkungen, der Verbandswechsel sei nur unter Mithilfe einer zweiten Person möglich gewesen, so begründe dies nicht die Notwendigkeit einer Leistungserbringung nach 20:00 Uhr. Selbst wenn der Vortrag des Klägers (Tochter der Versicherten aus gesundheitlichen Gründen an der Mithilfe gehindert und Schwiegersohn habe erst nach 20:00 Uhr zur Mithilfe zur Verfügung gestanden) unterstellt werde, so sei es doch möglich gewesen, mittels einer zweiten Pflegekraft die notwendigen Verrichtungen während der üblichen Arbeitszeit zu erbringen. Die dafür erforderliche Koordinierung der Pflegekräfte obliege dem Kläger. Eine medizinische Notwendigkeit für eine Versorgung nach 20:00 Uhr werde weder vom Kläger vorgetragen noch sei dies erkennbar. Auch im Fall der Versicherten RR. besitze der Kläger keinen Anspruch auf weitere Zahlungen in Höhe von 14,28 EUR. Der Kläger habe zur Begründung selbst lediglich vorgetragen, auf Wunsch der Versicherten seien ihr 27-mal Injektionen und Medikamente in der Zeit zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr verabreicht worden. Die Beklagte habe in der streitigen Zeit 27-mal erhöhte Hausbesuchspauschalen berücksichtigt. Insoweit lasse sich ein weiterer Zahlungsanspruch des Klägers nicht erkennen. Auch besitze der Kläger den geltend gemachten Zinsanspruch nicht, da bereits seine Zahlungsklage keinen Erfolg habe. Damit entfalle der geltend gemachte Zinsanspruch.

Gegen das am 15. Juli 2009 zugestellte Urteil hat der Kläger am 5. August 2009 Berufung eingelegt.

Mit der Berufung macht der Kläger weiterhin einen Zahlungsanspruch in Höhe von 1.872,03 EUR zuzüglich Zinsen geltend. Er ist der Auffassung, seine Klage sei auch im Hinblick auf die Kürzungen der Beklagten bezüglich der geltend gemachten erhöhten Hausbesuchspauschalen im Falle der Versicherten T. TT., Z. ZZ., U. UU. und O. OO. (geltend gemacht mit Schriftsatz vom 31. Juli 2007, vom 15. April 2008, vom 15. Mai 2008 und vom 8. April 2009) nach § 99 SGG zulässig gewesen. Nach dieser Regelung sei die Einbeziehung dieses weiteren Klagebegehrens als zulässige Klageänderung anzusehen. Die Klageerwiderung sei sachdienlich. Das Gericht habe bei der Beurteilung der Sachdienlichkeit die Interessen der Beteiligten und den Grundsatz der Prozessökonomie zu berücksichtigen. Da zwischen ihm und der Beklagten mehrere auf verschiedene Patienten bezogene Streitigkeiten bestünden, in denen es immer um die Voraussetzung der Geltendmachung einer erhöhten Hausbesuchspauschale gehe, sei die Sachdienlichkeit zu bejahen. Die leichten Unterschiede der einzelnen Fälle habe das Sozialgericht in seine Abwägung mehrerer Konstellationen einbeziehen können. Auch sei die Klage nicht kurz vor der mündlichen Verhandlung, sondern bereits in den Jahren 2007 und 2008 geltend gemacht worden. Ebenso sei eine Klageänderung nach § 99 Abs. 1 SGG dann zulässig, wenn die Beteiligten einwilligten. Diese Einwilligung sei anzunehmen, wenn sie sich zur geänderten Klage einließen ohne der Klageänderung zu widersprechen. Die Beklagte habe auf die Klageerweiterung mit Schriftsatz vom 31. Juli 2007, vom 15. April 2008, vom 15. Mai 2008 und vom 8. April 2009 jeweils beantragt, die Klage abzuweisen und habe sich inhaltlich geäußert. Demzufolge habe die Beklagte der Klageerweiterung nicht widersprochen. Auch besitze er den ursprünglich geltend gemachten Zahlungsanspruch. Für die Leistungserbringung nach 20:00 Uhr habe es jeweils nachvollziehbare, bedeutende, konkrete Gründe gegeben. Die Abwägung von Zweckmäßigkeit, Patientenwunsch und Wirtschaftlichkeit müsse in Anbetracht der verhältnismäßig niedrigen finanziellen Belastung der Beklagten durch die erhöhte Hausbesuchspauschale im Ergebnis dazu führen, dass sein Zahlungsanspruch bestehe. Das Sozialgericht habe bei seiner Entscheidung die Zweckmäßigkeit und den Patientenwunsch außer Betracht gelassen. Die Anliegen der Versicherten, längere Zeit am Abend mit ihren Angehörigen zu verbringen und Freizeitaktivitäten auszuüben, ohne vor 20:00 Uhr zuhause zu sein, seien als

nachvollziehbare Wünsche zu berücksichtigen. Es sei rechtlich nicht zu beanstanden, dass den Patientenwünschen nachgekommen worden sei. Auch fordere § 70 Abs. 2 SGB V eine humane Krankenbehandlung sowie § 2a SGB V eine besondere Rücksichtnahme auf Belange chronisch kranker Menschen. Der Grundsatz der Wirtschaftlichkeit fordere nicht die billigste zweier notwendiger Leistungen. Die Kosten dürften nicht unangemessen hoch sein, also nicht völlig außer Verhältnis stehen. Ergänzend trägt er vor, im Fall der Versicherten Q. QQ. könne ihm die Auskunft der behandelnden Ärztin, eine Insulingabe vor 20:00 Uhr sei möglich, nicht entgegengehalten werden. Er dürfe als Leistungserbringer die ärztliche Verordnung nicht infrage stellen. Auch sei die Verordnung durch die erteilte Auskunft nicht modifiziert worden. Weiter trägt er ergänzend vor, im Fall der Versicherten E. EE. sei eine optimale Versorgung nur im Sitzen möglich gewesen. Zum Mobilisieren und Lagern der Versicherten sei die Mithilfe einer zweiten Person erforderlich gewesen. Durch den Einsatz einer zweiten Pflegekraft wäre es zu deutlich höheren Kosten für die Beklagte gekommen. Es sei somit im Interesse der Versichertengemeinschaft, die Mithilfe von Familienangehörigen zu nutzen. Im Fall der Versicherten R. RR. trägt der Kläger vor, da sie tagsüber sehr oft mit Betreuern bzw. Verwandten unterwegs gewesen sei, sei aufgrund der persönlichen Lebensumstände der Versicherten eine Leistungserbringung nach 20:00 Uhr geboten gewesen. Dies habe auch dem Wunsch der Versicherten entsprochen. Die Regelungen des SGB V stärkten den Wunsch der Patienten und seien mit dem Gebot der Wirtschaftlichkeit abzuwägen. Auch bestehe in diesem Fall ein Anspruch auf Vergütung von 30 erhöhten Hausbesuchspauschalen und nicht nur auf die von der Beklagten in Ansatz gebrachten 27. In den Fällen der Versicherten T. TT., Z. ZZ. und U. UU. habe der Grund für die Hausbesuche nach 20:00 Uhr darin bestanden, dass diese ins Bett zu bringen gewesen seien. Es habe dem Wunsch der Versicherten bzw. ihrer Familienangehörigen entsprochen, diese nach 20:00 Uhr erst ins Bett zu bringen. Im Fall der Versicherten O. OO. habe die ambulante Krankenpflege darin bestanden, ihr morgens die Kompressionsstrümpfe anzulegen und abends auszuziehen. Da die Kompressionsstrümpfe erst unmittelbar vor Beginn der Nachtruhe auszuziehen seien, seien diese Leistungen erst nach 20:00 Uhr erbracht worden, da die Versicherte nicht früher zu Bett gehe.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 3. Juni 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 1.872,03 EUR zu zahlen zuzüglich Zinsen in Höhe von 8 Prozentpunkten über dem Basiszinssatz seit dem 9. Februar 2007.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, das Sozialgericht habe mit dem angefochtenen Urteil eine zu treffende Entscheidung getroffen. Ergänzend führt sie aus, im Fall der Versicherten E. EE. hätte die Hinzuziehung einer zweiten Pflegekraft keinen erhöhten Vergütungsanspruch des Klägers ergeben. Ein erhöhter Vergütungsanspruch ergeben sich insoweit lediglich im Bereich des Sozialgesetzbuch 11. Buch (SGB XI) und bei den Grundpflegeleistungen nach SGB V. Im Falle der Behandlungspflege nach SGB V (wie z.B. beim Verbandwechseln) sei dies nicht der Fall.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung erklärt. Wegen der Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf die Verwaltungsakte der Beklagten und die Gerichtsakte verwiesen, die Gegenstand der Beratung des Senats gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis der Beteiligten den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung entscheiden (§ 153 Abs. 1 i.V.m. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz -SGG-).

Die Berufung ist zulässig, konnte in der Sache jedoch keinen Erfolg haben.

Das Urteil des Sozialgerichts Darmstadt vom 3. Juni 2009 ist - entgegen der Auffassung des Klägers - nicht zu beanstanden, soweit das Sozialgericht keine Sachentscheidung im Hinblick auf die mit Schriftsatz vom 31. Juli 2007, 15. April 2008, 15. Mai 2008 und 4. April 2009 geltend gemachten Zahlungsansprüche des Klägers (Versicherten T. TT., Z. ZZ., U. UU. und O. OO.) getroffen hat. Aufgrund des Trennungsbeschlusses gem. § 202 Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 145 Abs. 1 Zivilprozessordnung (ZPO) vom 3. Juni 2009 waren diese Zahlungsansprüche nicht mehr Gegenstand des vorliegenden Klageverfahrens. Das Sozialgericht hätte somit die Zahlungsklage mit Hinweis auf die anderweitige Rechtshängigkeit insoweit als unzulässig zurückweisen müssen. Die Entscheidung des Sozialgerichts, dass die trotz des Trennungsbeschlusses weiterverfolgte Zahlungsklage insoweit unzulässig ist, ist somit nicht zu beanstanden. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der Trennungsbeschluss gem. § 172 Abs. 2 SGG unanfechtbar ist.

Das Sozialgericht hat im übrigen zutreffend entschieden, dass der Kläger keinen weiteren Zahlungsanspruch in Höhe 964,88 EUR besitzt.

Die Berufung des Klägers war insoweit als unbegründet zurückzuweisen. Dem Kläger steht kein Anspruch auf Vergütung der Versorgung durch Sonderbesuche in der Zeit von Montag bis Freitag (zwischen 20:00 Uhr 6:00 Uhr) der Versicherten Q. QQ., E. EE. und R. RR. zu. Der Senat macht sich insoweit die zutreffende, widerspruchsfreie und ausführliche Begründung des erstinstanzlichen Urteils zu Eigen und weist die Berufung aus den dort niedergelegten Entscheidungsgründen zurück. Er sieht angesichts dessen und um Wiederholungen zu vermeiden, von einer erneuten Darstellung der Entscheidungsgründe insoweit ab (§ 153 Abs. 2 SGG).

Auch die Berufungsbegründung konnte zu keinem anderen Ergebnis führen.

Soweit der Kläger einen weiteren Zahlungsanspruch im Fall der Versicherten Q. QQ. i.H.v. 788,66 EUR damit begründet, die Auskunft der behandelnden Ärztin, eine Insulingabe vor 20:00 Uhr sei möglich, könne ihm nicht entgegengehalten werden, so konnte der Senat sich dem nicht anschließen. Auch wenn er die Verordnung eines Vertragsarztes zur Insulingabe zwischen 18:00 und 22:00 Uhr nicht in Zweifel zu ziehen hat, bestand vorliegend ausreichend Grund, vor Erbringung und in Rechnungstellung eines Sonderbesuchs in der Zeit von Montag bis Freitag eine Klärung unter Einschaltung der Beklagten herbeizuführen. Denn die vertragsärztliche Verordnung umfasste sowohl die normale Arbeitszeit bis 20:00 Uhr als auch die Zeit der Sonderbesuche ab 20:00 Uhr.

Auch der Wunsch der Versicherten Q. QQ., die Insulinspritze zur gleichen Tageszeit zu erhalten, zu der sie sich die Spritze selbst verabreichte (nach 20:00 Uhr), stellt in Anbetracht dessen, dass es sich um Basis-Insulin handelt, welches unabhängig von den Mahlzeiten

gespritzt werden kann, keinen ausreichenden Grund für eine Leistungserbringung nach 20:00 Uhr dar. Dieser subjektive Wunsch der Versicherten, stellt entgegen der Auffassung des Klägers nicht das allein entscheidende Kriterium für die Notwendigkeit einer Leistung dar. Dies würde bedeuten, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung allein von den subjektiven Vorstellungen und Wünschen der Versicherten abhängig zu machen und würde den Bereich der gesetzlichen Krankenversicherung unübersichtlich ausweiten (so auch bereits Landessozialgericht Schleswig-Holstein, Urteil vom 29. September 1998, Az. L 1 KR 35/97, veröff. in Juris). Vielmehr begrenzt das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V den Anspruch des Versicherten (Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, § 12 SGB V Rn. 10). Danach müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Ist eine Leistung nicht wirtschaftlich, so darf der Leistungserbringer diese nicht erbringen, auch wenn der Versicherte dieses wünscht.

Soweit der Kläger mit der Berufung einen weiteren Zahlungsanspruch im Hinblick auf die in Rechnung gestellte erhöhter Hausbesuchspauschale im Fall der Versicherten E. EE. in Höhe von 160,01 EUR geltend macht, konnte auch dies keinen Erfolg haben. Der Kläger besitzt keinen Anspruch auf Vergütung der Versorgung der Versicherten E. EE. mit neuen Verbänden zur Decubitus-Versorgung in der Zeit von Montag bis Freitag als Sonderbesuche (zwischen 20:00 Uhr 6:00 Uhr). Eine medizinische Notwendigkeit der Versorgung dieser Versicherten nach 20:00 Uhr ist auch aus der Berufungsbegründung nicht zu erkennen, da der Kläger im Wesentlichen den bisherigen Vortrag lediglich wiederholt bzw. vertieft. Soweit der Kläger die Auffassung vertritt, es sei wirtschaftlicher zur Versorgung der Versicherten ein Familienmitglied hinzuzuziehen, als während der normalen Arbeitszeit eine zweite Pflegekraft, so steht dem der Hinweis der Beklagten entgegen, dass im Bereich der häuslichen Krankenpflege (Behandlungspflege) die Hinzuziehung einer zweiten Pflegekraft (anders als im Bereich des Sozialgesetzbuches Elftes Buch (SGB XI) und der Grundpflege nach SGB V) nicht zu einem höheren Vergütungsanspruch führt.

Ebenso konnte die Berufung des Klägers im Hinblick auf den geltend gemachten weiteren Zahlungsanspruch in Höhe von 14,28 EUR für Sonderbesuche der Versicherten R. RR. keinen Erfolg haben. Der Kläger besitzt keinen Anspruch auf Vergütung der Versorgung der Versicherten R. RR. mit subkutanen Spritzen und Medikamenten in der Zeit von Montag bis Freitag als Sonderbesuche (zwischen 20:00 Uhr und 6:00 Uhr). Insoweit fehlt es ebenfalls an einem Vortrag des Klägers, der eine medizinische Notwendigkeit der Versorgung der Versicherten nach 20:00 Uhr begründen könnte. Der Grund der Sonderbesuche lag allein darin, dass die Versicherte vor 20:00 Uhr nicht zuhause angetroffen werden konnte. Der Wunsch der Versicherten, nicht vor 20:00 Uhr zuhause zu sein, ist zwar verständlich, kann aber einer medizinischen Notwendigkeit einer Versorgung nach 20:00 Uhr nicht gleichgestellt werden. Soweit der Kläger der Auffassung ist, im Falle eines ausdrücklichen Wunsches des Versicherten habe dieser Vorrang vor dem Gebot der Wirtschaftlichkeit, konnte der Senat sich dem nicht anschließen. Der bloße subjektive Wunsch des Versicherten kann das Wirtschaftlichkeitsgebot des § 12 Abs. 1 S. 1 und 2 SGB V nicht außer Kraft setzen.

Da die Berufung hinsichtlich der Zahlungsklage keinen Erfolg hat, hat auch der geltend gemachte Zinsanspruch des Klägers keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Der Streitwert war gemäß § 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz (GKG) festzusetzen.

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des § 160 Abs. 2 SGG nicht vorliegen.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2012-08-28