

## S 12 KA 879/10

Land

Hessen

Sozialgericht

SG Marburg (HES)

Sachgebiet

Vertragsarztangelegenheiten

Abteilung

12

1. Instanz

SG Marburg (HES)

Aktenzeichen

S 12 KA 879/10

Datum

07.12.2011

2. Instanz

Hessisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KA 1/12

Datum

25.06.2012

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2005 schließt die Abrechnung von Besuchsleistungen einer ermächtigten Einrichtung nicht aus, wenn die Unterbringung der „Heimbewohner“ in selbständigen Wohngruppen erfolgt.

Bemerkung

Klagerücknahme

1. Die Bescheide der Beklagten vom 10.10.2005, 08.03.2006 und 15.09.2006, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.10.2010, werden insoweit aufgehoben, als Besuchsleistungen nach Nr. 01410, 01411, 01412 und 01413 sowie 01440 EBM nebst den Begleitleistungen nach Nrn. 40220, 40226, 40240 und 40260 abgesetzt wurden.

2. Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.

3. Die Beklagte hat der Klägerin die Hälfte der notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten. Die Gerichtskosten haben die Beteiligten jeweils zur Hälfte zu tragen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten im Rahmen einer sachlich-rechnerischen Berichtigung in den drei Quartalen II/05, IV/05 und II/06 um den Ansatz von Hausbesuchen in einem Heim, wenn die Trägerin des Heims ermächtigt ist.

Die Klägerin wurde mit Beschluss des Zulassungsausschusses für Ärzte bei der Kassenärztlichen Vereinigung Hessen vom 08.06.2004 für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der im Heim ansässigen Bewohnerinnen und Bewohner befristet bis zum 30.06.2006 gemäß § 31 Abs. 1 Buchstabe b Ärzte- ZV ermächtigt.

Die Beklagte nahm eine sachlich-rechnerische Berichtigung in den streitbefangenen Quartalen jeweils mit Bescheid vor und setzte verschiedene Besuchs- und Wegepauschalen ab. Zur Begründung führte sie aus, habe ein Arzt seine Praxis in einem Heim und führe er in diesem Heim "Besuche" bei Patienten durch, so handele es sich selbst dann um "Besuche" innerhalb einer Arbeitsstelle, wenn er mit dem Heim nicht in einem Anstellungsverhältnis oder einem anderen Vertragsverhältnis stehe, welches ihn verpflichte, die Heiminsassen zu behandeln. Die angestrebte Einbindung in die Heimversorgung führe dazu, dass das gesamte Heim als seine Arbeitsstelle zu betrachten sei. Besuchsgebühren seien als nicht berechnungsfähig anzusehen (so LSG Baden-Württemberg vom 24.03.1999).

Hiergegen legte die Klägerin jeweils Widerspruch ein. Die Daten der Bescheiderteilung, der Umfang der Absetzung und die Daten der Widerspruchseinlegung werden in nachfolgender Tabelle aufgeführt:

Bescheid v. II/05 IV/05 II/06

Bescheid v. 10.10.2005 08.03.2006 15.09.2006

Widerspruch eingelegt am 31.10.2005 22.03.2006 26.09.2006

Absetzungen

Nr. 01410 EBM 2005 (Besuch eines Kranken, wegen der Erkrankung ausgeführt, 400 P.) 158

Nr. 01411 EBM 2005 (Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 19:00 und 22:00 Uhr, oder an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 07:00 und 19:00 Uhr und/oder Besuch im organisierten Not(fall)dienst, 1.200 P.) 1 7 6

Nr. 01412 EBM 2005 (Dringender Besuch wegen der Erkrankung, unverzüglich nach Bestellung ausgeführt zwischen 22:00 und 07:00 Uhr, an Samstagen, Sonntagen und gesetzlichen Feiertagen, am 24.12. und 31.12. zwischen 19:00 und 07:00 Uhr, bei Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit mit Verlassen der Praxisräume, 1.600 P.) 1

Nr. 01413 EBM 2005 (Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z. B. Familie), 195 P.) 83 1

Nr. 01414 EBM 2005 (Visite auf der Belegstation und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal, 220 P.) 18 419 294

Nr. 01440 EBM 2005 (Verweilen außerhalb der Praxis ohne Erbringung weiterer berechnungsfähiger Leistungen, wegen der Erkrankung erforderlich, je vollendete 30 Minuten, 645 P.) 9

Nr. 40220 EBM 2005 196

Nr. 40226 EBM 2005 37

Nr. 40240 EBM 2005 (Kostenpauschale einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines Kranken durch einen vom behandelnden Arzt beauftragten angestellten Mitarbeiter der Praxis mit abgeschlossener Ausbildung in einem nichtärztlichen Heilberuf zur Verrichtung medizinisch notwendiger delegierbarer Leistungen, 5,10 EUR 366

Nr. 40260 EBM 2005 (Kostenpauschale einschl. Wegekosten - entfernungsunabhängig - für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft (auch z.B. Altersheim) in unmittelbarem zeitlichen Zusammenhang mit dem Aufsuchen eines Kranken nach Nr. 40 240, 2,60 EUR) 17

Zur Begründung ihrer Widersprüche trug die Klägerin vor, die Entscheidung des LSG Baden-Württemberg habe eine Ärztin betroffen, die für einen speziellen Personenkreis, nämlich in psychiatrisch-geriatrischen Pflegeheimen untergebrachte Personen, ermächtigt worden sei. Die Einrichtung habe Pflegestationen, Altenheime, Altenwohnheim und eine Tagespflege umfasst und habe aus mehreren Gebäuden bestanden. Nach Auffassung des LSG sei die gesamte Einrichtung der Praxissitz und auch die Arbeitsstätte der dortigen Klägerin. Hier gehe es aber um einen ärztlichen Dienst, der innerhalb der Diakonie über eigene Behandlungsräume verfüge. In der Einrichtung würden schwerstbehinderte Menschen betreut. Der ärztliche Dienst müsse zusätzlich zur regulären Praxistätigkeit in eigenen Praxisräumen Patienten aufsuchen, sofern er entsprechend gerufen werde. Es liege also exakt der Inhalt der Leistungslegenden der abgesetzten Leistungen vor. Es gehe um den Besuch eines Erkrankten, der nicht durch die Behandlung in den Praxisräumen ersetzbar sei. Die Praxisräume seien deutlich von den Aufenthaltsräumen der Patienten getrennt. Unverständlich sei auch die Streichung der Nr. 01414. Nach Auffassung des LSG Baden-Württemberg sei sie auch im dortigen Fall abrechenbar gewesen. Das müsse erst recht in ihrem Fall gelten. Ihre Einrichtung sei eine Einrichtung der Eingliederungshilfe. Die sei gemäß [§ 119a SGB V](#) ermächtigt, die Behandlung von Versicherten mit geistiger Behinderung durchzuführen. Diese Ermächtigung habe eine völlig andere Zielrichtung als die Zulassung eines Vertragsarztes, der die Patienten in einem Pflegeheim behandle und seine Praxis in den Räumlichkeiten der Stiftung unterhalte. Es gebe eine Vielzahl von Wohnhäusern, die zum Teil von der im Untergeschoss des Verwaltungsgebäudes liegenden Arztpraxis zu Fuß nicht erreichbar seien. Die Wohnhäuser lägen zum Teil außerhalb des Kerngeländes und seien nur mit dem Pkw erreichbar. Es handle sich um Wohneinheiten, in denen der Wohncharakter und die Intimsphäre der Bewohnerinnen und Bewohner zu wahren und zu fördern sei. Hiernach richte sich die Arbeitsweise der Ärzte. Der ärztliche Dienst arbeite wie eine niedergelassene Praxis. Er biete regelhaft Sprechstunden in den Praxisräumen an und führe darüber hinaus zahlreiche Hausbesuche durch, da viele Bewohner bewegungseingeschränkt und so schwer behindert seien, dass sie von ihrer Wohnung die Arztpraxis nicht erreichen könnten. Es handle sich um gezielte Hausbesuche. Es handle sich nicht um eine Ermächtigung gemäß [§ 119a SGB V](#), sondern gemäß [§ 31 Ärzte-ZV](#).

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 27.10.2010 die Widersprüche als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, in Kapitel II Abschnitt 1.4 EBM 2005 werde unter 1. ausgeführt, dass - sofern der Arzt seine eigene Praxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsuche, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig sei - ein Besuch nicht berechnungsfähig sei. Hieraus folge eine Nichtabrechenbarkeit von Besuchsleistungen durch alle angestellten Ärzte der Klägerin. Sämtliche strittigen Leistungen seien auf dem Gelände der Klägerin erbracht worden. Hierbei komme es nicht darauf an, ob es sich um räumlich getrennte Wohnhäuser oder Gebäudekomplexe handele, die durch die angestellten Ärzte aufgesucht werden müssten. Sämtliche Gebäude seien als Arbeitsstätte zu verstehen. Auch die Arbeitsstättenverordnung sehen in [§ 2](#) als Begriffsbestimmung für Arbeitsstätten vor, dass mehrere Gebäude auf einem Betriebsgelände/Grundstückskomplex als eine Arbeitsstätte zu betrachten seien. Zur Arbeitsstätte gehörten noch Einrichtungen, soweit diese dem Betrieb der Arbeitsstätte dienen. Dies müsse umso mehr auch für Praxisräume gelten, die für die angestellten Ärzte ihrer Einrichtung vorgehalten würden und von welchen aus gegebenenfalls Bewohner der Diakonie aufgesucht würden.

Hiergegen hat die Klägerin am 26.11.2010 die Klage erhoben. Sie trägt vor, es handele sich um eine Einrichtung der Behindertenhilfe nach SGB XII. In Hessen betreue sie insgesamt 640 Menschen mit Behinderungen in stationären Wohneinrichtungen an 16 Standorten. Am Standort A-Stadt würden zurzeit 350 Bewohnerinnen und Bewohner in stationären Wohneinrichtungen betreut werden. Ein Großteil dieser Menschen habe schwere Beeinträchtigungen und bedürfe mithin einer ständigen ärztlichen Betreuung. Aus diesem Grund habe sie die Institutsermächtigung erhalten, zuletzt am 22.06.2010 für die ambulante vertragsärztliche Versorgung der im Heim ansässigen Bewohnerinnen und Bewohner einschließlich der Leistungen nach den Nrn. 03111, 03112 und 03212 EBM. Bei ihr seien Dr. OE, Facharzt für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin und Psychotherapie, Frau Dr. HG, Fachärztin für Allgemeinmedizin mit Zusatzbezeichnung Palliativmedizin, Frau WH, Fachärztin für Neurologie und Psychiatrie und Herr MK, Facharzt für Allgemeinmedizin tätig. Es werde eine klinifizierte Praxis in der ärztlichen Betreuung vermieden. Es werde das Recht der freien Arztwahl gefördert. Ergänzt würden die Leistungen der Abteilung Gesundheit durch Konsiliarangebote von Fachärzten für Inneres, Gynäkologie und Zahnmedizin. Zudem stehe die Abteilung in enger Kooperation mit weiteren Fachärzten, Ambulanzen, Kliniken und Epilepsiezentren. Sie sei kein Pflegeheim, sondern biete Wohnraum für Menschen einschließlich der notwendigen Betreuung, Assistenz, Begleitung, Pflege und Beratung an. Sie sei kein Pflegeheim, keine Klinik, Krankenhaus oder eine mit diesen vergleichbare Einrichtung. Das Urteil des LSG Baden-Württemberg sei nicht auf sie anwendbar. Die Wohneinrichtungen befänden sich in einer Entfernung von der Praxis zwischen ca. 200 Metern und 2 Kilometern. Am Standort A-Stadt seien 15 Gebäude vorhanden. Termine müssten mit den Bewohnern individuell vereinbart werden. Es handele sich nicht um "Heimärzte", die in einem Abhängigkeitsverhältnis zu ihr stünden. Alle Ärzte hätten ein "Hauptstandbein" außerhalb ihrer Einrichtung. Die Nichtanerkennung der "Hausbesuchsziffern" führe zu einer eklatanten Ungleichbehandlung ihres ärztlichen Dienstes gegenüber den niedergelassenen Ärzten und verstoße zudem gegen den allgemeinen Grundsatz einer leistungsgerechten Vergütung. Zahlreiche Bewohnerinnen würden von niedergelassenen Ärzten aus der Umgebung betreut werden. Diese könnten dann Hausbesuche abrechnen. Der behinderungsbedingte Mehraufwand der ärztlichen Behandlung werde im geltenden Abrechnungssystem nicht berücksichtigt. Die Streichung der "Besuchsziffern" führe zu einer weiteren Verschlechterung. Der Arzt halte auf dem Gelände der Diakonie nicht eine Zweitsprechstunde oder eine Zweitpraxis, sondern unterhalte lediglich eine Praxis, von der aus er die Patienten in ihrem Wohnbereich

aufsuche. Das SGB V und der EBM knüpfen nicht an eine "Arbeitsstätte" an, sondern an die Praxisräume.

Die Klägerin beantragt,  
die Bescheide der Beklagten vom 10.10.2005, 08.03.2006 und 15.09.2006 betreffend die rechnerisch-sachlichen Richtigstellungen der Abrechnungen für die Quartale II/05, IV/05 und II/06, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.10.2010 aufzuheben.

Die Beklagte beantragt,  
die Klage abzuweisen.

Sie verweist auf die Regelung in der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2005. Das Landessozialgericht in Sachsen habe in seinem Urteil vom 19.05.2010 – [L 1 KA 14/09](#) – hierzu klargestellt, dass mit "anderem Ort" Betriebs- und Nebenbetriebsstätten gemeint sind, bei denen der Arzt selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist. Dies sei hier der Fall. Besuchsleistungen könnten nur abgerechnet werden, wenn der "andere Ort" verlassen werde um an "anderer Stelle" tätig zu werden. Es sei auf die Gegebenheiten bei der Klägerin abzustellen, nicht jedoch auf die einzelnen angestellten Ärzte. Es könne daher keine Rolle spielen, ob die Gebäude auf dem Gelände der Klägerin einen Komplex darstellten oder aus räumlich getrennten Wohnhäusern bestünden. Die Ausgestaltung der Gebäudekomplexe könne bereits keinen Einfluss auf die Abrechnung haben, da es der Klägerin selbst obliege, ob sie ihre Bewohner in einem oder mehreren Gebäuden unterbringe. Herr Dr. E habe seine Zulassung nach § 24 Ärzte- ZV erst ab dem 01.10.2009 erhalten, im streitgegenständlichen Zeitraum habe daher dieses "Hauptstandbein" noch nicht bestanden. Ebenso wenig spiele die Ausgestaltung der Wohnform eine Rolle. Es bestehe keine Vergleichbarkeit zwischen den von der Klägerin angestellten Ärzten und unabhängigen Vertragsärzten mit Praxissitz außerhalb der Räumlichkeiten. Durch die Anstellung bei der Klägerin würden die angestellten Ärzte automatisch in die Organisationsstruktur der Klägerin angebunden, anders als selbstständig tätige Vertragsärzte. Durch die Anstellung würden die Räumlichkeiten der Klägerin automatisch zu einem Ort einer weiteren Tätigkeit des Arztes und somit gemäß dem Bundesmantelvertrag zu einer Betriebsstätte.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den übrigen Inhalt der Gerichts- und beigezogenen Verwaltungsakte, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer hat in der Besetzung mit zwei ehrenamtlichen Richtern aus den Kreisen der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten verhandelt und entschieden, weil es sich um eine Angelegenheit der Vertragsärzte und Vertragspsychotherapeuten handelt ([§ 12 Abs. 3 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz – SGG).

Die Klage ist zulässig, denn sie sind insbesondere form- und fristgerecht bei dem zuständigen Sozialgericht erhoben worden.

Die Klage ist auch z. T. begründet. Die Bescheide der Beklagten vom 10.10.2005, 08.03.2006 und 15.09.2006, alle in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.10.2010, sind insoweit rechtswidrig und waren daher insoweit aufzuheben, als Besuchsleistungen nach Nr. 01410, 01411, 01412 und 01413 EBM nebst den Begleitleistungen nach Nrn. 40220, 40226, 40240 und 40260 abgesetzt wurden. Im Übrigen war die Klage aber abzuweisen.

Die Beklagte war grundsätzlich zuständig für die sachlich-rechnerische Berichtigung.

Nach [§ 75 Abs. 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicher zu stellen und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht. Nach [§ 75 Abs. 2 Satz 2 Halbsatz 1 SGB V](#) haben die Kassenärztlichen Vereinigungen die Erfüllung der den Vertragsärzten obliegenden Pflichten zu überwachen. Zu den Pflichten der Vertragsärzte gehört unter anderem auch eine ordnungsgemäße Abrechnung der von ihnen erbrachten Leistungen. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt die sachliche und rechnerische Richtigkeit der Abrechnungen der Vertragsärzte fest; dazu gehört auch die Arzt bezogene Prüfung der Abrechnungen auf Plausibilität sowie die Prüfung der abgerechneten Sachkosten ([§ 106a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)). Es obliegt deshalb nach § 45 des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä) bzw. § 34 des Ersatzkassenvertrages-Ärzte (EKV-Ä) der Beklagten, die vom Vertragsarzt eingereichten Honoraranforderungen rechnerisch und gebührenordnungsmäßig zu prüfen und ggf. zu berichtigen.

Die Beklagte hat aber zu Unrecht die Besuchsleistungen nach den Nr. 01410, 01411, 01412 und 01413 EBM 2005 nebst den Begleitleistungen abgesetzt.

Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2005 "Besuche, Visiten, Prüfung der häuslichen Krankenpflege, Verwaltungsgebühr, Verweilen" schließt die Abrechnung von Besuchsleistungen durch die Klägerin nicht aus.

Nach Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2005 ist ein Besuch/eine Visite eine ärztliche Inanspruchnahme, zu der der Arzt seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an eine andere Stelle zur Behandlung eines Erkrankten zu begeben. Ein Besuch liegt somit auch vor, wenn der Arzt zur Notversorgung eines Unfallverletzten auf der Straße gerufen wird. Sucht der Arzt seine eigene Praxis oder einen ausgelagerten Praxisteil (z. B. Apparategemeinschaft), eine Einrichtung, in der er eine ambulante Operation durchführt, eine Belegklinik im Rahmen seiner belegärztlichen Tätigkeit, ein Heim oder ähnliches, in dem er eine genehmigte Zweitsprechstunde (Zweitpraxis) abhält oder eine Zweitpraxis an einem anderen Ort auf, ist kein Besuch berechnungsfähig.

Für die Beurteilung der Besuchsleistung kommt es maßgeblich auf die Ermächtigung gemäß § 31 Abs. 1 Buchstabe b Ärzte-ZV an. Ermächtigt wird die Klägerin als Betreiberin einer Einrichtung zur Versorgung eines begrenzten Personenkreises, nämlich der Bewohner ihrer Einrichtung. Die Ermächtigung, so der Beschluss des Zulassungsausschusses, "erstreckt sich auf die ambulante vertragsärztliche Versorgung der im Heim ansässigen Bewohnerinnen und Bewohner". In rechtlicher Hinsicht ist die Klägerin als ermächtigte Einrichtung vertragsarztrechtliche Leistungserbringerin nach [§ 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Die Ermächtigung begrenzt sie nicht im Umfang der Leistungserbringung, sondern stellt sie vollumfänglich den niedergelassenen Vertragsärzten gleich.

Die Ermächtigung setzt ferner voraus, dass die Klägerin in ihrer Einrichtung die notwendigen Behandlungsräume und damit eine Praxis vorhält, unabhängig davon, wie sie die Leistungserbringung organisiert, ob sie sich angestellter oder dienstvertraglich verpflichteter Ärzte bedient. Arztpraxis ist der Tätigkeitsort des Vertragsarztes an seiner Betriebsstätte, der auch die Nebenbetriebsstätten der Arztpraxis einschließt (§ 1a Nr. 18 Satz 1 BMV-Ä/EKV-Ä). Betriebsstätte des ermächtigten Arztes ist Ort der Berufsausübung im Rahmen der Ermächtigung (§ 1a Nr. 21 Satz 3 BMV-Ä/EKV-Ä). Ob die Einrichtung selbst räumlich in einzelne Teile bzw. hier Wohnhäuser zerlegt werden kann, da sich die Ermächtigung auf die Einrichtung als solche bezieht, bedarf der Rechtsauslegung. Die von der Klägerin unterhaltene Praxis ist zunächst nicht identisch mit den Wohnungen der aufgesuchten Patienten. Soweit die Wortlautauslegung es überhaupt zulässt, müsste Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2005 auch so verstanden werden, dass ein ermächtigter Heimträger nicht das Aufsuchen der Patienten im "Heim" als Besuchsleistung abrechnen kann, da er dort zwar nicht eine Zweitpraxis, sondern überhaupt seine Praxis unterhält. Bei der Auslegung des Begriffs "Heim" ist aber der Bedeutungswandel und die Neukonzeptionierung bei der Betreuung ehemaliger sog. Heiminsassen im Bereich der Behindertenbetreuung zu berücksichtigen.

So erhalten nach [§ 37 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen neben der ärztlichen Behandlung häusliche Krankenpflege durch geeignete Pflegekräfte, wenn Krankenhausbehandlung geboten, aber nicht ausführbar ist, oder wenn sie durch die häusliche Krankenpflege vermieden oder verkürzt wird. § 10 der Werkstättenverordnung bleibt unberührt.

Einen Anspruch auf Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) hatte ein Versicherter bisher dann nicht, wenn er in einer Einrichtung des betreuten Wohnens wohnte, bei der er neben einem Mietvertrag auch einen Betreuungsvertrag mit dem Träger abgeschlossen hat, in dem letzterer sich verpflichtete, die notwendigen Maßnahmen (im konkreten Fall die Medikamentengabe) auch ohne zusätzliche Vergütung zu gewähren. Demgegenüber konnte Krankenpflege zu gewähren sein, wenn der Versicherte in einer Wohngemeinschaft lebt. Allerdings kam es dann darauf an, ob dem Betroffenen eine eigenverantwortliche Wirtschaftsführung möglich ist, er sich wirtschaftlich selbst versorgen kann. Ein Bewohner eines Seniorenheims führt dann einen eigenen Haushalt, wenn er innerhalb des Heims eigenständige Verrichtungen des Haushalts ausüben kann. Insofern kam es darauf an, ob der Betroffene mit dem Heimträger einen Mietvertrag ausgehandelt hat (wie es z.B. beim betreuten Wohnen denkbar ist) oder ob die Leistung des Heims aufgrund eines Pflegesatzes vergütet wird. Im letzteren Fall wird das Heim in der Regel nicht nur Wohnung, sondern auch andere Dienstleistungen, wie z.B. Wäsche, Reinigung, Mahlzeiten u.Ä., zur Verfügung stellen, und der Bewohner ist verpflichtet, diese Angebote nach seinen Möglichkeiten wahrzunehmen. Es ist auf die eigenständige Lebensführung abzustellen. Merkmal für die Eigenständigkeit der Haushaltsführung ist der eigenverantwortliche Einkauf von Lebensmitteln, das Mitspracherecht bei der Entscheidung über weitere Mitbewohner in einer Wohngemeinschaft oder die Möglichkeit selbst Nahrung zuzubereiten. Der eigenständige Haushalt ist jedenfalls nicht deshalb ausgeschlossen, weil der Versicherte unter Betreuung steht oder weil in der Wohngemeinschaft die Mehrzahl der Bewohner ebenfalls der häuslichen Krankenpflege bedarf und diese für alle vom gleichen Pflegedienst bereitgestellt wird. Das BSG hat in einer Entscheidung zur Anrechnung von Rentenversicherungszeiten für die Pflegeperson außerdem auf die Zielrichtung des Aufenthalts in einer bestimmten Einrichtung abgestellt. Soll der Versicherte vor allem zur Pflege untergebracht werden (weil er nicht mehr in der Lage ist, den Haushalt selbständig zu führen und seinen Grundbedürfnissen Genüge zu tun), so ist ein Anspruch auf darüber hinausgehende Pflege zu verneinen. Mit Wirkung zum 01.04.2007 hat der Gesetzgeber weitere Tatbestandsmerkmale zugefügt. Die Unsicherheit darüber, wann beim betreuten Wohnen Krankenpflege durch die gesetzliche Krankenversicherung zu gewähren ist, hat er im Sinne des betreuten Wohnens entschieden. Krankenpflege in betreuten Wohnformen ist jetzt ausdrücklich in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen eingeschlossen (so zusammenfassend Padé in jurisPK-SGB V § 37 Rdnr. 24 f. m.w.N.).

Von einem "Heim" i.S.d. Nr. 1 der Präambel zu Teil II Kapitel 1.4 EBM 2005 kann somit nicht ausgegangen werden, wenn eigenständige und separat untergebrachte Wohngruppen gebildet werden, die eine selbständige Haushaltsführung haben. Diese Voraussetzungen liegen nach dem unbestrittenen Vortrag der Klägerin vor. Die mündliche Verhandlung hat ferner ergeben, dass in den Wohngruppen eine selbständige Haushaltsführung erfolgt, so insbesondere morgens und abends die Essenszubereitung in den Wohngruppen erfolgt und eine Unterstützung lediglich erfolgt zum Ausgleich der Behinderung. Von daher handelt es sich bei dem Aufsuchen in der Wohngruppe auch um Hausbesuche.

Die Klage war aber abzuweisen, soweit es sich um die Berichtigung der Leistungen nach Nr. 01414 EBM 2005 nebst der erforderlichen Begleitleistungen handelt. Bei den Besuchen handelt es sich um Hausbesuche und damit nicht um Visiten auf der Belegstation und/oder in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal. Insofern besteht kein Wahlrecht bei der Abrechnung. Soweit die Klägerin vorgetragen hat, ihr sei von Mitarbeitern der Beklagten diese Abrechnungsweise angeraten worden, so folgt hieraus nicht die Berechtigung zu einer solchen Abrechnung. Sollte der Vortrag der Klägerin zutreffen, so liegt im Übrigen eine Nachberechnung nahe.

Soweit die Kammer die Klage bezüglich der Leistungen nach Nr. 01440 EBM 2005 nach dem Entscheidungstenor ebf. abgewiesen hat, so handelt es sich um ein Versehen der Kammer. Die Beklagte hat diese Leistungen mit der gleichen Begründung wie die Besuchsleistungen abgesetzt. Die Kammer hat zwischenzeitlich einen entsprechenden Berichtigungsbeschluss erlassen.

Im Ergebnis war der Klage daher im tenorierten Umfang stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a SGG](#) i. V. m. [§ 155 Abs. 1 VwGO](#).

Rechtskraft  
Aus  
Login  
HES  
Saved  
2012-07-18