L 4 KR 2410/18

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4.
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 6 KR 2309/17
Datum
28.05.2018
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 2410/18
Datum
15.10.2021
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Mai 2018 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand

Die Kläger begehren als Rechtsnachfolger ihrer verstorbenen Tochter für die Zeit vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017 die Erstattung von Kosten für weitere 2,5 Stunden häuslicher Krankenpflege täglich in Höhe von insgesamt 2.999,50 €.

Die 1982 geborene, ledige, kinderlose und in deren Haushalt lebende Tochter der Kläger (im Folgenden T) litt an einem frühkindlichen Hirnschaden. Sie erhielt zuletzt jedenfalls seit 8. Juni 2016 Leistungen der sozialen Pflegeversicherung nach dem Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) nach Pflegestufe III (Pflegesachleistung und/oder Pflegegeld) sowie Betreuungs- und Entlastungsleistungen (Bescheid der Pflegekasse vom 29. Juni 2016). Zum 1. Januar 2017 erfolgte die Überleitung in Pflegegrad 5 (Bescheid der Pflegekasse vom 5. Dezember 2016). Die Grundpflege erfolgte zunächst durch den ambulanten Pflegedienst R.

Am 21. Dezember 2016 verordnete der Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin Ra. wegen frühkindlichen Hirnschadens, PEG-Anlage (perkutane endoskopische Gastrostomie, Magensonde), Tracheostoma und Aspirationspneumonie häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungspflege als 24 Stundenpflege bei Heimbeatmung und künstlicher Ernährung mittels PEG für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017. Die Verordnung und der entsprechende Antrag der T (durch die Klägerin zu 1 als Betreuerin) wurden der Beklagten am 3. Januar 2017 durch den Pflegedienst R. übermittelt, der die spezielle Krankenbeobachtung bei Heimbeatmung durchführen sollte.

Nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung, über die T nicht unterrichtet wurde, bewilligte die Beklagte mit Bescheiden vom 15. und 17. Februar 2017 häusliche Krankenpflege (spezielle Krankenbeobachtung, 1:1 Versorgung) als Sachleistung für die Zeit vom 1. Januar bis 28. Februar sowie 1. März bis 31. Dezember 2017 im Umfange von bis zu 21,5 Stunden täglich. Die anzurechnende Grundpflege sei bei dem bewilligten Leistungsumfang bereits berücksichtigt. Diese Bescheide wurden nicht angefochten. Die häusliche Krankenpflege wurde in der Folge durch den Pflegedienst R. erbracht.

Am 4. Mai 2017 stellte Arzt Ra. eine neuerliche, inhaltsgleiche Verordnung über häusliche Krankenpflege nunmehr aber auch als Behandlungssicherungspflege für den Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017 aus. Mit Schreiben vom 17. Mai 2017, Eingang bei der Beklagten am 19. Mai 2017, teilte der ambulante Pflegedienst A. 24.de (im Folgenden A.) unter Übersendung der Verordnung und des Antrags der T mit, diese werde voraussichtlich ab dem 1. Juni 2017 durch sein Team der außerklinischen Intensivpflege versorgt. Die Versorgung der T sei mit 21,5 Stunden geplant. Dieser zeitliche Umfang wurde auch der angeführten Kostenaufstellung über einen durchschnittlichen monatlichen Betrag zugrunde gelegt. Die SGB XI-Leistungen würden mit der Pflegeversicherung abgerechnet und seien bereits bei der Behandlungspflege berücksichtigt.

Am 1. Juni 2017 schloss T, vertreten durch die Klägerin zu 1 als Betreuerin, mit A. einen Vertrag über die Erbringung ambulanter Pflege.

Nach Vorlage von Qualifikationsnachweisen der eingesetzten Pflegefachkräfte bewilligte die Beklagte mit Bescheid vom 12. Juni 2017 häusliche Krankenpflege (spezielle Krankenbeobachtung, 1:1 Versorgung) als Sachleistung für die Zeit vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017

im Umfange von bis zu 21,5 Stunden täglich durch den Pflegedienst A. Die anzurechnende Grundpflege sei bei dem bewilligten Leistungsumfang bereits berücksichtigt.

Mit Schreiben ihres Prozessbevollmächtigten vom 20. Juni 2017 beantragte T am 21. Juni 2017 die Überprüfung der Bescheide vom 15. und 17. Februar 2017 nach § 44 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) und legte Widerspruch gegen den Bescheid vom 12. Juni 2017 ein. Zu dessen Begründung führte sie aus, über den mit Einreichung der ärztlichen Verordnung vom 21. Dezember 2016 am 4. Januar 2017 gestellten Antrag habe die Beklagte nicht innerhalb der Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) entschieden. Die verordneten und beantragten Leistungen gelten daher ab dem 25. Januar 2017 als genehmigt. Der die fingierte Genehmigung einschränkende Bescheid vom 12. Juni 2017 erweise sich somit als rechtswidrig. Über den Widerspruch wurde bislang nicht entschieden.

Am 10. Juli 2017 erhob T durch ihren Prozessbevollmächtigten Klage beim Sozialgericht Karlsruhe (SG) mit dem Begehren, die Beklagte zu verurteilen, ihr vom „01.01.2017 bis 31.12.2017 Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsprechend der Verordnung vom 21.12.2016 im Umfang von 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche zu erbringen und die Klägerin von den Kosten dieser Leistungen freizustellen“. Der Anspruch ergebe sich aus der kraft Gesetzes eingetretenen Genehmigungswirkung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V, da die Beklagte über den Antrag nicht innerhalb der maßgeblichen Frist nach § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V, sondern erst mit den Bescheiden vom 15. und 17. Februar 2017 entschieden habe.

Am 5. März 2018 beantragte T beim SG im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes (S 6 KR 751/18 ER) die Verpflichtung der Beklagten, ihr vorläufig über bereits bewilligte 21,5 Stunden hinaus weitere Leistungen der häuslichen Krankenpflege von 2,5 Stunden täglich zu erbringen und sie von den Kosten dieser Leistungen freizustellen. Dieses Begehren stützte sie auf eine auch für das Jahr 2018 eingetretene Genehmigungsfiktion aufgrund eines Antrags vom 2. Januar 2018. Mit Beschluss vom 13. März 2018 lehnte das SG den Antrag ab. Der geltend gemachte Anspruch könne nicht auf die Genehmigungsfiktion gestützt werden, da es sich bei der weiteren häuslichen Krankenpflege von 2,5 Stunden täglich um eine außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegende Leistung handle. Nach § 17 Abs. 1b SGB XI i.V.m. Ziff. 4 und 7 der Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes zur Kostenabgrenzung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung bei Pflegebedürftigen, die einen besonders hohen Bedarf an behandlungspflegerischen Leistungen haben (Kostenabgrenzungs-Richtlinien) vom 16. Dezember 2016, die ihrerseits auf das Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 17. Juni 2010 (B 3 KR 7/09 R - juris, Rn. 13 ff.) Bezug nähmen, führe die anteilige Anrechnung der reinen Grundpflege auf die häusliche Krankenpflege dazu, dass sich lediglich eine Leistungspflicht der Krankenkasse in einem zeitlichen Umfang von 21,5 Stunden begründen lasse. Die hiergegen eingelegte Beschwerde der T wies das Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg mit Beschluss vom 17. April 2018 (L 5 KR 1017/18 ER-B) aus den Gründen der Ausgangsentscheidung zurück. Die dagegen erhobene Anhörungsrüge der T wurde als unzulässig verworfen (Beschluss vom 19. Juni 2018 – L 5 KR 1693/18 RG).

Zur weiteren Begründung ihrer Klage führte T aus, die Klage sei insbesondere nicht wegen fehlenden Rechtsschutzbedürfnisses unzulässig, vielmehr auch begründet. Aufgrund der eingetretenen Genehmigungsfiktion habe sie, T, einen Anspruch auf die verordneten und beantragten 24 Stunden häusliche Krankenpflege. Bewilligt habe die Beklagte aber ausdrücklich nur 21,5 Stunden täglich. Die Genehmigungsfiktion erfasse auch Leistungen, auf die materiell-rechtlich kein Anspruch bestehe. Die Anrechnung der Grundpflege nach dem Urteil des BSG vom 17. Juni 2010 ergebe sich nicht kraft Gesetzes und führe damit nicht dazu, dass eine 24-Stundenpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung per se ausgeschlossen sei. Zur Untermauerung ihres Vorbringens legte sie eine an sie gerichtete Rechnung von A. vom 30. Juni 2017 (Abrechnungszeitraum 1. bis 30. Juni 2017 bei Gesamtkosten von 23.400,00 € – Heimbeatmung, 30 Tage, 24 Stunden, 32,50 € pro Stunde –, Kostenanteil der Beklagten 20.962,50 €, Eigenanteil der T 2.437,50 €), ein an den Pflegedienst gerichtetes Schreiben des von der Beklagten mit der Abrechnungsprüfung beauftragten Unternehmens Interforum vom 9. August 2017 (Kürzung der eingereichten Rechnung um 81,25 € täglich wegen Überschreitung des bewilligten Höchstbetrages) sowie entsprechende Rechnungen von A. für Juli bis September 2017 vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Diese sei bereits unzulässig, da die Leistungsanträge in vollem Umfange bewilligt worden seien. Die lediglich formale Begrenzung auf einen Bewilligungsumfang von 21,5 Stunden täglich stelle keine Leistungskürzung im Vergleich zum verordneten Leistungsumfang dar, sondern trage allein der Anrechnung der anteiligen Grundpflege Rechnung. Es handle sich lediglich um Anrechnungsmodalitäten im Verhältnis zwischen Krankenkasse und Pflegedienst. Tatsächlich habe sie, die Beklagte, die Leistung durch den Pflegedienst als Sachleistung uneingeschränkt zur Verfügung gestellt. Die Anrechnung der Grundpflege entspreche dem Urteil des BSG vom 17. Juni 2010. Der von T zu tragende Eigenanteil sei gesetzlich bedingt und könne nicht durch eine Genehmigungsfiktion suspendiert werden.

Mit Schreiben des Kammervorsitzenden vom 26. April 2017 wies das SG T unter Verweis auf den Beschluss des LSG Baden-Württemberg vom 17. April 2018 (L 5 KR 1017/18 ER-B) auf eine fehlende Erfolgsaussicht der Klage hin und hörte sie – wie auch die Beklagte – zur geplanten Entscheidung durch Gerichtsbescheid an. Daraufhin lehnte T den Kammervorsitzenden wegen der Besorgnis der Befangenheit ab. Mit Beschluss vom 17. Mai 2018 (S 7 SF 1588/18 AB) wies eine andere Kammer des SG das Ablehnungsgesuch zurück.

Mit Gerichtsbescheid vom 28. Mai 2018 wies das SG die Klage ab. Die als allgemeine Leistungsklage zulässige Klage sei nicht begründet. T habe keinen Anspruch auf Bewilligung weitergehender Leistungen der häuslichen Krankenpflege und Kostenfreistellung für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017. Der geltend gemachte Anspruch könne nicht auf die Genehmigungsfiktion gestützt werden, da es sich bei der weiteren häuslichen Krankenpflege von 2,5 Stunden täglich aus den im Beschluss vom 13. März 2018 genannten Gründen um eine außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegende Leistung handle. Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien entfalteten, ohne dass ihnen Rechtssatzcharakter zukomme, eine gewisse Bindungswirkung auch im Außenverhältnis zu den Versicherten im Sinne einer Konkretisierung des Gesetzes und seien bei der Bestimmung des zeitlichen Umfanges des in § 37 Abs. 1 SGB V geregelten Anspruches auf häusliche Krankenpflege – auch im Falle einer Genehmigungsfiktion – zu beachten. Bedenken gegen die demokratische Legitimation des Spitzenverbandes für den Erlass der Kostenabgrenzungs-Richtlinien bestünden im Hinblick auf die gesetzliche Ermächtigungsgrundlage des § 17 Abs. 1b SGB XI nicht.

Gegen diesen ihr am 7. Juni 2018 zugestellten Gerichtsbescheid hat T am 9. Juli 2018 (Montag) Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt. Das SG habe bereits in fehlerhafter Besetzung entschieden und damit gegen das Recht auf den gesetzlichen Richter verstoßen. Der Kammervorsitzende habe den Gerichtsbescheid erlassen, obwohl zu diesem Zeitpunkt über ihr, der T, Ablehnungsgesuch noch nicht

abschließend entschieden gewesen sei. Sie habe gegen den Beschluss des SG vom 17. Mai 2018 (S 7 SF 1588/18 AB) am 24. Mai 2018 Anhörungsrüge erhoben. Über diese sei zum Zeitpunkt des Erlasses des Gerichtsbescheides und auch der Berufungseinlegung noch nicht entschieden worden. Des Weiteren hätten die Voraussetzungen für eine Entscheidung durch Gerichtsbescheid nicht vorgelegen, da das SG in diesem von einer gefestigten Rechtsprechung des BSG abgewichen sei. Seine Begründung, die von ihr begehrten Leistungen lägen ganz offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung, widerspreche der Rechtsprechung des BSG, wonach von der Genehmigungsfiktion nur Leistungen ausgeschlossen seien, von denen jedem Versicherten klar sein müsse, dass sie außerhalb dieses Kataloges lägen. Dies sei aber bei einer ausdrücklich im SGB V geregelten Leistung gerade nicht der Fall. In der Sache seien auch die weiteren Voraussetzungen der Genehmigungsfiktion erfüllt. Der Antrag auf häusliche Krankenpflege in Form der speziellen Krankenbeobachtung im Umfange von 24 Stunden täglich vom 27. Dezember 2016 sei durch Vorlage der ärztlichen Verordnung vom 21. Dezember 2016 hinreichend bestimmt und damit fiktionsfähig gewesen. Sie, T, habe diese Leistung aufgrund der ärztlichen Verordnung für erforderlich halten dürfen. Die Beklagte habe erst mit den Bescheiden vom 15. und 17. Februar 2017 über den Antrag entschieden und damit außerhalb der hier maßgeblichen Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V. Eine Einschränkung dieses Leistungsanspruches aufgrund fingierter Genehmigung ergebe sich nicht aus § 17 Abs. 1b SGB XI i.V.m. Ziff. 4 und 7 Kostenabgrenzungs-Richtlinien. So komme es im Rahmen der Genehmigungsfiktion bereits nicht auf die materielle Rechtslage an. Gesetzlich finde des Weiteren eine Leistungseinschränkung nicht statt; vielmehr blieben die Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach § 13 Abs. 2 SGB XI von denen der Pflegeversicherung unberührt. Ob der Spitzenverband der Pflegekassen überhaupt berechtigt sein könne, Regelungen für die Einschränkung von Leistungen der Krankenkassen zu schaffen, sei zweifelhaft. Jedenfalls dürften Leistungen, die – wie vorliegend – lebensnotwendig seien, nach Art. 2 Abs. 2 Satz 3 Grundgesetz (GG) nur aufgrund eines Gesetzes beschränkt werden. Dabei müsse es sich auch aufgrund von Art. 19 Abs. 2 GG um ein Parlamentsgesetz handeln. § 17 Abs. 1b SGB XI stelle aber nur eine Ermächtigungsgrundlage für untergesetzliche Normen dar. Eine Ermächtigung, Leistungsansprüche nach dem SGB V einzuschränken, enthalte die Norm ohnehin nicht. Die Kostenabgrenzungs-Richtlinien stellten des Weiteren reines Binnenrecht über Fragen der anteiligen Kostentragung zwischen Kranken- und Pflegeversicherung dar, dem keine Außenwirkung zukomme. Bei der häuslichen Krankenpflege in Form der speziellen Krankenbeobachtung handle es sich um eine teilbare Leistung, die jeden Tag aufs Neue erforderlich werde und in Anspruch genommen werde. Soweit sie, T, die Leistungen des Pflegedienstes bereits vor dem Ablauf der Genehmigungsfiktionsfrist in Anspruch genommen habe, stehe dies daher einem Anspruch aus fingierter Genehmigung nach Fristablauf nicht entgegen. Gesetzlich gelte nicht der Antrag als genehmigt, sondern die beantragte Leistung, die hier „täglich“ verordnet worden sei. Für die davorliegende Zeit sei die Beklagte jedenfalls nach § 6 Abs. 6 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie; HKP-RL) vom 9. Februar 2010 zur Übernahme der Kosten gegenüber dem Pflegedienst verpflichtet. Dies gelte jedenfalls für den Zeitraum ab Eingang der Verordnung bei der Beklagten (BSG, Urteil vom 20. April 2016 – B 3 KR 17/15 R – juris). Ergänzend hat T die Rechnungen von A. für den Zeitraum vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2017 vorgelegt; auf Bl. 43/45 der Senatsakten wird Bezug genommen.

Nachdem T verstorben war, haben deren Eltern den Rechtsstreit als deren Rechtsnachfolger fortgeführt und die Berufung für den Zeitraum von Januar bis Mai 2017 zurückgenommen (Protokoll über die nichtöffentliche Sitzung vom 19. Dezember 2019, Bl. 109 der Senatsakten). Ergänzend haben sie vorgetragen, die korrigierten Rechnungen von A., insbesondere nach Abzug der Leistungen der Pflegeversicherung, im Jahr 2018 bezahlt zu haben. Entgegen der Ansicht der Beklagten habe sich T die Leistung nicht vor Ablauf der Genehmigungsfiktionsfrist selbst beschafft. Der Wechsel in der Person des Leistungserbringers berühre nicht den Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen die Krankenkasse. Der Antrag der T vom 3. Januar 2017 habe sich nicht auf die in einem eigenen Abschnitt des Formulars enthaltene Erklärung des Pflegedienstes R., zur Durchführung der Pflege im Stande zu sein, bezogen. Gegenstand des Antrags seien nur die auf Seite 1 der Verordnung aufgeführten Leistungen sowie die mit Unterschrift des Versicherten bestätigten Angaben auf Seite 2. Der neuen Rechtsprechung des BSG, wonach eine fingierte Genehmigung keinen eigenständigen Sachleistungsanspruch vermittle, sondern nur eine vorläufige Rechtsposition zur Selbstbeschaffung, könne nicht gefolgt werden. Dies widerspreche der bisherigen Rechtsprechung des BSG. Bei unverändertem Gesetzeswortlaut und -zweck liege die Willkürlichkeit einer solchen Rechtsprechungsänderung auf der Hand. Auch überzeuge die Begründung der neuen Rechtsprechung nicht. § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V regle ausdrücklich, dass die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt gelte. Dies könne nichts anderes als ein fingierter Verwaltungsakt über eine entsprechende Bewilligung sein. Nach der neuen Auslegung des BSG wäre diese Regelung angesichts der in Satz 7 gesondert geregelten Kostenerstattungspflicht ohne eigenen Regelungsgehalt. Dem Gesetzgeber dürfe aber nicht unterstellt werden, inhaltsleere Vorschriften zu schaffen. Auch der Vergleich mit dem ohnehin erst später in Kraft getretenen § 18 Abs. 3 und 4 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) könne nicht überzeugen. Auch nach dieser Rechtsprechung sei die Beklagte jedoch wegen der Nichteinhaltung der Fristen des § 13 Abs. 3a SGB V bis zur bestandskräftigen Entscheidung über die Leistung zur Kostenerstattung bzw. -freistellung verpflichtet. In der Höhe begehrten sie die Zahlung des von den Sozialversicherungsträgern für den Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017 bislang nicht getragenen Eigenanteils an den Rechnungen von A. in Höhe von 2.999,50 € nebst Zinsen seit dem 9. Juli 2018 sowie 6.307,00 € (7 x 901,00 €). In letztgenannter Höhe sei T im genannten Zeitraum Pflegegeld entgangen. Diese habe seit dem 8. Juni 2016 Kombinationsleistungen der Pflegeversicherung bezogen. Da ihr gegen die Beklagte aufgrund der Genehmigungsfiktion ein Anspruch auf kalendertäglich weitere 2,5 Stunden häusliche Krankenpflege zugestanden habe, habe für die Erbringung von Pflegesachleistungen kein Raum mehr bestanden. Insoweit habe ihr ein „sozialrechtlicher Folgenbeseitigungsanspruch“ in Höhe des nicht gezahlten Pflegegeldes zugestanden (Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten der Kläger vom 26. März 2021; Bl. 147/148 der Senatsakten). Da die Beklagte sich hierzu sachlich eingelassen habe, liege eine zulässige Klageänderung vor. Die bei der Beklagten eingerichtete Pflegekasse sei beizuladen. Der gewählte Zinsbeginn orientiere sich nicht am Zeitpunkt der Berufungseinlegung, sondern am Zeitpunkt der erbrachten Zahlung der ungedeckten Kosten der Leistungen der häuslichen Krankenpflege. In der mündlichen Verhandlung vom 15. Oktober 2021 haben die Kläger das auf „entgangenes Pflegegeld“ gerichtete Begehren im vorliegenden Verfahren nicht mehr aufrechterhalten.

Die Kläger beantragen,

die Beklagte unter Abänderung des Gerichtsbescheides des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28. Mai 2018 zu verurteilen, an die Kläger zur Abdeckung der von keinem Sozialleistungsträger übernommenen Kosten der häuslichen Krankenpflege zugunsten der verstorbenen T im Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017 einen Betrag von 2.999,50 € nebst Zinsen seit dem 9. Juli 2018 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen und die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Über ihr erstinstanzliches Vorbringen hinaus hat sie ausgeführt, selbst wenn die Voraussetzungen für eine Genehmigungsfiktion vorlägen, würde deren Rechtsfolge am Fehlen der Kausalität zwischen vermeintlich verspäteter Bescheiderteilung und den der T entstandenen Kosten scheitern. Die Verordnung vom 21. Dezember 2016 sei der Beklagten erst am 4. Januar 2017 vorgelegt worden, so dass die Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V erst am 25. Januar 2017 ende. Zu diesem Zeitpunkt habe sich T die Leistungen jedoch bereits beschafft gehabt. Eine Aufspaltung des Zeitraums in Abschnitte vor und nach Fristablauf sei nicht möglich. Die in § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V geregelte Verpflichtung der Krankenkasse zur zügigen Entscheidung, an die die Genehmigungsfiktion anknüpfe, beziehe sich auf einen Antrag. Auch habe T nur einen Antrag auf eine dauerhafte Leistung gestellt, nicht tägliche Anträge. Für fiktive Teilgenehmigungen sei daher kein Raum. Es fehle an der notwendigen Kausalität zwischen dem durch den Fristablauf begründeten Vertrauenstatbestand und der Selbstbeschaffung der begehrten Leistungen. § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V regle als Voraussetzungen eines Anspruches auf Kostenerstattung aber eine Selbstbeschaffung nach Ablauf der Frist. T habe mit der Inanspruchnahme der Leistungen nicht den Ablauf der Genehmigungsfiktionsfrist abgewartet, sondern sich diese bereits zuvor selbst beschafft. Dies gelte auch für den zum 1. Juni 2017 erfolgten Wechsel zum neuen Pflegedienst A. Zum einen sei nicht ersichtlich, dass sich T hierbei über eine mögliche Rechtfertigung nach § 13 Abs. 3a SGB V überhaupt Gedanken gemacht habe. Zum anderen hätte sich eine Genehmigungsfiktion aufgrund des Antrags vom 3. Januar 2017 auf den dort genannten Pflegedienst R. bezogen, nicht aber auf den neu verpflichteten A. Dementsprechend habe T auch einen neuen Antrag unter Vorlage einer neuen Verordnung gestellt. Dieser könne eine Genehmigungsfiktion nicht vor dem 9. Juni 2017 auslösen. Zu diesem Zeitpunkt habe T die Leistungen des neuen Pflegedienstes jedoch bereits in Anspruch genommen gehabt. Dass sie die Leistung dringend benötigte und sich daher vor Ablauf der Frist beschafft habe, könne nicht im Rahmen der nur an den Fristablauf anknüpfenden Genehmigungsfiktion berücksichtigt werden. Insoweit komme nur ein Anspruch auf Kostenerstattung aus § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V wegen der Unaufschiebbarkeit der Leistung in Betracht. Dieser reiche aber nicht weiter als der Sachleistungsanspruch und bestehe daher nur in dem nach materiellem Leistungsrecht vorgesehenen Umfang, hier auf Übernahme der Vergütung in Höhe von 21,5 Stunden täglich. Die Rechtsprechungsänderung des BSG im Urteil vom 26. Mai 2020 (B 1 KR 9/18 R – juris) sei im vorliegenden Verfahren vollumfänglich zu berücksichtigen. Die Zahlungspflicht nach § 6 Abs. 6 HKP-RL bestehe nur, wenn die ärztliche Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt werde. Dies sei vorliegend nicht erfüllt. Auch im Hinblick auf den Klageantrag vom 26. März 2021 halte sie ihren Abweisungsantrag aufgrund ihres bisherigen Vorbringens insbesondere zur fehlenden Kausalität uneingeschränkt aufrecht (Schriftsatz vom 31. März 2021, Bl. 150/151 der Senatsakte). Dem geltend gemachten Zinsanspruch stehe § 44 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) als lex specialis entgegen.

Der Berichterstatter hat am 19. Dezember 2019 einen Erörterungstermin durchgeführt; auf das Protokoll hierüber (Bl. 108/111 der Senatsakten) wird Bezug genommen. Auf Antrag der Kläger hat der Senat die Akten des Amtsgerichts Karlsruhe (AG) über den Rechtsstreit der Kläger mit dem Pflegedienst A. (8 C 2721/19) beigezogen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakte der Beklagten, der Verfahrensakten des Senats und des SG sowie der beigezogenen Akten des AG (8 C 2721/19) verwiesen.

Entscheidungsgründe

1. Die nach § 151 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Kläger ist zulässig, insbesondere statthaft gemäß §§ 105 Abs. 2 Satz 1, 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG. Denn bereits das Begehren bei Einlegung der Berufung durch T, die Freistellung von den Kosten für häusliche Krankenpflege im Umfang von weiteren 2,5 Stunden täglich für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Dezember 2017, überschritt mit einem täglichen Betrag von 81,25 € jedenfalls ab dem 1. Juni 2017, die Beschwerdewertgrenze von 750,00 €.

2. a) Gegenstand des Berufungsverfahrens ist das Begehren der Kläger nunmehr auf Kostenerstattung für weitere häusliche Krankenpflege im Umfang von weiteren 2,5 Stunden täglich für die Zeit vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017, das die Kläger zuletzt auf 2999,50 € beziffert haben (Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten der Kläger vom 26. März 2021). Für die Zeit vom 1. Januar bis 31. Mai 2017 haben die Kläger die Berufung im Erörterungstermins vom 19. Dezember 2019 zurückgenommen. Wie bereits T machen die Kläger ausschließlich ein (isoliertes) Leistungsbegehren zunächst auf Freistellung, nunmehr auf Erstattung von weiteren Kosten für häusliche Krankenpflege geltend. Ein Anfechtungsbegehren insbesondere gegen den Bescheid vom 12. Juni 2017 haben weder die Kläger noch zuvor T gerichtlich erhoben. Dies ergibt sich zunächst aus den von T und den Klägern, die durchgehend rechtskundig vertreten waren, jeweils schriftlich formulierten Anträgen. Bereits in der Klageschrift vom 10. Juli 2017 beantragte T, die Beklagte zu verurteilen, ihr vom „01.01.2017 bis 31.12.2017 Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsprechend der Verordnung vom 21.12.2016 im Umfang von 24 Stunden täglich an 7 Tagen in der Woche zu erbringen und die Klägerin von den Kosten dieser Leistungen freizustellen“. Eine Anfechtung eines Verwaltungsaktes wurde damit nicht formuliert. Der Bescheid vom 12. Juni 2017 wird ebenso wenig genannt wie die – nicht mit Widerspruch angefochtenen – Bescheide vom 15. und 17. Februar 2017. Die ebenfalls rechtskundig erstellte Berufungsschrift vom 9. Juli 2018 enthält hinsichtlich des Klagebegehrens einen identischen Antrag. Dass keine Kassation von Verwaltungsakten, sondern allein eine Verurteilung der Beklagten zu einer Leistung begehrt wird, entspricht auch der weiteren Begründung der Klage und Berufung. Nach der Rechtsansicht der jeweils rechtsanwaltlich vertretenen Kläger und T ergebe sich der Anspruch bereits aus der kraft Gesetzes eintretenden Genehmigungswirkung des § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V, was mit der allgemeinen Leistungsklage (§ 54 Abs. 5 SGG; BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 8) geltend gemacht werden könne. Damit ist für eine Auslegung, die Klage habe sich auch als Anfechtungsklage gegen die Bescheide vom 15. und 17. Februar 2017 oder den Bescheid vom 12. Juni 2017 gerichtet, gegen den Wortlaut des ausdrücklich formulierten Klagebegehrens kein Raum. Diese sind nicht Gegenstand des Klageverfahrens.

b) Nicht Gegenstand des Berufungsverfahrens ist ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V. Die Kläger berufen sich – wie bereits zuvor T – allein auf eine fingierte Genehmigung nach § 13 Abs. 3a SGB V. Sie haben hingegen nicht geltend gemacht und vorgetragen, die Beklagte habe, wie in § 13 Abs. 3 SGB V vorausgesetzt, eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen können oder eine Leistung durch Verwaltungsakt zu Unrecht abgelehnt, wodurch der T bzw. ihnen die Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden seien. Vielmehr berufen sich die Kläger insbesondere auch darauf, dass der Anspruch aufgrund der Genehmigungsfiktion – anders als der Anspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V – nicht durch den Umfang des materiell-rechtlichen Sachleistungsanspruches begrenzt sei. Statthafte Klageart für den auf § 13 Abs. 3 SGB V gestützten Erstattungs- oder Freistellungsanspruch wäre des Weiteren die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 4 SGG (Helbig, in: Schlegel/Voelzke, jurisPK-SGB V, Stand Juni 2021, § 13 Rn. 194 m.w.N.).

Eine solche wurde jedoch, wie oben dargestellt, zu keinem Zeitpunkt erhoben.

c) Das mit Schriftsatz vom 26. März 2021 geltend gemachte Begehren auf Verurteilung der Beklagten zur Zahlung weiterer 6.307,00 € für im Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017 „entgangenes Pflegegeld“ haben die Kläger in der mündlichen Verhandlung vom 15. Oktober 2021 im vorliegenden Verfahren nicht mehr aufrechterhalten.

3. Die Pflegekasse war – entgegen der Auffassung der Kläger – nicht zum vorliegenden Verfahren beizuladen. Nach § 75 Abs. 1 Satz 1 SGG kann das Gericht von Amts wegen oder auf Antrag andere, deren berechtigte Interessen durch die Entscheidung berührt werden, beiladen. Sind an dem streitigen Rechtsverhältnis Dritte derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihnen gegenüber nur einheitlich ergehen kann oder ergibt sich im Verfahren, dass bei der Ablehnung des Anspruchs ein anderer Versicherungsträger, ein Träger der Grundsicherung für Arbeitsuchende, ein Träger der Sozialhilfe, ein Träger der Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz oder in Angelegenheiten des sozialen Entschädigungsrechts ein Land als leistungspflichtig in Betracht kommt, so sind sie beizuladen (Abs. 2).

Die Voraussetzungen einer notwendig einheitlichen Entscheidung (Abs. 2 Alt. 1) liegen nicht vor. Der geltend gemachte Anspruch aus einer fingierten Genehmigung nach § 13 Abs. 3a SGB V besteht allein im Verhältnis zwischen dem Versicherten und der Krankenkasse. Er stellt mithin einen anderen Regelungsgegenstand dar als der Anspruch auf Grundpflege nach dem SGB XI. Er betrifft auch nicht die Abgrenzung der Ansprüche auf häusliche Krankenpflege nach § 37 SGB V und auf Grundpflege nach dem SGB XI. Vielmehr machen die Kläger insoweit gerade geltend, dass der Anspruch aus fingierter Genehmigung über den materiell-rechtlichen Sachleistungsanspruch aus § 37 SGB V hinausgehe. Die Pflegekasse nimmt somit am Rechtsverhältnis aus einer Genehmigungsfiktion nicht teil. Eine alternative Leistungszuständigkeit der Pflegekasse besteht nicht. Der Anspruch aus der Genehmigungsfiktion aus dem SGB V kann nur die Krankenkasse treffen, nicht aber die Pflegekasse nach dem SGB XI, das keinen solchen Anspruch vorsieht. Schließlich machen die Kläger insoweit der Höhe nach gerade einen Anspruch geltend, der über den Betrag der Höchstleistungsgrenze der Pflegeversicherung liegt. Dies ergibt sich aus der im Schriftsatz des Prozessbevollmächtigten der Kläger vom 26. März 2021 angeführten Berechnung. Der dort ausgewiesene Differenzbetrag ist Resultat u.a. der Subtraktion des bereits von der Pflegekasse erbrachten Höchstbetrags.

4. Die Berufung der Kläger ist nicht begründet. Das SG hat die Klage aus der behaupteten fingierten Genehmigung im Ergebnis zu Recht zurückgewiesen.

a) Der angefochtene Gerichtsbescheid des SG ist nicht bereits wegen eines Verfahrensfehlers aufzuheben. Denn die Voraussetzungen des § 159 Abs. 1 Nr. 2 SGG liegen nicht vor. Danach kann das Landessozialgericht durch Urteil die angefochtene Entscheidung aufheben und die Sache an das Sozialgericht zurückweisen, wenn das Verfahren an einem wesentlichen Mangel leidet und aufgrund dieses Mangels eine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme notwendig ist.

Die Kläger haben zwar einen Verfahrensmangel in diesem Sinne gerügt, indem sie geltend machen, das SG habe in einer unzulässigen Besetzung entschieden (§ 202 SGG i.V.m. § 547 Nr. 1 Zivilprozessordnung) und damit auch gegen das Recht auf den gesetzlichen Richter verstoßen. Einerseits sei der Kammervorsitzende durch das noch nicht abschließend beschiedene Ablehnungsgesuch an der Entscheidung gehindert gewesen. Andererseits hätten die Voraussetzungen für eine Entscheidung durch Gerichtsbescheid nach § 105 Abs. 1 Satz 1 SGG nicht vorgelegen, so dass das SG nicht ohne ehrenamtliche Richter hätten entscheiden dürfen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGG). Ob diese Verfahrensfehler tatsächlich vorliegen, kann dahinstehen. Denn ein solcher Mangel, auch ein solcher Verfassungsverstoß, wird durch die Sachentscheidung des LSG geheilt (BSG, Urteil vom 22. Mai 1984 – 6 RKa 15/83 – juris, Rn. 9; Hessisches LSG, Urteil vom 12. Juni 2017 – L 9 U 168/16 – juris, Rn. 26 m.w.N.). Die weitere Voraussetzung für eine Zurückverweisung lag nicht vor. Denn eine umfangreiche und aufwändige Beweisaufnahme war vorliegend nicht notwendig.

b) Die Klage ist als allgemeine Leistungsklage nach § 54 Abs. 5 SGG statthaft. Denn die Kläger berufen sich ausdrücklich auf einen Anspruch aus fingierter Genehmigung. Dieser war – zumindest nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG zur Genehmigungsfiktion – im Wege der allgemeinen Leistungsklage zu verfolgen (vgl. BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 8). Da die Kläger gerade geltend machen, der neuen Rechtsprechung des BSG zu § 13 Abs. 3a SGB V sei nicht zu folgen, entspricht diese Klageart dem von ihnen verfolgten Klagebegehren aus der nach ihrer Ansicht bestehenden Anspruchsgrundlage. Jedenfalls können sich die Kläger aufgrund der verfassungsrechtlichen Garantie effektiven Rechtsschutzes für die Zulässigkeit der allgemeinen Leistungsklage weiterhin auf die genannte bisherige ständige Rechtsprechung des BSG berufen (BSG, Urteil vom 26. Mai 2020 – B 1 KR 9/18 R – juris, Rn. 8). Eine daneben tretende Anfechtungsklage haben, wie oben dargestellt, weder die Kläger noch T erhoben. Ohnehin wäre eine solche derzeit nicht zulässig, da ein Widerspruchsbescheid zum Bescheid vom 12. Juni 2017 bislang nicht ergangen ist (§ 78 Abs. 1 Satz 1 SGG).

Dass die Kläger statt der früher geltend gemachten Sachleistung bzw. Kostenübernahme wegen zwischenzeitlicher erfolgter Zahlung an den Pflegedienst nunmehr eine Kostenerstattung geltend machen, stellt nach § 153 Abs. 1 i.V.m. § 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG keine an den Voraussetzungen des § 99 Abs. 1 SGG zu messende Klageänderung dar und ist daher zulässig.

c) Die auf Kostenerstattung gerichtete Klage ist nicht begründet.

aa) Allerdings sind die Kläger als Sonderrechtsnachfolger ihrer ledig und kinderlos verstorbenen Tochter (§ 56 Abs. Satz 1 Nr. 3, Satz 2 SGB I) insoweit aktivlegimiert. Denn T lebte bis zur ihrem Tod in deren Haushalt. Die Sonderrechtsnachfolge erstreckt sich auf einen Kostenerstattungsanspruch, wenn diesem – wie vorliegend die häusliche Krankenpflege – eine laufende Leistung zugrunde liegt (BSG, Beschluss vom 1. April 2019 – B 1 KR 1/19 B – juris, Rn. 8 m.w.N.).

bb) Die Kläger haben als Sonderrechtsnachfolger der T keinen Anspruch auf Kostenerstattung aus § 13 Abs. 3a SGB V.

Nach dessen Satz 1 bis 3 hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Der Medizinische Dienst nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten

unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich oder elektronisch mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet (Satz 5 bis 7).

(1) Nicht streiterheblich ist, ob die Genehmigungsfiktion zu einer fingierten Genehmigung einer beantragten Leistung führt, die der Bewilligung der beantragten Leistung durch einen Leistungsbescheid gleichsteht (so noch BSG, Urteil vom 11. Juli 2017 – B 1 KR 26/16 R – juris, Rn. 8) oder dem Versicherten eine Rechtsposition sui generis vermittelt, die es ihm erlaubt, sich die Leistung (bei Gutgläubigkeit) selbst zu beschaffen, und der Krankenkasse nach erfolgter Selbstbeschaffung verbietet, eine beantragte Kostenerstattung mit der Begründung abzulehnen, nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe kein Rechtsanspruch auf die Leistung (so nunmehr BSG, Urteile vom 26. Mai 2020 – B 1 KR 9/18 R – juris, Rn. 10 und vom 18. Juni 2020 – B 3 KR 14/18 R – juris, Rn. 13). Denn die Kläger begehren gerade keine Sachleistung (mehr), sondern die Kostenerstattung. Insbesondere aber reicht ein Anspruch nach § 13 Abs. 3a SGB V nicht über die Leistungen hinaus, die die Beklagte für den streitbefangenen Zeitraum mit Bescheid vom 12. Juni 2017 bereits bewilligt hat. Denn T hatte bereits keine weitergehenden Leistungen beantragt.

(a) Maßgeblich ist vorliegend allein der Antrag vom 19. Mai 2017 (Eingang bei der Beklagten), mit dem häusliche Krankenpflege für den hier streitbefangenen Zeitraum ab dem 1. Juni 2017 beantragt wurde. Dieser hatte aber entgegen der Auffassung der Kläger keine Kostenübernahme für häusliche Krankenpflege im Umfang von täglich 24 Stunden durch die beklagte Krankenkasse zum Gegenstand, sondern lediglich von 21,5 Stunden täglich.

Dies ergibt sich aus Folgendem: Sofern das Sozialrecht keine speziellen Regelungen trifft, finden bei der Auslegung von Willenserklärungen – wie eines Antrags – die Vorschriften des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB) Anwendung. Der daher entsprechend anwendbare § 133 BGB erfordert die Feststellung des (normativ) in Wahrheit Gewollten nach Maßgabe des Empfängerhorizonts auf der Grundlage aller im Einzelfall als einschlägig in Betracht kommenden Umstände. Maßgebend für die Auslegung eines Antrags ist daher – unter Berücksichtigung aller Umstände – der erkennbare wirkliche Wille des Antragstellers. Die Auslegung hat nach dem Grundsatz der Meistbegünstigung zu erfolgen. Danach ist, sofern eine ausdrückliche Beschränkung auf eine bestimmte Leistung nicht vorliegt, davon auszugehen, dass der Antragsteller die nach der Lage des Falls ernsthaft in Betracht kommenden Leistungen begehrt, unabhängig davon, welchen Ausdruck er gewählt hat (vgl. BSG, Beschluss vom 2. Oktober 2020 – B 9 SB 10/20 B – juris, Rn. 16 m.w.N.; Urteil vom 24. April 2015 – B 4 AS 22/14 R – juris, Rn. 19 m.w.N.; Urteil vom 30. Oktober 2014 – B 5 R 8/14 R – juris, Rn. 32 m.w.N.).

(b) Am 19. Mai 2017 reichte der Pflegedienst A. bei der Beklagten die Verordnung des Arztes Ra. vom 4. Mai 2017 über häusliche Krankenpflege als Krankenhausvermeidungs- und Behandlungssicherungspflege als 24 Stundenpflege bei Heimbeatmung und künstlicher Ernährung mittels PEG für die Zeit vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017 ein. Der damit auch durch das Formular verbundene, von der Klägerin zu 1 als gesetzliche Vertreterin der T unterzeichnete Antrag bezog sich ausdrücklich auf den genannten Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017, konkretisierte deren Haushalt als Leistungsort und enthielt die Bestätigung, dass die verordneten Maßnahmen nicht durch eine im Haushalt lebende Person erbracht werden könnten. In dem Schreiben des Pflegedienstes vom 17. Mai 2017, mit dem er Verordnung und Antragsformular an die Beklagte übersandte, teilte er allerdings zeitgleich mit, dass die Versorgung der T mit 21,5 Stunden täglich geplant sei. Dieser zeitliche Umfang wurde auch der angeführten Kostenaufstellung über einen durchschnittlichen monatlichen Betrag zugrunde gelegt. Die SGB XI-Leistungen würden mit der Pflegeversicherung abgerechnet und seien bereits bei der Behandlungspflege berücksichtigt. Nach den erkennbaren Umständen war der Antrag daher von vornherein ausdrücklich auf eine Kostenübernahme im Umfang von 21,5 Stunden gerichtet. Nur so ließ sich aus dem maßgeblichen Empfängerhorizont eines objektiven Dritten in der Stellung der Beklagten das Antragsbegehren aufgrund der Angabe der genauen Stundenzahl (ausdrücklich 21,5 Stunden) und der Kostenaufstellung (aufgrund 21,5 Stunden) verstehen. Soweit die Verordnung undifferenziert eine 24-Stundenpflege bezeichnete, wurde dies im Schreiben vom 17. Mai 2017 präzisiert, dass die restlichen 2,5 Stunden täglich über Leistungen der Pflegeversicherung abgedeckt würden, also gerade nicht von der beklagten Krankenkasse begehrt werden. Aufgrund dieser ausdrücklichen Beschränkung des Antrags kann eine Auslegung nach dem Grundsatz der Meistbegünstigung zu keinem anderen Ergebnis führen. Die Kläger können sich insoweit auch nicht mit Erfolg darauf berufen, bei dem Schreiben des Pflegedienstes handle es sich nicht um eine Erklärung der T. Weder T noch ihre gesetzlichen Vertreter haben selbst einen Antrag bei der Beklagten gestellt. Die Verordnung und das damit verbundene Antragsformular wurden nicht von diesen selbst eingereicht, sondern allein vom Pflegedienst. Da sich T für die Antragstellung des Pflegedienstes bediente, war es für einen objektiven Dritten als Erklärungsempfänger nicht erkennbar, dass eine Kostenübernahme über den im Schreiben vom 17. Mai 2017 ausdrücklich genannten zeitlichen Umfang hinaus begehrt werden könnte. T hatte auch zuvor zu keinem Zeitpunkt zum Ausdruck gebracht, dass die Kostenübernahme durch die Beklagte im Umfang von 21,5 Stunden täglich nicht als ausreichend angesehen werde. Insbesondere hatte sie die entsprechenden Bewilligungsbescheide vom 15. und 17. Februar 2017 für den davorliegenden Zeitraum nicht angefochten.

(c) Auf den früheren Antrag vom 3. Januar 2017 kann insoweit nicht mehr abgestellt werden. Unabhängig von der Frage, ob ein neuer Antrag allein wegen des Wechsels des Leistungserbringers nötig gewesen wäre, ergab sich diese Notwendigkeit schon aufgrund der geänderten Zweckrichtung der häuslichen Krankenpflege. So erfolgte die mit dem damaligen Antrag eingereichte Verordnung der häuslichen Krankenpflege vom 21. Dezember 2016 als Krankenhausvermeidungspflege, während die am 19. Mai 2017 vorgelegte Verordnung vom 4. Mai 2017 nunmehr für den Zeitraum vom 1. Juni bis 31. Dezember 2017 auch Behandlungssicherungspflege umfasste. Auch die Angabe eines konkreten zeitlichen Umfangs täglich grenzte den Antrag vom 19. Mai 2017 vom früheren Antrag ab. Schließlich brachte T selbst durch den neuen Antrag zum Ausdruck, am früheren nicht mehr festzuhalten, sondern für die Zeit ab dem 1. Juni 2017 ein neuerliches Leistungsbegehren an die Beklagte zu richten. Dementsprechend hätte sich selbst ein – unterstellter – fingierter Bewilligungsbescheid aufgrund des Antrags vom 3. Januar 2017 auf sonstige Weise erledigt (vgl. § 39 Abs. 2 SGB X). Schließlich erfolgte auch die Selbstbeschaffung der Leistung nach dem Antrag vom 19. Mai 2017, nicht aufgrund des Antrags vom 3. Januar 2017. Dies zeigt sich auch daran, dass die Selbstbeschaffung durch Vertrag mit dem im Antrag vom 19. Mai 2017 genannten Leistungserbringer, Pflegedienst A., erfolgte.

(2) Dem Begehren der Kläger steht des Weiteren die fehlende Kausalität zwischen dem Fristablauf auf den Antrag vom 19. Mai 2017 und der Selbstbeschaffung der Leistung durch den Abschluss des Pflegevertrages mit dem Pflegedienst A. entgegen.

(a) Bereits nach dem eindeutigen gesetzlichen Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V ist die Krankenkasse zur Kostenerstattung nur verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte eine erforderliche Leistung „nach Ablauf der Frist“ selbst beschaffen. Kosten, die für eine

bereits vor Fristablauf beschaffte Leistung anfallen, sind mithin nicht zu erstatten. Auch nach bisheriger Rechtsprechung war im Tatbestandsmerkmal „nach Ablauf der Frist“ die Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V vorausgesetzt (BSG, Urteil vom 8. März 2016 – B 1 KR 25/15 R – juris, Rn. 20), so dass die Erstattung vorzeitig beschaffter Leistungen nicht aufgrund Genehmigungsfiktion beansprucht werden kann (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 31. Januar 2018 – L 5 KR 3232/16 – n.v.). Auch bei Annahme eines fingierten Verwaltungsaktes tritt keine „rückwirkende“ Genehmigung einer bereits selbst beschafften Leistung ein. Nichts anderes ergibt sich bei Annahme einer nur vorläufigen Rechtsposition(BSG, Urteil vom 25. März 2021 – B 1 KR 22/20 R – juris, Rn. 19; Senatsurteil vom 10. August 2020 – L 4 KR 714/19 – n.v.). Denn ein Vertrauenstatbestand des Versicherten kann nach dem klaren Wortlaut des § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V nicht entstehen.

(b) Maßgeblich ist, wie oben festgestellt, der Antrag vom 19. Mai 2017. Entgegen der Ansicht der Kläger kommt eine „Teilung“ der selbstbeschafften Leistung in einen Zeitraum vor und nach Eintritt der Genehmigungsfiktion nicht in Betracht. Nach der gesetzlichen Systematik des § 13 Abs. 3a SGB V bezieht sich die als genehmigt geltende „Leistung“ (Satz 6) wie auch die selbstbeschaffte „Leistung“ (Satz 7) auf die beantragte Leistung. Dem Antrag kommt die leistungsbestimmende Wirkung zu, da die Regelungen des Abs. 3a Satz 6 und 7 die verspätete Bescheidung des Antrags sanktionieren sollen. Bei der am 19. Mai 2017 beantragten Leistung handelte es sich nicht, wie die Kläger meinen, um eine teilbare Leistung, die jeden Tag aufs Neue erforderlich und in Anspruch genommen werde. Beantragt wurde entsprechend der ärztlichen Verordnung vielmehr häusliche Krankenpflege, die auf die in der Verordnung genannte Dauer aus dem dort genannten medizinischen Grund täglich erbracht werden sollte. Es handelt sich mithin um eine laufende Leistung, die aus demselben Rechtsgrund für eine bestimmte Dauer in regelmäßigen Zeitabständen zu erbringen ist. Dementsprechend hat sich auch T durch den Abschluss des Pflegevertrags mit A. eine solche laufende Leistung durch einen einmaligen Beschaffungsakt, den Vertragsschluss, selbst beschafft.

(c) T hatte sich die Leistungen der häuslichen Krankenpflege vor Ablauf auch der kürzesten der in § 13 Abs. 3a SGB V vorgesehenen Fristen selbst beschafft. Ausgehend von der Antragstellung am 19. Mai 2017 endete die Drei-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V gemäß § 26 Abs. 1 und 3 Satz 1 SGB X i.V.m. §§ 187 Abs. 1, 188 Abs. 2 BGB am 9. Juni 2017 (Freitag). Bereits am 1. Juni 2017 hatte jedoch T, vertreten durch die Klägerin zu 1 als Betreuerin, mit A. einen Vertrag über die Erbringung ambulanter Pflege geschlossen. Dies entnimmt der Senat der in den beigezogenen Akten des AG (8 C 2721/19, dort Bl. 80 ff.) enthaltenen Vertragsurkunde vom 1. Juni 2017. Nicht maßgeblich ist insoweit, worauf die Beklagte zutreffend hingewiesen hat, dass T auf die Leistung der häuslichen Krankenpflege i.S. einer speziellen Krankenbeobachtung dringend angewiesen war. Die Dringlichkeit der Leistung spielt im Rahmen des § 13 Abs. 3a SGB V keine Rolle. Denn diese Regelung soll nur eine Nichtentscheidung in gesetzlich geregelten Fristen sanktionieren. Für unaufschiebbare Leistungen gelten allein die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V. Ein solcher Anspruch wird vorliegend aber nicht geltend gemacht.

(d) Hinzu kommt, dass die T bzw. die Kläger vorfestgelegt waren, weil sie die Entscheidung der Beklagten über ihren Antrag vom 19. Mai 2017 nicht abwarteten, sondern bereits am 1. Juni 2017 den Pflegvertrag mit dem Pflegedienst A. unterzeichneten. In diesem Fall fehlt es an der Ursächlichkeit zwischen der Leistungsbeschaffung und der verspäteten Entscheidung der Beklagten. Eine Vorfestlegung (und damit ein fehlender Kausalzusammenhang) liegt vor, wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat, wenn er also fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte (BSG, a.a.O.). Ein Kostenerstattungsanspruch wird im Falle einer solchen Vorfestlegung auch nicht dadurch „wiedereröffnet“, dass die Krankenkasse die in § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V geregelte Entscheidungsfrist verstreichen lässt. Solange die Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V nicht abgelaufen ist, hat die Krankenkasse die Pflicht und das Recht, über die begehrte Leistung eine Entscheidung zu treffen. Erst wenn sie sich dafür ungebührlich lange Zeit lässt, wandelt sich der Sachleistungsanspruch in einen Kostenerstattungsanspruch um, soweit Leistungen dann tatsächlich in Anspruch genommen werden. Hat ein Versicherter schon zuvor eigenmächtig das Sachleistungsprinzip infolge Vorfestlegung „verlassen“, ist auch der Anwendungsbereich des in § 13 Abs. 3a SGB V normierten Systemversagens nicht gegeben. Die Vorfestlegung des Versicherten, nicht dagegen die verstrichene Frist, ist dann ursächlich für die dem Versicherten entstandenen Kosten (BSG, a.a.O.).

cc) Ein Anspruch auf Kostenerstattung ergibt sich – für die Zeit vom 1. bis 12. Juni 2017 – auch nicht aus § 6 Abs. 6 HKP-RL. Denn die Beklagte hat auch für diesen Zeitraum Leistungen in dem Umfange bewilligt und getragen, wie sie beantragt waren (s.o.).

dd) Mangels Anspruch auf die geltende gemachte Hauptforderung besteht auch kein Anspruch auf Verzinsung.

5. Die Kostenentscheidung für das Berufungsverfahren beruht auf § 193 Abs. 1 Satz 1 SGG. Die Entscheidung über die Kosten der Klage vom 26. März 2021 bleibt dem SG vorbehalten (§§ 153 Abs. 1, 98 Satz 1 SGG i.V.m. § 17b Abs. 2 Satz 1 GVG).

6. Die Revision war nicht zuzulassen, da Gründe hierfür (vgl. § 160 Abs. 2 SGG) nicht vorliegen.

Rechtskraft
Aus
Saved
2022-08-25