S 12 KR 150/09

Land
Hessen
Sozialgericht
SG Kassel (HES)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
12
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12 KR 150/09
Datum
07.04.2011
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
1. Ein Anspruch eines Pflegedienstes auf Vergütung erbrachter Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsteht grundsätzlich nur, wenn die Krankenkasse diese genehmigt hat, wobei es sich um eine Auftragserteilung gegenüber dem Pflegedienst im konkreten Leistungsfall handelt, die gleichzeitig den Umfang des Auftrages festlegt, also auch erst mit der Genehmigung ein wirksamer Auftrag vorliegt, im Rahmen dessen der Pflegedienst tätig werden kann (Anlehnung an Landessozialgericht für das Land Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 26. August 2010, L 5 KR 105/09).

2. Die Vertrauensschutzregelung, ausweislich derer eine Krankenkasse rechtsgültig verordnete und ordnungsgemäß erbrachte Leistungen bis zur Entscheidung der Krankenkasse über die Genehmigung der Verordnung entsprechend der verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen zu tragen hat, begründet noch keine Fälligkeit der Vergütung.

3. Vergütungsansprüche vertraglicher Leistungserbringer entstehen unabhängig von einer tatsächlichen ordnungsgemäßen Leistungserbringung vielmehr erst dann, wenn ärztliche Verordnungen im vom Leistungserbringer zu prüfenden Umfang gültig sind und der Leistungserbringer selbst die Abrechnungsvorschriften einhält.

4. Zum Anspruch auf Erstattung vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten im Leistungserbringungsrecht als Verzugsschaden.
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Klägerin hat einschließlich der Kosten der Beklagten insgesamt die Kosten des Rechtsstreits zu tragen.

3. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligen ist ein Zahlungsanspruch in Höhe von 414,26 EUR zzgl. Zinsen im Streit.

Die Klägerin ist ein ambulanter Pflegedienst, der als Gesellschaft bürgerlichen Rechts (GbR) betrieben wird und als anerkannter vertraglicher Leistungserbringer nach dem Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) auch Leistungen gegenüber Versicherten der Beklagten erbringt.

Im Jahr 2009 kam es zwischen der Klägerin und verschiedenen Krankenkassen schließlich zu Abrechnungsstreitigkeiten. Dies auch hinsichtlich Leistungen, die die Klägerin im April 2009 gegenüber verschiedenen, bei der Beklagten in der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Versicherten im Rahmen der häuslichen Krankenpflege jeweils auf der Grundlage ärztlicher Verordnungen erbracht hatte, hier der Versicherten C., D., E. und F ... Insoweit hatte die Klägerin der Beklagten über deren Abrechnungsstelle, die G. GmbH für jeweils im April 2009 erbrachte häusliche Krankenpflege unter dem 2. Mai 2009, die Versicherte C. betreffend, 884,70 EUR in Rechnung gestellt, am 3. Mai 2009, die Versicherte D. betreffend, weitere 680,30 EUR, am 5.Mai 2009, die Versicherte E. betreffend, weitere 19,48 EUR und am 4. Mai 2009, den Versicherten F. betreffend, weitere 528,62 EUR, wobei sämtliche Rechnungen eine Zahlungsfrist von 30 Tagen nach Rechnungsstellung aufwiesen und hinsichtlich sämtlicher Rechnungen bzw. Leistungszeiträume noch keine Genehmigung oder allenfalls Teilgenehmigungen der ärztlichen Verordnungen durch die Beklagte vorlagen.

Letzteres mit der Folge, dass die G. GmbH, jeweils in voller Höhe, am 25. Mai 2009 die Rechnung vom 4. Mai 2009, den Versicherten F.

betreffend, zurückwies und jeweils am 26. Mai 2009, die die weiteren o.a. Versicherten C., D. und E. betreffenden Rechnungen vom 2. Mai, 3. Mai und 5. Mai 2009. Dies jeweils mit der Begründung, dass die Abrechnungsunterlagen zusammen mit den Original-Genehmigungen einzureichen seien. Insoweit wurde die Klägerin seitens der G. GmbH um Überprüfung und ggf. um Neueinreichung gebeten, wobei die Genehmigungen der Klägerin dann zwar im Zeitpunkt der jeweiligen Rechnungsstellung noch nicht vorgelegen hatten, nach dem weiteren eigenen Vorbringen der Klägerin dann aber teilweise oder vollständig noch vor den durch die G. GmbH erfolgten Zurückweisungen der vorgenannten Rechnungen, ohne dass die Genehmigungen zuvor noch nachgereicht worden wären bzw. der G. GmbH zumindest nachweisbar vorgelegen hätten. Die Klägerin sah die Zurückweisungen der Rechnungen im Weiteren als endgültige Ablehnung eines Ausgleichs der in Rechnung gestellten Kosten an und schaltete ihre jetzige Prozessbevollmächtigte in das Abrechnungsverfahren ein, die wiederum - soweit diese noch nicht verstrichen war - die o.a. 30-tägige Zahlungsfrist abwartete und sich dann, jeweils gesondert, mit Schreiben vom 2. Juni 2009 an die G. GmbH wandte, mit den vorgenannten Schreiben erneut die Abrechnungsunterlagen übersandte, diesen auch die zwischenzeitlich vorliegenden Genehmigungen beifügte, den jeweiligen Rechnungsbetrag anmahnte und gleichzeitig, die Rechnungen C., D. und F. betreffend, als Verzugsschaden Rechtsanwaltskosten in Höhe von jeweils 120,67 EUR zur Zahlung geltend machte sowie die Rechnung E. betreffend, solche in Höhe weiterer 46,41 EUR. Als Geschäftswert lag der Berechnung dieser Kosten dabei der jeweils offene und angemahnte Rechnungsbetrag zu Grunde. Gleichzeitig wurden auf die jeweiligen Rechnungsbeträge als Hauptforderungen auch noch Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem jeweiligen Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank im Falle des Versicherten F. seit dem 26. Mai 2009 und die übrigen Versicherten betreffend seit dem 27. Mai 2009 geltend gemacht, dies jeweils wiederum unter Fristsetzung zum 16. Juni 2009. Zur Begründung war dabei ausgeführt worden, dass die Zurückweisung der Rechnungen gegen geltendes Recht verstoße. Gemäß den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege sei die Krankenkasse nämlich verpflichtet, bis zur Entscheidung über die Genehmigung der Kosten diese entsprechend der verordneten und entsprechend der vom Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen zu tragen mit der Folge, dass mit dem Zurücksenden der Rechnungen die Zahlung als verweigert gelte und sich die G. GmbH bzw. die Beklagte insoweit in Verzug befänden. Die geltend gemachten Rechtsanwaltskosten seien dabei als Verzugsschaden zu ersetzen.

Nachdem die G. GmbH im Anschluss an die ihrer Auffassung nach nunmehr vollständig vorliegenden Unterlagen die Rechnungen selbst im Weiteren ausglich, trat sie schließlich sowohl den Zinsforderungen als auch einem Ausgleich der jeweils geltend gemachten Rechtsanwaltskosten entgegen.

Die G. GmbH führte aus, Voraussetzung für den Eintritt der Fälligkeit der o.a. Zahlungsansprüche der Klägerin sei hier die gleichzeitige Vorlage aller original zahlungsbegründeten Unterlagen gewesen. Kosten für genehmigungspflichtige Leistungen, wie die gegenständlichen, seien insoweit nämlich nur bei Vorlage der Genehmigung auszuzahlen. Verzug sei danach nicht eingetreten, so dass auch die weiter geltend gemachten Kosten nicht übernommen werden könnten.

Letzterem trat wiederum die Klägerin entgegen. Gemäß den in Bezug genommen Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege sei die Krankenkasse verpflichtet, in Rechnung gestellte Kosten bis zur Entscheidung über die Genehmigung entsprechend der verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Pflegeleistungen zu tragen. Dies bedeute, dass bis zur Entscheidung, das hieße hier bis zur Erteilung der Genehmigung, die bis dahin erbrachten und verordneten Pflegeleistungen zu bezahlen seien, und zwar unabhängig vom Vorliegen der Genehmigung oder aber auch einer späteren Ablehnung. Die Verweigerung der Zahlung über diesen Fälligkeitszeitpunkt hinaus mit der Begründung, es läge keine Genehmigung vor, sei somit rechtswidrig mit der Folge, dass sich die G. GmbH bzw. dieser zurechenbar, die Beklagte entgegen deren Auffassung auch in Verzug befänden und als Rechtsfolge hieraus auch zur Zahlung der Nebenkosten verpflichtet seien.

Die G. GmbH hielt auch im Weiteren an ihrer ablehnenden Haltung fest. Ausweislich § 43 Abs. 1 Satz 2 des Rahmenvertrages über die häusliche Krankenpflege nach § 132 a Abs. 2 SGB V (in der in Hessen seit 1. April 2008 geltenden Fassung) sei der Rechnung u. a. die vertragsärztliche Verordnung beizufügen. Weiter beizufügen sei der Abrechnung ausweislich Muster 12 c.2 die Originalgenehmigung, was vorliegend jeweils nicht erfolgt sei, so dass die Zurückweisung zu Recht erfolgt sei. Die Regelung in den von der Klägerin in Bezug genommen Richtlinien, denen zufolge die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung der Kosten die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen zu tragen habe, sei vorliegend nicht einschlägig, weil hier die Genehmigungen jeweils für die gesamten abgerechneten Leistungszeiträume erteilt worden seien und im Übrigen die vorgenannte Regelung den Leistungserbringer nicht von der laut Rahmenvertrag bestehenden Pflicht zur Vorlage vollständiger zahlungsbegründender Unterlagen befreie.

Die Klägerin hat sodann am 13. Juli 2009 durch ihre Prozessbevollmächtigte Klage vor dem Sozialgericht in Kassel erhoben, mit der sie die Zahlung von insgesamt 414,26 EUR geltend macht, die sich in Höhe von 408,42 EUR zzgl. Zinsen aus den o.a. Rechtsanwaltskosten zusammensetzen und aus weiteren 5,84 EUR an Zinsen auf die o.a. ursprünglich offen gebliebenen und angemahnten Rechnungsbeträge.

Die Prozessbevollmächtigte der Klägerin trägt vor, die streitigen Rechtsanwaltsgebühren würden wegen der verspäteten Zahlung der o.a. Rechnung als Verzugsschaden geltend gemacht. Zwar hätten zum Zeitpunkt der Rechnungsstellungen und deren Versendung die Genehmigungen der ärztlichen Verordnungen durch die Beklagte noch nicht vorgelegen, bei dem hier streitgegenständlichen Sachverhalt handele es sich jedoch um einen Sachverhalt der Fallgruppe "Leistung- und Rechnungsstellung vor erteilter Genehmigung bzw. Ablehnung". Für diese Fallgruppe seien die Regelungen über die vorläufige Kostenzusage gemäß § 5 Abs. 3 des Rahmenvertrages nach § 132 a Abs. 2 SGB V in der in Hessen seit dem 1. April 2008 geltenden Fassung, der Rechnungslegung gemäß § 43 Abs. 6 und 10 des Rahmenvertrages und der Ziffer 26 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V sowie die Richtlinien der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt mit "sonstigen Leistungserbringern" nebst der dazu erstellten Anlage 5 maßgeblich. Die Beklagte verlange von "sonstigen Leistungserbringern" wie der Klägerin, ihren Abrechnungen neben der Pflegedokumentation, der Verordnung und den Abrechnungsdaten, immer die Genehmigung respektive Ablehnung beizufügen. Seien die Genehmigung oder die Ablehnung nicht beigefügt, weise die Beklagte diese Rechnungsforderungen immer als nicht fällig zurück. Diese Praxis sei rechtswidrig und finde keine Stütze in den einschlägigen Regelungen. Die Rechtsauffassung der Beklagten zu Ende gedacht, würde dies bedeuten, dass für eine Rechnung, die Positionen enthalte, für die noch keine Genehmigung oder Ablehnung vorliege, mit der Rechnungsstellung abgewartet werden müsste, bis dem Pflegedienst eine Entscheidung der Krankenkasse über die Verordnung vorliege, egal, ob es sich um eine Ablehnung oder Genehmigung handele. Die "sonstigen Leistungserbringer" darauf zu verweisen, die erbrachten Leistungen erst dann abrechnen zu dürfen, wenn die Entscheidung

vorliege, sei grob unbillig und verstoße zudem deutlich gegen die Regelung zur Abrechnung gemäß § 43 Abs. 6 des Rahmenvertrages. Dort sei ausdrücklich statuiert, dass die Rechnungen über die ausgeführten Leistungen der häuslichen Krankenpflege bei den Krankenkassen oder den von ihnen benannten Abrechnungsstellen in der Regel monatlich einzureichen seien. Eine wie auch immer geartete Ausnahme für Zeiträume, in denen zwar bereits eine Leistung erbracht worden sei, aber noch keine Genehmigung oder Ablehnung vorliege, sei ausdrücklich nicht vorgesehen. Eine Ausnahme in einem solchen Fall vielleicht aus der Formulierung "in der Regel" herauslesen zu wollen, sei nach dortiger Ansicht unzulässig, da hierdurch vom Pflegedienst verlangt würde, Pflegedienstleistungen bis zu einem, völlig außerhalb seiner Einflusssphäre liegenden Zeitpunkt vorzufinanzieren. Es läge dann in der Hand der Krankenkassen, durch entsprechend verzögerte Genehmigungen oder Ablehnungen den Fälligkeitszeitpunkt beliebig nach hinten zu verlagern, während der Pflegedienst seine Kosten für Arbeitnehmer und Betriebsmittel längst erbracht habe. Auch die von der Beklagten als Argument für ihre Rechtsauffassung benutzte Richtlinie der Krankenkassen gemäß § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt mit "sonstigen Leistungserbringern" nebst der dazu erstellten Anlage 5, die gemäß § 43 Abs. 10 des Rahmenvertrages zwingend anzuwenden seien, stütze die Argumentation der Beklagten nicht. Danach werde nämlich lediglich verlangt, "ggf. Leistungszusagen" der Krankenkasse im Original beizufügen. Lägen solche nicht vor, bräuchten sie also auch nicht beigefügt werden. Die Rechnung könne trotzdem gestellt werden. Eine so gestellte Rechnung sei dann auch entsprechend der Regelung des § 43 Abs. 6 des Rahmenvertrages fällig. Zur gleichen Lösung führe die Anwendung der Ziffer 26 der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege gemäß § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V, der die Krankenkasse immer bis zur Entscheidung über die Genehmigung, respektive die Ablehnung, die Kosten die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen tragen lasse. Die Nichtzahlung, respektive verspätete Zahlung der Rechnung durch die Beklagte, sei demnach rechtswidrig erfolgt, wobei die Klägerin sie als Bevollmächtigte nach Ablauf der Zahlungsfrist auch mit der außergerichtlichen Geltendmachung der fälligen Restforderung habe einschalten dürfen. Entgegen der Beklagten habe insoweit eine ernsthafte und endgültige Zahlungsverweigerung im Sinne des § 286 Abs. 1 Nr. 3 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) mit der o.a. Beanstandung der Rechnung vorgelegen, so dass bereits hierdurch Verzug eingetreten sei. Zum insoweit entstandenen und von der Beklagten zu ersetzenden Verzugsschaden gehörten dann auch die Anwaltskosten. Die sozialgerichtliche Rechtsprechung zur Nichterstattungsfähigkeit vorgerichtlicher Anwaltskosten bei Streitigkeiten zwischen Krankenhäusern und Krankenkassen über Zahlungsverpflichtungen aus Krankenhausrechnungen finde keine Anwendung.

Die Klägerin beantragt,
die Beklagte zu verurteilen, an die Klägerin 414,26 EUR zuzüglich Zinsen in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz der Europäischen Zentralbank aus 408,42 EUR seit dem 2. Juli 2009 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,
die Klage abzuweisen.

Unter Hinweis auf die vorgerichtlichen Ausführungen der G. GmbH hält die Beklagte daran fest, dass zu keinem Zeitpunkt die Voraussetzungen des Verzuges vorgelegen hätten, so dass weder ein Anspruch auf die geltend gemachten Zinsen noch ein solcher auf Ausgleich der vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten bestehe. Gemäß § 43 Abs. 6 des Rahmenvertrages über die häusliche Krankenpflege nach § 132 a Abs. 2 SGB V (in der in Hessen geltenden Fassung vom 1. April 2008) erfolge die Bezahlung die häusliche Krankenpflege betreffender Leistungen innerhalb von vier Wochen nach Eingang der vollständigen und ordnungsgemäß eingereichten Rechnungen bei der Krankenkasse oder der beauftragten Abrechnungsstelle. Selbst wenn die Klägerin dem nachgekommen wäre, sei somit am 26. bzw. 27. Mai 2009 noch nicht von einer Fälligkeit der Rechnungsforderungen und dann letztlich von Verzug auszugehen gewesen. Eine vollständige und ordnungsgemäße Einreichung der Rechnungen liege im Übrigen nicht vor. Gemäß den Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkasse nach § 302 Abs. 2 SGB V über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens mit sonstigen Leistungserbringern seien Bestandteil der Abrechnung "ggf. Leistungszusagen der Krankenkassen (z.B. Kostenvoranschlag) im Original" (§ 2 Abs. 1 d). Soweit die Klägerseite das für sie entscheidende Wort "ggf." so verstanden wissen wolle, dass nur vorliegende Genehmigungen oder Ablehnungen beizufügen seien, decke diese Lesart sich jedoch nicht mit dem Sinnzusammenhang des § 2 Abs. 1 d der Richtlinien, die für eine Vielzahl von Leistungserbringern und somit auch für die Abrechnung einer Vielzahl unterschiedlicher Leistungsarten gelten würden. Die Verfahren bei der Leistungsgewährung seien hierbei nicht identisch. So sähen etwa die Heilmittelrichtlinien lediglich für diejenigen Verordnungen eine (Einzel-) Genehmigungspflicht durch den Leistungserbringer vor, die über die im Heilmittelkatalog festgeschriebenen Verordnungshöchstmengen hinausgehen würden. Eine individuelle Genehmigung werde in den übrigen Fällen dann erst gar nicht erstellt, sondern ergäbe sich aus den Heilmittelrichtlinien. Da somit nicht für alle der im Sinne der Richtlinien über Form und Inhalt des Abrechnungsverfahrens zu erbringenden Leistungen Einzelgenehmigungen erforderlich seien, gehe die Auslegung der Klägerseite fehlt. Vielmehr seien Leistungszusagen der Krankenkasse gerade beizufügen, sobald, wie hier, eine Genehmigung oder Ablehnung zu erteilen sei. Anderenfalls wäre der Hinweis auf die Beifügung der Originale - wie ebenfalls im § 2 Abs. 1 b - auch nicht verständlich. Die Richtlinien häuslicher Krankenpflege besagten schließlich nichts anderes. Hieraus ergebe sich keine von § 43 Abs. 6 des Rahmenvertrages abweichende Fälligkeit. Insoweit vermenge die Klägerin dies mit der Entstehung des Anspruches. Unabhängig von der Entstehung des Anspruches trete eine Fälligkeit der Rechnungen selbst jedoch nur ein, wenn die Rechnungen vollständig und ordnungsgemäß eingereicht seien, wozu dann auch die Vorlage der Original-Genehmigungen gehöre. Darauf, ob die vorgerichtlichen Rechtsanwaltskosten selbst bei unterstellter Fälligkeit der Zahlungsansprüche im Zeitpunkt der Einschaltung der Prozessbevollmächtigten überhaupt als Verzugsschaden ausgleichsfähig wären, komme es nicht an. Im Übrigen dürfte dem die sozialgerichtliche Rechtsprechung entgegenstehen, wonach im öffentlich-rechtlichen Leistungserbringungsrecht, also auch vorliegend, ein Leistungserbringer keinen Anspruch auf Ersatz vorgerichtlicher Rechtsanwaltskosten als Verzugsschaden habe, wenn dem Vergütungsanspruch keine Rechtsfragen von besonderer rechtlicher Schwierigkeit zu Grunde lägen und ihm auch wirtschaftlich keine besonders hervorgehobene Bedeutung zukomme. Eine endgültige Leistungsablehnung durch die G. GmbH sei sodann hier gerade nicht erfolgt. Vielmehr sei der Klägerin eingeräumt worden, die Rechnungen mit der Original-Genehmigung erneut vorzulegen. Hierzu habe es der Inanspruchnahme einer Rechtsanwältin nicht bedurft.

Wegen der weiteren Einzelheiten, insbesondere wegen des jeweiligen weiteren Vorbringens der Beteiligten, wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist im Leistungserbringungsrecht als unmittelbare Leistungsklage insgesamt zulässig, jedoch insgesamt nicht begründet. Die Klägerin hat gegenüber der Beklagten zum einen keinen Anspruch auf Erstattung der ihr vorgerichtlich entstandenen Rechtsanwaltskosten,

da die vorgerichtliche Einschaltung einer Rechtsanwältin zur Durchsetzung der zunächst offen gebliebenen o.a. Rechnungsforderungen bereits weder notwendig noch insgesamt überhaupt geboten war, letztlich dann aber auch, bereits kein Verzug vorlag, dies mit der Folge, dass damit zum anderen auch die geltend gemachte Zinsforderung nicht besteht.

Zum fehlenden Verzug sei zunächst auszuführen, dass ein Anspruch eines Pflegedienstes auf Vergütung erbrachter Leistungen der häuslichen Krankenpflege mit der Rechtsprechung u.a. des Landessozialgerichts für das Land Nordrhein-Westfalen (Urteil vom 26. August 2010, L 5 KR 105/09 unter Hinweis auf die Rechtsprechung des BSG) zunächst grundsätzlich nur entsteht, wenn die Krankenkasse diese genehmigt hat, wobei es sich um eine Auftragserteilung gegenüber dem Pflegedienst im konkreten Leistungsfall handelt, die gleichzeitig den Umfang des Auftrages festlegt, also auch erst mit der Genehmigung ein wirksamer Auftrag vorliegt, im Rahmen dessen der Pflegedienst tätig werden kann. Gleichzeitig bestehen Vergütungsansprüche von Leistungserbringern gegenüber Krankenkassen innerhalb der GKV überhaupt nur, wenn diese, was vorliegend unstreitig ist, in das öffentlich-rechtlich ausgestaltete, vertragliche Leistungserbringungsrecht nach den o.a. Vorschriften und insgesamt nach dem SGB V eingebunden sind. Leistungen, die ein Pflegedienst ohne diese vertragliche Einbindung und damit ohne Zulassung erbringt, sind selbst in Fällen ordnungsgemäßer Leistungserbringung nicht abrechnungsfähig; in Fallgestaltungen wie der vorliegenden, in denen das Gesetz ausdrücklich allein eine vertragliche Leistungserbringung vorsieht, auch weder bereicherungsrechtlich noch auf der Grundlage einer Geschäftsführung ohne Auftrag (vgl. hierzu u.a. BSG, Urteile vom 13. Mai 2004, B 3 KR 2/03 R; vom 24. Januar 2008, B 3 KR 2/07 R; vom 10. April 2008, B 3 KR 5/07 R; Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 14. Oktober 2008, L 5 KR 22/07; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 10.September 2008, L 9 KR 151/06).

Ohne die vorgenannte vertragliche Einbindung kann dann auch kein über § 37 SGB V hinausgehender Anspruch hergeleitet werden, so dass die o.a. Regelungen, wonach die Krankenkasse bei Erfüllung weiterer Voraussetzungen die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 a Abs.2 SGB V unabhängig von einer tatsächlich erfolgenden Genehmigung zumindest bis zur Entscheidung über die Genehmigung übernimmt, auch lediglich eine Vertrauensschutzregelung für den Versicherten und den Pflegedienst enthält, und zwar dergestalt, dass der Versicherte und auch der Leistungserbringer in der Zeit zwischen der vollständigen und zeitgerechten Antragstellung bis zur Entscheidung durch die Krankenkasse darauf vertrauen können, dass die in dieser Zeit erforderlichen und erbrachten Leistungen von der Krankenkasse übernommen werden (vgl. hierzu Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 10. Dezember 2009, L 4 KR 103/07; SG Potsdam, Urteil vom 24. Januar 2008, S 3 KR 57/06).

Mit dieser Vertrauensschutzregelung korrespondiert dann bei Nichtgenehmigung oder nur teilweiser Genehmigung einer ärztlichen Verordnung der Anspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse auf Freistellung von den Kosten der auch ohne Genehmigung erbrachten Leistungen; die Fälligkeit der Vergütungsforderung des Pflegedienstes bleibt hiervon jedoch unberührt. Dies umso mehr, als es im vertraglichen Leistungserbringungsrecht insgesamt und allgemein anerkannt ist, dass Vergütungsansprüche vertraglicher Leistungserbringer u.a. und unabhängig von der tatsächlichen Leistungserbringung erst gar nicht entstehen, wenn ärztliche Verordnungen im vom Leistungserbringer zu prüfenden Umfang nicht gültig sind (vgl. hierzu z.B. SG Kassel, Urteil vom 24. Juni 2009, S 12 KR 40/07 m.w.H. u.a. auch auf die höchstrichterliche Rechtsprechung), oder auch Abrechnungsvorschriften selbst nicht eingehalten werden (vgl. hierzu Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 10. Dezember 2009, L 4 KR 103/07; SG Kassel, Urteil vom 9. Februar 2011, S 12 KR 221/09), also selbst die vorgenannte Vertrauensschutzregelung das Recht der Krankenkassen zur Rechnungsberichtigung nicht ausschließt, was nicht nur die Korrektur von reinen Einordnungs-, Schreib- und Rechenfehlern, sondern prinzipiell Fehler und Beanstandungen aller Art erfasst (zur Retaxierung abgerechneter Arzneimittel, wenn sich nachträglich herausstellt, dass im Massengeschäft gegen landesvertraglich festgelegte Abgabebestimmungen verstoßen wurde vgl. SG Kassel, wie vor, sowie BSG, Urteil vom 28. September 2010, B 1 KR 3/10 R oder Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 15. Dezember 2009, L 11 KR 389/09).

Allein die hier streitige Rechnungslegung begründet insoweit dann nach den o.a. Regelungen auch noch keine Fälligkeit der Rechnung, da mit der Beklagten dieser u.a. nicht nur die vertragsärztliche Verordnung, sondern ausweislich des Abrechnungsmusters dann auch die Original-Genehmigungen der jeweiligen Krankenkasse vorzulegen sind, es also hier zunächst an einer vollständigen und ordnungsgemäßen Einreichung der Rechnungen gefehlt hat, was nicht zuletzt § 2 Abs. 1 b und Abs. 1 d der Richtlinien der Spitzenverbände der Krankenkassen nach § 302 Abs. 2 SGB V folgt und insoweit unabhängig vom o.a. Vertrauensschutz in einen allgemeinen Vergütungsanspruch der Beklagten bzw. ihrer Abrechnungsstelle dann auch überhaupt erst eine ordnungsgemäße Prüfung der Rechnung auch in abrechnungsrechtlicher Hinsicht ermöglicht, die der Krankenkasse unabhängig vom vorgenannten Vertrauensschutz mit den o.a. Ausführungen gerade nach wie vor eingeräumt ist.

Dass dann die Zurückweisung einer Rechnung allein aus formalen Gesichtspunkten noch keine endgültige Verweigerung eines Kostenausgleichs, auch unabhängig von der o.a. Vertrauensschutzregelung, beinhaltet, versteht sich von selbst. Dies gilt umso mehr, wenn dem Leistungserbringer auch ausdrücklich eine Neueinreichung eingeräumt wird.

Ob damit die Einschaltung der Prozessbevollmächtigten der Klägerin im Anschluss an die der Klägerin zwischenzeitlich vorgelegenen Genehmigungen - wie von der Beklagten sinngemäß geltend gemacht - der Provozierung von Kosten diente, lässt die Kammer ausdrücklich dahingestellt.

Deutlich wird insoweit jedoch zweifellos, dass diese Einschaltung der Prozessbevollmächtigten der Klägerin weder notwendig, noch insgesamt geboten war und damit - unabhängig vom Vorliegen von Verzug - auch bereits aus diesem Grund kein Anspruch der Klägerin auf Zahlung der hierdurch entstandenen Kosten durch die Beklagte besteht.

Dies deshalb, weil im öffentlich-rechtlichen Leistungserbringungsrecht Rechtsanwaltsgebühren für die vorgerichtliche Geltendmachung einer Vergütungsforderung selbst im Falle des Vorliegens von Verzug jedenfalls in - wie hier - einfach gelagerten Fällen, in denen ein Vergütungsanspruch allein nach Abrechnungsvorschriften und darüber hinaus nur vorläufig zurückgewiesen wird, also keine Ablehnung auch dem Grunde nach beinhaltet, keinen ersatzfähigen Verzugsschaden darstellen (vgl. hierzu BSG, Beschluss vom 27. Januar 2009, B 1 KR 76/08 B und Urteil vom 15. November 2007, B 3 KR 1/07 R; Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 30. November 2006, L 8 KR 175/05; Sächsisches Landessozialgericht, Urteil vom 5. Mai 2010, L 1 KR 29/08; SG Koblenz, Urteil vom 8. Juni 2009, S 3 KR 332/08; Landessozialgericht Rheinland-Pfalz, Urteil vom 7. August 2008, L 5 KR 142/07, und Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 16. April 2008, L 9 KR 251/04).

Besondere Umstände, die ausnahmsweise eine vorgerichtliche anwaltliche Befassung mit dem geltend gemachten Vergütungsanspruch hätten angezeigt erscheinen lassen, liegen nicht vor, zumal auch insoweit allein die o.a. Vertrauensschutzregelung in Bezug genommen worden ist, was der Klägerin auch ohne anwaltliche Hilfe ohne weiteres möglich gewesen wäre. Gleiches gilt insoweit erst Recht für eine erneute Rechnungsvorlage nunmehr einschließlich u.a. der Genehmigung.

Ob die Klägerin hierzu ausreichendes eigenes Personal vorhält, oder sich anwaltlicher Hilfe bedient, ist mit dem Landessozialgericht Rheinland-Pfalz (wie vor) ihre eigene Entscheidung. Auch grundsätzliche Auseinandersetzungen zwischen der Klägerin und der Beklagten rechtfertigen keine andere Beurteilung. Stattdessen handelt es sich hierbei um einen auch nach Auffassung der Kammer sachlich nicht gebotenen Aufwand beim Forderungseinzug, wobei auch vom Standpunkt einer vernünftigen Person ohne spezielle Rechtskenntnis zumindest in der vorliegenden Fallkonstellation, die gerade keine endgültige Leistungsablehnung zum Inhalt hatte, die Hinzuziehung eines Rechtsbeistandes nicht geboten und insgesamt auch nicht erforderlich gewesen wäre. Dies umso mehr, als die Beteiligten in einem auf Dauer angelegten öffentlich-rechtlich geregelten Leistungsverhältnis stehen, was auch im Hinblick auf die verwaltungsmäßige Abwicklung der Leistungsbeziehungen die Verpflichtung begründet, einen sachlich nicht gebotenen Aufwand beim Forderungseinzug zu vermeiden (so Sächsisches Landessozialgericht, wie vor).

Wegen des aufgrund der o.a. Ausführungen fehlenden Verzuges scheitert dann abschließend auch der auf die o.a. Rechnungsbeträge erhobene Zinsanspruch.

Die Klage war nach alledem abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197 a Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. § 154 Abs. 1 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Die Entscheidung über die Nichtzulassung der Berufung folgt aus § 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG, nachdem der Wert des Beschwerdegegenstandes 750,- EUR nicht übersteigt und die Kammer nicht zuletzt im Hinblick auf die zitierte sozialgerichtliche Rechtsprechung weder eine grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache zu erkennen vermochte, noch die Abweichung ihrer Entscheidung von einer Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, auf der die Entscheidung der Kammer beruhen würde.
Rechtskraft
Aus
Login
HES
Saved
2011-08-24