



Urteil: Vergütungsanspruch trotz überschrittener Vorlagefrist

Vorlagefrist ist keine Ausschlussfrist

Dass Kassen auf die versäumte Vorlagefrist für Verordnungen über Häusliche Krankenpflege verweisen, um Kosten nicht zu übernehmen, ist nach Auffassung des Sozialgerichts Potsdam nicht rechtmäßig. Ist die Verordnung berechtigt, müsse die Kasse ab dem ersten Tag zahlen, auch wenn die Verordnung verspätet vorliegt.

Von Johannes Groß

schlussfrist, sofern die notwendige Leistung erbracht und die Verordnung erst später als am dritten, der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird.

Zwar bedürfen generell die vom Versicherten durch Vorlage der vertragsärztlichen Verordnung beantragten Leistungen der Genehmigung durch die Krankenkasse. Die zu erbringenden Leistungen, die der Sicherung der ärztlichen Behandlung dienen sollen, müssen jedoch unverzüglich erbracht werden. Ausgehend davon wird auch die Leistung nicht erst ab der Beantragung bzw. der Entscheidung bzw. Genehmigung über die Leistung erbracht, sondern ab dem Zeitpunkt der Verordnung. Denn sonst würde dies dazu führen, dass der betroffene Versicherte bis zur Entscheidung über die Genehmigung ohne die verordneten medizinisch notwendigen Leistungen stehen würde. Daher regelt Ziffer 24 der HKP-Richtlinien folgerichtig, dass bis zur Entscheidung über die Genehmigung die verordneten und vom Pflegedienst entsprechend erbrachten Leistungen auch dann vergütet werden, wenn sich bei Prüfung der Verordnung für die Krankenkasse nachträglich herausstellt, dass die Leistung nicht genehmigungsfähig war. Die Regelung ist eine Schutzvorschrift für den Pflegedienst und für die Versicherten, jedoch keine Ausschlussfrist für die zu erbringende Leistung. Dies würde sowohl dem Sinn als auch dem Zweck der HKP-Richtlinien und dem gesamten System der häuslichen Krankenpflege widersprechen. Es würde dazu führen, dass für die verordneten und von der häuslichen Krankenpflege erbrachten Leistungen, die medizinisch notwendig sind, im Gegensatz zu den tatsächlich nicht medizinisch notwendigen Leistungen eine Vergütung verwehrt würde. Dies entspreche nicht

**Sozialgericht
Potsdam, Az.
S 3 KR 57/06,
Urteil vom
24. Januar
2008**

Es kommt immer wieder vor, dass Krankenkassen ärztliche Verordnungen über häusliche Krankenpflege, die später als drei Arbeitstage bei der Krankenkasse eingereicht worden sind, erst ab dem Tag des Eingangs bei der Krankenkasse bewilligen. Die Kassen argumentieren: Für den Zeitraum bis zur Einreichung bestehe kein Vergütungsanspruch, da die Verordnung „zu spät“ bei der Krankenkasse eingereicht worden sei. Deshalb könne die Leistung erst ab dem Zeitpunkt des Eingangs bei der Krankenkasse bewilligt werden.

Dieser Ablehnungspraxis hat das Sozialgericht Potsdam nunmehr mit Urteil vom 24. Januar 2008 (Az. S 3 KR 57/06) eine Absage erteilt. Geklagt hatte ein Pflegedienst, dem für mehrere Verordnungen zum Jahresbeginn für einige Tage die Vergütung verweigert wurde. Die entsprechenden ärztlichen Verordnungen datierten von Ende Dezember und waren für das erste Quartal des Folgejahres ausgestellt. Die Verordnungen mit den entsprechenden Anträgen der Versicherten auf Genehmigung Häuslicher Krankenpflege gingen bei

der Krankenkasse jedoch erst am 4. Januar des Folgejahres ein. Mit entsprechenden Bescheiden gegenüber den Versicherten lehnte die Krankenkasse eine Kostenübernahme für den Zeitraum 1. Januar bis 3. Januar ab. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme seien nicht erfüllt, da die Verordnung später als drei Arbeitstage nach der Ausstellung (Vorlagefrist) bei der Krankenkasse eingegangen sei. Auch gegenüber dem Pflegedienst genehmigte die Krankenkasse die Leistungserbringung erst für die Zeit ab dem 4. Januar Zweifel, dass die Leistungen medizinisch nicht notwendig seien, wurden seitens der Krankenkasse nicht geäußert.

Gericht: Vergütung durch Richtlinie nicht beschränkt

Das Sozialgericht Potsdam entschied, dass die Krankenkasse die Vergütung auch im Zeitraum 1. bis 3. Januar zu bezahlen hat. Durch Ziffer 24 der HKP-Richtlinien werde die Vergütung des Pflegedienstes für die erbrachten und medizinisch notwendigen Leistungen nicht beschränkt. Denn Ziffer 24 der HKP-Richtlinien begründe keine Aus-



Dr. Johannes Groß,
Rechtsanwalt,
Fachanwalt für
Sozialrecht,
Sozius der
Kanzlei Berger
Groß Höhmann
in Berlin (www.danziger56.de),
www.Pflege-rechtsberater.de

dem Sinn und Zweck der Regelung. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Beschlussbegründung zu Ziffer 24 der Richtlinien gerade keine Aussage darüber getroffen, dass es sich um eine Ausschlussfrist handeln solle. Im Gegenteil zeige gerade die Begründung der Richtlinie zur Verordnung von spezialisierter ambulanter Palliativversorgung ausdrücklich, dass die dort getroffene inhaltsgleiche Regelung keine Ausschlussfrist darstellt. Der Gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Beschlussbegründung wörtlich dargelegt: „Mit ihr [der Regelung zur Vorlagefrist] wird keine Ausschlussfrist für notwendige Leistungen (...) normiert. Auch wenn die Verordnung verspätet eingereicht wird, besteht bei Vorliegen der Voraussetzung Anspruch bereits vom ärztlich festgelegten Leistungsbeginn an.“

Vorschriften können Leistung nicht ausschließen

Der Entscheidung des Sozialgerichts Potsdam ist vollumfänglich zuzustimmen. Bisher liegen nur wenige sozialgerichtliche Urteile vor, die sich mit der Vorlagefrist sowie mit anderen formalen Voraussetzungen aus den HKP-Richtlinien befassen. Grundsätzlich können die in den HKP-Richtlinien enthaltenen Form- und Fristvorschriften nicht zum Leistungsausschluss medizinisch notwendiger Leistungen führen. Denn der Anspruch des Versicherten ergibt sich allein aus dem Gesetz (§ 37 SGB V). Die HKP-Richtlinien können diesen

Anspruch lediglich konkretisieren, jedoch nicht einschränken. Insofern fehlt es an einer gesetzlichen Ermächtigung des Gemeinsamen Bundesausschusses, der die Richtlinien festlegt. Im Übrigen hat der Gemeinsame Bundesausschuss selbst nicht die Absicht gehabt, mit den Form- und Fristvorschriften in den HKP-Richtlinien die Ansprüche der Versicherten auf Häusliche Krankenpflege einzuschränken. Diese Interpretation entspricht allein der Auslegung der Krankenkassen, die stets darauf bedacht sind, Leistungen einzuschränken und Vergütungen einzusparen. Für die Pflegedienste ist diese Praxis besonders ärgerlich, da sie im Vertrauen auf die ärztliche Verordnung in Vorleistung gehen und ihnen das Kostenrisiko aufgebürdet wird. Dieses Kostenrisiko liegt jedoch aufgrund der Regelung der Ziffer 24 der HKP-Richtlinien gerade nicht beim Pflegedienst und auch nicht beim Versicherten, sondern allein bei der Krankenkasse. Ziffer 24 der HKP-Richtlinien regelt sachgerecht die Verteilung des Kostenrisikos für Leistungen, die zwischen Antrag und Entscheidung erbracht werden, dahingehend, dass bis zur Entscheidung der Krankenkasse das Kostenrisiko für die bis dahin erforderlichen und erbrachten Leistungen nicht beim Versicherten und auch nicht beim Pflegedienst, sondern bei der Krankenkasse verbleiben soll. Es handelt sich um eine explizite Regelung einer Vertrauenshaftung. Dies wird in erfreulicher Weise nunmehr durch das So-

Praxis-Tipp

Prüfen Sie jede Leistungsablehnung der Krankenkasse daraufhin, ob diese allein auf formalen Kriterien beruht. Insbesondere das Überschreiten der Vorlagefrist (oder auch Karenzzeit) **kann nicht zu einem Leistungsausschluss führen**. Auch formale Mängel der Verordnung können dann nicht zu einer Leistungsablehnung führen, wenn unzweifelhaft ist, dass die Leistung medizinisch notwendig ist.

Häusliche Pflege

Das Gericht hat der Ablehnungspraxis von Kassen eine Absage erteilt.

zialgericht Potsdam klargestellt. In Zukunft dürfte es für die Krankenkassen ausgeschlossen sein, sich zur Begründung einer Leistungsablehnung auf die „Versäumung der Vorlagefrist“ für ärztliche Verordnungen zu berufen. Nebenbei bemerkt, gilt dies auch für angeblich nicht vollständig ausgefüllte Verordnungen. Das korrekte Ausfüllen einer ärztlichen Verordnung obliegt dem Arzt. Sollten hierbei Fehler unterlaufen, kann dies nicht zu Lasten des Versicherten und auch nicht zu Lasten der Pflegedienste gehen. Stellt sich heraus, dass die Verordnung inhaltlich berechtigt war, muss die Krankenkasse die Leistung als Sachleistung erbringen und vergüten. Ein Ablehnungsrecht ergibt sich hieraus nicht. Gegebenenfalls können Regressansprüche gegenüber dem Arzt bestehen. Die Pflegedienste tragen hierfür jedenfalls nicht das Risiko. ■

Urteile+ ++ Urteile +++ Urteile +++ Urteile +++ Urteile +++ Urteile +++ Urteile +++ Urteile +++ Urteile +++ Urteile +++

Eilentscheidung: Rückforderung von Pflegekosten

Die pflegebedürftige Klägerin wehrte sich vor dem Sozialgericht Aachen (SG) erfolglos gegen die Rückforderung von rund 122 229 Euro, die die beklagte Krankenkasse der Klägerin in der Zeit von 1999 bis 2005 als Aufwendungen für Häusliche Krankenpflege gezahlt hat. Die Beklagte hatte aufgrund einer im Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes vor dem

Sozialgericht erwirkten einstweiligen Anordnung die Rund-um-die-Uhr-Behandlungspflege der Klägerin ohne teilweise Anrechnung von Grundpflegeleistungen sichergestellt. Der Umstand, dass die Beklagte – unfreiwillig – allein aufgrund der Verpflichtung durch das SG ungekürzt Behandlungspflegeleistungen erbracht hat, begründet keinen Vertrauensschutz und kein Recht auf ein Behaltendürfen der Mehrzahlungen.

Denn es handelte sich um eine Eilentscheidung im Rahmen des vorläufigen Rechtsschutzes, die nicht dazu bestimmt war, einen endgültigen Anspruch auf diese Mehrleistungen zu begründen. Da nach der aktuellen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts die Leistungen der Pflegekasse auf die der Krankenkasse anzurechnen sind, muss die Klägerin die zu viel bezahlten Leistungen zurückzahlen.

Urteil: Versicherter selbst kann sich auf HKP-Richtlinien berufen

Anspruch bis zur Ablehnung

Eine Kasse hat eine Verordnung über Häusliche Krankenpflege berechtigtweise abgelehnt. Für im Zeitraum bis zur Ablehnung erhaltene Leistungen könne der Versicherte selbst aber einen Anspruch auf Kostenerstattung geltend machen – aus Vertrauensschutzgründen, so das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen.

Von Iris Ahmadi

LSG Nordrhein-Westfalen, Urteil vom 22. November 2007, Az. L 2 KN 60/05 KR



Iris Ahmadi, Rechtsanwältin, Fachanwältin für Medizinrecht, RICHTER-RECHTSANWÄLTE Hamburg, www.richter-rae.de

Der Fall: In einem Berufungsverfahren (Urteil vom 22. November 2007; Az. L 2 KN 60/05 KR) hat sich das Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen mit folgender Frage befasst: Lehnt eine Krankenkasse die Kostenübernahme für Häusliche Krankenpflege ab, hat dann die Versicherte selbst einen Anspruch auf Kostenerstattung für im Zeitraum bis zur Ablehnung bereits entgegengenommener Leistungen; kann sich die Versicherte selbst hierbei auf die Richtlinien zur Verordnung Häuslicher Krankenpflege (HKP-Richtlinien) berufen? In dem vorliegenden Fall war der betroffenen Versicherten direkt nach einem Aufenthalt im Krankenhaus so genannte Krankenhausvermeidungspflege gemäß § 37 Abs. 1 SGB V von einem Vertragsarzt verordnet worden. Die Verordnung ging drei Tage nach der Ausstellung bei der Krankenkasse ein. Erst acht Tage nach Leistungsbeginn erhielt der Pflagedienst der Versicherten einen ablehnenden Bescheid der Krankenkasse. Der Pflagedienst stellte der Versicherten die erbrachten Pflegeleistungen daraufhin selbst in Rechnung.

Mit der Klage gegen die Krankenkasse machte die Versicherte einen Kostenerstattungsanspruch bezüglich der selbst bezahlten Rechnungen geltend. Nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V hat die Krankenkasse, soweit sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht ab-

gelehnt hat und dem Versicherten dadurch für eine selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Vermeidungspflege war hier nicht verordnungsfähig

Das LSG Nordrhein-Westfalen spaltete zunächst den Leistungszeitraum in die Abschnitte vor und nach dem Eingang eines Ablehnungsbescheides der Krankenkasse auf. Nach der Beweisaufnahme stand für das LSG fest, dass die Voraussetzungen für eine stationäre Krankenhausbehandlung nicht mehr gegeben waren, die Krankenhausvermeidungspflege damit nicht verordnungsfähig war. Für den Zeitraum bis zum Eingang der Ablehnung der Verordnung bei dem Pflagedienst bejahte das LSG allerdings überraschend einen Anspruch auf Kostenerstattung direkt für die Versicherte.

Nach der Auffassung des Gerichts hatte die Krankenkasse für die Zeit ab der Ausstellung bis zum Eingang der Ablehnung zu Unrecht abgelehnt, die Leistung zu erbringen. Der Leistungs- und Kostenerstattungsanspruch ergebe sich nicht aus § 37 SGB V, sondern unmittelbar aus Nr. 24 der Richtlinien über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege, diese lautet:

- „Die Krankenkasse übernimmt bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die

vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflagedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132 a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Das Nähere regeln die Partner der Rahmenempfehlungen nach § 132 a Abs. 1 SGB V.“

Auch wenn die Krankenkasse an und für sich eine Leistung zu Recht ablehne, müsse sie nach Auffassung des LSG die Leistung unter den Voraussetzungen der Nr. 24 HKP-Richtlinie bis zur Bekanntgabe ihrer ablehnenden Entscheidung trotzdem gewähren. Der Versicherte könne sich für selbst bezahlte Häusliche Krankenpflege zumindest bis zu diesem Zeitpunkt aus Vertrauensschutzgründen an die Krankenkasse halten. Das LSG wörtlich:

- „Abschnitt V Nr. 24 HKP-RL regelt sachgerecht die Verteilung des Kostenrisikos für Leistungen, die zwischen Antrag und Entscheidung erbracht werden, dahingehend, dass bis zur Entscheidung der Krankenkasse das Kostenrisiko für die bis dahin erbrachten Leistungen nicht beim Versicherten, sondern bei der Krankenkasse bleiben soll, die ggf. beim verordnenden Arzt Regress nehmen kann. Es handelt sich (...) um eine explizite Regelung einer Vertrauenshaftung. Danach führt ein zurechenbar gesetzter Rechtsschein (jedenfalls) bei konkretem Vertrauen zu einer Einstandspflicht. So liegt es hier, weil die Klägerin aufgrund der vertragsärztlichen Verordnung bis zur Bekanntgabe der ablehnenden Entscheidung darauf vertrauen konnte und durfte, dass ihr die (unverzüglich notwendige) Leistung systemgemäß zustand.“

Versicherter kann Widerspruch einlegen

Des Weiteren stellt das Gericht fest, dass der Versicherte lediglich verpflichtet sei, die Verordnung zeitnah zur Genehmigung vorzulegen. Die Vorlage an die Krankenkasse

diene im Übrigen gerade dazu zügig zu klären, ob die Anspruchsvoraussetzungen fehlten. Können der Versicherte also nicht erkennen, ob die Rechtslage und der Inhalt der Verordnung zusammenpassen, dürfe er darauf vertrauen, dass der behandelnde Arzt richtig verordnet und sich auf Nr. 24 der Richtlinie berufen. Die Krankenkassen hätten es danach durch eine schnelle Bearbeitung des Antrages in der Hand, ihre etwaige Vertrauenshaftung zu begrenzen.

Die Entscheidung des LSG Nordrhein-Westfalen überrascht. Adressat der Richtlinien zur Verordnung Häuslicher Krankenpflege sind eigentlich die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzte und die Krankenkassen – an diese richten sich die dort genannten Regelungen direkt. Für Pflegedienste und die Versicherten gab es bisher keine unmittelbare Wirkung, sondern nur eine mittelbare: Die Richt-

► Praxis-Tipp

Ärztlich verordnete Häusliche Krankenpflege ist bei Vertrauen des Versicherten bis zum Eingang der Ablehnung von der Krankenkasse zu bewilligen, wenn die Verordnung am dritten der Ausstellung folgenden Tag bei der Krankenkasse vorgelegt wird. Lehnt die Krankenkasse die Kostenübernahme bis zu diesem Zeitpunkt auch ab, kann der Versicherte, sofern er die Leistungen selbst vergütet, Widerspruch einlegen und **auf Kostenerstattung klagen**. Da es maßgeblich auf den Einhaltung der Frist von drei Tagen ankommt, sollten entsprechende Nachweise (Eingangsstempel/Faxprotokoll) vorgelegt werden können.

Häusliche
Pflege

Ein Klageverfahren ist für den Versicherten gerichtskostenfrei.

linien geben dem Arzt vor, was als Häusliche Krankenpflege und in welcher Weise verordnet werden darf.

Das Urteil zeigt einen neuen Weg auf: Pflegedienste können auf vertraglicher Ebene zu Beginn der Leistung mit dem Versicherten vereinbaren, dass dieser im Falle der Ablehnung durch die Krankenkasse die Kosten der verordneten Krankenpflege selbst übernimmt. Es verbleibt dem Versicherten die Möglichkeit – verfahrenskostenlos – Widerspruch gegen die Ablehnung bis zu deren Eingang einzulegen. Ein Klageverfahren ist für den Versicherten im Übrigen zumindest gerichtskostenfrei. Das Ergebnis des LSG Nordrhein-Westfalen führt in konsequenter Anwendung dazu, dass die Krankenkassen in Zukunft bis zum Eingang der Ablehnung die verordneten Leistungen aus Vertrauensschutzgründen bewilligen müssen. ■

Euregon