

## S 27 KR 308/16

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
SG Frankfurt (Oder) (BRB)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
27

1. Instanz  
SG Frankfurt (Oder) (BRB)  
Aktenzeichen  
S 27 KR 308/16

Datum  
12.08.2020  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Der Sozialhilfeträger hat im Verhältnis zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht die Aufgabe, durch entsprechende Verträge mit den Einrichtungen der Eingliederungshilfe dafür zu sorgen, dass diese regelmäßig auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbringen (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 25. Februar 2015, Rn 24).

2. Der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe wird nur dann nicht verletzt, wenn Leistungen der Behandlungspflege durch eine Einrichtung der Eingliederungshilfe ohnehin vorzuhalten sind, die Gewährung der Eingliederungshilfe deutlich im Vordergrund steht und die Leistungen der Behandlungspflege untrennbarer Bestandteil der Eingliederungshilfe sind (vgl. Bundessozialgericht, a.a.O., Rn 28).

3. Entscheidend ist daher, ob die Einrichtung der Eingliederungshilfe in dem konkret zu prüfenden Einzelfall entsprechend ihrem Aufgabenprofil, ihrer Ausrichtung auf eine bestimmte Bewohnerklientel und insbesondere auf Grund ihrer personellen und sachlichen Ausstattung die fragliche Leistung selbst erbringen kann und dieses entsprechend den mit ihr geschlossenen Verträgen auch muss, so dass dem Versicherten gegenüber dem Leistungsträger der Eingliederungsleistung ein entsprechender Leistungsanspruch zur Erbringung der Leistung der verordneten und notwendigen Behandlungspflege zur Seite steht (vgl. Bundessozialgericht, a.a.O., Rn 22).

4. Stehen einem Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung entsprechend der Bewilligung des Sozialhilfeträgers monatlich nur 22 Fachleistungsstunden der ambulanten Eingliederungshilfe zu, so kann er nicht darauf verwiesen werden, dass die zweimal tägliche Medikamentengabe vom Leistungserbringer der ambulanten Eingliederungshilfe zu erbringen ist, da das Zeitbudget hierfür nicht ausreichend ist und die weiteren Aufgaben der Eingliederungshilfe, für deren Erledigung die Bewilligung erfolgte, völlig in den Hintergrund treten würden.

1. Die Beklagte wird unter Abänderung der Bescheide vom 25. Mai 2016 und 26. September 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2016 verurteilt, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche in der Zeit vom 29. Mai 2016 bis 21. November 2016 in Höhe von insgesamt 1.955,20 Euro freizustellen, 2. die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 1. Dezember 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. März 2017 verurteilt, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche in der Zeit vom 22. November 2016 bis 9. Februar 2017 in Höhe von insgesamt 957,84 Euro freizustellen, 3. die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 15. Mai 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. August 2018 verurteilt, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche in der Zeit vom 3. Mai 2017 bis 17. Juli 2017 in Höhe von insgesamt 924,83 Euro freizustellen, 4. die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 15. August 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 2017 verurteilt, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche und das Richter der Medikamente einmal wöchentlich in der Zeit vom 1. September 2017 bis 31. Oktober 2017 in Höhe von insgesamt 687,92 Euro freizustellen, 5. die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 7. November 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2018 verurteilt, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche das Richter der Medikamente einmal wöchentlich in der Zeit vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2018 in Höhe von insgesamt 1124,85 Euro freizustellen, 6. die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 9. Februar 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Mai 2018 verurteilt, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche das Richter der Medikamente einmal wöchentlich in der Zeit vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2018 in Höhe von insgesamt 1124,85 Euro freizustellen, 7. die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides

vom 7. Juli 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 2018 zu verurteilen, dem Kläger die Kosten für verordnete und selbst beschaffte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche sowie Richter der Medikamentenbox einmal wöchentlich in der Zeit vom 1. Juli 2018 bis 31. Juli 2018 in Höhe von 481,61 Euro zu erstatten. 8. Die Beklagte hat die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers zu erstatten. Im Übrigen findet keine Kostenerstattung statt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Freistellung des Klägers von Kosten für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Der Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er ist voll erwerbsgemindert und arbeitet in einer Behindertenwerkstatt. Der Kläger lebte in allen streitgegenständlichen Zeiträumen in einer Wohngemeinschaft mit zwei weiteren behinderten Personen. Hierfür bestand ein Mietvertrag mit dem W e.V. Der Kläger erhielt während der streitgegenständlichen Zeiträume Leistungen der Eingliederungshilfe in Form des ambulant betreuten Einzelwohnens nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII). Diese Leistungen wurden von Mitarbeitern der A GmbH (im Folgenden: A GmbH) im Rahmen des hierfür von der Beigeladenen bewilligten Budgets von monatlich 22 Fachleistungsstunden (FLS) erbracht. Ferner war für den Kläger eine Pflegestufe Grad I nach dem damaligen Elften Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) anerkannt. Die Pflegeleistungen erfolgten von der Diakoniestation der W - Pflegedienste.

Bei dem Kläger bestehen als Erkrankungen unter anderem eine leichte Intelligenzminderung sowie Verhaltensstörungen. Vor diesem Hintergrund verordnete die Hausärztin des Klägers für diesen für den Zeitraum vom 26. April 2016 bis 20. August 2016 die Gewährung von häuslicher Krankenpflege für die Verabreichung der dem Kläger verschriebenen Medikamente entsprechend dem beigefügten Medikamentenplan, da nicht gewährleistet sei, dass der Kläger diese selbstständig einnehme. Gemäß dem Medikamentenplan war das Medikament Seroquel Prolong 400 mg morgens und das Medikament Sertralin 100mg Aaa Pharma nachts einzunehmen. Zusätzlich wurde das Medikament Tavor 1.0 TAB als Bedarfsmedikation verordnet.

Mit dem Bescheid vom 25. Mai 2016 entschied die Beklagte, dass sie die Kosten für die Leistung der Medikamentengabe nur bis zum 28. Mai 2016 übernehmen könne. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass der Kläger Leistungen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen erhalte. Einfachste behandlungspflegerische Maßnahmen, die keine medizinische Fachkunde erfordern, gehörten zum Aufgabenkreis der Eingliederungshilfe. Die Medikamentengabe sei in deren Rahmen zu erbringen. Da der Pflegedienst die Leistung bisher erbracht habe, würden die Kosten bis zum 28. Mai 2016 übernommen.

Mit Fax vom 31. Mai 2016 legte der gerichtlich bestellte Betreuer des Klägers gegen die vorgenannte Entscheidung Widerspruch ein. Zur Begründung führte er aus, dass der Dienstleister der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen es nicht als seine Aufgabe ansehe, die ärztliche Verordnung umzusetzen. Wenn die medikamentöse Versorgung des Klägers in Zukunft nicht gesichert sei, sei eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu befürchten.

Am 23. August 2016 erhielt die Beklagte die von der Hausärztin des Klägers ausgestellte Verordnung häuslicher Krankenpflege für den Zeitraum vom 20. August 2016 bis 21. November 2016. Inhaltlich entsprach diese der vorangegangenen Verordnung. Mit Bescheid vom 26. September 2016 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten für die häusliche Krankenpflege des Klägers auch für diesen Verordnungszeitraum mit der Begründung ab, dass die Medikamentengabe im Rahmen der Eingliederungshilfe zu erbringen sei.

Mit Fax seines Betreuers vom 6. Oktober 2016 legte der Kläger hiergegen Widerspruch ein. Ergänzend trug er vor, dass die Beigeladene die Übernahme der Kosten eines Pflegedienstes für die Medikamentengabe abgelehnt habe. Nach Auffassung der Beigeladenen sei die Beklagte für ambulant betreute Person verpflichtet, die Medikamentengabe durch häusliche Krankenpflegeleistungen sicherzustellen. Im Übrigen handele es sich nicht um eine einfachste Maßnahme der Behandlungspflege, da Psychopharmaka zu verabreichen seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 19. Oktober 2016 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers gegen die beiden vorgenannten Bescheide als unbegründet zurück. Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass der Kläger im Rahmen des ambulant betreuten Einzelwohnens mit einem monatlichen Betreuungsaufwand von 22 Stunden durch die A GmbH betreut werde. Diese sei ein Tochterunternehmen der S-Anstalten F und des W e.V ... Letzterer sei auch der Hauptgesellschafter der G Werkstätten. Auch die gemeinnützige GmbH W Pflegedienste sei eine Tochtergesellschaft des W e.V ... Dadurch, dass sowohl die Unterkunft als auch die Eingliederungshilfe durch denselben Träger erbracht werden, sei davon auszugehen, dass der Kläger nicht in einem eigenen Haushalt lebe. Ferner sei die Hilfestellung für das Einnehmen und Herrichten der Medikamente Aufgabe der Eingliederungshilfe. Denn für jeden Hilfeberechtigten sei ein individueller Hilfeplan aufzustellen. Die regelmäßige Medikamenteneinnahme diene der Beseitigung oder Verschlimmerung von Folgen der Behinderung des Hilfebedürftigen im lebenspraktischen Bereich, im Erhalt der persönlichen Handlungskompetenz, Befähigung zur Wahrnehmung und Umsetzung eigener Bedürfnisse und der Gesundheitsförderung- und -erhaltung.

Mit Schriftsatz seiner Prozessbevollmächtigten vom 21. November 2016 hat der Kläger gegen die vorgenannte Entscheidung Klage erhoben. Das Verfahren wird seitdem unter dem Aktenzeichen [S 27 KR 308/16](#) geführt. Zur Begründung führte die Prozessbevollmächtigte aus, dass die Vertragspartner des Klägers für die Erbringung der Eingliederungshilfe und für den Wohnraum nicht identisch seien. Es handele sich um unterschiedliche juristische Personen. Selbst wenn man aufgrund der wirtschaftlichen Verflechtung des Wohnraumbanbieters und des Leistungserbringers der Eingliederungshilfe von einer Übertragbarkeit der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts für stationäre Einrichtungen auf diese Form des ambulant betreuten Wohnens ausginge, sei im Rahmen der gebotenen Einzelfallprüfung festzustellen, dass es sich bei den Verordnungen für den Kläger gerade nicht um einen Fall einfacher Medikamentengabe handele. Bei den Medikamenten Seroquel und Sertralin handele es sich um Psychopharmaka, deren Vergabe als spezielle Medikamentengabe zu verordnen sei. Entsprechend der Vergütungsvereinbarung der Beklagten mit der W Pflegedienste gGmbH dürften solche Medikamente nur von Fachkräften und nicht durch jeden Erwachsenen bzw. Laien ohne medizinische Vorkenntnisse verabreicht werden. Hinzu komme, dass das Krankheitsbild des Klägers Impulsausbrüche beinhalte. Aufgrund dessen sei Tavor als Bedarfsmedikation verordnet worden. Die Verabreichung dieses Medikaments erfordere eine fachliche Einschätzung und sei erst recht nicht als einfachste Maßnahme der Behandlungspflege einzustufen. Examinierte Pflegekräfte, die hierzu in der Lage seien, halte die A GmbH nicht vor.

Mit den Beschlüssen vom 26. Januar 2018 und 6. Juli 2018 hat das Sozialgericht Frankfurt (Oder) die zuvor unter den Aktenzeichen S 27 KR 102/17, S 27 KR 251/17, S 27 KR 342/17, S 27 KR 53/18 und S 27 KR 115/18 geführten Klageverfahren zu dem Klageverfahren mit dem Aktenzeichen [S 27 KR 308/16](#) hinzuverbunden. Im Verhandlungstermin hat das Sozialgericht mit Kammerbeschluss noch eine Hinzuverbindung des Verfahrens mit dem Aktenzeichen S 27 KR 6/19 vorgenommen. Die hinzuverbundenen Verfahren betreffen inhaltlich die gleiche Problematik für Folgezeiträume bis einschließlich Juli 2018. Seit August 2018 lebt der Kläger in einer stationären Einrichtung.

Die Prozessbevollmächtigte des Klägers hat das Schreiben des Betreuers des Klägers vom 29. Mai 2016 an die D W GmbH für deren Beauftragung zur weiteren Sicherstellung der medikamentösen Versorgung des Klägers unabhängig von der Kostenübernahme durch die Beklagte sowie die Rechnungen und Leistungsnachweise des vorgenannten Pflegedienstes für die streitgegenständlichen Zeiträume zu den Gerichtsakten gereicht. Für den Monat Juli 2017 erfolgte im Verhandlungstermin durch Vorlage von Kontoauszügen des Klägers der Nachweis, dass die geschuldete Leistung für die häusliche Krankenpflege in Höhe von insgesamt 481,61 Euro abgebucht wurde. Ferner hat die Prozessbevollmächtigte des Klägers das Konzept der A GmbH "Ambulant Betreutes Wohnen", "Wohnen mit Assistenz", "Persönliches Budget", "Familientlastender Dienst", die Mitteilung der Beigeladenen an die A GmbH über die im Rahmen des Projekts "Ambulantes Betreutes Wohnen" im Fall des Klägers innerhalb der gewährten Betreuungsstunden zu realisierenden Ziele, sowie die Entgeltvereinbarung zwischen der Beigeladenen zu der A GmbH übersandt.

Mit Schriftsatz vom 17. Juli 2020 teilte die Prozessbevollmächtigte mit, dass der Kläger die an ihn gestellten Rechnungen für häusliche Pflegedienstleistungen nicht beglichen habe. Sie übersandte einen Kalendereintrag des Betreuers des Klägers vom 5. September 2017 über ein Telefonat in dem dieser mit der Pflegedienstleiterin der Diakoniestation eine Stundung der offenen Forderungen unter Verzicht der Verjährung bis zum rechtskräftigen Abschluss der gerichtlichen Forderungsklä rung vereinbart hatte.

Das Sozialgericht Frankfurt (Oder) hat mit Beschluss vom 24. Februar 2020 die Beigeladene zu dem Verfahren beigeladen.

Der Kläger beantragt,

1. die Beklagte unter Abänderung der Bescheide vom 25. Mai 2016 und 26. September 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 19. Oktober 2016 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche in der Zeit vom 29. Mai 2016 bis 21. November 2016 in Höhe von insgesamt 1.955,20 Euro freizustellen,
2. die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 1. Dezember 2016 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. März 2017 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche in der Zeit vom 22. November 2016 bis 9. Februar 2017 in Höhe von insgesamt 957,84 Euro freizustellen,
3. die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 15. Mai 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. August 2017 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche in der Zeit vom 3. Mai 2017 bis 17. Juli 2017 in Höhe von insgesamt 924,83 Euro freizustellen,
4. die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 15. August 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 2017 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche sowie des Richtens der Medikamentenbox einmal wöchentlich in der Zeit vom 1. September 2017 bis 31. Oktober 2017 in Höhe von insgesamt 687,92 Euro freizustellen,
5. die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 7. November 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. Februar 2018 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche sowie des Richtens der Medikamentenbox einmal wöchentlich in der Zeit vom 1. November 2017 bis 31. Dezember 2017 in Höhe von insgesamt 569,96 Euro freizustellen,
6. die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 9. Februar 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Mai 2018 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für verordnete und erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang von spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche sowie des Richtens der Medikamentenbox einmal wöchentlich in der Zeit vom 1. Januar 2018 bis 31. März 2018 in Höhe von insgesamt 1124,85 Euro freizustellen.
7. die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheides vom 7. Juli 2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 2018 zu verurteilen, dem Kläger die Kosten für verordnete und selbst beschaffte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Umfang spezieller Medikamentengabe zweimal täglich an sieben Tagen in der Woche sowie des Richtens der Medikamentenbox einmal wöchentlich in der Zeit vom 1. Juli 2018 bis 31. Juli 2018 in Höhe von 481,61 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt.

Die Beklagte führt aus, dass die A GmbH im Rahmen des betreuten Wohnens ihrer Zielgruppe, also erwachsenen Menschen mit Behinderung, Unterstützung durch Beratung, Anleitung und Begleitung im eigenen Wohn- und Lebensraum in den unterschiedlichsten Bereichen anbiete. Dieses Angebot beziehe sich unter anderem auf den Erhalt und die Förderung der Gesundheit der von der A GmbH betreuten Menschen mit Behinderung. Damit dürfte die Medikamentengabe der Art und dem Umfang nach zu den im Rahmen des betreuten Einzelwohnens von der A GmbH zu erbringenden Leistungen gehören. Hierzu sei die A GmbH auch verpflichtet, da sie personell und sachlich

zu dieser Leistung in der Lage sei. Das Arbeiterteam der A GmbH bestehe überwiegend aus Heilerziehungspflegern, Heilpädagogen und Sozialpädagogen, die auf Grund ihrer Ausbildung und Berufserfahrung auch zur Gabe von Psychopharmaka in der Lage seien sollten. Schließlich sei die Eingliederung des Klägers oberstes Ziel des Gesamtbetreuungskonzeptes. Um dieses zu erreichen sei die Gabe der Medikamente zwingende Voraussetzung. Dieses müsse von der Beigeladenen nicht ausdrücklich in den Bewilligungsbescheid der Eingliederungshilfeleistung aufgenommen werden, sondern sei selbstverständlicher Bestandteil der Eingliederungshilfeleistung.

Die Beigeladene ist dem Vortrag der Beklagten entgegengetreten. Die A GmbH betreibe keine stationären Einrichtungen und biete keine Betreuungsleistungen rund um die Uhr an. Sie sei vielmehr aufsuchender Dienstleister für das Training eigenständigen Wohnens. So sei es auch im Fall des Klägers gewesen. Die aufsuchende Fachkraft habe den Kläger mit dem Monatsbudget von 22 Stunden nicht täglich aufsuchen und damit bereits nicht im erforderlichen Umfang die Einnahme der verordneten Medikamente gewährleisten können. Dieses sei auch nicht ihre Aufgabe gewesen. Weiterhin sei es nicht die Aufgabe der Beigeladenen als Trägerin der Sozialhilfe, durch entsprechende Verträge mit dem Leistungserbringer der Eingliederungshilfe diesen erst in die Lage zu versetzen, Leistungen der medizinischen Behandlungspflege zu erbringen.

Die Beigeladene übersandte auf gerichtliche Nachfrage ihre Leistungsvereinbarung mit der A GmbH.

Die A GmbH hat auf gerichtliche Nachfrage ihre Sozialberichte und Leistungsnachweise für den streitgegenständlichen Zeitraum übersandt. Sie hat ferner mitgeteilt, dass der W e.V. im streitgegenständlichen Zeitraum die Mehrheit ihrer Anteile hielt.

Die Kammer hat in der mündlichen Verhandlung vom 12. August 2020 die Heilpädagogin und Erzieherin Frau C von der A GmbH zu den Umständen und Bedingungen der Erbringung der Eingliederungshilfeleistungen im streitgegenständlichen Zeitraum unter Einbeziehung der Beteiligten als Zeugin vernommen. Frau D erläuterte auf Nachfrage der Kammer zu den Leistungsnachweisen der A GmbH, dass für die eigentliche Betreuung des Klägers monatlich nur rund 15 FLS zur Verfügung standen. Die restliche Zeit sei als mittelbare und indirekte FLS unter anderem für die Zurücklegung von Wegen, das Schreiben von Berichten und die allgemeine Verwaltung der A GmbH benötigt und in Rechnung gestellt worden. Zur Darstellung des weiteren Inhalts der Zeugenaussage wird auf das Protokoll derselben Bezug genommen.

Zur Darstellung des weiteren Vortrages der Beteiligten wird auf das Protokoll der mündlichen Verhandlung vom 12. August 2020 sowie den Inhalt der Gerichtsakten der unter dem Aktenzeichen S 27 KR 306/16 verbundenen Verfahren, der Ausdrucke der Verwaltungsakte der Beklagten sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beigeladenen Bezug genommen, die der Kammer zur Entscheidung vorlagen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die unter dem Aktenzeichen S 27 KR 306/16 verbundenen Verfahren sind in zulässiger Weise als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklagen im Sinne des [§ 54 Abs.1](#) und [4](#) Sozialgerichtsgesetz erhoben worden.

II. 1. Die Klagen sind begründet. Die Beklagte hat es für die streitgegenständlichen Zeiträume zu Unrecht abgelehnt, dem Kläger Leistungen der häuslichen Krankenpflege (im Folgenden: HKP) zu gewähren. Dieses verletzt den Kläger in seinen Rechten. Da der Kläger nachgewiesen hat, hierdurch Forderungen des von ihm beauftragten Pflegedienstes ausgesetzt zu sein, war die Beklagte für die in den Tenorpunkten zu 1.) – 6.) genannten Zeiträumen unter Abänderung beziehungsweise Aufhebung der streitgegenständlichen Bescheide zu verurteilen, den Kläger in Höhe der beantragten und nachgewiesenen Beträge von den Zahlungsansprüchen des Pflegedienstes freizustellen. Für den unter 7.) genannten Zeitraum hat der Kläger die Zahlungsansprüche des Pflegedienstleisters bereits beglichen, so dass die Beklagte unter Aufhebung ihrer Entscheidung antragsgemäß zur Erstattung der vom Kläger hierfür geleisteten Summe zu verurteilen war.

Der Kläger hat gestützt auf die Norm des [§ 13 Abs.3 S.1](#) 2. Fall Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) in allen streitgegenständlichen Zeiträumen einen Anspruch gegenüber der Beklagten auf Freistellung von den Zahlungsansprüchen der D W GmbH, die dadurch entstanden sind, dass diese nach der Beauftragung durch den gerichtlich bestellten Betreuer des Klägers für diesen im Rahmen der HKP entsprechend den ärztlichen Verordnungen tatsächlich die Medikamentengabe und ab September 2017 auch das Richten der Medikamente übernommen hat. Im Zeitraum Juli 2018 hat der Kläger auf Grundlage der vorgenannten Norm wegen der bereits erfolgten Zahlung an den Pflegedienst einen Anspruch auf Erstattung der ihm hierdurch entstandenen Kosten. Die Norm des [§ 37 Abs.4 SGB V](#) ist für den geltend gemachten Anspruch des Klägers hingegen nicht einschlägig, da dieser nicht darauf beruht, dass die Beklagte nicht in der Lage war, eine Pflegekraft zu stellen oder aus anderen Gründen hiervon Abstand genommen wurde, sondern dass die Beklagte die Erbringung der beantragten Leistungen mit Rücksicht darauf, dass aus ihrer Sicht bereits dem Grunde nach kein Anspruch auf Gewährung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Sinne des [§ 37 SGB V](#) bestand, zu Unrecht abgelehnt hat (vgl. zum Inhalt des Anspruches nach [§ 37 SGB V](#) Nolte in Kassler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Werkstand 109 EL. Mai 2020, zu [§ 37 SGB V](#), Randnummer 27). Ein Anspruch des Klägers auf Grundlage der Regelung des [§ 6 Abs.6](#) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege (HKP – Richtlinie) kommt ebenfalls nicht in Betracht, da die Beklagte mit der Gewährung der HKP - Leistungen mit dem Bescheid vom 25. Mai 2016 bis zum 28. Mai 2016 diesen Anspruch bereits erfüllt hat. Schließlich liegt mangels Unaufschiebbarkeit der Leistung kein Fall des [§ 13 Abs.3 S.1](#) 1. Fall SGB V vor, da der Kläger genügend Zeit hatte, die Erbringung der HKP - Leistungen rechtzeitig zu beantragen und dieses auch getan hat.

Die gesetzlichen Voraussetzungen des [§ 13 Abs.3 S.1](#) 2. Fall SGB V für die Freistellung des Klägers von den Kosten der von ihm selbst beschafften Leistungen der häuslichen Krankenpflege beziehungsweise für die Erstattung der von ihm bereits bezahlten Kosten sind erfüllt. Gemäß der vorgenannten Norm sind Kosten die Versicherten für eine selbstbeschaffte Leistungen entstanden sind, von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn diese eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, soweit diese Leistung notwendig war.

a. Die Beklagte hat es mit den im Streit stehenden Bescheiden zu Unrecht abgelehnt, dem Kläger die ärztlich verordneten und von seinem Betreuer für diesen beantragten Leistungen der häuslichen Krankenpflege (HKP) zu erbringen. Die erste Voraussetzung für einen Freistellungs- beziehungsweise Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 S.1 SGB V](#) ist, dass der Versicherte einen Primäranspruch auf die

selbstbeschaffte Dienst- oder Sachleistung hat, da der vorgenannte Anspruch die Grenzen des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erweitert, sondern einen entsprechenden Leistungsanspruch voraussetzt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 2. September 2014, Aktenzeichen [B 1 KR 11/13 R](#), Randnummer 23 m.w.N.).

Der Kläger hatte vorliegend nach [§ 37 Abs.2 S.1 SGB V](#) einen Anspruch auf die begehrten HKP - Leistungen in der Form der zweimal täglich vorzunehmenden Tablettengabe und ab September 2017 auch des einmal wöchentlich vorzunehmenden Richtens seiner Medikamente. Gemäß der vorgenannten Norm erhalten Versicherte in ihrem Haushalt, ihrer Familie oder sonst an einem geeigneten Ort, insbesondere in betreuten Wohnformen, Schulen und Kindergärten, bei besonders hohem Pflegebedarf auch in Werkstätten für behinderte Menschen als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist.

Diese Voraussetzungen sind erfüllt. Der Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert und befand sich unter anderem auf Grund seiner psychischen Erkrankungen in laufender ärztlicher Behandlung. Zur Sicherstellung dieser Behandlung war es entsprechend den dem Kläger ausgestellten Verordnungen unabdingbar, dass diesem morgens und nachts jeweils eine Tablette der ihm verordneten Psychopharmaka verabreicht wird, da der Kläger diese Medikamente krankheitsbedingt selbständig nicht einnimmt, was im Verhandlungstermin von Frau D nochmals bestätigt wurde. Hinzu kommt das Medikament Tavor als Bedarfsmedikation, das der Kläger im Bedarfsfall ebenfalls nicht selbständig einnehmen würde. Er bedurfte somit in den streitgegenständlichen Zeiträumen durchgehend der ärztlich verordneten behandlungspflegerischen Leistungen, was im Übrigen auch die Beklagte nicht in Abrede stellt, sondern ebenfalls so sieht. Die Wohngemeinschaft, in der der Kläger in den streitbefangenen Zeiträumen wohnte, war ferner ein geeigneter Ort für die Erbringung von Leistungen zur häuslichen Krankenpflege im Sinne des [§ 37 Abs.2 SGB V](#).

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sind in Anlehnung unter anderem an die Regelung in § 1 Abs.6 der HKP - Richtlinie betreute Wohnformen nur dann "geeignete Orte" im Sinne des [§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) für die Erbringung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege, wenn der Versicherte während seines Aufenthalts dort nicht bereits einen Anspruch auf Erbringung von Krankenpflegeleistungen gegen die Einrichtung hat (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 7. Mai 2020, Aktenzeichen [B 3 KR 4/19 R](#), Randnummer 19ff; grundsätzlich Urteil vom 25. Februar 2015, Aktenzeichen [B 3 KR 11/14 R](#), Rn 13, jeweils zu recherchieren unter [www.juris.de](#)). Hierbei zählt das Bundessozialgericht vor dem Hintergrund, dass es inzwischen eine Vielzahl unterschiedlicher Einrichtungen gibt und dabei eine exakte Abgrenzung zwischen stationären und ambulanten Einrichtungen nicht mehr möglich ist, zu den "betreuten Wohnformen" in [§ 37 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) ausdrücklich nicht nur stationäre Einrichtungen, sondern auch andere Formen der Versorgung, in denen nur ambulante Leistungen erbracht werden (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 25. Februar 2015, [a.a.O.](#) Rn 19). Nach der Rechtsprechung des BSG soll nicht entscheidend sein, ob die tatsächlich gegebene Unterbringung und Betreuung weitgehende Ähnlichkeit mit stationären Versorgungsformen hat, sondern welchen Inhalt die bereits anderweitig gewährten Betreuungsleistungen und die auf dieser Grundlage geschlossenen Verträge mit dem Erbringer der Eingliederungsleistung haben (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 25. Februar 2015, [a.a.O.](#), Randnummer 19; Landessozialgericht Berlin - Brandenburg, Beschluss vom 27. Juni 2017, Aktenzeichen [L 1 KR 228/17 B ER](#), Rn 9, zu recherchieren unter [www.juris.de](#)).

Das Bundessozialgericht hat zur Abgrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse im Rahmen der HKP und der Trägers der Eingliederungsleistungen nach den Vorgaben des Zwölften Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) weiterhin ausgeführt, dass der in [§ 2 Abs.1 SGB XII](#) geregelte Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfeleistungen gegenüber den Leistungspflichten anderer Leistungsträger zu wahren ist. Der Sozialhilfeträger hat im Verhältnis zur gesetzlichen Krankenversicherung nicht die Aufgabe, durch entsprechende Verträge mit den Einrichtungen der Eingliederungshilfe dafür zu sorgen, dass diese regelmäßig auch Leistungen der medizinischen Behandlungspflege erbringen (vgl. Bundessozialgericht Urteil vom 25. Februar 2015, [a.a.O.](#), Rn 24). Der Grundsatz des Nachrangs der Sozialhilfe wird nur dann nicht verletzt, wenn Leistungen der Behandlungspflege durch eine Einrichtung der Eingliederungshilfe ohnehin vorzuhalten sind, die Gewährung der Eingliederungshilfe deutlich im Vordergrund steht und die Leistungen der Behandlungspflege untrennbarer Bestandteil der Eingliederungshilfe sind (vgl. Bundessozialgericht, [a.a.O.](#), Rn 28, Landessozialgericht Berlin - Brandenburg, [a.a.O.](#), Rn 10).

Entscheidend ist daher, ob die Einrichtung der Eingliederungshilfe in dem konkret zu prüfenden Einzelfall entsprechend ihrem Aufgabenprofil, ihrer Ausrichtung auf eine bestimmte Bewohnerklientel und insbesondere auf Grund ihrer personellen und sachlichen Ausstattung die fragliche Leistung selbst erbringen kann und dieses entsprechend den mit ihr geschlossenen Verträgen auch muss, so dass dem Versicherten gegenüber dem Leistungsträger der Eingliederungsleistung ein entsprechender Leistungsanspruch zur Erbringung der Leistung der verordneten und notwendigen Behandlungspflege zur Seite steht (vgl. Bundessozialgericht, [a.a.O.](#), Rn 22, Landessozialgericht Berlin - Brandenburg, [a.a.O.](#)).

Vorliegend spricht bereits deutlich mehr dagegen als dafür anzunehmen, dass der Kläger auf Grund der Verflechtung der Besitzverhältnisse zwischen der W e.V als Vermieterin des Klägers und der A GmbH als Leistungserbringerin in einer Einrichtung der Eingliederungshilfe wohnte. Trotz der teilweisen Überschneidungen in der Eigentümerstruktur handelt es sich beim W e.V. und der A GmbH um selbständige juristische Personen des Privatrechts mit jeweils eigenem, unabhängig voneinander bestehendem Aufgabenfeld. Es ist insbesondere im Fall des Klägers nicht ersichtlich, dass die Vermietungsleistung und die Eingliederungshilfeleistung als Leistung aus einer Hand erbracht wurden. Der Mietvertrag besteht unabhängig von den Eingliederungsleistungen. Daher dürfte bereits nicht von einer Identität von Mieter und Leistungsbringer im Sinne der Rechtsprechung des Landessozialgerichts Berlin - Brandenburg als Kriterium für das Bestehen einer Einrichtung der Eingliederungshilfe im Sinne des [§ 37 Abs.2 SGB V](#) auszugehen sein (vgl. Landessozialgericht, Beschluss vom 11. Mai 2016, Aktenzeichen [L 9 KR 144/16 B ER](#), Randnummer 9, zu recherchieren unter [www.juris.de](#)). Ohne einen inhaltlichen und hinreichend qualifizierten Zusammenhang zwischen der Unterbringungsleistung beziehungsweise dem Mietvertrag und der Eingliederungsleistung ist aber bereits der Begriff der Einrichtung der Eingliederungshilfe nicht erfüllt.

Selbst wenn auf Grund der sich überschneidenden Inhaberstrukturen des W e.V. und der A GmbH dennoch von einer Einrichtung der Eingliederungshilfe im Sinne des [§ 37 Abs.2 SGB V](#) auszugehen wäre, wäre diese trotzdem noch ein geeigneter Ort zur Erbringung von HKP zu Gunsten des Klägers im Sinne dieser Vorschrift. Denn der Kläger erhielt in seiner Wohngemeinschaft in Übereinstimmung mit der Leistungsgewährung des Beigeladenen und dessen Vorgaben zum Inhalt der Eingliederungshilfe eine so niederfrequente Eingliederungshilfeleistung, dass die Gabe der ihm verordneten Medikamente, morgens und nachts an allen Tagen der Woche sowie das ab September 2017 verordnete Richten der Medikamentenbox einmal wöchentlich auch unter der Annahme, dass die Mitarbeiter der A GmbH zur Verabreichung der Psychopharmaka nach den Vorgaben der ärztlichen Verordnung fachlich im Stande waren, rein tatsächlich nicht

möglich war. Der Kläger hatte mit Rücksicht auf die bewilligte Anzahl von 22 FLS im Monat damit auch keinen Anspruch auf die Erbringung der notwendigen Behandlungspflegehandlung gegenüber der A GmbH, da deren Pflichten wie bereits ausgeführt, durch den Umfang der Eingliederungshilfeleistungen, für die sie von der Beigeladenen beauftragt wurde, begrenzt waren (vgl. Landessozialgericht Berlin - Brandenburg, Beschluss vom 27. Juni 2017, [a.a.O.](#), Rn 12 und Beschluss vom 29. November 2016, Aktenzeichen [L 1 KR 475/16 B ER](#), Randnummer 50). Das gilt erst Recht vor dem Hintergrund, dass dem Kläger entsprechend den Leistungsabrechnungen der A GmbH mit der Beigeladenen, die insoweit mit den § 6 der getroffenen Vereinbarung über die Erbringung und Finanzierung der von Eingliederungshilfe in Form von ambulantem Wohnen (im Folgenden: Leistungsvereinbarung) zur pauschalen Abrechnungsfähigkeit der Kosten für die Verwaltung und Sachleistungen der A GmbH als mittelbare und indirekte FLS im Einklang steht, nur rund 15 Stunden im Monat für die eigentliche Eingliederungsleistung, also die unmittelbare Arbeit mit dem Kläger zur Verfügung standen. Diese geringe Stundenanzahl reicht nicht aus, um zweimal täglich zum Kläger zu kommen und ihm die Medikamente zu verabreichen (so auch Landessozialgericht Berlin - Brandenburg, a.a.O., in vergleichbaren Verfahren, bei denen 24 FLS im Monat für die zweimal täglich vorzunehmenden Medikamentengabe bei ähnlicher Belastung als nicht ausreichend angesehen würden). Im Übrigen würde ein entsprechendes Umverteilen der gewährten FLS zu Gunsten der Medikamentengabe dazu führen, dass die A GmbH dem Kläger die eigentliche Eingliederungsleistung, zu der sie gegenüber der Beigeladenen verpflichtet ist, mit dem Schwerpunkt der Hilfe beim Einkauf von Lebensmitteln und dem Umgang mit dem eigenen Budget, dem Halten von Ordnung im eigenen Bereich und in der Wohngemeinschaft sowie der Konfliktbewältigung, im Rahmen ihrer vertraglichen Verpflichtungen nicht mehr leisten könnte. Das würde wiederum bedeuten, dass der in [§ 2 Abs.1 SGB XII](#) geregelte Nachrang der Sozialhilfeleistungen gegenüber den von der Beklagten zur erbringenden Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht mehr eingehalten würde, da die HKP nicht mehr bei Gelegenheit und als selbstverständlicher Bestandteil der Eingliederungsleistung gewährt würde, sondern deren wesentlicher Inhalt wäre. Einen Anspruch auf kostenlose Mehrarbeit durch die A GmbH oder auf Aufstockung der FLS der Eingliederungshilfe durch den Beigeladenen hat entsprechend der vorzitierten Bundessozialgerichtsrechtsprechung weder der Kläger noch die Beklagte.

Weiterhin verweist das Gericht darauf, dass die Gabe von Medikamenten im Fall des Klägers auch nicht aus der Natur der Sache heraus Gegenstand der Pflichten der A GmbH gegenüber dem Kläger ist. Anders als bei einer stationären Einrichtung übernahm die A GmbH nicht die Gesamtverantwortung für dessen tägliche Lebensführung, sondern sollte diesem nur als aufsuchender Dienstleister bei Teilbereichen seiner Lebensführung zur Hand gehen. Dieses ergibt sich nicht nur aus den Bewilligungsbescheiden der Eingliederungshilfe mit den vorgenannten Schwerpunkten und der geringen monatlichen Stundenanzahl an FLS sondern auch aus § 5 Abs.2 der Leistungsvereinbarung mit dem Beigeladenen, gemäß dem das ambulant betreute Wohnen zwar auf eine kontinuierliche Betreuung, nicht aber auf eine ständige Anwesenheit des Betreuungspersonals ausgerichtet war. Die zu betreuenden Personen sind ein- oder mehrmals wöchentlich zu besuchen. Gemäß der Zeugenaussage von Frau D war etwa dreimal wöchentlich ein Mitarbeiter der A GmbH beim Kläger und auch insgesamt in der Wohngemeinschaft. Bei diesen Vereinbarungen und einem solchen Konzept ist die zweimal tägliche Gabe von Medikamenten, früh und nachts, nicht im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts konkludent als selbstverständlicher Bestandteil der Leistung mitvereinbart, zumal das Bundessozialgericht in diesem Punkt auf die Verhältnisse einer stationären Eingliederungsleistung mit Übernahme der Gesamtverantwortung durch die Betreuungseinrichtung Bezug nahm (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 25. Februar 2015, [a.a.O.](#), Rn 28).

Da der Kläger gegenüber der A GmbH bereits wegen der geringen FLS - Anzahl keinen Anspruch auf Übernahme der Aufgaben der Medikamentengabe und des Richtens der Medikamente hatte, kann die Kammer die weitere Frage, ob die regelmäßige Gabe von Psychopharmaka nach ärztlicher Verordnung und die Pflicht zur Gabe von Tavor als Bedarfsmedikation noch eine einfachste behandlungspflegerische Maßnahme im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist und ob die A GmbH über Personal verfügte beziehungsweise verfügen musste, um diese Aufgabe sicherzustellen, dahinstehen lassen.

Der Anspruch des Klägers auf die Gewährung von HKP - Leistungen gegenüber der Beklagten war schließlich auch nicht nach [§ 37 Abs.3 SGB V](#) ausgeschlossen, da in seinem Haushalt keine Personen lebten, die die Medikamentengabe im verordneten Umfang hätten übernehmen können. Die beiden damals mit dem Kläger in einer Wohngemeinschaft lebenden Mitbewohnerinnen waren selbst behindert und erhielten Eingliederungshilfeleistungen. Sie wären mit dieser Aufgabe mit Sicherheit überfordert gewesen.

Weiterhin können die Betreuer und Pflegepersonen, die sich zur Erfüllung ihrer vertraglichen Pflichten in der Wohngemeinschaft aufhielten, jedoch nicht kontinuierlich in den Wohn- und Lebensbereich der nach Aussage von Frau D weitgehend selbständigen Wohngemeinschaft eingebunden waren, nicht mit Haushaltsangehörigen gleichgestellt werden. Aufgrund des Ausnahmecharakters des [§ 37 Abs.3 SGB V](#) verbietet sich eine ausdehnende Auslegung derselben (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 20. August 2019, Aktenzeichen [L 5 KR 403/19](#), Rn 79).

b. Die nach alldem zu Unrecht erfolgte Ablehnung der HKP - Leistungen war ursächlich dafür, dass dem Kläger durch die Selbstbeschaffung der Leistungen Kosten entstanden sind, für die er von der Beklagten freizustellen ist beziehungsweise die ihm zu erstatten sind.

Die Norm des [§ 13 Abs.3 S.1 SGB V](#) erfasst über den ausdrücklich geregelten Kostenerstattungsanspruch nach der ständigen Rechtsprechung und der ganz herrschenden Meinung auch Fälle der Kostenfreistellung (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 30. November 2017, Aktenzeichen [B 3 KR 11/16 R](#), Randnummer 18; Schifferdecker in Kessler Kommentar, zu [§ 13 SGB V](#), Randnummer 100 m.w.N.). Ein Kostenfreistellung- beziehungsweise Kostenerstattungsanspruch besteht nach dem Wortlaut der Norm ("dadurch") nur dann, wenn zwischen der rechtswidrigen Ablehnung der Sachleistung durch die Krankenkasse und dem Kostennachteil des Versicherten ein Ursachenzusammenhang besteht (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 20. August 2019, Aktenzeichen [L 5 KR 403/19](#), Rn 34 m.w.N., zu recherchieren unter [www.juris.de](http://www.juris.de)). Die rechtswidrige Leistungsablehnung muss wesentliche Ursache für der Selbstbeschaffung gewesen sein (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 11. September 2012, Aktenzeichen [B 1 KR 3/12 R](#), Rn 35). An einem solchen Kausalzusammenhang fehlt es, 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 hatte und fest entschlossen war, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte (vgl. Bundessozialgericht, a.a.O.). Die Krankenkasse muss zunächst die rein faktische Möglichkeit haben, sich mit dem Leistungsbegehren zu befassen, es zu prüfen und ggf. Behandlungsalternativen aufzuzeigen, bevor eine Selbstbeschaffung mit Kostenerstattungsanspruch in Betracht kommt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 30. November 2017, [a.a.O.](#)).

Aus der Beauftragung der D W GmbH vom 29. Mai 2016 ergibt sich, dass diese eine direkte Reaktion auf die Leistungsablehnung der Beklagten für die Zeit ab dem 29. Mai 2016 mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 26. Mai 2016 war. Für den ersten Leistungszeitraum besteht unzweifelhaft der in § 13 Abs.3 S.1 2. Fall geforderte Kausalzusammenhang. Jedoch sieht die Kammer diesen Kausalzusammenhang auch für die Folgezeiträume als gegeben an. Zwar erfolgte die Beauftragung der D W GmbH entsprechend dem Schreiben vom 29. Mai 2016 zeitlich unbefristet. Es gibt auch keine ausdrücklichen Folgeaufträge nach den jeweiligen Leistungsablehnungen der Beklagten. Jedoch ist zu berücksichtigen, dass die D W GmbH von der Leistungsablehnung durch die Beklagte wusste, was sich auch in der späteren Stundungsabrede mit dem Betreuer des Klägers unter Verzicht auf die Einrede der Verjährung niederschlug. Vor diesem Hintergrund ist die Beauftragung durch den Betreuer des Klägers zunächst einmal als Auftrag für den ersten Ablehnungszeitraum der Beklagten zu sehen, der sich konkludent durch die Einreichung weiterer ärztlicher Verordnungen und die weitere Erbringung der Pflegeleistung und die Entgegennahme der Pflegeleistung nach der jeweils weiteren Ablehnungsentscheidung der Beklagten verlängerte (vgl. Bayerisches Landessozialgericht, Urteil vom 20. August 2019, [a.a.O.](#)). Wertungsmäßig besteht für die Kammer kein Zweifel daran, dass der Kläger, vertreten durch seinen Betreuer, auf Grund der wiederholten Leistungsablehnung durch die Beklagte als wesentliche Ursache persönlich eine Zahlungsverpflichtung gegenüber dem vorgenannten Pflegedienst eingegangen ist, um einer Verschlimmerung seines Gesundheitszustandes vorzubeugen.

c. Der Kläger ist in Folge der vorgenannten Beauftragung vom 29. Mai 2016 mit konkludenter Verlängerung für die streitgegenständlichen Zeiträume auch wirksamen und einredefreien Zahlungsansprüchen der D W gGmbH ausgesetzt, beziehungsweise für den Monat Juli 2018 ausgesetzt gewesen. Zwar enthält die Beauftragung des Betreuers vom 29. Mai 2016, welche vom Pflegedienstleister konkludent durch die Erbringung der Leistungen angenommen wurde, keine Vereinbarung zu der Höhe der geschuldeten Leistungen. Jedoch führt dieses nicht dazu, dass der vorgenannten Pflegedienstleister keinen Zahlungsanspruch gegenüber dem Kläger hätte. Da es sich in der Sache um eine besondere Ausprägung eines Dienstvertrages im Sinne des [§ 611](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) handelt, ist eine Entlohnung des Dienstes gemäß den üblichen Bedingungen nach [§ 612 BGB](#) auch ohne entsprechende ausdrückliche Abrede vereinbart. Die D W gGmbH durfte daher ihre üblichen Leistungssätze für die Verabreichung der Medikamente, Herrichten der Medikamentenbox und die jeweiligen Anfahrten in Rechnung stellen. Dass die tatsächlich in Rechnung gestellten Sätze hierfür nicht marktüblich sind, ist weder ersichtlich noch von einem Beteiligten vorgetragen worden.

Die Höhe der Freistellungsansprüche und des Erstattungsanspruches des Klägers wurde durch Einreichung der Rechnungen und der Leistungsnachweise des Pflegedienstes nachgewiesen. Für die Monate, in denen dem Kläger an Hand der streitbefangenen Verordnungen nur anteilig HKP - Leistungen verordnet wurden, macht der Kläger diese auch nur anteilig entsprechend dem auf diese Zeiträume entfallenen Kostenanteil geltend. Die Kammer hat insoweit die Rechnungen und Leistungsverzeichnisse geprüft und hält diese für schlüssig. Die Zusammensetzung der Höhe der erstattungsfähigen Kosten für den Zeitraum vom 3. Mai 2017 bis 17. Juli 2017 hat das Gericht an Hand der bereits vor dem Termin eingereichten Rechnungen und Leistungsnachweise mit den Beteiligten gemeinsam erörtert und dabei an Hand der Leistungsnachweise dargelegt, welcher Teil der Rechnungen für die Monate Mai 2017 und Juli 2017 auf den streitgegenständlichen Verordnungszeitraum entfällt und welcher nicht. Die weiteren Beträge waren bereits vor der mündlichen Verhandlung von der Prozessbevollmächtigten des Klägers an Hand der Rechnungen des Pflegedienstleisters beziffert worden. Für einen guten Teil der Leistungszeiträume lagen die Leistungsnachweise bereits seit geraumer Zeit vor. Die am 10. August 2017 bei Gericht erstmals eingereichten Leistungsnachweise für den Zeitraum Mai 2016 bis Januar 2017 sind durch das Abzählen der Unterschriften des jeweiligen Mitarbeiters des Pflegedienstes in einer einfach gehaltenen Übersichtstabelle innerhalb weniger Minuten zu prüfen. Hierfür hat das Gericht eine Unterbrechung der mündlichen Verhandlung vorgenommen und in dieser Zeit auch den Beteiligtenvertretern die Möglichkeit der eigenen Prüfung eröffnet. Mit Rücksicht auf die geringe Anzahl, die gute Übersichtlichkeit und Schlüssigkeit der eingereichten Unterlagen, die nur bereits bekannten Vortrag als Beweismittel untermauerten, sah die Kammer keine Notwendigkeit, die mündliche Verhandlung zur Auswertung der Leistungsnachweise zu vertagen. Die Zahlungsansprüche bestanden unzweifelhaft in der unter 1.) bis 7.) tenorierten Höhe. Der Kläger war als Empfänger von Leistungen nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch nach [§ 62 SGB V](#) von Zuzahlungen befreit.

Die gegenüber dem Kläger bestehenden Zahlungsansprüche sind einredefrei. Sie sind insbesondere nicht mit der Folge der Hemmung des Zahlungsanspruchs nach [§ 195 BGB](#) verjährt. Der Kläger ist auf Grund des von seinem Betreuer am 5. September 2017 erklärten Verzichts auf die Einrede der Verjährung daran gehindert, sich bezüglich der im Streit stehenden Ansprüche auf die Einrede der Verjährung zu berufen. Diese Erklärung des Einredevverzichts erfolgte wirksam und nicht rechtsmissbräuchlich im Sinne des [§ 242 BGB](#), da der Pflegedienst entsprechend der in der Verwaltungsakte des Beigeladenen enthaltenen Korrespondenz bereits gedroht hatte, die Leistungserbringung der HKP mangels Zahlungen des Klägers einzustellen und daher ersichtlich nur bereit war, die bereits aufgelaufenen und noch auflaufenden Ansprüche gegen den Kläger bis zum Abschluss der bereits damals andauernden gerichtlichen Klärung zu stunden und die Leistung weiter zu erbringen, wenn dieser im Gegenzug den Verzicht auf die Einrede der Verjährung erklärt.

d. Als letzte Voraussetzung für den vom dem Kläger geltend gemachten Freistellungs- beziehungsweise Erstattungsanspruch waren die auf Grund der rechtswidrigen Leistungsablehnung verursachten Kosten im Sinne des § 13 Abs.3 S.1 auch notwendig. Der Kläger macht nur Kosten der ihm ärztlich verordneten HKP - Leistungen geltend, für die von einer Notwendigkeit ohne Weiteres ausgegangen werden kann. Es auch gibt keine Anhaltspunkte dafür, dass der Kläger gegenüber dem Pflegedienstleister überflüssige oder zu hohe Zahlungsverpflichtungen eingegangen ist, die dem Pflegedienst für die Erbringung der verordneten HKP - Leistungen nicht zustehen könnten (vgl. zum Begriff der notwendigen Kosten im Sinne des [§ 13 SGB V](#), Schifferdecker, a.a.O., zu [§ 13 SGB V](#), Rn 90f.). Die vom Pflegedienst in Rechnung gestellten Preise dürften marktüblich sein.

2. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang der Hauptsacheverfahren.

Rechtsmittelbelehrung

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2020-11-03