

L 1 KR 54/03

Land
Hamburg
Sozialgericht
LSG Hamburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Hamburg (HAM)
Aktenzeichen
S 37 KR 600/99
Datum
24.04.2003
2. Instanz
LSG Hamburg
Aktenzeichen
L 1 KR 54/03
Datum
07.07.2004
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

1. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 24. April 2003 wird zurückgewiesen. 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. 3. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über einen Kostenfreistellungsanspruch in Höhe von 2.120,20 DM bezüglich Medikamentengaben (häusliche Krankenpflege) in der Zeit vom 1. Mai bis 30. Juni und vom 1. November bis 31. Dezember 1999.

Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) war hinsichtlich des 1915 geborenen, bei der Beklagten versicherten Klägers (Pflegestufe I) auf Grund der durch die Internistin Dr. G. am 4. März 1999 erfolgten Untersuchung zur Auffassung gelangt, dass diesem die Medikamenteneinnahme selbstständig möglich sei. Nachdem der Internist Dr. D. dem Kläger am 30. März 1999 unter den Diagnosen "Billroth II-Magenresektion bei blutendem Ulcus duodeni, art. Hypertonus, Fußheberschwäche rechts bei Verdacht auf Peronäusschädigung" für das Quartal II/1999 Medikamentengabe einmal täglich/siebenmal wöchentlich verordnet hatte, bewilligte die Beklagte nach Einholung der Stellungnahme des Arztes für Allgemeinmedizin Z. vom 22. April 1999 mit Bescheid vom 12. Mai 1999 für den Zeitraum 1. April bis 17. Mai 1999 einmal täglich Medikamentengabe (viermal wöchentlich). Auf die - zusätzlich eine cerebrale Durchblutungsstörung beschreibende - Verordnung Dr. D. vom 19. Mai 1999, dem Kläger auch für die Zeit vom 18. Mai bis 30. Juni 1999 einmal täglich/siebenmal wöchentlich Medikamentengabe zu bewilligen, entschied die Beklagte, dass diese Leistungen nicht genehmigt werden könnten (Bescheid vom 16. Juni 1999).

Im anschließenden Vorverfahren ließ der Kläger vorbringen, dass für ihn die einmal tägliche/siebenmal wöchentliche Medikamentengabe durch den Pflegedienst notwendig sei. Nachdem Dr. K. vom MDK unter dem 21. Juli 1999 die Verteilung der Medikamente auf eine Wochendosette befürwortet hatte, bewilligte die Beklagte mit Teilabhilfebescheid vom 26. Juli 1999 einmal wöchentliche Medikamentengabe. Zwar bescheinigte Dr. D. dem Kläger am 3. August 1999, dass die "Medikamentenüberwachung" einmal täglich erforderlich sei, jedoch wies die Beklagte, nachdem sie die weitere Stellungnahme des MDK vom 31. August 1999 eingeholt hatte, den Widerspruch des Klägers, der vom 27. September bis 25. Oktober 1999 im Allgemeinen Krankenhaus B. behandelt worden war (Bericht vom 10. November 1999), durch Widerspruchsbescheid vom 26. Oktober 1999 zurück. Eine Medikamentenüberwachung stelle keine Leistung der Behandlungspflege dar.

Bezüglich des Quartals IV/1999 verordnete Dr. D. dem Kläger am 26. Oktober 1999 u. a. erneut einmal täglich/siebenmal wöchentlich Medikamentengabe, deren Notwendigkeit er unter dem 5. November 1999 abermals bescheinigte. Mit Bescheid vom 29. Oktober 1999 bewilligte die Beklagte auch insoweit nur einmal wöchentliche Medikamentengabe und wies nach Einholung der Stellungnahme Dr. Z. vom 23. November 1999 den Widerspruch des Klägers durch Widerspruchsbescheid vom 23. März 2000 zurück.

Gegen die Widerspruchsbescheide vom 26. Oktober 1999 und 23. März 2000 richten sich die am 1. November 1999 bzw. 3. April 2000 erhobenen Klagen ([S 37 KR 600/99](#); S 37 KR 179/00), die das Sozialgericht zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden hat (Beschluss vom 4. September 2001).

Der Kläger hat - der Beklagten erteilte - Rechnungen des C.-Pflegedienstes vom 3. Juni und 2. Juli 1999 über die Monate Mai und Juni 1999 mit Forderungen in Höhe von 785,00 DM und 691,20 DM (= insgesamt 1.476,20 DM) vorgelegt, welche die Beklagte nur in Höhe von 393,60 DM beglichen hat. Ferner hat er für Mai und Juni 1999 durch seine Unterschrift bestätigte Leistungsnachweise des Pflegedienstes und das an seinen Prozessbevollmächtigten gerichtete Schreiben des C.-Pflegedienstes vom 7. April 2000 vorgelegt, nach welchem sein Eigenanteil

bezüglich der ärztlich verordneten Leistungen der Medikamentengabe für diese Monate 1.082,60 DM beträgt.

Die Beklagte hat die Monate November und Dezember 1999 betreffende Rechnungen des C.-Pflegedienstes vom 3. Dezember 1999 (630,20 DM) und 6. Januar 2000 (686,60 DM) und ebenfalls diese Monate betreffende, vom Kläger unterschriebene Leistungsnachweise vorgelegt. Von diesen Beträgen sind für November 1999 515,- DM und für Dezember 1999 522,60 DM offen. Für die Monate April 1999 (Rechnung vom 4. Mai 1999 über 776,60 DM) und Oktober 1999 (Rechnung vom 3. November 1999 über 148,00 DM) sind, wie zwischen den Beteiligten mittlerweile unstreitig ist, keine Beträge offen.

Das Sozialgericht hat von Dr. D. den Befundbericht vom 16. Februar 2000 eingeholt, wonach die cerebrale Leistung des Klägers so gelitten habe, dass ihm eine regelmäßige Medikamenteneinnahme selbstständig nicht mehr möglich gewesen und daher im Rahmen der häuslichen Krankenpflege deren regelmäßige Überwachung verordnet worden sei.

Durch Gerichtsbescheid vom 24. April 2003 hat das Sozialgericht die auf Kostenfreistellung gerichteten Klagen abgewiesen. Eine Vergütungspflicht des Klägers gegenüber dem Pflegedienst sei nicht ersichtlich. Insbesondere sei eine Rechnungstellung des Pflegedienstes gegenüber dem Kläger nicht erfolgt. Das an den Prozessbevollmächtigten des Klägers gerichtete Schreiben des Pflegedienstes vom 7. April 2000 über einen Eigenanteil des Klägers für Mai und Juni 1999 von 1.082,60 DM stelle keine Rechnung dar. Vielmehr seien der Pflegedienst und der Kläger davon ausgegangen, dass die weiteren sechsmaligen wöchentlichen Medikamentengaben als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht würden. Das ergebe sich insbesondere daraus, dass der Pflegedienst die Kosten dieser Leistungen der Beklagten in Rechnung gestellt habe.

Mit der gegen den ihm am 29. April 2003 zugestellten Gerichtsbescheid am 23. Mai 2003 eingelegten Berufung hat der Kläger den zwischen ihm und der C. - Pflegedienst GmbH geschlossenen Pflegevertrag (PV) vom 5. März 1999 (ohne die Anlage 1 über die Auswahl der Leistungen) in Kopie vorgelegt, in dessen Rahmen er sich gegenüber dem Pflegedienst verpflichtet habe, die vereinbarten und erbrachten Leistungen zu vergüten. Außerdem hat der Kläger Kopien der an ihn gerichteten, die Monate Mai, Juni, November und Dezember 1999 betreffenden Schreiben des Pflegedienstes vom 25. Juni (fälschlich 394,40 DM statt 391,40 DM), 28. Juli (691,20 DM) und 20. Dezember 1999 (515,00 DM) sowie vom 3. Februar 2000 (522,60 DM) vorgelegt, mit denen der Pflegedienst ihn jeweils von der Kürzung der Abrechnung durch die Beklagte unterrichtet und ihm die aus der Durchführung der nicht genehmigten ärztlich verordneten Leistungen entstandenen Eigenanteilsbeträge mitgeteilt hat.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Hamburg vom 24. April 2003 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 12. Mai 1999 in der Gestalt der Bescheide vom 16. Juni und 26. Juli 1999 sowie des Widerspruchsbescheides vom 26. Oktober 1999 zu ändern, den Bescheid der Beklagten vom 29. Oktober 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. März 2000 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, ihn von Kosten in Höhe von 2.120,20 DM gegenüber dem Pflegedienst freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend.

Ergänzend wird auf den Inhalt der Gerichtsakten und der Verwaltungsakten der Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der Beratung des Senats gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet mit Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -](#)).

Die Berufung ist statthaft, form- und fristgerecht eingelegt und auch im Übrigen zulässig ([§§ 143, 144, 151 SGG](#)). Insbesondere ist eine Kostenfreistellung in Höhe von mehr als 500 EUR streitig.

Das Rechtsmittel ist aber unbegründet. Das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der Kläger hat keinen Anspruch auf die begehrte Kostenfreistellung.

Streitgegenstand ist lediglich Kostenfreistellung für die Monate Mai und Juni sowie November und Dezember 1999. Um Kostenfreistellung für das Quartal III/ 1999 geht es vorliegend nicht. Soweit der Kläger im erstinstanzlichen Verfahren mit Faxschreiben vom 28. Dezember 2000 auch die Aufhebung des – das Quartal III/1999 betreffenden – Bescheides vom 28. Juli 1999, gegen den er mit Schreiben vom 11. August 1999 am 12. August 1999 Widerspruch erhoben hat, beantragt hat (Bl. 29 der Akte [S 37 KR 600/99](#)), ist er im Verlaufe des Klage- und Berufungsverfahrens nicht mehr darauf zurückgekommen. Im Übrigen betreffen die streitigen Widerspruchsbescheide vom 26. Juli 1999 und 23. März 2000, wie ihnen eindeutig entnommen werden kann, den zum Quartal III/1999 ergangenen Bescheid vom 28. Juli 1999 auch nicht.

Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (§ 13 Abs. 3 (ab 1. Juli 2001 § 13 Abs. 3 Satz 1) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch - SGB V -). Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

Der Senat kann dahingestellt lassen, ob die Beklagte eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Es bedarf insbesondere keiner Prüfung, ob der Kläger Anspruch auf tägliche - nicht nur wöchentliche - Medikamentengabe als Leistung der häuslichen Krankenpflege hatte, weil er nicht in der Lage war, sich selbst täglich aus der ihm einmal wöchentlich zur Verfügung gestellten Medikamentendosette mit Medikamenten zu versorgen und deshalb der täglichen Zuteilung ihm verordneter Medikamente durch den Pflegedienst bedurfte. Auch bedarf es keiner

Prüfung, ob an Stelle des Pflegedienstes etwa eine im Haushalt des Klägers lebende Person ihn in dem erforderlichen Umfang pflegen und versorgen konnte ([§ 37 Abs. 3 SGB V](#)). Denn selbst wenn der Kläger Anspruch auf tägliche Medikamentengabe (Behandlungspflege) hatte, weil sie zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich war ([§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)), bestände der geltend gemachte Kostenfreistellungsanspruch nicht. Das hat das Sozialgericht, auf dessen Ausführungen Bezug genommen wird ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)), zutreffend erkannt.

Der vom Kläger im Berufungsverfahren vorgelegte PV vom 5. März 1999 und die an ihn gerichteten, die Monate Mai, Juni, November und Dezember 1999 betreffenden Schreiben des Pflegedienstes vom 20. Juni, 28. Juli und 20. Dezember 1999 sowie 3. Februar 2000 führen zu keiner anderen Beurteilung. Damit wird eine Kostenverpflichtung, die dem Kläger auf Grund der ablehnenden Bescheide der Beklagten entstanden ist, nicht nachgewiesen.

Der Senat hat bereits entschieden, dass Bestimmungen im PV, nach denen der Leistungsempfänger verpflichtet ist, die "vereinbarten und erbrachten Leistungen" entsprechend den gültigen Vergütungssätzen zu vergüten (§ 4 a PV) und die Erstattung der Vergütung für die vertraglich vereinbarten Pflegeleistungen bei der Krankenkasse zu beantragen (§ 5 a PV), und es dem Leistungserbringer bei einer negativen Entscheidung der Krankenkasse über den Antrag und die Kostenübernahmeerklärung obliegt, die entstandenen Aufwendungen dem Leistungsempfänger, der in diesem Falle zur Zahlung der Vergütung für die vereinbarten Pflegeleistungen verpflichtet sei, in Rechnung zu stellen (§ 5 b PV), mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich geltenden Sachleistungsprinzip ([§§ 2 Abs. 2 Satz 1, 13 Abs. 1 SGB V](#)) kollidieren und deshalb im Hinblick auf [§ 134](#) Bürgerliches Gesetzbuch bedenklich sind. Das schließt auch eine Bestimmung ein, nach welcher der Leistungsempfänger auch dann zur Zahlung der Vergütung verpflichtet ist, wenn der vertraglich vereinbarte Leistungsumfang den Leistungsanspruch gegen die Krankenkasse übersteigt (§ 5 b Abs. 2 PV). Ein vertraglicher Vergütungsanspruch des Pflegedienstes ließe sich für den Fall der Unwirksamkeit (Nichtigkeit) des PV gegen den Kläger aber nicht herleiten.

Im Übrigen hat der Kläger aber auch nicht nachvollziehbar dargelegt, dass sich die im PV mit dem Pflegedienst vereinbarten Leistungen überhaupt auf die Behandlungspflege in der Form der Medikamentengabe beziehen. Anlagen zum PV, die über die konkret vereinbarten Leistungen evtl. Auskunft geben könnten, hat er nicht vorgelegt.

Selbst wenn aber der PV als privatrechtlicher Vertrag gültig wäre und eine Verpflichtung des Klägers gegenüber dem Pflegedienst zur Vergütung der Leistungen der Medikamentengabe bestände, lägen die Voraussetzungen des [§ 13 SGB V](#) nicht vor. Denn diese Verpflichtung ist bereits unter dem März 1999, also vor der ersten Leistungsablehnung durch Bescheid vom 12. Mai 1999, eingegangen worden und stellt sich deshalb nicht als Folge der Leistungsablehnung dar. Voraussetzung des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist aber, dass die zu Unrecht erfolgte Leistungsablehnung ursächlich für die Entstehung der privaten Kostenverpflichtung gewesen ist. Das Sozialgericht hat in diesem Zusammenhang zutreffend ausgeführt, dass ein Kostenerstattungsanspruch nicht in Betracht kommt, wenn der Leistungserbringer das finanzielle Risiko in der Weise übernimmt, dass ein Anspruch gegen den Versicherten nur entstehen soll, wenn dessen Krankenkasse die Kosten nicht trägt (Bundessozialgericht 28.3.2000 - [B 1 KR 21/99 R, SozR 3-2500 § 13 Nr 21](#)). Nicht anders ist der Fall hier zu betrachten. Wenn ein Versicherter (Leistungsempfänger) vor Ablehnung seines Leistungsantrags durch die Krankenkasse in einem privaten Vertrag mit dem Leistungserbringer (Pflegedienst) vereinbart, dass dieser bei ihm bestimmte Leistungen erbringt und er - der Versicherte - für den Fall der Leistungsablehnung durch die Krankenkasse das Vergütungsrisiko gegenüber dem Pflegedienst trägt, dann besteht kein Kostenerstattungs- oder Kostenfreistellungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gegen die Krankenkasse. Über diese Vorschrift hinaus sieht das SGB V einen Anspruch des Versicherten auf Kostenfreistellung oder Kostenerstattung gegen die Krankenkasse für Leistungen, die er sich hat privat erbringen lassen, nicht vor. Soweit § 5 PV suggeriert, es bestehe ein Anspruch des Leistungsempfängers auf "Erstattung der Vergütung für die vertraglich vereinbarten Pflegeleistungen", wenn nur der Leistungsempfänger sie bei der Krankenkasse beantrage, ist dies daher nicht zutreffend.

Die an den Kläger jeweils nach Ablauf der einzelnen streitigen Leistungsmonate gerichteten Schreiben des Pflegedienstes vom 25. Juni und 28. Juli sowie 20. Dezember 1999 und 3. Februar 2000 sind nicht geeignet, eine eigenständige, mit dem Pflegedienst nach erfolgter jeweiliger Leistungsablehnung durch die Beklagte getroffene vertragliche Vereinbarung mit Vergütungsverpflichtung gegenüber dem Pflegedienst iSd [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) zu begründen. Sie stellen sich lediglich als an den Kläger im Hinblick auf § 5 a und b PV gerichtete Mitteilungen ohne eigentliche Zahlungsaufforderung dar, könnten aber selbst dann, wenn ihnen Rechnungscharakter zukäme, nach obigen Ausführungen den streitigen Kostenfreistellungsanspruch nicht begründen. Sonstige vertragliche Abreden, die er nach jeweiliger Leistungsablehnung durch die Beklagte mit dem Pflegedienst hinsichtlich der in Rede stehenden Leistungen getroffen hätte, hat der Kläger nicht behauptet.

Nach alledem hat die Berufung keinen Erfolg und ist zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Der Senat hat die Revision gem. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG](#) nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierfür fehlen.

Rechtskraft

Aus

Login

HAM

Saved

2004-11-30