S 37 KR 600/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Hamburg

Sozialgericht Landessozialgericht Hamburg

Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen S 37 KR 600/99 Datum 24.04.2003

2. Instanz

Aktenzeichen L 1 KR 54/03 Datum 07.07.2004

3. Instanz

Datum -

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

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten $\tilde{A}^{1/4}$ ber einen Kostenfreistellungsanspruch in $H\tilde{A}^{n}$ he von 2.120,20 DM bez $\tilde{A}^{1/4}$ glich Medikamentengaben (h \tilde{A}^{n} usliche 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 KlĤgers (Pflegestufe I) auf Grund der durch die Internistin Dr. G. am 4. MĤrz 1999 erfolgten Untersuchung zur Auffassung gelangt, dass diesem die Medikamenteneinnahme selbststĤndig mĶglich sei. Nachdem der Internist Dr. D. dem KlĤger am 30. MĤrz 1999 unter den Diagnosen "Billroth II-Magenresektion bei blutendem Ulcus duodeni, art. Hypertonus, FuÄ□heberschwĤche rechts bei Verdacht auf PeronĤusschĤdigung" fļr das Quartal II/1999 Medikamentengabe einmal tĤglich/siebenmal wĶchentlich verordnet hatte, bewilligte die Beklagte nach Einholung der

Stellungnahme des Arztes fÃ $\frac{1}{4}$ r Allgemeinmedizin Z. vom 22. April 1999 mit Bescheid vom 12. Mai 1999 fÃ $\frac{1}{4}$ r den Zeitraum 1. April bis 17. Mai 1999 einmal tÃ α glich Medikamentengabe (viermal wÃ α chentlich). Auf die â α crebrale DurchblutungsstÃ α rung beschreibende â α verordnung Dr. D. vom 19. Mai 1999, dem KlÃ α ger auch fÃ α r die Zeit vom 18. Mai bis 30. Juni 1999 einmal tÃ α glich/siebenmal wÃ α chentlich Medikamentengabe zu bewilligen, entschied die Beklagte, dass diese Leistungen nicht genehmigt werden kÃ α nnten (Bescheid vom 16. Juni 1999).

Im anschlieÄ enden Vorverfahren lieÄ der Klä¤ger vorbringen, dass få¼r ihn die einmal tä¤gliche/siebenmal wä¶chentliche Medikamentengabe durch den Pflegedienst notwendig sei. Nachdem Dr. K. vom MDK unter dem 21. Juli 1999 die Verteilung der Medikamente auf eine Wochendosette befä¾rwortet hatte, bewilligte die Beklagte mit Teilabhilfebescheid vom 26. Juli 1999 einmal wä¶chentliche Medikamentengabe. Zwar bescheinigte Dr. D. dem Klä¤ger am 3. August 1999, dass die "Medikamentenļberwachung" einmal tä¤glich erforderlich sei, jedoch wies die Beklagte, nachdem sie die weitere Stellungnahme des MDK vom 31. August 1999 eingeholt hatte, den Widerspruch des Klä¤gers, 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 zurä¼ck. Eine Medikamentenã¼berwachung 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 (<u>S 37 KR 600/99</u>; S 37 KR 179/00), die das Sozialgericht zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden hat (Beschluss vom 4. September 2001).

Der Klå¤ger hat â∏ der Beklagten erteilte â∏ 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 Kl \tilde{A} x ger unterschriebene Leistungsnachweise vorgelegt. Von diesen Betr \tilde{A} x gen sind f \tilde{A} 1 4 r November 1999 515,- DM und f \tilde{A} 1 4 r Dezember 1999 522,60 DM offen. F \tilde{A} 1 4 r die Monate April 1999 (Rechnung vom 4. Mai 1999 \tilde{A} 1 4 ber 776,60 DM) und Oktober 1999 (Rechnung vom 3. November 1999 \tilde{A} 1 4 ber 148,00 DM) sind, wie zwischen den Beteiligten mittlerweile unstreitig ist, keine Betr \tilde{A} x ge offen.

Das Sozialgericht hat von Dr. D. den Befundbericht vom 16. Februar 2000 eingeholt, wonach die cerebrale Leistung des KlĤgers so gelitten habe, dass ihm eine regelmĤÄ∏ige Medikamenteneinnahme selbststĤndig nicht mehr mĶglich gewesen und daher im Rahmen der hĤuslichen Krankenpflege deren regelmĤÄ∏ige Ä∏berwachung verordnet worden sei.

Durch Gerichtsbescheid vom 24. April 2003 hat das Sozialgericht die auf Kostenfreistellung gerichteten Klagen abgewiesen. Eine Vergütungspflicht des Klägers gegenþber 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 fþr 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 KlĤger den zwischen ihm und der C. â□□ Pflegedienst GmbH geschlossenen Pflegevertrag (PV) vom 5. MĤrz 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. AuÃ□erdem 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 Durchfþhrung der nicht genehmigten ärztlich verordneten Leistungen entstandenen Eigenanteilsbeträge mitgeteilt hat.

Der KlĤger 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 Äxndern, den Bescheid der Beklagten vom 29. Oktober 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. MÄxrz 2000 zu Äxndern und die Beklagte zu verurteilen, ihn von Kosten in HĶhe von 2.120,20 DM gegenļber dem

Pflegedienst freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hÃxlt 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 Einverst \tilde{A} ndnis der Beteiligten ohne m \tilde{A} hdliche Verhandlung (\hat{A} 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \hat{a} SGG -).

Die Berufung ist statthaft, form- und fristgerecht eingelegt und auch im $\tilde{A} \square$ brigen zul $\tilde{A} \times SSIG$ ($\hat{A} \times SSIG$). Insbesondere ist eine Kostenfreistellung in H \tilde{A} ¶he 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 â□□ das Quartal III/1999 betreffenden â□□ 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 \$\frac{5}{37}\$ KR 600/99), ist er im Verlaufe des Klage- und Berufungsverfahrens nicht mehr darauf zurückgekommen. Im Ã□brigen 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 f $\tilde{A}^{1}\!\!/_{\!\!4}$ r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen H \tilde{A} ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (\tilde{A} § 13 Abs. 3 (ab 1. Juli 2001 \tilde{A} § 13 Abs. 3 Satz 1) F $\tilde{A}^{1}\!\!/_{\!\!4}$ nftes Buch Sozialgesetzbuch \hat{a} \square 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 Prýfung, ob der Kläger Anspruch auf tägliche â∏ nicht nur wöchentliche â∏ Medikamentengabe als Leistung der häuslichen Krankenpflege hatte, weil er nicht in der Lage war, sich selbst täglich aus der ihm einmal wöchentlich zur Verfþgung gestellten Medikamentendosette

mit Medikamenten zu versorgen und deshalb der täglichen Zuteilung ihm verordneter Medikamente durch den Pflegedienst bedurfte. Auch bedarf es keiner Prù⁄₄fung, 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 Ausfù⁄₄hrungen Bezug genommen wird (§ 153 Abs. 2 SGG), zutreffend erkannt.

Der vom KlĤger im Berufungsverfahren vorgelegte PV vom 5. MĤrz 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 LeistungsempfĤnger verpflichtet ist, die "vereinbarten und erbrachten Leistungen" entsprechend den gültigen VergütungssÃxtzen zu vergüten (§ 4 a PV) und die Erstattung der Vergļtung fļr 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 KostenübernahmeerklÃxrung obliegt, die entstandenen Aufwendungen dem LeistungsempfĤnger, der in diesem Falle zur Zahlung der Vergļtung für die vereinbarten Pflegeleistungen verpflichtet sei, in Rechnung zu stellen (§ 5 b PV), mit dem in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsÄxtzlich geltenden Sachleistungsprinzip (§Â§ 2 Abs. 2 Satz 1, 13 Abs. 1 SGB V) kollidieren und deshalb im Hinblick auf § 134 Bürgerliches Gesetzbuch bedenklich sind. Das schlieÃ∏t auch eine Bestimmung ein, nach welcher der LeistungsempfĤnger 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 VergA¼tungsanspruch des Pflegedienstes lieA∏e sich für den Fall der Unwirksamkeit (Nichtigkeit) des PV gegen den Kläger aber nicht herleiten.

Im $\tilde{A} \square$ brigen hat der Kl \tilde{A} ¤ger aber auch nicht nachvollziehbar dargelegt, dass sich die im PV mit dem Pflegedienst vereinbarten Leistungen \tilde{A} berhaupt auf die Behandlungspflege in der Form der Medikamentengabe beziehen. Anlagen zum PV, die \tilde{A} ber die konkret vereinbarten Leistungen evtl. Auskunft geben k \tilde{A} nnten, 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 <u>§ 13 Abs. 3 SGB V</u> ist aber, dass die zu Unrecht erfolgte Leistungsablehnung ursÄxchlich fļr 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 trĤgt (Bundessozialgericht 28.3.2000 â∏ B 1 KR 21/99 R, SozR 3-2500 § 13 Nr 21). Nicht anders ist der Fall hier zu betrachten. Wenn ein Versicherter (LeistungsempfĤnger) 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 â∏ der Versicherte â∏ für den Fall der Leistungsablehnung durch die Krankenkasse das Vergütungsrisiko gegenüber dem Pflegedienst trĤgt, dann besteht kein Kostenerstattungs- oder Kostenfreistellungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V gegen die Krankenkasse. ̸ber 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 LeistungsempfĤngers auf "Erstattung der Vergütung für die vertraglich vereinbarten Pflegeleistungen", wenn nur der LeistungsempfĤnger sie bei der Krankenkasse beantrage, ist dies daher nicht zutreffend.

Die an den KlĤger 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 eigenstĤndige, mit dem Pflegedienst nach erfolgter jeweiliger Leistungsablehnung durch die Beklagte getroffene vertragliche Vereinbarung mit VergĽtungsverpflichtung gegenļber dem Pflegedienst iSd § 13 Abs. 3 SGB V zu begrľnden. Sie stellen sich lediglich als an den KlĤger im Hinblick auf § 5 a und b PV gerichtete Mitteilungen ohne eigentliche Zahlungsaufforderung dar, könnten aber selbst dann, wenn ihnen Rechnungscharakter zukĤme, nach obigen Ausfļhrungen den streitigen Kostenfreistellungsanspruch nicht begrľnden. Sonstige vertragliche Abreden, die er nach jeweiliger Leistungsablehnung durch die Beklagte mit dem Pflegedienst hinsichtlich der in Rede stehenden Leistungen getroffen hĤtte, hat der KlĤger nicht behauptet.

Nach alledem hat die Berufung keinen Erfolg und ist zurļckzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf <u>§ 193 SGG</u>.

Der Senat hat die Revision gem. $\frac{\hat{A}}{N}$ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG nicht zugelassen, weil die Voraussetzungen hierf $\hat{A}^{1}/4$ r fehlen.

Erstellt am: 30.11.2004

Zuletzt verändert am: 23.12.2024