

L 6 KR 20/20

Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
1. Instanz
SG Halle (Saale) (SAN)
Aktenzeichen
S 16 KR 84/17
Datum
04.02.2020
2. Instanz
-
Aktenzeichen
L 6 KR 20/20
Datum
25.04.2024
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Streiten ein Leistungserbringer für Pflegeleistungen und ein Träger der gesetzlichen Krankenversicherung über die Vergütung erbrachter Naturalleistungen, ist der versicherte Leistungsempfänger nicht notwendig beizuladen, soweit sein Naturalleistungsanspruch nicht in Streit steht.
2. Ein Leistungserbringer für Pflegeleistungen hat keine Widerspruchs-/Klagebefugnis gegen die Ablehnung des Anspruchs auf zu erbringende Leistungen gegenüber dem Versicherten. Aus der Abtretung von Erstattungsansprüchen folgt keine Vollmacht zur Verfolgung des abgelehnten Anspruchs.
3. Gegen den einem Leistungserbringer für Pflegeleistungen gegenüber ergangenen Widerspruchsbescheid, wonach er keinen Anspruch auf sachliche Prüfung eines Widerspruchs als Drittbetroffene hat, ist die statthafte isolierte Anfechtungsklage unbegründet.
4. Ein Leistungserbringer für ambulante Pflegeleistungen kann mit der Leistungsklage nicht die Vergütung erbrachter Leistungen verlangen, die er mit der gleichen juristischen Person als Träger einer Einrichtung der Eingliederungshilfe zu erbringen hatte.
5. Die Einrichtung der Eingliederungshilfe ist kein geeigneter Ort zur Erbringung der Behandlungspflege iSv [§ 37 Abs 2 Satz 1 SGB V](#), wenn es um einfachste Maßnahmen (vgl BSG, Urt v 25.02.2015, [B 3 KR 11/14 R](#), juris) wie Tablettengabe und Auftragen einer Salbe in begrenzten Körperregionen geht.
6. Ein geregelter Anspruch auf Vergütung bis zur Entscheidung über die Genehmigung betrifft nicht den Fall, in dem der betroffene Träger die Leistung als Träger der Eingliederungshilfe ohnehin erbringen muss.
7. Ein Ausschluss von bestimmten Leistungen in Verträgen mit dem Versicherten und Empfänger von Eingliederungshilfe gilt nicht gegenüber dem Träger der Eingliederungshilfe, mit dem der Einrichtungsträger einen Leistungsumfang vereinbart hat, der solche Leistungen umfasst.

Die Berufung wird zurückgewiesen.

Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens mit Ausnahme der Kosten der Beigeladenen.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Der Gegenstandswert wird auf 923,72 € festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Vergütung häuslicher Krankenpflege in Form der Verabreichung von Medikamenten für die Zeit vom 1. September bis 31. Dezember 2016.

Die Klägerin betrieb als Mitglied des D. P. W. Landesverband S. e.V. (D...) seinerzeit neben diversen betreuten Wohngruppen in der J.straße 2-4 in M. das Haus „D.“ als stationäre Einrichtung für Menschen mit seelischen (Mehrfach-)Behinderungen infolge Sucht nach dem Leistungstyp LT 2c) der Anlage B zu § 4 Abs. 2 des von der Beigeladenen zu 1) u.a. mit dem D... am 27. August 2007 gemäß [§ 79 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch – Sozialhilfe](#) (in der bis zum 31. Dezember 2019 gültigen Fassung – SGB XII a.F.; nunmehr [§ 80 SGB XII](#)) geschlossenen Rahmenvertrages (RV [§ 79 SGB XII](#) a.F.). Nach § 13 Abs. 2 Nr. 1 RV [§ 79 SGB XII](#) a.F. zählt zur notwendigen Strukturqualität auch die personelle Ausstattung. Laut Punkt d) Anlage B gemäß § 4 Abs. 2 RV [§ 79 SGB XII](#) a.F. (pflegerische Hilfen) sind die Entwicklung eines gesundheitsfördernden Lebensstils, der Umgang mit Krankheiten und die Wahrnehmung des eigenen Gesundheits-/Krankheitszustandes sowie die Behandlungspflege Bestandteil der Arbeit. Leistungen Dritter (z.B. Krankenkassen) sind mit diesen abzurechnen. In den Rubriken d) der Anlage M gemäß § 34 Abs. 4 RV [§ 79 SGB XII](#) a.F. sind als pflegerische Hilfen auch Maßnahmen der Behandlungspflege sowie Hilfestellungen beim Ausführen ärztlicher oder therapeutischer Verordnungen, z.B. Medikation, aufgeführt.

Aus der von der Klägerin im Oktober 2000 erstellten Konzeption des Hauses „D.“ (von der Beigeladenen zu 1] u.a. im Parallelverfahren L 6 KR 18/20 übermittelt) ergibt sich u.a., dass dort chronisch mehrfach geschädigten Suchtkranken, insbesondere Alkoholikern, eine soziale Chance geboten werden soll. Ziel sei es, neben dem Angebot einer Wohnmöglichkeit und einer hauswirtschaftlichen Versorgung persönliche Perspektiven mit Hilfe individueller Entwicklungspläne aufzubauen und u.a. im Rahmen arbeitstherapeutischer Angebote über das hauswirtschaftliche Training wieder lebenspraktische Kompetenzen zu erwerben. Einrichtungseiter sei ein Sozialtherapeut mit Erfahrungen auf dem Gebiet der Heimleitung und der Suchtkrankenhilfe. Im Haus sei vorrangig therapeutisch-pädagogisches Personal tätig. Die medizinische Betreuung der Bewohner werde durch eine im Haus beschäftigte Krankenschwester und über das Hausarztprinzip gewährleistet (Punkt 7).

Die Klägerin war im streitbefangenen Zeitraum zudem Trägerin eines ambulanten Pflegedienstes und trat insoweit am 30. Dezember 2015 dem zwischen der Beklagten und u.a. dem D... am 1. Februar 2015 gemäß den §§ 132, 132a Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) zur Erbringung häuslicher Krankenpflege geschlossenen Rahmenvertrag (RV §§ 132, 132a SGB V) bei. Nach dessen § 3 Abs. 3 Sätze 1 und 2 übernimmt die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Arzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend § 132a Abs. 2, wenn ihr die Verordnung spätestens am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag vorgelegt wird (auch per Fax). Kosten für vom Pflegedienst erbrachte Leistungen sind auch bei verfristeter Einreichung der Verordnung ab Verordnungsbeginn durch die Krankenkasse bis zum Zeitpunkt des Zugangs der (teil-)ablehnenden Entscheidung beim Leistungserbringer zu tragen (§ 3 Abs. 4 Sätze 1 und 2 RV §§ 132, 132a SGB V).

Zwischen dem 1. September und dem 31. Dezember 2016 wohnte der am ... 1966 geborene S. E. (nachfolgend: der Versicherte) im Haus „D.“. Unter dem 23. August 2016 verordnete der Allgemeinmediziner Dipl.-Med. B. dem Versicherten für die o.g. Zeit aufgrund der Diagnosen Alkoholische Hirnatrophie, Korsakow-Syndrom sowie psychogene Störung des Schlaf-Wach-Rhythmus häusliche Krankenpflege in Form einer zweimal täglichen bzw. 14mal wöchentlichen Gabe von Medikamenten nach Plan. Nach einem am 20. Oktober 2016 ausgedruckten Dosierplan Dr. B. kamen schon vor dem Verordnungszeitraum regelmäßig vier verschiedene Medikamente in Tablettenform zur Anwendung (HerzASS ratiopharm 100 mg, Obsidan 25 mg, Risperidon AbZ 1 mg), von denen eines (Bromanazil 3) zu dieser Zeit schon als gestrichen ausgewiesen ist. Weiterhin handelte es sich dabei um zwei Salben (Dalvonex und Nerisona) zur kleinflächigen äußeren Anwendung bei Bedarf gegen Schuppenflechte.

Mit Bescheid vom 2. September 2016 lehnte die Beklagte den bei ihr am 1. September 2016 eingegangenen entsprechenden Versorgungsantrag gegenüber dem Versicherten ab, da einfachste medizinisch notwendige Leistungen, die keiner besonderen Sachkunde bedürften, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) durch die Einrichtung der Behindertenhilfe zu erbringen seien. Zur Begründung ihres hiergegen noch im selben Monat erhobenen Widerspruchs trug die Klägerin insbesondere ausführlich vor, dass ein Anspruch des Versicherten gemäß § 37 SGB V gegeben sei; im Übrigen sei sie nach § 12 Abs. 2 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch – Sozialverwaltungsverfahren und Sozialdatenschutz (SGB X) zu beteiligen. Mit Widerspruchsbescheid vom 7. Februar 2017 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Voraussetzungen des § 12 Abs. 2 SGB X lägen nicht vor; der Klägerin fehle die Widerspruchsbefugnis. Nur ein Versicherter könne einen Anspruch auf Leistungen und deren Bezahlung haben. Rechtliche Interessen der Klägerin seien von der getroffenen Entscheidung nicht berührt; faktische Auswirkungen genügten nicht. Im Übrigen erläuterte die Beklagte vertiefend, warum aus ihrer Sicht kein Anspruch des Versicherten gemäß § 37 SGB V bestehe.

Am 10. März 2017 hat die Klägerin vor dem Sozialgericht (SG) Halle Klage erhoben. Diese sei als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage statthaft. Sie sei nicht nur wirtschaftlich betroffen, vielmehr gehe es ihr auch darum, Eingriffe in den betrieblichen Organismus und die unternehmerische Entscheidungsfreiheit abzuwehren, die dem nach § 823 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) geschützten Recht am eingerichteten und ausgeübten Gewerbebetrieb zuwiderliefen. Da sie nicht am Verwaltungsverfahren beteiligt worden sei, sei die Entscheidung der Beklagten bereits formell rechtswidrig. Wie Nr. 26 der Anlage zur Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung häuslicher Krankenpflege (HKP-RL) zu entnehmen sei, könnten die dem Versicherten verordneten Leistungen nur durch medizinisch ausgebildetes Fachpersonal erbracht werden, über das ihre Wohneinrichtung seit 2013 nicht mehr verfüge. Deshalb seien diese durch ihren Pflegedienst geleistet und entsprechend abgerechnet worden. Ihr Vergütungsanspruch folge aus § 6 Abs. 6 HKP-RL (jetzt Abs. 5); im Übrigen klage sie aus abgetretenem Recht. Insoweit hat die Klägerin auf die von ihr vorgelegte Abtretungserklärung des Versicherten vom 11. Juni 2018 verwiesen, worin dieser seine seit 1. April 2016 gegen die Beklagte bestehenden Ansprüche auf Erstattung der Kosten für häusliche Krankenpflege in Form des Herrichtens und Verabreichens von Medikamenten Erfüllungshalber an die Klägerin abtritt.

Schließlich hat die Klägerin auf die nach § 75 Abs. 3 SGB XII mit dem Beigeladenen zu 1) geschlossene Leistungsvereinbarung vom 5. November 2013 nebst Zusatzabrede desselben Datums Bezug genommen (von ihr u.a. im Parallelverfahren L 6 KR 18/20 übermittelt), wonach individuelle Leistungsansprüche des Leistungsberechtigten vorrangig anderer Träger (SGB V, SGB XI) nicht Bestandteil der Arbeit der Klägerin seien und dies insbesondere für Ansprüche aus § 37 SGB V gelte.

Die Beklagte ist bei ihrer Ansicht geblieben und hat u.a. eingewandt, der Versicherte könne nur tatsächlich gegebene Ansprüche abtreten, die vorliegend aber nicht bestünden. Überdies habe die (namentlich benannte) Betreuerin des Versicherten keinen Widerspruch gegen den Bescheid vom 2. September 2016 erhoben. Die Zusatzabrede vom 5. November 2013 sei zu ihren Lasten getroffen und damit unwirksam.

Mit Urteil vom 29. Januar 2020 hat das SG die Klage abgewiesen und hierzu in den Gründen ausgeführt: Mangels Klagebefugnis der Klägerin sei die kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage bereits unzulässig. Entgegen ihrer Ansicht sei die Klägerin durch die angefochtene Entscheidung der Beklagten allenfalls mittelbar und lediglich wirtschaftlich betroffen. Von § 37 Abs. 2 SGB V werde allein das Interesse der Versicherten erfasst; mutmaßliche Auswirkungen auf unternehmerische Entscheidungsfreiheit seien bloße Rechtsreflexe. Vom Versicherten abgeleitete Rechte könne die Klägerin nicht geltend machen, da der Bescheid vom 2. September 2016 bestandskräftig geworden sei. Die Prüfung eines Anspruchs des Versicherten auf Genehmigung häuslicher Krankenpflege sei deshalb entbehrlich. Einer Hinzuziehung der Klägerin nach § 12 Abs. 2 SGB X habe es vorliegend deshalb nicht bedurft, weil der Verfahrensausgang für sie keine rechtsgestaltende Wirkung gehabt habe. Die statthafte Leistungsklage sei unbegründet, da die von § 6 Abs. 6 HKP-RL vorgegebene Frist abgelaufen sei.

Gegen das ihr am 4. Februar 2020 zugegangene Urteil hat die Klägerin noch im selben Monat beim Landessozialgericht Sachsen-Anhalt Berufung eingelegt. Mit Beschluss vom 6. November 2020 hat der Senat die Beigeladenen am Verfahren beteiligt.

Die Klägerin hat Rechnungen vom 5. Oktober und 2. November 2016 über insgesamt 477,92 € vorgelegt, nochmals vertiefend zur Zulässigkeit ihrer Anfechtungsklage ausgeführt und insbesondere darauf verwiesen, dass sich ihr Anspruch aus § 6 Abs. 6 HKP-RL in

Verbindung mit den [§§ 132, 132a SGB V](#) bzw. den [§§ 37 Abs. 4, 13 Abs. 3 SGB V](#) ergebe. Laut § 6 Abs. 2 Satz 3 des mit dem Versicherten geschlossenen Wohn- und Betreuungsvertrages vom 17. Juli 2013 (WBV) seien von ihr keine in der HKP-RL aufgeführten Maßnahmen der Behandlungspflege zu erbringen.

Nach den §§ 2 Abs. 2.4., 3 Abs. 3.1. Satz 3 bzw. § 6 Abs. 1 des von der Klägerin vorgelegten Pflegevertrags mit dem Versicherten vom 28. Februar 2019 kann sie mit diesem eine Leistungs- und Vergütungsvereinbarung für Leistungen treffen, für die die Genehmigung oder Kostenzusage der Krankenkasse fehlt, wenn die Kosten vom Versicherten übernommen werden. In § 13 (Abtretungsklausel) ist eine erfüllungshalber vereinbarte Abtretung des Anspruchs auf Erstattung der Kosten häuslicher Krankenpflege an die Klägerin mit gleichzeitiger Ermächtigung enthalten, diesen gegenüber der Pflegekasse gerichtlich im eigenen Namen geltend zu machen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Halle vom 29. Januar 2020 sowie den Bescheid der Beklagten vom 2. September 2016 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 8. Februar 2017 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen,

ihr für die vom 1. September bis 31. Dezember 2016 vertragsärztlich verordneten und erbrachten Leistungen der häuslichen Krankenpflege 923,72 € nebst Zinsen hieraus i.H.v. 9 % über dem Basiszinssatz pro Jahr seit dem 10. März 2017 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das Urteil des SG im Ergebnis für zutreffend und weist unter Bezugnahme auf das von ihr vorgelegten Kündigungsschreiben des Versicherten vom 26. Juli 2016 ergänzend darauf hin, dass dessen Mitgliedschaft bei ihr zum 30. September 2016 geendet habe. Ein Vergütungsanspruch der Klägerin ihr gegenüber für die Zeit vom 1. Oktober bis 31. Dezember 2016 scheide schon deshalb aus. Im Übrigen sei die Medikamentengabe nach der zwischen ihr und der Klägerin bzw. dieser und der Beigeladenen zu 1) bestehenden Vertragslage eine Leistung der stationären Behinderteneinrichtung der Klägerin. Andernfalls fehlten dieser Einrichtung bereits die nach dem Wohn- und Teilhabegesetz des Landes Sachsen-Anhalt (WTG LSA) erforderlichen Voraussetzungen.

Ergänzend hat die Beklagte (u.a. im Parallelverfahren [L 6 KR 36/18](#)) die Pflegesatzinformation 16/2008 SGB XII des D... vom 10. November 2008 vorgelegt, wonach zu den von den Einrichtungen zu erbringenden pflegerischen Hilfen u.a. das Richten und Verabreichen ärztlich verordneter Medikamente gehöre.

Die Beigeladene zu 3), die dem Versicherten auf Grundlage der Verordnungen Dipl.-Med. B. vom 7. und 17. Oktober sowie 9. Dezember 2016, 19. Mai und 15. Dezember 2017, 24. April, 21. August und 7. Dezember 2018 sowie 12. März und 3. Dezember 2019 mit Bescheid vom 13. Oktober 2016 ab dem 12. Oktober 2016 häusliche Krankenpflege in Form einer Medikamentengabe (ASS 100 mg, Obsidan 25 mg, Risperidon) leistet, hat ausgeführt, die Übernahme resultiere aus internen Abläufen im Rahmen der Digitalisierung, ohne dass eine tiefgehende Prüfung erfolgt sei. Wie die Beklagte zutreffend dargelegt habe, zähle die Gabe von Medikamenten zu einfachsten Maßnahmen der Behandlungspflege, womit die entsprechenden Kosten bereits durch [§ 43a SGB XI](#) abgedeckt seien.

Die Beigeladenen haben keine Anträge gestellt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie der von der Beklagten sowie der Beigeladenen zu 3) beigezogenen Verwaltungsakten Bezug genommen. Dieser Unterlagen waren Gegenstand der Verhandlung und Entscheidungsfindung des Senats.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) und auch ansonsten zulässige Berufung hat keinen Erfolg.

Darüber konnte der Senat ohne Beiladung des Versicherten entscheiden. Auch wenn dessen Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege als Sachleistung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)) nach [§ 37 SGB V](#) eng mit dem Vergütungsanspruch der Klägerin gegenüber der Beklagten verbunden ist, ist dieser Sachleistungsanspruch selbst nicht Streitgegenstand. Im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung macht der Leistungserbringer gegen die Krankenkasse regelmäßig keinen auf ihn übergegangenen Leistungs-, Freistellungs- oder Kostenerstattungsanspruch des Leistungsberechtigten, sondern einen eigenständigen Vergütungsanspruch geltend (siehe nur BSG, Urteil vom 20. April 2016 – [B 3 KR 17/15 R](#) – juris, Rn. 11). Das vorliegende Verfahren hat also selbst bei Rechtsunsicherheit über den Sachleistungsanspruch gegenüber der Beklagten im Sinne von [§ 75 Abs. 2 SGG](#) keinen Einfluss auf die Rechte des Versicherten.

Die gegen den Bescheid der Beklagten vom 2. September 2016 gerichtete Anfechtungsklage ist mangels erforderlicher Klagebefugnis im Sinne der [§§ 157 Satz 1, 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) unzulässig. Gegen die Klägerin als Adressatin richtet sich die Ablehnung des Antrages des Versicherten nicht. Die Klägerin ist auch nicht mit einer Vollmacht durch die Betreuungsperson des Versicherten oder sonstiger Urheberschaft ausgestattet, um in dessen Namen die Rechte geltend zu machen, deren Bestehen die Beklagte mit dem angefochtenen Bescheid abgelehnt hat. Eine Vollmacht ergibt sich auch nicht aus der Abtretung vom 11. Juni 2018 bzw. § 13 des erst unter dem 28. Februar 2019 geschlossenen Pflegevertrages. Der Widerspruch richtet sich nämlich nicht gegen die Ablehnung eines Zahlungsanspruchs des Versicherten gegen die Beklagte, der allein nach der Regelung auf die Klägerin zur Geltendmachung übergegangen sein könnte. Denn die in der Regelung enthaltene Ermächtigung an die Klägerin setzt entstandene Kosten voraus, die ohne Ermächtigung der Versicherte selbst regulieren müsste. Daran fehlt es schon deshalb, weil bis zur letzten mündlichen Verhandlung niemand die Medikamentengabe dem Versicherten in Rechnung gestellt hat, wozu nach den Leistungsverhältnissen auch kein Anlass besteht. Die bloße Leistungsablehnung durch die Beklagte kann die Klägerin nicht auf der Grundlage dieses Vertrages anfechten, weil die Ablehnung einer Sachleistung keine Frage einer Kostenregulierung ist. Die Kostenerstattungsregelung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) setzt wiederum Kosten des Versicherten voraus, die hier nicht entstanden sind. Dem steht die pauschale Vergütung der Eingliederungshilfe entgegen, durch die die Kosten der Medikamentengabe –

wie noch darzulegen ist – gedeckt sind.

Die Klägerin ist nicht Drittbetroffene des Verwaltungsaktes. Die Ablehnung der Medikamentengabe als Leistung der Krankenpflege gegenüber dem Versicherten betrifft sie nicht in eigenen Ansprüchen. Die Begründung des Verwaltungsaktes, wonach die Leistung der Klägerin bereits als Teil des Wohn- und Betreuungsvertrages vergütet ist, ist nicht Teil der Entscheidung selbst. Ob ein Versicherter oder seine Betreuungsperson gegen jemanden Rechte mit Rechtsbehelfen wie einem Widerspruch durchsetzen wollen, unterliegt allein ihrem Entschluss. Mögliche Leistungsanbieter wie die Klägerin werden dadurch nur mittelbar in ihren Marktinteressen berührt. Es liegt keine rechtlich geschützte Stellung vor, zumal der Kreis der Anbieter nicht abgrenzbar ist. Besondere Regelungen, aus denen sich für die vorliegende Fallgestaltung anderes ergibt, bestehen nicht und macht die Klägerin auch nicht geltend.

Die gegen den allein der Klägerin gegenüber ergangenen Widerspruchsbescheid vom 8. Februar 2017 gerichtete Klage ist unbegründet. Zwar macht die Klägerin insoweit eine isolierte Beschwerde im Sinne von [§ 54 Abs. 1 Satz 2 SGG](#) geltend, weil sie sich gegen ihren Ausschluss von einer sachlichen Prüfung ihres Widerspruchs gegen den Bescheid vom 2. September 2016 wendet. Unbegründet ist die Klage aber deshalb, weil die Klägerin nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#) beschwert ist. Der Widerspruchsbescheid ist nicht im Sinne der Vorschrift rechtswidrig. Die Beklagte hat die Klägerin – wie dargelegt – zu Recht nicht als unmittelbar Drittbetroffene des Verwaltungsaktes vom 2. September 2016 angesehen und zutreffend nicht im Sinne von [§ 12 Abs. 1 Nr. 4 SGB X](#) in das Verwaltungsverfahren einbezogen.

Die Leistungsklage der Klägerin ist zwar nach [§ 54 Abs. 5 SGG](#) zulässig. Ein Verwaltungsakt hatte ihr gegenüber nicht zu ergehen, da die von der Klägerin begehrte Verurteilung der Beklagten zur Zahlung einen auf gesetzlicher Grundlage fußenden vertraglichen Vergütungsanspruch voraussetzt. Solche Ansprüche werden nicht durch Verwaltungsakt, sondern (auch) im Bereich der häuslichen Krankenpflege im Rahmen des Vertragsmodells zwischen den Leistungserbringern und den Leistungsträgern konsensual im Wege öffentlich-rechtlicher Verträge geregelt. Bei ihnen finden nach [§ 69 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) die Vorschriften des BGB entsprechende Anwendung, soweit diese mit den Vorgaben von [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach den [§§ 69 ff. SGB V](#) vereinbar sind. Dem Vertragsmodell liegt eine Gleichordnungssituation zwischen den Vertragspartnern zugrunde; es fehlt an einem Über-/Unterordnungsverhältnis, wie es Voraussetzung für den Erlass eines Verwaltungsaktes nach [§ 31 SGB X](#) ist (so ausdrücklich z.B. BSG, Urteil vom 29. Juni 2017 – [B 3 KR 31/15 R](#) – juris, Rn. 15). Eines Vorverfahrens bedurfte es mithin nicht.

Der Leistungsklage steht auch nicht [§ 202 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 1032 Abs. 1](#) Zivilprozessordnung (ZPO) entgegen; es fehlt bereits an einer entsprechenden Einrede der Unzulässigkeit. Zudem liegt keine Schiedsvereinbarung im Sinne von [§ 1029 Abs. 1 ZPO](#) vor, da [§ 132a Abs. 2 SGB V](#) in der Fassung des hier anwendbaren GKV-Modernisierungsgesetz vom 14. November 2003 ([BGBl. I 2003, S. 2190](#)) nach seinem klaren Wortlaut nur die Fälle erfasst, in denen kein Vertrag zustande gekommen ist und nicht – wie hier – einen Streit über die Vertragsauslegung im Einzelfall. Außerdem zielt [§ 132a SGB V](#) nicht darauf ab, einen Rechtsstreit der Vertragspartner von der Sozialgerichtsbarkeit auf ein Schiedsgericht zu verlagern (siehe nochmals BSG, Urteil vom 29. Juni 2017 – [B 3 KR 31/15 R](#) – juris, Rn. 18 ff.).

Die Leistungsklage ist jedoch unbegründet. Die Klägerin hat weder aus Gesetz (nachfolgend unter 1.) noch Vertrag (dazu unter 2.) Anspruch auf die geltend gemachte Vergütung.

1. Die von der Klägerin angeführten [§§ 37 Abs. 1 und Abs. 4, 13 Abs. 3 und Abs. 3a SGB V](#) geben Versicherten einen Anspruch auf Sachleistung bzw. setzten einen solchen im Hinblick auf eine Kostenerstattung voraus. Da die Klägerin keine Versicherte ist, scheiden diese Normen als Grundlagen eines eigenen Rechts aus. Soweit die Klägerin aus der Abtretung bzw. § 13 des Pflegevertrages einen Anspruch ableiten will, gibt es keinen übertragenen Zahlungsanspruch des Versicherten. Aus [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ergibt er sich deshalb nicht, weil nicht festgestellt werden kann, dass die Ablehnung der Medikamentengabe zu Unrecht erfolgt ist. Denn zwischen dem Versicherten und der Beklagten steht der fehlende Anspruch auf Medikamentengabe gemäß [§ 77 SGG](#) bindend fest, da ein Widerspruch des Versicherten oder wirksam in seiner Vertretung nicht erhoben worden ist. Eine günstigere Rechtsstellung konnte der Versicherte auch nicht durch Abtretung übertragen. Hinzu tritt, dass auch die Klägerin keine Zahlung des Versicherten an sich behauptet oder entsprechende Rechnungen vorgelegt hat. Vielmehr hatte dieser auch aus ihrer Sicht kostenfrei Anspruch auf Medikamentengabe – entweder gegenüber der Klägerin selbst oder durch diese zu Lasten der Beklagten. Für eine etwaige Abtretung eines Erstattungs-/Freistellungsanspruchs fehlt damit jede Grundlage (s.o.).

Hinsichtlich [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) ist der Bescheid vom 2. September 2016 zudem innerhalb der in Satz 1 dieser Norm bezeichneten Dreiwochenfrist ergangen, womit keine Genehmigungsfiktion nach [§ 13 Abs. 3a Satz 6 SGB V](#) eintreten konnte.

2. Unabhängig davon, dass der Versicherte vom 1. Oktober 2016 an schon nicht mehr Mitglied der Beklagten war und Kosten der Medikamentengabe seitens der Beigeladenen zu 3) ab dem 7. Oktober 2016 übernommen worden sind, besteht gegenüber der Beklagten auch für die Zeit davor kein Vergütungsanspruch der Klägerin.

Aus einem Vertrag mit der Beklagten nach [§ 132a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) kann die Klägerin die Abrechnung gegenüber dieser schon deshalb nicht ableiten, weil sie die Leistung nicht als Leistung häuslicher Krankenpflege erbracht hat. Denn um einen sonstigen geeigneten Ort zur Erbringung von Behandlungspflege im Sinne von [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) handelt es sich bei einer Einrichtung zur Eingliederungshilfe nur insoweit, als es nicht um einfachste Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege geht, wie sie von jedem erwachsenen Haushaltsangehörigen ohne Weiteres ausgeführt werden können (BSG, Urteil vom 25. Februar 2015 – [B 3 KR 11/14 R](#) – juris, Rn. 31). Dies ist bei der Gabe von Tabletten aber der Fall (vgl. BSG, Urteil vom 7. Mai 2020 – [B 3 KR 4/19 R](#) – juris, Rn. 21).

Es geht bei der Medikamentenverabreichung allein darum, zu den ärztlich festgesetzten Tageszeiten die zur Einnahme vorgesehene Tablette der Verpackung zu entnehmen, sie dem Patienten zur Einnahme zu übergeben, ihn dazu aufzufordern und die Einnahme zu überwachen. Ebenso verhält es sich mit dem Auftragen der Salbe, das in der räumlich begrenzten Form ggf. auch durch jeden Helfer erfolgen kann. Ein solcher Ablauf ist erwachsenen Personen aus dem Umgang innerhalb ihrer Familien ohne gezielte Vorbereitung allgemein vertraut. Es ist auch nicht ersichtlich, wie er sich überhaupt verändern lassen könnte, wenn er durch ausgebildete Pflegekräfte durchgeführt wird. Hierfür bedarf die Klägerin als Trägerin des Hauses „D.“ keines medizinischen Personals. Vielmehr ist die Sicherstellung der Medikamenteneinnahme nach Plan durch die dort beschäftigten (Sozial-)Pädagogen möglich. Es obliegt der Organisationshoheit der Klägerin, die Betreuungszeiten so zu regeln, dass auch die Hilfestellung bei der Medikamentengabe – ggf. im Zusammenhang mit anderen Hilfeleistungen – erbracht werden kann. Damit ist unerheblich, dass ihre Einrichtung nach ihrem Vorbringen und entgegen Punkt 7 ihres eigenen Konzepts und § 13 Abs. 2 Nr. 1 RV [§ 79 SGB XII](#) a.F. seit 2013 über keine Krankenschwester mehr verfügte. Abgesehen davon ist es

entsprechend den üblichen Grundsätzen des Vertragsrechts Sache des Schuldners, dafür zu sorgen, dass er seine vertraglichen Verpflichtungen erfüllen kann.

Dagegen lässt sich insbesondere nicht die Formulierung der Rechtsprechung einwenden, dies alles richte sich nur nach ärztlicher Anweisung oder Anordnung (BSG, Urteil vom 25. Februar 2015 – [B 3 KR 11/14 R](#) – a.a.O., Rn. 32), die der verordnende Arzt hier der Einrichtung nicht erteilt habe. In dem rechtlich nicht verankerten Begriff der ärztlichen Anweisung oder Anordnung sind allein die medizinisch vorgegebenen Regeln zusammengefasst, die ein Arzt bei jeder Veranlassung einer Medikamentengabe dem Patienten selbst oder einer betreuenden Person gegenüber äußert. Auch insoweit macht es keinen Unterschied, wie sie letztlich Mitarbeiter/innen eines ambulanten Pflegedienstes oder Mitarbeiter/innen einer Einrichtung der Eingliederungshilfe erreicht. Letzteres ist insbesondere kein hinderliches Problem, wenn der Arzt sich – wie von der Klägerin beschrieben – regelmäßig in der Einrichtung ein Bild vom Befinden der Patienten macht.

Ein (teilweiser) Vergütungsanspruch folgt auch nicht aus § 6 Abs. 6 HKP-RL in Verbindung mit § 3 Abs. 3 und 4 RV [§§ 132, 132a SGB V](#), wonach die Krankenkasse Leistungen der ärztlich verordneten häuslichen Krankenpflege unter weiteren – hier erfüllten – Voraussetzungen bis zur Entscheidung über die Genehmigung übernimmt. Denn die Regelung betrifft zumindest dem Zweck nach nicht solche Fälle, in denen es allein um die Abgrenzung geht, ob die Leistungen dem Rechtsträger anderweitig bereits vergütet sind. Als Grundlage der vertraglichen vorläufigen Kostenzusage des § 3 Abs. 3 und 4 RV [§§ 132, 132a SGB V](#) knüpft dessen § 3 Abs. 1 die vom (ambulanten) Pflegedienst zu erbringende Leistung bis zur Entscheidung der Krankenkasse an die ärztliche Verordnung. Damit wird der Notfall eines offenen Pflegeanspruchs vermieden, der zur unterbleibenden Versorgung oder notwendigen Zahlung durch den Pflegebedürftigen selbst führen müsste. Diese Lage liegt nicht vor, wenn die Leistung der Klägerin als Rechtsträgerin jedenfalls durch einen Sozialleistungsträger vergütet wird. Dies ist nämlich hier der Fall.

Die Rechtsverhältnisse um die stationäre Versorgung des Versicherten enthalten dessen Anspruch auf die Bereitstellung von Tabletten und die Überwachung der Einnahme als Bestandteil der Leistung der Eingliederungshilfe nach dem SGB XII a.F.. Denn nach den Leistungstypen LT 2c) und 11c) der Anlage B zu § 4 Abs. 2 RV [§ 79 SGB XII](#) a.F., denen die Klägerin im streitbefangenen Zeitraum zugeordnet war und die für die im Wohnheim „Domizil“ aufgenommenen Personen die Leistungen bestimmen, handelt es sich um Personen, die dauerhaft (auch) auf pflegerische Hilfen angewiesen sind. Dies ergibt sich aus den Punkten d) Anlage B gemäß § 4 Abs. 2 RV [§ 79 SGB XII](#) a.F. sowie d) Anlage gemäß § 34 Abs. 4 RV [§ 79 SGB XII](#) a.F., wonach zu pflegerischen Hilfen auch die Behandlungspflege nebst Hilfen bei der Medikation gehören. Nach ihrer Konzeption, ihrem Aufgabenprofil sowie ihrer Ausrichtung ist die Klägerin auf die Betreuung von Menschen mit infolge langjährigen Alkohol- oder anderen Suchtmittelkonsums teilweise erheblichen Gesundheitsschäden spezialisiert. Bei einer derartigen Zielgruppe fällt ständig Bedarf nach bestimmten behandlungspflegerischen Maßnahmen an, womit die Medikamentengabe bereits von der Pauschale nach [§ 43a SGB XI](#) mitumfasst ist (vgl. BSG, Urteil vom 7. Mai 2020 – [B 3 KR 4/19 R](#) – juris, Rn. 27 f.). Wäre diese Leistung keine Aufgabe der Klägerin, würde sie überdies schon nicht die nach den §§ 3 Abs. 1 Satz 2, 11 Abs. 3 Nrn. 6 und 7 WTG LSA nötigen Voraussetzungen (Gewährleistung der erforderlichen pflegerischen Hilfen) erfüllen.

Von den damit verbundenen Verpflichtungen ist die Klägerin nicht durch die mit der Beigeladenen getroffene Ergänzung der Vereinbarung nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) a.F. vom 5. November 2013 befreit. Denn soweit dort Leistungsansprüche des Leistungsberechtigten – hier des Versicherten – gegen andere „vorrangige“ Träger (u.a. SGB V) nicht Bestandteil der Arbeit des Trägers sind und dies (u.a.) insbesondere für Ansprüche aus [§ 37 SGB V](#) gelten soll, wird der vorliegende Fall davon schon deshalb nicht berührt, weil – wie dargelegt – insoweit kein Anspruch auf häusliche Krankenpflege besteht. Es fehlt aufgrund der vereinbarten Leistungen an einer Erforderlichkeit gesonderter Leistungen der häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Diese ist nämlich notwendige Voraussetzung für einen Pflegeanspruch nach dieser Vorschrift.

Ein Anspruch der Klägerin auf die abgerechneten Behandlungspflegeleistungen ergibt sich auch nicht aus deren Ausschluss in dem mit dem Versicherten vereinbarten WBV. Der Senat hat nicht zu klären, inwieweit die dort unter § 6 gegenüber dem Versicherten getroffene Regelung angesichts des allgemeinen Hintergrundes der rahmenvertraglichen Regelungen überhaupt wirksam ist. Jedenfalls ergibt sich daraus nicht, dass die Klägerin gegenüber der Beigeladenen zu 1) nicht zur Durchführung der Medikamentengabe verpflichtet bleibt und die von dieser gezahlte Vergütung diese Leistung nicht umfasst. Ebenso wenig folgt daraus, dass die Klägerin die von ihr der Beigeladenen zu 1) geschuldete Leistung der Beklagten gegenüber als Trägerin eines ambulanten Pflegedienstes abrechnen kann.

3. Für eine entsprechende Anwendung der Grundsätze der Geschäftsführung ohne Auftrag bleibt angesichts der detaillierten gesetzlichen und vertraglichen Regelungen kein Raum.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 3 SGG](#) in Verbindung mit einer entsprechenden Anwendung von [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor, da es sich um eine Einzelfallentscheidung auf Basis geklärter Rechtslage handelt.

Die Entscheidung zum Gegenstandswert ergibt sich aus [§ 197a Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGG](#) in Verbindung mit den [§§ 1 Abs. 2 Nr. 3](#), 40 und 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz und entspricht der Höhe der im Berufungsverfahren streitbefangenen Forderung.

Rechtskraft
Aus
Saved
2024-11-04