

L 9 KR 37/03

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 81 KR 1381/02
Datum
07.01.2003
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 37/03
Datum
08.10.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Kläger gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 7. Januar 2003 wird zurückgewiesen. Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über eine Kostenerstattung für Leistungen der häuslichen Krankenpflege.

Die 1920 geborene und am 8. Dezember 2007 verstorbene frühere Klägerin (im Folgenden als Versicherte bezeichnet) war bis zu ihrem Tod versicherungspflichtiges Mitglied der Beklagten. Sie bewohnte vom 1. Januar 2002 an ein 10,20 qm großes Zimmer in der im II. OG im Hause Astraße in Berlin-Pankow gelegenen Wohnung und war zur Mitbenutzung von zwei Wohnzimmern, einer Etagenküche, zwei Etagenbädern, zwei WC's, den Fluren, einem Mitarbeiterraum, zwei Loggien und zwei Kellerräumen berechtigt. Grundlage dieser Nutzungsrechte waren ein am 2. Januar 2002 von der Versicherten mit der "Stiftung Sinnvolle Lebensgestaltung im Alter GmbH" (im Folgenden als Stiftung bezeichnet) abgeschlossener Mietvertrag sowie ein "Betreuungs- und Nutzungsvertrag für die Therapeutische Wohngemeinschaft" zwischen denselben Vertragspartnern vom selben Tage. Nach den Präambeln dieser Verträge stellten die Betreuung des Nutzers und die Nutzung der Räume eine untrennbare Einheit dar. Eine Weiternutzung der Wohnräume ohne Betreuung durch die Gesellschaft sei genauso ausgeschlossen wie die weitere Betreuung ohne Nutzung der Mieträume. Für die Nutzung der Wohnräume wurde von den Vertragspartnern ein Mietzins vereinbart, für die Betreuungsleistungen (psycho-soziale (gerontotherapeutische) Arbeit mit den Bewohnern, Einzel- und Gruppengespräche, gemeinsame Aktivitäten sowie Unterstützung in alltagspraktischen Angelegenheiten aller Art durch Mitarbeiterinnen der Stiftung, § 1 des Betreuungsvertrages) ein in Form von Tagessätzen zu zahlendes Entgelt, dessen Höhe in regelmäßigen Abständen (gewöhnlich jährlich) von der zuständigen Senatsverwaltung überprüft und an die Kostenentwicklung angepasst werden sollte.

Die insbesondere an Morbus Alzheimer und einem insulinpflichtigen Diabetes Mellitus erkrankte Versicherte erhielt im Rahmen häuslicher Krankenpflege z.T. mehrmals täglich Behandlungspflege, u.a. nach Kontrolle des Blutzuckers die Gabe von Insulin sowie weiterer Medikamente gegen zusätzlich bei ihr bestehende Erkrankungen. Hierfür schloss sie mit einem Unternehmen der häuslichen Krankenpflege zu einem aus der vorgelegten Vertragsurkunde nicht erkennbaren Zeitpunkt einen Pflegevertrag ab. Danach beauftragte die Versicherte das Pflegeunternehmen mit der Durchführung der ärztlich verordneten Behandlungspflege. Die Abrechnung der durchgeführten Pflegeeinsätze sollte gemäß der Pflegebestätigung und dem dazugehörigen Leistungsnachweis direkt mit der Krankenkasse erfolgen und der Vertrag bei Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse enden. Weiter heißt es in dem Pflegevertrag (unter Ziffer 3):

"Nach Ablehnung durch die Krankenkasse kann der Vertrag fortgesetzt werden, wenn Frau G. (d.i. die Versicherte) gegen den Bescheid der Krankenkasse in Widerspruch geht und die Leistungen der Pflegestation weiter in Anspruch nehmen möchte. Sollte dem Widerspruch nicht stattgegeben werden, hat der Vertragspartner die während der Widerspruchsbearbeitung entstandenen Kosten für die in dieser Zeit geleistete Pflege selbst zu tragen."

Die Beklagte übernahm die Kosten der Behandlungspflege für die Zeit vom 15. Januar 2001 bis zum 15. Januar 2002 und lehnte mit Bescheid vom 5. Februar 2002 die Kostenübernahme der Behandlungspflege für die Zeit vom 16. Januar bis zum 12. Februar 2002 mit der Begründung ab, dass die Versicherte in einer therapeutischen Wohngemeinschaft und nicht in ihrem eigenen Haushalt versorgt werde, was die Gewährung häuslicher Krankenpflege ausschließe.

Ihren mit Schreiben vom 14. Februar 2002 - bei der Beklagten eingegangen am 19. Februar 2002 - erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 4. Juni 2002 - der Versicherten zugegangen am 6. Juni 2002 - im Wesentlichen aus der Begründung

des Ausgangsbescheides zurück.

Die hiergegen von der Versicherten mit dem Begehren erhobene Klage, ihr Leistungen der häuslichen Krankenpflege für die Zeit ab dem 16. Januar 2002 entsprechend den bei der Beklagten eingereichten ärztlichen Verordnungen zu bewilligen, hat das Sozialgericht Berlin mit Urteil vom 7. Januar 2003 mit der Begründung abgewiesen, dass der ablehnende Bescheid der Beklagten rechtmäßig sei. Denn die Versicherte führe keinen eigenen Haushalt, sondern sei in einem Heim untergebracht, weil die vereinbarten Nebenleistungen untrennbar mit der Überlassung der Räumlichkeiten verbunden und die hierfür geschuldeten Entgelte nicht von untergeordneter Bedeutung seien. Zu den vereinbarten Betreuungsleistungen habe auch die der Versicherten gewährte Behandlungspflege gehört.

Gegen das ihr am 24. Februar 2003 zugestellte Urteil hat die Versicherte am 21. März 2003 Berufung eingelegt, mit der sie geltend gemacht hat, dass sie die häusliche Krankenpflege in ihrem Haushalt erhalten habe. Diesen habe sie in der therapeutischen Wohngemeinschaft begründet; dabei handele es sich um eine besondere Wohnform, die ein selbst bestimmtes Leben in eigener Häuslichkeit nicht ausschließe. Sie habe ihren Haushalt auch in der Wohngemeinschaft eigenverantwortlich unter Inanspruchnahme von Hilfskräften gelenkt. Ihr seien durch die erhaltene häusliche Krankenpflege Kosten in Höhe von insgesamt 9.539,30 EUR für den Zeitraum vom 3. Januar 2002 bis zum 31. Mai 2003 entstanden, die das Pflegeunternehmen zunächst nur gegenüber der Beklagten und mit Schreiben vom 10. April 2006 auch ihr gegenüber geltend gemacht habe. Für weitere Abrechnungszeiträume seien ihr - der Versicherten - bisher keine Kosten in Rechnung gestellt worden. Ab April 2005 seien ihr die streitgegenständlichen Leistungen bewilligt worden.

Die unbekannten Erben der Versicherten beantragen,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 7. Januar 2003 zu ändern sowie den Bescheid der Beklagten vom 05. Februar 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04. Juni 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihnen die Kosten der in dem Zeitraum über den 15. Januar 2002 hinaus in Anspruch genommenen Behandlungspflegeleistungen zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Berufung für unbegründet und das sozialgerichtliche Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen, den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und auf die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts Berlin ist im Ergebnis nicht zu beanstanden. Eine Verurteilung der Beklagten zu der begehrten Kostenerstattung kommt (derzeit) nicht in Betracht.

1.) Für den Zeitraum vom 16. Januar 2002 bis zum 19. Februar 2002 ist die Berufung schon deshalb unbegründet, weil nach dem vorgelegten Pflegevertrag die Versicherte und nunmehr die Kläger für diesen Zeitabschnitt keiner wirksamen zivilrechtlichen Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Pflegeunternehmen ausgesetzt sind. Die Voraussetzungen des hier allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden § 13 Absatz 3 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch (SGB V) sind danach vorliegend schon deswegen nicht erfüllt, weil der Versicherten und ihren Erben keine durch die Leistungsablehnung der Beklagten verursachten erstattungsfähigen Kosten im Sinne dieser Vorschrift entstanden sind. Die Erstattung von Kosten setzt sowohl begrifflich wie nach Wortlaut und Zweck von [§ 13 Absatz 3 SGB V](#) voraus, dass dem Versicherten Kosten entstanden sind (Bundessozialgericht – BSG –, Urteil vom 23. Juli 1998, [B 1 KR 3/97 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr. 17](#)). Da der Anspruch nicht von einer tatsächlich geleisteten Zahlung abhängen kann, reicht es allerdings aus, wenn der Versicherte einer Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt ist; insoweit umfasst [§ 13 Absatz 3 SGB V](#) auch einen entsprechenden Freistellungsanspruch.

Gerichtliche Auseinandersetzungen zwischen dem Versicherten und seiner Krankenkasse über den Leistungsanspruch sind nur in zwei Konstellationen denkbar: Entweder der Versicherte klagt auf Gewährung einer noch ausstehenden Behandlung als Sachleistung oder er hat sich die Behandlung zunächst privat auf eigene Rechnung beschafft und verlangt von der Krankenkasse die Erstattung der Kosten. Konnte er hingegen im Zeitpunkt der Behandlung davon ausgehen, er erhalte die Leistungen als Kassenpatient zu den Bedingungen der gesetzlichen Krankenversicherung, so kann eine eigene Zahlungsverpflichtung gegenüber dem Leistungserbringer nicht entstehen; der Leistungserbringer muss einen etwaigen Streit über die Leistungspflicht der Krankenkasse dann unmittelbar mit dieser austragen. Das Kostenerstattungsverfahren nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bietet keine Handhabe, die Leistungspflicht der Krankenkasse los-gelöst von einer tatsächlichen Kostenbelastung allein im Interesse des Leistungserbringers abstrakt klären zu lassen und diesem damit einen eigenen Prozess zu ersparen ([BSGE 89, 39](#) m.w.N.). Eine solche Konstellation liegt hier vor. Denn nach Ziffer 1 des Pflegevertrages sollte die Abrechnung der durchgeführten Pflegeeinsätze (grundsätzlich) direkt mit der Krankenkasse erfolgen. Durch diese Bestimmung des Pflegevertrages ist eine (privatrechtliche) Verpflichtung der Versicherten bzw. der Kläger ausgeschlossen worden, für die Pflegeleistungen selbst aufkommen zu müssen; diese wurden der Versicherten vielmehr nach dem Willen der Vertragsparteien als Sachleistungen zu Lasten der Krankenkasse zur Verfügung gestellt. Ob und in welcher Höhe das Pflegeunternehmen hierfür ein Entgelt erhielt oder erhalten sollte, war ausschließlich im Verhältnis zwischen ihm und der Krankenkasse zu klären; das Risiko von der Krankenkasse kein Entgelt zu erhalten, sollte nach dem Pflegevertrag beim Pflegeunternehmen und nicht bei der Versicherten bzw. den Klägern als ihren Erben liegen.

Dies wird durch die Ziffern 2 und 3 des Pflegevertrages bestätigt. Denn nach Ziffer 2 endete das Vertragsverhältnis bei Ablehnung der Kostenübernahme durch die Krankenkasse, wofür kein Anlass bestanden hätte, wenn die Versicherte für die Kosten subsidiär hätte haften sollen. Es wurde nach Ziffer 3 Satz 1 des Pflegevertrages nur fortgesetzt, wenn die Versicherte dies wünschte und Widerspruch gegen die Ablehnung erhoben hatte. Allerdings hätte sie nach Satz 2 der Ziffer 3 des Vertrages nur die Kosten der während der "Widerspruchsbearbeitung" geleisteten Pflege, d.h. der zwischen dem 19. Februar 2002 (Eingang des Widerspruchs bei der Beklagten) und

dem 4. Juni 2002 (Erlass des Widerspruchsbescheides) erbrachten Pflegeleistungen selbst tragen müssen. Nach dem eindeutigen Wortlaut des Pflegevertrages sind insbesondere sämtliche vertraglichen Zahlungsansprüche des Pflegeunternehmens gegen die Versicherte und ihre Erben für die Zeiträume vor Erhebung des Widerspruchs und nach Beendigung der Widerspruchsbearbeitung ausgeschlossen. Dies gilt auch für Ansprüche aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder Bereicherungsrecht, weil das Pflegeunternehmen mit der Pflege der Versicherten ein Geschäft der Krankenkasse erbringen bzw. ihr gegenüber leisten wollte.

2.) Die Berufung ist aber auch für den Zeitraum ab 19. Februar 2002 unbegründet, weil die Klage für diesen Zeitraum unzulässig war. Denn mit dem angefochtenen Bescheid vom 5. Februar 2002 hat die Beklagte nur für den Zeitraum vom 16. Januar 2002 bis zum 12. Februar 2002 die beantragte häusliche Krankenpflege abgelehnt. Eine Verwaltungsentscheidung der Krankenkasse für die danach liegenden Zeiträume gibt es hingegen nicht. Denn der Bescheid vom 5. Februar 2002 ist auch durch die Sachverhaltsdarstellung im Widerspruchsbescheid nicht dahingehend geändert worden, dass die Leistung von häuslicher Krankenpflege für die Zukunft schlechthin abgelehnt wurde. Zwar heißt es im Widerspruchsbescheid des Widerspruchsausschusses der Beklagten, diese habe der Versicherten mitgeteilt, "dass die Kosten der häuslichen Krankenpflege über den 15.01.2002 hinaus bis fortlaufend nicht mehr übernommen werden" könnten. Diese - unzutreffende - Darstellung des Inhaltes des Ausgangsbescheides hat diesen aber nicht entsprechend abgeändert, weil sich ein darauf gerichteter Wille des Widerspruchsausschusses, den ursprünglich befristeten Ablehnungsbescheid auch auf spätere Zeiträume zu erstrecken und damit in seiner Rechtswirkung zu "verbösern", auch aus dem Blickwinkel der Empfängerin des Bescheides aus dem Widerspruchsbescheid nicht erkennen lässt. Weder aus dem Tenor der Entscheidung noch aus den rechtlichen Ausführungen sind hierfür auch nur ansatzweise Anhaltspunkte zu finden; die fehlerhafte Darstellung des Bescheides im Widerspruchsbescheid erweitert damit den Regelungsinhalt des Ausgangsbescheides nicht auf spätere Zeitabschnitte. Selbst wenn die Beklagte durch Schriftsätze im sozialgerichtlichen Prozess hinreichend deutlich gemacht haben sollte, dass sie grundsätzlich eine Kostenübernahme/-erstattung ablehnte, solange die Versicherte unter den der Entscheidung zugrunde liegenden Wohnbedingungen lebte - wie das Sozialgericht meint -, ersetzt dies weder den fehlenden Ausgangs- noch den Widerspruchsbescheid; die entsprechende Rechtsauffassung des Sozialgerichts konnte der Klage deshalb nicht zur Zulässigkeit verhelfen.

Dies gilt umso mehr, als es sich bei häuslicher Krankenpflege um Leistungen handelt, die in tatsächlicher Hinsicht im Verlaufe der Zeit erheblichen Änderungen unterliegen können. Die Leistungen werden deshalb auch nicht wie eine Rente im Regelfall auf Dauer bewilligt, sondern nur Zeitabschnittsweise - etwa von Quartal zu Quartal -, damit die Notwendigkeit einer Weitergewährung in kurzen Abständen vom verordnenden Arzt und von der bewilligenden Krankenkasse überprüft werden kann. Bescheide der Kasse über die Weiterbewilligung oder Versagung für spätere Zeitabschnitte werden auch nicht ohne weiteres kraft Gesetzes ([§§ 86, 96 SGG](#)) in ein laufendes Widerspruchsverfahren oder Klageverfahren einbezogen (BSG [SozR 3-2500 § 37 Nr. 5](#)). Im Klageverfahren sind sie vielmehr nur im Wege der Klageerweiterung mit Zustimmung des Gegners oder bei Zulassung durch das Gericht wegen Sachdienlichkeit in das Verfahren einzubeziehen ([§ 99 SGG](#)). Dies ist vom Gericht in ausreichender Weise deutlich zu machen, sodass klar wird, über welche Zeiträume entschieden wird, damit die Beschwer der Beteiligten und der Umfang der Rechtskraft einer Entscheidung festgestellt werden kann (BSG, Urteil vom 17. März 2005 - [B 3 KR 35/04 R](#) - zitiert nach juris). Dies gilt aus denselben Gründen auch für das Widerspruchsverfahren, so dass auch der Widerspruchsausschuss eine Erweiterung des Bescheidungszeitraumes in seinem Widerspruchsbescheid ausdrücklich klarstellen muss, damit eine ggf. später eintretende Bestandskraft des Ausgangsbescheides in ihrem Umfang für die Beteiligten eindeutig ist.

3.) Für den Zeitraum ab Juni 2003 ist die Berufung weiterhin deshalb unbegründet, weil der Kostenerstattungsanspruch nicht beziffert ist. Bei einem Antrag auf Kostenfreistellung handelt es sich ebenso wie bei einem Antrag auf Kostenerstattung um eine Leistungsklage, die der Höhe nach beziffert werden muss. Im Falle geleisteter Aufwendungen ist die Höhe der Aufwendungen zu substantiieren und bei Bestreiten zu belegen; bei einem Befreiungsanspruch gilt nichts anderes. Ohne Bezifferung der Forderung sind die Urteile nicht vollstreckbar. Selbst wenn erwartet werden kann, dass eine öffentlich-rechtliche Körperschaft wie die Beklagte im allgemeinen einem Urteilsspruch auch ohne Vollstreckung nachkommen wird, ist es nicht zulässig, die Gerichte letztlich nur zur Entscheidung einer Rechtsfrage anzurufen und darauf zu vertrauen, dass anschließend der Streitstoff von den Beteiligten ausgeräumt wird (BSG, Urteil vom 17. März 2005 - [B 3 KR 35/04 R](#) - zitiert nach juris). Eine solche Bezifferung haben die anwaltlich vertretenen Kläger aber trotz entsprechender Aufforderung durch den Senat und eines Hinweises auf die Folgen für den Zeitraum ab Juni 2003 bis heute unterlassen.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Ausgang des Verfahrens in der Sache selbst.

Die Revision war nicht zuzulassen, weil Zulassungsgründe nach [§ 160 Absatz 2 SGG](#) nicht ersichtlich sind.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-02-06