

L 4 KR 262/04

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Nürnberg (FSB)

Aktenzeichen

S 7 KR 391/02

Datum

09.09.2004

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 262/04

Datum

24.08.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 3 KR 27/06 B

Datum

18.01.2007

Kategorie

Beschluss

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 9. September 2004 wird verworfen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, der Klägerin Kosten für Behandlungspflege in Form von Medikamentengabe zu erstatten bzw. sie von diesen Kosten freizustellen.

Die 1916 geborene Klägerin ist Mitglied der Beklagten. Ihre Betreuerin hat am 21.11.2001 mit der G. GmbH, Ganzheitliche häusliche Alten- und Krankenpflege H. einen ambulanten Pflegevertrag geschlossen, wonach die G. für den Zeitraum vom 21.11.2001 bis auf weiteres Betreuung nach Absprache, Grundpflege nach Absprache und Behandlungspflege nach ärztlicher Verordnung übernimmt. Am 03.04.2002 verordneten die Allgemeinärzte Dres.B. und S. für die chronisch kranke Klägerin die Verabreichung von Medikamenten (Melperonsaft) 4-mal täglich, 7-mal wöchentlich. Es handelte sich um eine Erstverordnung, die für den Zeitraum vom 01.04.2002 bis 30.06.2002 gelten sollte. Nach Anfrage der Beklagten an den Medizinischen Dienst wegen deren Notwendigkeit der viermaligen täglichen Medikamentenverabreichung wandte sich die Beklagte an die behandelnden Ärzte, die daraufhin die Verordnung von Melperon reduzierten und auf Bedarf umstellten. Dreimal täglich sei zur Zeit die maximale Dosis. Die Beklagte genehmigte vom 11.05.2002 bis 30.06.2002 entsprechend dreimal tägliche Medikamentenabgabe. Hiergegen legten die Bevollmächtigten der Klägerin am 30.07.2002 Widerspruch ein. Dr.B. attestierte daraufhin am 01.08.2002, sein Verordnungsverhalten sei angemessen gewesen. Frau V. habe ohne ärztliche Anweisung andere Ärzte hinzugezogen und ihm die hausärztliche Betreuung entzogen.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 04.11.2002 zurückgewiesen. Hiergegen richtet sich die am 06.12.2002 beim Sozialgericht Nürnberg eingegangene Klage, zu deren Begründung vorgetragen wurde, die Kürzung der Verordnungen sei ohne Absprache mit der Betreuerin vorgenommen worden. Der Arzt sei nicht berechtigt auf Bitten eines Sachbearbeiters der Krankenkasse den aufgestellten Medikamentenplan ohne Absprache mit der Betreuerin zu verändern. Ein neuer Hausarzt sei konsultiert worden. Der hinzugezogene Neurologe habe festgestellt, dass die Medikamentengabe, wie zunächst verordnet, erforderlich sei. Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 29.09.2004 abgewiesen. Der Umfang der von der Beklagten genehmigten Medikamentengabe für die Zeit ab 11.05.2002 entspreche dem Umfang des Leistungsanspruchs der Klägerin gemäß [§ 37 SGB V](#) für die Zeit vom 11.05.2002 bis 30.06.2002. Die veränderte Genehmigung basiere auf einer geänderten Verordnung des behandelnden Arztes. Bis zu einer neuen Verordnung dürfe die Beklagte keine umfangreicheren Leistungen gewähren.

Hiergegen richtet sich die am 03.12.2004 beim Bayer. Landessozialgericht eingegangene Berufung, die damit begründet wird, die Betreuerin sei nicht rechtzeitig informiert worden und die Beklagte habe unzulässigen Einfluss auf das Verordnungsverhalten des Hausarztes genommen. Die Beklagte hat die Rechnungen für Mai und Juni 2002 noch nicht bezahlt. Frau V. führt zusätzlich aus, es sei grundsätzlich zu klären, ob jeder zusätzliche Facharzt verpflichtet sei, seine verordneten Medikamente auf ein zusätzliches Dokument zur Genehmigung an die Krankenkasse zu verordnen oder ob der Medikamentenplan genüge. Die Leistungserbringer seien nicht berechtigt, Verordnungen zu ergänzen, auch wenn es der Vermeidung aufwendiger Bürokratie dienen würde. Für den Monat Mai sei 276,00 EUR offen, für den Juni 285,20 EUR. Für alle folgenden Zeiträume seien bis heute alle Rechnungen mit der verordneten viermaligen Abgabe der Medikamente seitens der Krankenkasse anstandslos überwiesen worden. Auf Anfrage des Senats hat die Beklagte für Mai 236,90 EUR und

für Juni 2002 207,00 EUR bezahlt. Die Klägerbevollmächtigten legen Rechnungen der G. GmbH V. an die Klägerin vom 04.07.2003 vor, wobei auf der Rechnung für Mai vermerkt ist, dass vom Rechnungsbetrag 193,20 EUR noch ein Restbetrag von 48,30 EUR offen ist, vom geforderten Betrag für Juni in Höhe von 276,00 EUR noch 69,00 EUR offen sind. Auf beiden Rechnungen ist vermerkt: Patient ist noch nicht beschwert. Die Rechnungen werden vor Gericht eingereicht zu Händen der Betreuerin Frau H ...

Die Klägerbevollmächtigten beantragen, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 29.09.2004 und den Bescheid der Beklagten vom 07.05.2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.11.2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, für den Zeitraum 11.05.2002 bis 30.06.2002 Medikamentengabe 4-mal täglich 7-mal wöchentlich zu genehmigen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Das Sozialgericht habe ihre Entscheidung bestätigt, der verordnende Arzt habe der Berufungsbeklagten die Bedarfsreduktion bestätigt mit der Folge, dass sie ihre Bewilligung dahingehend abänderte.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie der Gerichtsakten beider Instanzen einschließlich der Notiz über das fernmündliche Gespräch mit dem Klägervertreter am 07.07.2006 Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist unzulässig. Dies ergibt sich aus [§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.2 SGG](#). Die Berufung betrifft eine Geldleistung, die 500,00 EUR nicht übersteigt. Die von der Klägerin begehrte Sachleistung Medikamentengabe in der Zeit vom 11.05.2002 bis 30.06.2002 4-mal statt 3-mal täglich kann wegen Zeitablauf als Sachleistung nicht mehr erbracht werden. Deshalb hat der Leistungserbringer der Klägerin am 04.07.2003 Rechnungen vorgelegt. Streitgegenständlich kann damit nur noch die Erstattung dieser Kosten beziehungsweise die Freistellung hiervon sein, also eine Geldleistung. Der Klägerin sind ausweislich der beiden vorgelegten Rechnungen der G. GmbH vom 04.07.2003 in Höhe von 276,00 EUR und 193,20 EUR lediglich Kosten in Höhe von 469,20 EUR in Rechnung gestellt worden. Damit ist die Berufungssumme nicht erreicht. Die Berufung ist als unzulässig zu verwerfen.

Ohne diesbezüglich eine Entscheidung zu treffen, wäre allen Anschein nach die Berufung im Übrigen auch unbegründet. Das Sozialgericht hat zutreffend ausgeführt, dass die Beklagte sich an der ärztlichen Verordnung der Medikamentenabgabe orientiert hat. Das Ordnungsverhalten ist weder vom Leistungserbringer noch vom Gericht zu bestimmen.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Unterliegen der Klägerin.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht ersichtlich.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-02-12