

## L 5 KR 105/09

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Dortmund (NRW)  
Aktenzeichen  
S 48 (44) KR 308/05  
Datum  
13.05.2009  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
L 5 KR 105/09  
Datum  
26.08.2010  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 28/10 B  
Datum  
28.12.2010  
Kategorie  
Urteil  
Bemerkung  
Durch Beschluss v. 28.12.2010 als unzul. verworfen  
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 13.05.2009 wird zurückgewiesen. Die Klägerin trägt auch die Kosten des Berufungsverfahrens.

### Tatbestand:

Die Klägerin nimmt die Beklagte auf Vergütung für in der Zeit vom 01.07.2005 bis 11.09.2005 geleistete häusliche Krankenpflege i.H.v. 639,48 Euro in Anspruch.

Die 1919 geborene (zwischenzeitlich verstorbene) und bei der Beklagten gegen Krankheit Versicherte V. litt unter einem Zustand nach Embolie am linken Arm, einem degenerativen Wirbelsäulensyndrom, einer cerebralen Durchblutungsstörung, einer koronaren Herzkrankheit sowie unter Vergesslichkeit. Am 23.06.2005 verordneten die Vertragsärzte Dres. I/S der V., die bereits in den Vorquartalen Leistungen der häuslichen Krankenpflege zu Lasten der Beklagten in Anspruch genommen hatte, häusliche Krankenpflege für die Zeit vom 01.07.2005 bis 30.09.2005 in Form von Medikamentenabgabe (Verabreichen - einmal täglich/siebenmal wöchentlich).

In der Folgezeit erbrachte die Klägerin gegenüber V. die verordneten Leistungen. Unmittelbare vertragliche Beziehungen zwischen der Klägerin und der Beklagten bestehen nicht. Einigkeit besteht zwischen den Beteiligten jedoch dahingehend, dass der "Vertrag gemäß §§ 132, 132a Abs. 2 SGB V zwischen dem Landesverband Freie Ambulante Krankenpflege NRW e.V. (LFK) und der AOK Westfalen-Lippe - Die Gesundheitskasse" (im Folgenden: AOK-Rahmenvertrag) für die ambulante Versorgung der Versicherten der Beklagten mit häuslicher Krankenpflege anzuwenden ist. § 12 des AOK-Rahmenvertrages sieht u.a. vor:

(1)Leistungen nach diesem Vertrag dürfen nur aufgrund gültiger vertragsärztlicher Verordnung (Muster 12) erbracht werden. Die Rückseite des Verordnungsvordruckes ist vom Versicherten bzw. seinem gesetzlichen Vertreter und vom Leistungserbringer entsprechend auszufüllen und durch Unterschrift zu bestätigen. Die Kostenübernahme ist grundsätzlich vor Beginn der Leistungserbringung bei der AOK Westfalen-Lippe zu beantragen.

(2)Über Art, Umfang und Dauer der Leistungen entscheidet die AOK Westfalen-Lippe unter Berücksichtigung der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung. Die AOK Westfalen-Lippe entscheidet unverzüglich über den Leistungsantrag und informiert hierüber den Leistungserbringer. Soweit die vertraglich verordneten Leistungen nicht oder nur zum Teil übernommen werden, informiert die AOK Westfalen-Lippe auch den Versicherten und den verordnenden Arzt.

(3)Sofern aus unabwendbaren Gründen, insbesondere an Wochenenden oder Feiertagen, die Kostenzusage für häusliche Krankenpflege durch die AOK Westfalen-Lippe nicht vor Beginn der häuslichen Krankenpflege eingeholt werden kann, beantragt der Leistungserbringer die Kostenübernahme unter Beifügung der vertragsärztlichen Verordnung innerhalb der nächsten zwei Arbeitstage (ggf. per Telefax) bei der AOK Westfalen-Lippe. Sofern in diesen Fällen der Leistungsanspruch nach § 37 Absatz 3 SGB V nicht ausgeschlossen ist und erkennbare Zweifel an der ordnungsgemäß ausgestellten vertragsärztlichen Verordnung nicht bestehen, übernimmt die AOK Westfalen-Lippe die Kosten von Beginn der häuslichen Krankenpflege an, längstens bis zur Entscheidung über den Leistungsantrag; der Leistungserbringer nimmt insoweit seine sich aus § 10 Absatz 2 ergebende Mitwirkungspflicht wahr ( ...).

Am 09.09.2005 erhielt die Klägerin, die i.d.R. sämtliche Verordnungen persönlich den Krankenkassen übermittelt, vom Zentralen

Abrechnungsdienst (ZAD) die Information, dass die Beklagte dem ZAD gegenüber erklärt habe, dass die (Original-)Verordnung dort nicht vorliege. Die Klägerin ließ daraufhin ein Duplikat der Verordnung erstellen. Dieses Duplikat ging bei der N - Serviceleistungen für Krankenkassen - ein und wurde unter dem 13.09.2005 an die Beklagte versandt, wo es am 14.09.2005 einging.

Die Beklagte teilte V. mit, dass sie im Hinblick auf die unter dem 23.06.2005 verordnete häusliche Krankenpflege mit einer Kostenübernahme in der Zeit vom 12.09.2005 bis 30.09.2005 eintrete. Sie legte ferner dar, dass Verordnungen häuslicher Krankenpflege grundsätzlich vor Beginn der Pflege bei der zuständigen Krankenkasse zwecks Genehmigung einzureichen seien. Die hier streitige Verordnung sei jedoch erst am 14.09.2005 eingegangen. Die Prüfung einer eventuellen Leistungsgewährung wäre somit frühestens zum 14.09.2009 möglich gewesen. Unter Berücksichtigung eines Postweges von zwei Tagen sei die Kostenübernahme daher erst ab dem 12.09.2005 möglich (Bescheid vom 19.09.2005). Eine Durchschrift dieses Bescheides erhielt die Klägerin zur Kenntnisnahme (Schreiben vom 19.09.2005). Widerspruch hat V. nicht eingelegt.

Nachdem außergerichtliche Einigungsversuche erfolglos geblieben waren, hat die Klägerin am 21.12.2005 Klage erhoben und behauptet, die Verordnung vom 23.06.2005 am 24.06.2005 der Krankenkasse zugeschickt zu haben. Sämtliche Leistungen der häuslichen Krankenpflege betreffend den streitigen Verordnungszeitraum seien ordnungsgemäß erbracht worden und medizinisch erforderlich gewesen. Dabei müsse ferner berücksichtigt werden, dass das öffentliche Postlaufisiko nicht zu ihren Lasten gehen dürfe. Angesichts dessen stelle es sich als treuwidrig dar, wenn medizinisch notwendige Leistungen nunmehr - jedenfalls teilweise - nicht vergütet werden sollen. Insgesamt habe sie 73 Einsätze zu einem Preis von jeweils 8,76 Euro erbracht.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte zu verurteilen, an sie 639,48 Euro nebst 8 % Zinsen über dem Basiszinssatz seit dem 21.12.2005 zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat mit Nichtwissen bestritten, dass die Klägerin die (Original-) Verordnung unter dem 24.06.2005 abgesandt habe. Das Duplikat sei demgegenüber offensichtlich an das für die nach Genehmigung für die Abrechnung eingeschaltete Unternehmen N versandt worden. Damit habe die Klägerin jedoch die Verordnung dem falschen Adressaten übermittelt. Abgesehen davon müsse berücksichtigt werden, dass ein Antrag i.S.d. § 12 Abs. 3 AOK-Rahmenvertrag eine empfangsbedürftige öffentlich-rechtliche Willenserklärung darstelle. Ein Antrag liege somit erst mit Zugang beim Leistungsträger und nicht bei rechtzeitiger Absendung der Verordnung vor. Daher sei eine wirksame Antragstellung erst am 14.09.2005 mit Zugang der Verordnung vom 23.06.2005 gegeben.

Die Klägerin hat eine eidesstattliche Versicherung vom 25.06.2007 vorgelegt, mit der sie erklärt hat, die V. betreffende Verordnung für das dritte Quartal 2005 am 24.06.2005 an die Beklagte geschickt zu haben.

Durch Urteil vom 13.05.2009 hat das Sozialgericht (SG) die Klage abgewiesen. Es hat im Wesentlichen ausgeführt, dass der geltend gemachte Vergütungsanspruch für die Zeit vom 01.07.2005 bis 11.09.2005 nicht entstanden sei, weil bereits die ordnungsgemäße Absendung der Originalverordnung nicht feststehe. Da die Originalverordnung nicht zu spät, sondern gar nicht bei der Beklagten eingegangen sei, komme es nicht darauf an, wer von den Beteiligten das öffentliche Postlaufisiko zu tragen habe. Bereicherungsansprüche bestünden schon deshalb nicht, weil die Beklagte nicht die Befreiung von einer Verbindlichkeit - dem gegenüber V. zu erfüllenden Sachleistungsanspruch - erlangt habe. Denn ein solcher habe für die Zeit vor dem 12.09.2005 nicht bestanden.

Gegen das ihr am 29.05.2009 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 19.06.2009 Berufung eingelegt. Sie hält daran fest, dass sie die Verordnung unverzüglich abgesandt habe. Darüber hinaus stelle es sich als treuwidrig dar, wenn die erbrachten Leistungen nicht zu vergüten seien, obwohl über die medizinische Notwendigkeit kein Streit bestehe. Sei eine Leistung unstreitig medizinisch notwendig und durch einen Vertragsarzt verordnet worden, existiere kein Grund, diese Leistungen nicht zu vergüten. Entgegen der vom SG geäußerten Ansicht bestünden jedenfalls Ansprüche auf bereicherungsrechtlicher Grundlage.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dortmund vom 13.05.2009 zu ändern und nach dem Klageantrag zu erkennen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil und wiederholt ihren erstinstanzlichen Vortrag.

Weiterer Einzelheiten wegen wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakten sowie der beigezogenen Streitakte SG Dortmund - [§ 13 KR 127/05/LSG NRW](#) - L 16 B 29/06 KR NZB.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig. Das ergibt sich aus der Zulassungsentscheidung des SG in dem angefochtenen Urteil (vgl. [§ 144 Abs. 1 und 2 Nr. 1 SGG](#)). An diese Zulassung ist der Senat gebunden ([§ 144 Abs. 3 SGG](#)).

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Denn die Klägerin hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Zahlung eines Betrages von 639,48 Euro nebst Zinsen für geleistete häusliche Krankenpflege in der Zeit vom 01.07.2005 bis 11.09.2005.

Ein Anspruch der Klägerin auf Zahlung der täglichen Medikamentenabgaben kann sich nur auf vertraglicher Basis - hier § 14 Abs. 1 des AOK-Rahmenvertrages i.V.m. Anlage 5 - ergeben. Zwar ist davon auszugehen, dass die Geltung des AOK-Rahmenvertrages zwischen den Beteiligten jedenfalls konkludent vereinbart worden ist, so dass er als vertragliche Basis für Vergütungsansprüche der Klägerin heranzuziehen ist. Der AOK-Rahmenvertrag allein reicht jedoch zur Begründung des erhobenen Anspruchs nicht aus, weil er lediglich einen Rahmen für die auf längere Dauer angelegte rechtliche Beziehung zwischen den Beteiligten darstellt. Ein Anspruch auf Vergütung erbrachter Leistungen der häuslichen Krankenpflege entsteht nur, wenn die Krankenkasse sie "genehmigt" hat. Dabei handelt es sich nicht um eine Genehmigung i.S.d. § 184 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB), sondern um die Auftragserteilung im konkreten Leistungsfall, die gleichzeitig den Umfang des Auftrages festlegt (BSG, Urteil v. 24.09.2002 - B 3 KR 2/02 R =, SozR 3-2500 § 132a Nr. 3, juris Rdn. 15). In diesem Sinne ist insbesondere § 12 Abs. 1 Satz 3, Abs. 2 des AOK-Rahmenvertrages zu verstehen, wenn dort sowohl das Antrags- als auch das sich daraus ergebene Genehmigungserfordernis jeglicher Leistungserbringung durch die Beklagte geregelt und klargestellt wird. Erst mit einer Genehmigung durch die Beklagte liegt ein wirksamer Auftrag vor, im Rahmen dessen ein Pflegedienst tätig werden kann. Angesichts des Umstandes, dass Krankenkassen bestimmen können, in welchem Umfang sie Leistungserbringer zur Erfüllung ihrer Sachleistungsverpflichtung heranziehen, handelt derjenige, der außerhalb des erteilten Auftrags tätig wird, ohne rechtliche Grundlage und damit grundsätzlich ohne Anspruch auf eine Vergütung (BSG, Urteil v. 24.09.2002, a.a.O.).

Die Beklagte hat gegenüber V. häusliche Krankenpflege als kostenfreie Naturalleistung lediglich für die Zeit vom 12.09.2005 bis 30.09.2005 genehmigt. Anhaltspunkte dafür, dass sie darüber hinausgehend bereits einen die Zeit vom 01.07.2005 bis 30.09.2005 erfassenden Auftrag hätte erteilen müssen, liegen nicht vor. Die Klägerin hat zwar an Eides statt versichert - und damit nachzuweisen versucht -, dass sie die Originalverordnung bereits am Freitag den 24.06.2005 an die Beklagte abgesandt habe. Die Beklagte hat jedoch nicht nur den Zugang der Originalverordnung bestritten, sondern sich außerdem im Hinblick auf die Absendung der Originalverordnung durch die Klägerin am Freitag, den 24.06.2005 - also der Abgabe einer öffentlich-rechtlichen Willenserklärung entsprechend §§ 130 Abs. 1 Satz 1, 145 BGB - mit Nichtwissen i.S.d. § 138 Abs. 4 ZPO erklärt. Nachdem die Klägerin im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem SG erklärt hat, dass ausschließlich sie persönlich Verordnungen an die Krankenkassen übermittle und zudem nicht erkennbar ist, wie bereits der Versand der Originalverordnung weiter aufgeklärt werden kann - auch von der Klägerin wurde keine weitere Beweiserhebung angeregt -, steht nicht fest, dass ein Leistungsantrag durch Übersenden der Originalverordnung tatsächlich gestellt worden ist. Dieses Ergebnis muss unter Berücksichtigung des Grundsatzes der objektiven Beweislast, wonach jeder Beteiligte im Rahmen des anzuwendenden materiellen Rechts die Beweislast für die Tatsachen trägt, die den von ihm geltend gemachten Anspruch begründen, zu Lasten der Klägerin gehen. Damit kommt es jedoch nicht darauf an, wer von den Beteiligten ein etwaiges Postlaufisiko zu tragen hat, so dass bereits vor diesem Hintergrund in der vorliegenden Konstellation nicht die Grundsätze über die Wiedereinsetzung in den vorigen Stand (§ 27 SGB X) ihrem Sinn entsprechend angewendet werden können.

Etwas anderes folgt nicht aus Nr. 24 Satz 1 der "Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V)" - HKP-Richtlinien - in der hier anwendbaren Fassung (jetzt: § 6 Abs. 6 HKP-Richtlinien). Danach übernimmt die Krankenkasse bis zur Entscheidung über die Genehmigung die Kosten für die vom Vertragsarzt verordneten und vom Pflegedienst erbrachten Leistungen entsprechend der vereinbarten Vergütung nach § 132a Abs. 2 SGB V, wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Hier ist jedoch ein Duplikat der Verordnung erst am 14.09.2005 bei der beklagten Krankenkasse eingegangen, wobei - wie dargelegt - bereits der Versand der Originalverordnung nicht feststeht.

Auch ein Anspruch aus bereicherungsrechtlichen Grundsätzen (§ 812 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 BGB analog) kommt - wie das SG bereits zutreffend ausgeführt hat - nicht in Betracht (vgl. auch BSG, Urteil v. 13.05.2004 - B 3 KR 2/03 R, SozR 4-2500 § 132a Nr. 1). Zwar wollte die Klägerin mit der im streitigen Zeitraum geleisteten ambulanten häuslichen Krankenpflege keine bewusste und zweckgerichtete Zuwendung an V. erbringen. Vielmehr gedachte sie, einen Anspruch der V. gegenüber der Beklagten auf häusliche Krankenpflege als Naturalleistung zu erfüllen. Allerdings hat die Beklagte durch das Tätigwerden der Klägerin im streitigen Zeitraum nichts i.S.d. § 812 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 BGB erlangt. Insbesondere ist die Beklagte nicht von einer gegenüber V. bestehenden Verbindlichkeit befreit worden, da V. gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Gewährung häuslicher Krankenpflege in der Zeit vom 01.07.2005 bis 11.09.2005 hatte. Denn ein Leistungsantrag ist bei der Beklagten erst am 14.09.2009 eingegangen, so dass die Beklagte berechtigt (und verpflichtet) war, eine Genehmigung erst für die Zeit ab Eingang des Antrages zu erteilen. Im Übrigen steht - wie bereits ausgeführt - nicht fest, dass die Originalverordnung vom 23.06.2005 tatsächlich am 24.06.2005 an die Beklagte abgesandt worden ist.

Überdies muss berücksichtigt werden, dass der gegenüber V. erteilte Bescheid vom 19.09.2005 bestandskräftig geworden ist (§ 77 SGG). Damit kann die Klägerin nur das gegenüber der Beklagten abrechnen, was V. von der Beklagten fordern konnte. Fordern konnte V. von der Beklagten jedoch aufgrund der bereits dargestellten Gegebenheiten nur die Gewährung von häuslicher Krankenpflege in der Zeit vom 12.09.2005 bis 30.09.2005. Insofern wirkt sich die Bestandskraft des Bescheides auch im Verhältnis zwischen der Klägerin und der Beklagten aus, weil Leistungs- und Leistungserbringerrecht einheitlich beurteilt werden müssen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 197a Abs. 1 Satz 1 HS 3 SGG i.V.m. § 154 Abs. 2 Verwaltungsgerichtsordnung (VwGO).

Anlass, die Revision zuzulassen, hat nicht bestanden (§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-01-18