

L 1 KR 47/06

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Leipzig (FSS)
Aktenzeichen
S 8 KR 526/04
Datum
26.01.2006
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 47/06
Datum
16.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zum Begriff des Verabreichens von Medikamenten im Sinne der Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V](#).
2. Ist eine ärztliche Verordnung über Medikamentengabe in sich widersprüchlich (hier: Richten oder Verabreichen der Medikamente) oder wird die Genehmigung der eindeutigen ärztlichen Verordnung von der Krankenkasse versagt, darf der Leistungserbringer nicht von sich aus die Leistung erbringen, auf die nach seiner Auffassung der Versicherte einen Anspruch hat. Ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse besteht in diesem Fall nicht.
3. Es ist rechtlich unbedenklich, wenn in einem Vergütungsvertrag vereinbart wird, dass für das (u.U. mehrfache) Richten von Medikamenten wöchentlich nur ein Einsatz des Pflegedienstes je Versichertem abrechenbar ist.
- I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Leipzig vom 26. Januar 2006 wird zurückgewiesen.
- II. Die Klägerin trägt 5/6 der Kosten, die Beklagte 1/6 der Kosten des Rechtsstreits.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.
- IV. Der Streitwert wird auf 3.142,44 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch über die Vergütung von im Rahmen der Medikamentengabe anfallenden Leistungen für drei bei der Beklagten Versicherte (für Z. in der Zeit vom 01.09.2003 bis 16.01.2004, für G. in der Zeit vom 01.08.2003 bis 31.03.2004 und für V. in der Zeit vom 01.10.2003 bis 30.06.2004).

Die Klägerin betreibt einen häuslichen Krankenpflegedienst. Am 16.12.2002 traf sie mit der Beklagten eine "Vereinbarung über die Vergütung Häuslicher Krankenpflege, Häuslicher Pflege und Haushaltshilfe gemäß [§§ 132, 132 a Abs. 2 SGB V](#)" (im Folgenden: die Vergütungsvereinbarung). In der Vergütungsvereinbarung heißt es unter anderem: "§ 2 Verordnung, Genehmigung und Erstattung der Leistung Die Leistungen sind vom Vertragsarzt zu verordnen und von der Krankenkasse zu genehmigen. Es werden grundsätzlich nur die nachfolgenden Leistungen von der Krankenkasse finanziert, die Gegenstand dieser Vergütungsvereinbarung sind ... § 4 Grundsätze der Vergütung ... Das Vergütungssystem umfasst folgende Bestandteile: A) Vergütung für Leistungen der Häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) • Behandlungspflege - Leistungsgruppen I-V - Leistungsgruppe VI: Spezielle Krankenbeobachtung • Grundpflege • Hauswirtschaftliche Versorgung ... Für die Abrechnung der Leistungen gilt: 1. Werden mehrere Einzelleistungen aus einer Leistungsgruppe verordnet und bewilligt, ist diese je Einsatz nur einmal abrechnungsfähig. 2. Werden mehrere Einzelleistungen aus verschiedenen Leistungsgruppen verordnet und bewilligt, ist je Einsatz nur die höherwertige Leistungsgruppe abrechnungsfähig. 3. Anleitung bei der Behandlungspflege in der Häuslichkeit: Beratung und Kontrolle des Patienten, Angehöriger oder anderer Personen in Häuslichkeit bei initialer Unfähigkeit zur Durchführung der Maßnahmen und vorhandenem Lernpotential. Diese Leistung ist nicht neben den Leistungsgruppen I bis V abrechenbar ... § 6 Vertragsdauer Die Vereinbarung tritt zum 01.10.2002 in Kraft und gilt bis zum 30.06.2003. Danach kann die Vereinbarung mit einer Frist von drei Monaten zum Monatsende gekündigt werden."

Die Klägerin legte der Beklagten Verordnungen häuslicher Krankenpflege für die in der Anlage K 2 auf Blatt 56 der Akte des Sächsischen Landessozialgerichts (LSG) aufgeführten Patienten zur Abrechnung vor. In diesen Verordnungen wird überwiegend jeweils ein einmal tägliches und siebenmal wöchentliches Herrichten der Medikamentengabe als erforderlich bezeichnet.

Ärztliche Verordnungen sowie ihre Begründungen und die Genehmigungen der Beklagten stellten sich wie folgt dar:

Z ... G ... V. behandelnde Ärztin Dipl.-Med. F1. , Praktische Ärztin Dipl.-Med. F1. , Praktische Ärztin Verordnung Herrichten (1 x tgl.)

Verabreichen (1 x tgl.) Herrichten (1 x tgl.) Zeitraum 01. – 30.09.2003 01.07. – 30.09.2007 Begründung starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit, Realitätsverlust, Einschränkung der Grob- und Feinmotorik, Selbsteinnahme nicht gewährleistet Selbsteinnahme nicht gesichert, starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit und Realitätsverlust, Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit Genehmigungsvermerk der Krankenkasse nur Herrichten der Medikamente (08.10.2003) genehmigt (22.07.2003) behandelnde Ärztin Dipl.-Med. F1, , Praktische Ärztin Dipl.-Med. F1, , Praktische Ärztin Dr. F2, Fachärztin für Allgemeinmedizin Verordnung Herrichten (1 x tgl.) Verabreichen (angekreuzt, aber nicht von der Ärztin durchgestrichen, 1 x tgl.) Herrichten (1 x tgl.) Eingang bei der Beklagten am 30.09.2003 Herrichten (1 x tgl.) verabreichen (angekreuzt, aber von der Ärztin durchgestrichen) Zeitraum 01.10. – 31.12.2003 01.10. – 31.12.2003 Begründung starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit, Realitätsverlust, Einschränkung der Grob- und Feinmotorik, Selbsteinnahme nicht gewährleistet starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit und Realitätsverlust, Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit fehlt Genehmigungsvermerk der Krankenkasse nur Herrichten der Medikamente (18.11.2003) Herrichten (11.12.2003) nur Herrichten der Medikamente (18.11.2003) behandelnde Ärztin Dipl.-Med. F1, , Praktische Ärztin Dipl.-Med. F1, , Praktische Ärztin Dr. F2, Fachärztin für Allgemeinmedizin Verordnung Herrichten (1 x tgl.) Herrichten (1 x tgl.) Herrichten (1 x tgl.) Zeitraum 01.01. – 31.03.2004 01.01. – 31.03.2004 Begründung alle Medikamente würden sonst auf einmal genommen, zeitliche Desorientierung, bringe Tage durcheinander, Selbsteinnahme nicht gewährleistet starke Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit und Realitätsverlust, Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit fehlt Genehmigungsvermerk der Krankenkasse genehmigt (26.01.2004) genehmigt (19.01.2004) genehmigt (13.02.2004) behandelnde Ärztin Dr. F2, Fachärztin für Allgemeinmedizin Verordnung Herrichten (1 x tgl.) Zeitraum 02. – 15.04.2004 Begründung wöchentlich genüge nicht, da Versicherte alles durcheinander bringe Genehmigungsvermerk der Krankenkasse genehmigt (05.04.2004 behandelnde Ärztin Dr. F2, Fachärztin für Allgemeinmedizin Verordnung Herrichten (1 x tgl.) Zeitraum 16.04. – 30.06.2004 Begründung wöchentlich genüge nicht, da Versicherte alles durcheinander bringe Genehmigungsvermerk der Krankenkasse genehmigt (15.04.2004)

Die Klägerin stellte der Beklagten für die genannten Versicherten in den in Anlage K 2 auf Blatt 56 der LSG-Akte bezeichneten Zeiträumen jedes Richten von Medikamenten mit jeweils 6,09 EUR in Rechnung. Die Beklagte beglich lediglich jeweils ein Richten von Medikamenten pro Patient und Woche und berief sich dabei auf die Vereinbarung vom 16.12.2002. Zwischen den Beteiligten war danach zunächst noch der sich aus Anlage K 2 auf Blatt 56 der LSG-Akte ergebende Betrag in Höhe von 3.142,44 EUR streitig.

Am 25.08.2004 hat die Klägerin Klage beim Sozialgericht Leipzig (SG) erhoben.

Sie hat geltend gemacht, ihr stehe ein Zahlungsanspruch gegen die Beklagte in Höhe von 3.142,44 EUR nebst Verzugszinsen in gesetzlicher Höhe ab Rechtshängigkeit zu. Das Herrichten von Medikamenten gehöre zum verordnungsfähigen Leistungsspektrum gemäß [§ 37 Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Die Richtlinien über die Verordnung häuslicher Krankenpflege bestimmten Indikationen, die zur Verordnung des Herrichtens von Medikamenten führen könnten. Medikamentengaben würden sooft verordnet, wie dies im Rahmen der Therapie erforderlich sei. Das Richten von Medikamenten solle hingegen in der Regel wöchentlich erfolgen. Damit sei aber ausschließlich der Fall gemeint, dass der Versicherte noch dazu in der Lage sei, Medikamente zuverlässig selbst einnehmen zu können und nur bei der Erstellung der Wochenbox für die Medikamente Hilfe benötige. Den streitgegenständlichen Verordnungen sei gemein, dass die Richtlinienindikation der mangelnden geistigen Leistungsfähigkeit und der mangelnden eigenen Sicherstellung der Compliance Anlass der Verordnungen gewesen seien. Nach entsprechender Bewilligung durch die Beklagte habe sie, die Klägerin, das Richten der Medikamente bei den betroffenen Patienten entsprechend der jeweils verordneten Häufigkeit vorgenommen. Die Beklagte könne sich für die Kürzung der von ihr geltend gemachten Zahlungen nicht auf das am 16.12.2002 vereinbarte Vergütungssystem berufen. Die zwischen den Beteiligten getroffene Vereinbarung sei vielmehr unter Beachtung der Grundsätze des Leistungserbringungsrechts und unter Berücksichtigung des Sicherstellungsauftrags der Beklagten im Sinne von [§ 70 SGB V](#) sowie unter Beachtung der sich aus [§ 132 a Abs. 2 SGB V](#) ergebenden Verpflichtung der Beklagten, solche Verträge zu schließen, die es den Versicherten ermöglichen, die streitgegenständlichen Leistungen als Sachleistungen zu beziehen, auszulegen. Nach dem objektiven Empfängerhorizont, der für die Vertragsauslegung gemäß [§ 69 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§§ 133, 157](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) maßgeblich sei, hätten die Pflegedienste das Vertragsangebot der Beklagten nur so verstehen können, dass Einsätze, die gefahren würden, auch entsprechend vergütet würden. Bei der angesprochenen Vergütungsvereinbarung handele es sich um die Vergütung für Position 26 des Leistungsverzeichnisses der Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (ab 01.01.2004: Gemeinsamer Bundesausschuss) in Form des wöchentlichen Richtens der Medikamente.

Die Beklagte hat vorgetragen, der Klägerin sei die von ihr unterzeichnete Vergütungsvereinbarung bekannt gewesen. Sie habe danach auch eine gewisse Zeit lang abgerechnet.

Mit Urteil vom 26.01.2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Die Klage sei als echte Leistungsklage statthaft und zulässig, weil es sich um eine Zahlungsklage im Gleichordnungsverhältnis handele ([§ 54 Abs. 5](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG]). Die Klage sei jedoch nicht begründet. Denn die Klägerin habe keinen Rechtsanspruch auf zusätzliche Vergütung für das Herrichten von Medikamenten. Der geltend gemachte Vergütungsanspruch lasse sich nicht auf [§§ 132, 132 a SGB V](#) in Verbindung mit der Vergütungsvereinbarung zurückführen, weil die erforderlichen Voraussetzungen hierfür nicht gegeben seien. Die Vergütungsvereinbarung decke nicht den geltend gemachten Anspruch auf weitere Zahlungen. Unter Vergütungssystem A Leistungsgruppe I sei ausdrücklich ausgeführt, dass die Medikamentengabe als Richten von ärztlich verordneten Medikamenten zur Selbsteinnahme nur einmal wöchentlich abrechenbar sein solle. Dafür, dass dieser Teil der Vergütungsvereinbarung lediglich auf die Erstellung der Wochenbox bezogen sei, gebe es keinerlei Anhaltspunkte. Eine derartige Beschränkung folge weder aus dem Gesetz noch aus dem geschlossenen Vertrag. Der Vertrag beinhalte diesbezüglich vielmehr eine eindeutige Regelung, die keiner erweiternden Auslegung nach [§§ 133, 157 BGB](#) zugänglich sei. Eine Ausnahme für eine häufigere Abrechenbarkeit sei nicht vereinbart worden. Die Vergütungsregelung, welche für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen sei, könne nur dann ihren Zweck erfüllen, wenn sie allgemein streng nach ihrem Wortlaut sowie den dazu vereinbarten Anwendungsregeln gehandhabt werde. Sie dürfe mithin keinen Spielraum für weitere Bewertungen und Abwägungen belassen. Vergütungsregelungen seien demzufolge eng nach ihrem Wortlaut, ergänzend allenfalls noch nach dem systematischen Zusammenhang, auszulegen, wobei Bewertungen und Bewertungsrelationen außer Betracht zu bleiben hätten. Das Richten der Medikamente könne somit nur einmal wöchentlich abgerechnet werden. Dem könne die Klägerin auch nicht mit Erfolg [§ 69 Satz 3 SGB V](#) in Verbindung mit den Vorschriften des BGB entgegenhalten. Danach gälten für die Rechtsbeziehungen die Vorschriften des BGB entsprechend, soweit sie mit den Vorgaben des [§ 70 SGB V](#) und den übrigen Aufgaben und Pflichten der Beteiligten nach diesem Kapitel vereinbart seien. Die Vorschriften des BGB schrieben indes sogar ausdrücklich die Vertragsfreiheit fest ([§ 305 BGB](#)). [§ 70 SGB V](#) verweise im Übrigen für das

Leistungserbringungsrecht ausdrücklich – ebenso wie für Leistungen der Krankenversicherung nach [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) – auf das Gebot der Wirtschaftlichkeit. Es sei für die Krankenkassen jedoch wirtschaftlich erheblich kostengünstiger, wenn die Kosten der Medikamentengabe als Richten nur einmal wöchentlich abrechenbar seien. Die getroffene Vereinbarung sei weder sittenwidrig noch verstoße sie gegen Treu und Glauben.

Gegen das ihr am 29.03.2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 06.04.2006 Berufung eingelegt.

Die Klägerin ist der Auffassung, ein Vergütungsvertrag gemäß [§ 132 a Abs. 2 SGB V](#) habe die Aufgabe, das Sachleistungsprinzip des [§ 2 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) umzusetzen. Was im Rahmen des Sachleistungsprinzips und des [§ 37 SGB V](#) zur häuslichen Krankenpflege in der gesetzlichen Krankenversicherung rechne, ergebe sich aus den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (ab 01.01.2004: Gemeinsamer Bundesausschuss) über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V](#). Diese Richtlinien müssten deshalb bei der Auslegung eines Vergütungsvertrages herangezogen werden. Maßgeblich sei deshalb die in der Anlage der Richtlinie nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V](#) enthaltene Nr. 26 des Verzeichnisses verordnungsfähiger Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege. Danach sei zwischen Medikamentengabe einerseits und Richten von ärztlich verordneten Medikamenten andererseits zu differenzieren. Im ersten Fall komme es nicht darauf an, ob der Versicherte mechanisch zur Selbsteinnahme in der Lage sei oder nicht. Vielmehr gehe es darum, dass er jedenfalls bei der Indikation der Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit die Medikamente nicht einnehmen werde, weshalb der Vertragsarzt hier getrennte Einsätze für jede Medikamenteneinnahme verordnen könne. Der zweite Fall erfasse das Richten einer Wochenbox, welches der Vertragsarzt typischerweise verordne, wenn eine Vielzahl von Medikamenten einzunehmen sei, die der Versicherte nicht mit hinreichender Sicherheit unterscheiden könne. Vorausgesetzt werde, dass der Versicherte noch in der Lage sei, die "Wochendosette" zu bedienen. Die streitgegenständlichen Verordnungen würden von der ersten Fallgruppe erfasst. Auch dort, wo der behandelnde Arzt nur "Herrichten" von Medikamenten angekreuzt habe, sei "Verabreichen" derselben gemeint und auch erforderlich gewesen. Wenn ein Pflegedienst einen Einsatz bei einem Versicherten aufgrund einer Verordnung vornehme, weil dieser die Medikamente manuell, aber nicht geistig selbst einzunehmen in der Lage sei, unterscheide sich der entstehende Aufwand nicht, weshalb die von der Beklagten vorgenommene Differenzierung keinen Sinn habe.

Weitere Ermittlungen des Senats zu den teilweise abgeänderten Verordnungen haben ergeben:

Die Verordnung häuslicher Krankenpflege von Dr. F2 vom 26.09.2003 für die Versicherte ... V. weist für die Zeit vom 01.10.2003 bis 31.12.2003 als notwendige Maßnahme der Behandlungspflege das Herrichten der Medikamente (siebenmal wöchentlich) aus. Ein ursprünglich auch bei "verabreichen" der Medikamentengabe gesetztes Kreuz wurde im Nachhinein durchgestrichen. Mit Telefax vom 14.04.2008 hat Dr. F2 mitgeteilt, aus dem Durchschlag der Verordnung ergebe sich, dass das dort ursprünglich gesetzte Kreuz noch in ihrer Praxis wieder geändert worden sei. Auf der von Diplom-Medizinerin F1 am 29.09.2003 vorgenommenen Verordnung häuslicher Krankenpflege für die Versicherte ... Z. vom 29.09.2003 wurden als für die Zeit vom 01.10. bis 31.12.2003 notwendige Maßnahmen der Behandlungspflege ursprünglich die Felder für "Medikamentengabe" (siebenmal wöchentlich), "herrichten" und "verabreichen" angekreuzt. Das Kreuz für "verabreichen" wurde später wieder durchgestrichen. Mit Telefax vom 14.04.2008 hat Diplom-Medizinerin F1 mitgeteilt, diese Änderung stamme nicht von ihr. Änderungen würden von ihr "immer" signiert. Die Beklagte hat unter dem 18.11.2003 als häusliche Krankenpflege nur das "Herrichten" der Medikamente genehmigt. Die Genehmigung ist der Klägerin am 21.11.2003 zugegangen.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung haben die Beteiligten sodann folgenden Teilvergleich geschlossen:

"I. Die Beklagte verpflichtet sich im Falle von Frau Z. alle tatsächlich geleisteten Einsätze im Zeitraum vom 01.09. bis 21.11.2003 und im Falle von Herrn ... D. alle tatsächlich geleisteten Einsätze im streitigen Zeitraum im Sinne der Medikamentengabe als Verabreichung von ärztlich verordneten Medikamenten zu vergüten. II. Die Beklagte gewährt der Klägerin für Frau G. weitere 18,27 EUR. III. Auf Prozesszinsen wird verzichtet."

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Leipzig vom 26. Januar 2006 zu verurteilen, 3.142,44 EUR nebst Prozesszinsen in gesetzlicher Höhe abzüglich der im Teilvergleich geregelten Beträge an die Klägerin zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie vertritt die Meinung, die Klägerseite erkenne bei ihrer Argumentation, dass zwischen dem Sachleistungsanspruch des Versicherten und dem Vergütungsanspruch des Pflegedienstes streng zu unterscheiden sei. Eine Vergütung könne nur für solche Leistungen gefordert werden, die auch genehmigt worden seien. Sofern im Einzelfall das Verabreichen verordnet, aber nur das Richten genehmigt worden sei, könne auch nur das Richten abgerechnet werden. Insoweit treffe die Aussage, die Vergütungsvereinbarung habe die Aufgabe, das Sachleistungsprinzip umzusetzen, nicht uneingeschränkt zu. Nicht jede Sachleistung, die von einem Leistungserbringer im Auftrag einer Krankenversicherung erbracht werde, lasse sich vergütungsrechtlich abbilden. Darüber hinaus sei die Vergütungsvereinbarung, auf deren Grundlage die Klägerin Leistungen der häuslichen Krankenpflege erbringe und abrechne, eindeutig und bedürfe keiner ergänzenden Auslegung. Aus der Formulierung "Medikamentengabe als Richten von ärztlich verordneten Medikamenten zur Selbsteinnahme (einmal wöchentlich abrechenbar)" ergebe sich nicht, dass damit nur das Richten der Wochenbox gemeint sei. Dies ergebe auch keinen Sinn, weil – wenn die klägerische Auffassung richtig wäre – es dafür keiner gesonderten Regelung bedürft hätte. Das einmalige Befüllen der Wochenbox hätte zum Preis von 6,09 EUR auch nur einmal abgerechnet werden können, weil der Pflegedienst auch nur einmal tätig geworden wäre. Doch gerade die explizite Beschränkung der Abrechenbarkeit des Richtens von Medikamenten auf einmal wöchentlich mache deutlich, dass den Beteiligten beim Abschluss der Vereinbarung sehr wohl bewusst gewesen sei, dass Medikamente auch mehrmals pro Woche – unter Umständen auch mehrmals pro Tag – gerichtet werden müssten und dennoch nur einmal in der Woche abrechenbar sein sollten. Auch aus den von der Klägerseite genannten Richtlinien folge nichts anderes. Dort heiße es vielmehr, das Richten der Arzneimittel erfolge "in der Regel" wöchentlich. Damit werde gleichzeitig mitgeteilt, dass hiervon auch Ausnahmen existierten. In Kenntnis dieser Richtlinien hätten die Beteiligten dennoch lediglich die wöchentliche Abrechenbarkeit vertraglich vereinbart. Im Übrigen träfen die Ausführungen der

erstinstanzlichen Entscheidung zu.

Dem Senat haben die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen.

Entscheidungsgründe:

A.

Die Berufung ist zulässig.

Insbesondere ist sie statthaft, da Leistungen von mehr als 500 EUR betroffen sind ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz [SGG] in der bis 31.03.2008 geltenden Fassung). Sie wurde auch form- und fristgerecht eingelegt ([§ 151 SGG](#)).

B.

Die Berufung ist unbegründet.

Die erstinstanzliche Entscheidung ist – soweit sie nicht den Regelungsgegenstand des Teilvergleichs betrifft – zu Recht ergangen.

I. Streitgegenständlich ist bei den Versicherten G. für die Zeit vom 01.08.2003 bis 31.03.2004 und V. für die Zeit vom 01.10.2003 bis 30.06.2004 nur noch die Leistungserbringung im Hinblick auf das vertragsärztlich verordnete Herrichten der Medikamentengabe, bei der Versicherten Z. die Leistungserbringung aufgrund der Verordnung des Verabreichens von Medikamenten in der Zeit vom 22.11. bis 16.01.2004. Die anderen Zeiträume, in denen der Vertragsarzt (bei den Versicherten Z. und D.) das Verabreichen der Medikamentengabe verordnet hat, sind durch den Teilvergleich ausgeklammert worden, weil in diesen Zeiträumen die Ablehnung der Genehmigung der Klägerin noch nicht zugegangen war.

II. Zu Recht hat das SG die isolierte Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 5 SGG](#) als zulässig angesehen. Da die Beteiligten in einem Gleichordnungsverhältnis stehen, durfte die Beklagte gegenüber der Klägerin keinen Verwaltungsakt erlassen (BSG, Urteil vom 24.09.2002 – [B 3 KR 2/02 R](#) –SozR 3-2500 § 132 a Nr. 3 S. 8). Das Gleichordnungsverhältnis entsteht durch den Vertrag nach [§ 132 a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#). Dieser Vertrag ist gemäß [§ 69 SGB V](#) dem öffentlichen Recht zuzuordnen (s. Hess in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand: Juni 2007, [§ 132 a SGB V](#) Rn. 7). Auf die vertraglichen Bestimmungen zur Leistungsabrechnung sind die Vorschriften des BGB gemäß [§ 69 Satz 3 SGB V](#) in der hier maßgeblichen bis 31.03.2007 geltenden Fassung entsprechend anzuwenden.

III. Über die wöchentlich einmal gezahlten 6,09 EUR hinaus steht der Klägerin bezüglich der nach Abschluss des Teilvergleichs noch offenen streitgegenständlichen Zeiträume im Hinblick auf die Verordnungen für die Versicherten Z. , G. und V. gegen die Beklagte kein Anspruch auf weitere Vergütung zu. Die Klägerin hat keinen Anspruch darauf, dass die darüber hinaus je Woche zusätzlich erfolgten sechs Einsätze als Richten von Medikamenten (1) oder als Verabreichen von Medikamenten (2) einzeln abgerechnet werden. Die Klägerin hat gegen die Beklagte auch keinen Anspruch aus Geschäftsführung ohne Auftrag (3) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung (4). Auch bestehen keine vertraglichen oder deliktischen Schadensersatzansprüche (5). Der von der Beklagten der Klägerin zuerkannte Anspruch trifft – nach Berücksichtigung des Teilvergleichs – der Höhe nach auch rechnerisch zu.

1. Für die Medikamentenabgabe als Richten gibt es keine vertragliche Anspruchsgrundlage, auf die die Klägerin ihr Begehren stützen könnte.

a) Rechtsgrundlage für den Zahlungsanspruch der Klägerin ist [§ 132a Abs. 2 SGB V](#), § 2 in Verbindung mit § 4 A der Vergütungsvereinbarung in Verbindung mit dem in der Vergütungsvereinbarung enthaltenen Vergütungssystem. Dort heißt es: " ... • Medikamentengabe als Richten von ärztlich verordneten Medikamenten zur Selbsteinnahme (1 x wöchentlich abrechenbar)

• Medikamentengabe als Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten, insbesondere Tabletten, Augentropfen, Einreibungen, Suppositorien sowie Tinkturen zur Grundpflege (Infektionsbehandlung) ... Vergütung Gruppe I 6,09 Euro je Einsatz Anleitung 7,61 Euro je Einsatz

Die Entgelte beinhalten die mit der Leistungserbringung zusammenhängenden Aufwendungen (Fahrzeit und PKW-Unterhaltungskosten)."

Das Richten von Medikamenten erfasst alle darauf abzielenden und durchgeführten Tätigkeiten des Leistungserbringers, die innerhalb einer Woche erbracht werden. Sie sind nur einmal wöchentlich als ein Einsatz abrechenbar.

b) Die vertragliche Vergütungsregelung schließt eine Auslegung im Sinne erweiternder Abrechnungsmöglichkeiten für die von der Klägerin erbrachten Leistungen aus.

Grundsätzlich ist zwar eine Auslegung von vertraglichen Vereinbarungen zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern gemäß [§ 69 Satz 3 SGB V](#) (in der noch bis 31.03.2007 anzuwendenden Fassung) in Verbindung mit [§§ 133, 157 BGB](#) möglich. Danach hat sich die Auslegung vertraglicher Vereinbarungen unter Berücksichtigung von Treu und Glauben mit Rücksicht auf die Verkehrssitte nach dem wirklichen Willen der Beteiligten zu richten. Die Vorgaben von [§ 70 SGB V](#) (Qualität, Humanität und Wirtschaftlichkeit der Versorgung der Versicherten) sowie insbesondere die mit der Sicherstellung der Versorgung zusammenhängenden Aufgaben und Pflichten der Beteiligten sind dabei zu beachten.

Eine Vergütungsregelung, die für die routinemäßige Abwicklung von zahlreichen Behandlungsfällen vorgesehen ist, kann ihren Zweck aber nur erfüllen, wenn sie streng nach ihrem Wortlaut angewandt wird; ergänzend kommt auch noch eine Auslegung nach dem systematischen Zusammenhang in Betracht (BSG, Urteil vom 13.12.2001 – [B 3 KR 1/01 R](#) – [SozR 3-5565 § 14 Nr. 2](#) S. 15; BSG, Urteil vom 21.02.2002 – [B 3 KR 30/01 R](#) – [SozR 3-5565 § 15 Nr. 1](#) S. 6; Hessisches LSG, Urteil vom 03.03.2005 – [L 1 KR 380/03](#) – juris Rn. 19, und

Hessisches LSG, Urteil vom 29.06.2006 – [L 1 KR 7/05](#) – juris Rn. 21). Eine teleologisch orientierte erweiternde Auslegung ist hingegen ausgeschlossen.

Der Wortlaut der streitigen Vergütungsregelung lässt keine mehrmalige Abrechnung pro Woche zu. Ihrem systematischen Zusammenhang nach spricht die Definition des Leistungstatbestandes "Medikamentengabe als Richten von ärztlich verordneten Medikamenten zur Selbsteinnahme (1 x wöchentlich abrechenbar)" auch dagegen, dass sie im Sinne des klägerischen Begehrens nur die Leistung meint, dass eine Wochenbox zu richten ist. Wäre zwischen den Beteiligten – wie die Klägerseite meint – tatsächlich nur das Richten der Wochenbox gemeint gewesen, hätte es – worauf die Beklagte zutreffend hinweist – keiner gesonderten Regelung in der Vergütungsvereinbarung bedurft. Das einmalige Befüllen der Wochenbox hätte zum Preis von 6,09 EUR nur einmal abgerechnet werden können, weil der Pflegedienst auch nur einmal wöchentlich tätig geworden wäre. Im Übrigen könnte die Klägerin, selbst wenn ihre Auslegung richtig wäre, für ihren Anspruch im Sinne des verordneten Herrichtens der Medikamente aus dieser Auslegung nichts herleiten, sondern nur dann wenn ihre Leistung als Erfüllung eines ärztlich verordneten und genehmigten Verabreichens von Medikamenten anzusehen wäre.

c) Der Ausschluss der Abrechenbarkeit weiterer Einsätze je Woche verstößt auch nicht gegen höherrangiges Recht.

aa) [§ 132 a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) lässt gerade die Vereinbarung von Einzelheiten über die Preise und deren Abrechnung zu. Dabei haben die Krankenkassen ausdrücklich darauf zu achten, dass die Leistungen wirtschaftlich und preisgünstig erbracht werden ([§ 132 a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#)). Insoweit ist es nicht erforderlich, dass alle notwendigen Einsätze vergütet werden müssen.

bb) Die Vorgaben von [§ 70 SGB V](#) sowie der Sicherstellungsauftrag der Versorgung durch die Krankenkassen werden durch die streitgegenständliche Vergütungsvereinbarung gewahrt. Die Regelung trägt insbesondere der Wirtschaftlichkeit der Versorgung Rechnung. Die Klägerin wird durch die Vergütungsvereinbarung auch nicht unangemessen benachteiligt.

Es bedarf daher hier keiner weiteren Ausführungen zu Art und Umfang einer möglichen richterlichen Inhaltskontrolle von Leistungserbringerverträgen. Hinter dem vertraglich vereinbarten Vergütungssystem steht die Überlegung, dass eigentlicher Kostenfaktor des Richtens von Medikamenten die An- und Abfahrt ist. Ein kranker Versicherter, der mehr als einmal wöchentlich eines Einsatzes zum Richten der Medikamente bedarf, dürfte auch weiterer abrechenbarer Leistungen bedürfen, die die An- und Abfahrt beinhalten, so dass es bei typisierender Betrachtung nicht notwendig ist, in der Woche jeden Einsatz zum Richten der Medikamente zu bezahlen. Für diese Sichtweise spricht auch, dass an anderer Stelle der Vergütungsvereinbarung (§ 4 Nr. 1) geregelt ist, dass bei Verordnung und Bewilligung mehrerer Einzelleistungen aus einer Leistungsgruppe, diese je Einsatz nur einmal abrechnungsfähig sein soll. Das aber bedeutet, dass nicht alle Einzelleistungen abrechnungsfähig sein sollen, auch wenn sie tatsächlich erbracht werden. Entsprechendes folgt aus § 4 Nr. 2 der Vergütungsvereinbarung. § 4 Nr. 3 der Vergütungsvereinbarung schließlich zeigt, dass zwischen den Beteiligten Einigkeit darüber bestand, dass nicht alle Kontrolltätigkeiten abrechenbar sind. Dies begegnet keinen rechtlichen Bedenken.

Soweit die Klägerin mit der ursprünglich ausgehandelten Vereinbarung nicht mehr zufrieden gewesen sein sollte, hätte es ihr offen gestanden, die Geschäftsgrundlage mit der Beklagten unter Berücksichtigung von [§§ 305, 242 BGB](#) anzupassen. Treffen die dem Wirtschaftlichkeitsgebot verpflichteten Krankenkassen ([§ 2 Abs. 4](#), [§§ 12, 132 a Abs. 2 Satz 5 SGB V](#)) mit Leistungserbringern spezielle Vereinbarungen nach [§ 132 a Abs. 2 Satz 1 SGB V](#), welche die Abrechenbarkeit von tatsächlich täglich zu erbringenden Leistungen auf einmal wöchentlich reduzieren, können die Leistungserbringer im Nachhinein keine für sie günstigere Regelung gerichtlich erzwingen.

cc) Bei der Auslegung der zitierten Vergütungsregelung sind die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von "häuslicher Krankenpflege" nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V](#) heranzuziehen (im Folgenden: die Richtlinien). Dabei ist davon auszugehen, dass die Vertragspartner den Willen haben, die untergesetzlichen Vorgaben einzuhalten und daher die Verträge richtlinienkonform auszulegen sind. Die Vergütungsvereinbarung steht nicht im Widerspruch zu den Richtlinien.

In Nr. 26 der Anlage zu den Richtlinien findet sich unter dem Oberbegriff "Medikamentengabe (außer Injektionen, Infusionen, Instillationen, Inhalationen)" eine Differenzierung zwischen "Richten von ärztlich verordneten Medikamenten, wie z.B. Tabletten, für vom Arzt bestimmte Zeiträume" einerseits und – trotz optisch scheinbar widersprechender Einrückung – "Verabreichen von ärztlich verordneten Medikamenten (z.B. Tabletten, Augen-, Ohren- und Nasentropfen, Salben, Tinkturen, Lösungen, Aerosole, Suppositorien) für vom Arzt bestimmte Zeiträume" andererseits. Die Medikamentengabe (im Sinne des Oberbegriffs) ist nur ordnungsfähig bei Patienten mit – einer so hochgradigen Einschränkung der Sehfähigkeit, dass es ihnen unmöglich ist, die Medikamente zu unterscheiden oder die Dosis festzulegen oder – einer so erheblichen Einschränkung der Grob- und Feinmotorik der oberen Extremitäten, dass sie die Medikamente nicht an den Ort ihrer Bestimmung führen können oder – einer so starken Einschränkung der körperlichen Leistungsfähigkeit, dass sie zu schwach sind, die Medikamente an den Ort ihrer Bestimmung bringen zu können (z.B. moribunde Patienten) oder – einer so starken Einschränkung der geistigen Leistungsfähigkeit und Realitätsverlust, dass die Compliance bei der medikamentösen Therapie nicht sichergestellt ist.

In den Richtlinien wird – ebenso wie in der streitgegenständlichen Vergütungsvereinbarung, deren Regelungsmöglichkeiten nur im Rahmen der Richtlinien eröffnet sind – zwischen (Her-)Richten und Verabreichen von Medikamenten unterschieden. Das Richten der Arzneimittel erfolgt nach Nr. 26 der Anlage "in der Regel" wöchentlich und umfasst auch die Kontrolle, ob die Medikamente regelmäßig eingenommen wurden. Die Richtlinien schließen mithin nicht aus, dass Medikamente mehr als nur einmal wöchentlich gerichtet werden. Insbesondere treffen sie aber keine Regelungen darüber, wie diese Einsätze zu vergüten sind.

2. Die Klägerin hat in den Fällen, in denen die Vertragsärztinnen Dipl.-Med. F1 und Dr. F2 nur die Leistung "herrichten" auf dem Verordnungsformular angekreuzt haben, auch keinen vertraglichen Anspruch auf die Zahlung von Leistungen für das Verabreichen von Medikamenten (a). Aber auch im Fall der Versicherten Z. für die Zeit vom 22.11. bis 31.12.2003, in der Dipl.-Med. F1 das Verabreichen verordnet hat, besteht kein vertraglicher Anspruch auf eine Vergütung (b).

a) Die Verordnung häuslicher Krankenpflege durch Vertragsärzte erfolgt bei medizinischer Notwendigkeit ([§§ 37, 12 Abs. 1 SGB V](#)). Die dazu nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V](#) ergangenen Richtlinien sind für die Klägerin verbindlich. Die in der vertragsärztlichen Versorgung ordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege sind dem den Richtlinien als Anlage angefügten Leistungsverzeichnis zu entnehmen (Abschnitt I Nr. 1 Satz 3 der Richtlinien). Nach Abschnitt V Nr. 24 der Richtlinien 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 [§ 132 a Abs. 2 SGB V](#), wenn die Verordnung spätestens an dem dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird (Rahmenempfehlungen nach [§ 132 a Abs. 1 SGB V](#) gibt es bislang nicht [vgl. BSG, Urteil vom 07.12.2006 – [B 3 KR 5/06 R](#) – SozR 4-2500 § 132 a Nr. 2 Rn. 25]). Die ärztliche Verordnung, die sich nach den Vorgaben der Richtlinien richten muss, erfolgt gemäß Abschnitt III Nr. 10 Satz 1 der Richtlinien auf dem vereinbarten Vordruck (Muster 12).

Diesen Vordruck haben auch Dipl.-Med. F1 und Dr. F2 verwendet. Er sieht vor:

"Behandlungspflege: &8303; Medikamentenabgabe &8303; herrichten &8303; verabreichen"

Es kann der Beklagten nicht entgegengehalten werden, bei den Vertragsärzten herrsche Unklarheit, wann in dem Muster 12 das Herrichten und wann das Verabreichen von Medikamenten anzukreuzen sei. Hat der Vertragsarzt nur das Herrichten angekreuzt, ist allein dies für die Genehmigung der Beklagten maßgeblich. Denn allein die Markierung der Ankreuzbox stellt die ärztlich Verordnung dar. Es kommt daher nicht darauf an, wie die Klägerin meint, dass in den Fällen fraglicher Compliance deshalb grundsätzlich davon auszugehen sei, der Vertragsarzt habe auch dann das Verabreichen von Medikamenten verordnen wollen, wenn er das Herrichten angekreuzt habe. Dem steht schon entgegen, dass die Medikamentengabe, wozu das Verabreichen und das Richten gehört, nach den oben zitierten Richtlinien grundsätzlich massive Einschränkungen bei den Versicherten voraussetzt, also nicht nur das Verabreichen, sondern auch und gerade das Richten der Medikamente als Leistung der häuslichen Krankenpflege erhebliche Fähigkeitsstörungen verlangt. Hier dürfte vor allem die erste Alternative (hochgradige Einschränkung der Sehfähigkeit) der Nr. 26 der Anlage zu den Richtlinien von Bedeutung sein, wohingegen die in den anderen Voraussetzungen genannten Fähigkeitsstörungen regelmäßig die Notwendigkeit des Verabreichens implizieren dürften.

Richtig ist daher, dass bei den hier streitgegenständlichen ärztlichen Verordnungen, soweit sie begründet worden sind, aufgrund der gegebenen Begründung die Annahme nicht fern liegt, dass die Vertragsärztin nicht nur das Verfügbarmachen des Medikaments, sondern auch dessen kontrollierte Einnahme sicherstellen wollte. Hierbei geht der Senat davon aus, dass nicht nur in den Fällen der (völligen) physischen Unfähigkeit zur Einnahme der Medikamente ein Verabreichen vorliegt, sondern bereits dann, wenn ohne Anwesenheit der Pflegekraft und deren Einwirken auf den Versicherten das Medikament überhaupt nicht oder nicht sinnvoll (zu wenig, zu viel, zu oft, zu selten, das falsche Medikament etc.) eingenommen würde und der Versicherte nicht mehr ausreichend in der Lage ist, sein Verhalten sinnvoll zu steuern.

Es ist jedoch, wie aus dem Zusammenspiel der Nr. 19, 20 und 24 des Abschnitts V der Richtlinien hervorgeht, nicht Aufgabe des Leistungserbringers – ausgehend von den Ankreuzoptionen und ihrem Wortlaut – auch nur vorläufig eigenständig die ärztliche Verordnung in ihr Gegenteil zu interpretieren. Bei Zweifelsfragen hat sich der Leistungserbringer an den verordnenden Arzt und an die Krankenkasse zu wenden. Nur so kann das Genehmigungsverfahren seine Funktion erfüllen. Bei einer für die Versorgung des Versicherten vom Leistungserbringer für unzureichend gehaltenen vertragsärztlichen Verordnung obliegt es dem Leistungserbringer zudem schon aus eigenem ökonomischen Interesse – hinsichtlich der Verpflichtung der Krankenkasse zur Erfüllung seiner Leistungen, aber auch hinsichtlich einer eventuellen deliktischen Haftung gegenüber dem Versicherten –, sich in Fällen fehlender Compliance mit dem behandelnden Vertragsarzt oder den Angehörigen des Versicherten ins Benehmen zu setzen und so eine Korrektur der verordneten Unterversorgung zu veranlassen. Der Leistungserbringer ist aber – abgesehen von hier nicht vorgetragenen und auch nicht ersichtlichen Notfallsachverhalten – nicht verpflichtet, das Medikament gleichwohl zu verabreichen, wenn nur ein Richten verordnet und genehmigt worden, das Verabreichen aber notwendig ist. Der Leistungserbringer darf sich nicht eigenmächtig über die ärztliche Erklärung und die daraufhin erfolgte Genehmigung der Krankenkasse hinwegsetzen.

Erst recht gilt dies sowohl im Falle eines offenen wie auch eines versteckten Dissenses zwischen verordnendem Arzt und Krankenkasse über den Inhalt der zu erbringenden Leistung bzw. bei einer in sich widersprüchlichen ärztlichen Verordnung. Folgte man der Argumentation der Klägerseite, würde das Genehmigungserfordernis der Krankenkasse in Abschnitt V Nr. 24 der Richtlinien ausgehöhlt und gegen Abschnitt III Nr. 13 Satz 1 der Richtlinien verstoßen. Lediglich Abschnitt V Nr. 24 der Richtlinien befugt den Leistungserbringer zu einer vorläufigen, insoweit aber endgültigen Leistungserbringung. Hiernach 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 am dritten der Ausstellung folgenden Arbeitstag der Krankenkasse vorgelegt wird. Ob die fristgerechte Vorlage hier in allen noch streitigen Verordnungsfällen erfolgte, kann dahingestellt bleiben. Jedenfalls waren die ärztlichen Verordnungen zumindest widersprüchlich und die Beklagte hat auch nicht das Verabreichen der Medikamente genehmigt. Abschnitt III Nr. 13 Satz 1 der Richtlinien bestimmt zudem, dass Änderungen und Ergänzungen der Verordnung der erneuten Unterschrift des Arztes mit Stempel und Datumsangabe bedürfen. Dies trifft insbesondere auch auf den Fall zu, dass die ärztliche Verordnung des Herrichtens nach ihrem Wortlaut in eine Verordnung des Verabreichens von Medikamenten abgeändert und die möglicherweise von der Erstverordnung abweichende ursprüngliche ärztliche Bewertung dadurch inhaltlich zumindest klargestellt werden soll. Die in Anlage Nr. 26 zu den Richtlinien und auch in der streitgegenständlichen Vergütungsvereinbarung vorausgesetzte Unterscheidung zwischen Richten und Verabreichen von Medikamenten würde, wenn der Leistungserbringer von sich aus durch den tatsächlichen Vollzug diese Abänderung bzw. Klarstellung vornehmen könnte, damit unzulässigerweise in das Ermessen des Leistungserbringers gestellt. Hat die Krankenkasse gegenüber dem Leistungserbringer ausdrücklich nur das Herrichten, sei es unter Wiederholung des Begriffs oder durch Bezugnahme auf die ärztliche Verordnung genehmigt, darf sich gerade bei einem eventuellen versteckten Dissens zwischen Arzt und Krankenkasse oder bei einer nach Verordnungstext und Verordnungsbegründung widersprüchlichen ärztlichen Verordnung der Leistungserbringer nicht zur Entscheidungsinstanz über den Erklärungsinhalt der ärztlichen Verordnung und den Inhalt der Genehmigung der Krankenkasse durch die tatsächliche Leistungserbringung aufschwingen.

Insoweit besteht auch kein schutzwürdiges Interesse der Klägerin, weil es dieser ohne großen Aufwand, es reichen hier schon zwei Schreiben oder zwei Anrufe (gegenüber Arzt und Krankenkasse) je Verordnung und Versicherter, um schnell eine Klärung herbeizuführen oder zumindest die Krankenkasse zu veranlassen, den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung zu beauftragen.

Es bedurfte daher keiner weiteren Ermittlungen, was Dipl.-Med. F1 und Dr. F2 unter dem Begriff des Herrichtens verstanden haben. Sofern sie nur das Richten im Sinne der Nr. 26 der Anlage zu den Richtlinien und der Leistungsgruppe I der Vergütungsvereinbarung meinten, liegt

schon keine ärztliche Verordnung über das Verabreichen vor. Sind die Vertragsärztinnen hingegen einem Inhaltsirrtum unterlegen, weil sie den Begriff des Herrichtens falsch ausgelegt haben, war die Klägerin nicht befugt, die fehlerhafte ärztliche Verordnung eigenmächtig auszulegen. Es kommt daher hier, anders als bei der durch den Teilvergleich erledigten Fallgestaltung, in denen das Verabreichen verordnet und die Genehmigung verspätet erst auf das Herrichten beschränkt worden ist, nicht darauf an, wann der Klägerin die Genehmigung der Krankenkasse über das (bloße) Herrichten zugegangen ist. Auch in der Zeit zwischen Verordnung und Zugang der Genehmigung war die Klägerin nicht berechtigt, zu Lasten der Beklagten den Versicherten Medikamente zu verabreichen.

Im Falle der Verordnung von Dr. F2 haben die Ermittlungen des Senats zudem ergeben, dass sie selbst bereits die ärztliche Verordnung für die Zeit vom 01.01. bis 31.12.2003 auf dem Formular von "verabreichen" in "herrichten" abgeändert hat (siehe dazu deren Schreiben vom 14.04.2008). Insoweit lag auch hier schon anfänglich nur eine auf das Richten der Medikamente lautende Verordnung vor, die zudem auch nicht widersprüchlich war, weil Dr. F2 auch keine weitergehende Begründung mitteilte, die dem bloßen Richten der Medikamente und den mitgeteilten Diagnosen offenkundig widersprochen hätte. Eine zerebrovaskuläre Insuffizienz bedeutet noch nicht zwingend, dass der Versicherte nicht einmal mehr in der Lage ist, vorbereitete Medikationen korrekt einzunehmen. Aber selbst wenn dem doch so wäre, bliebe es bei einem Widerspruch in der ärztlichen Verordnung, den die Klägerin eigenmächtig aufzulösen nicht befugt war.

b) Im Fall der Versicherten Z. besteht für die Zeit vom 22.11. bis 31.12.2003, in der Dipl.-Med. F1 das Verabreichen von Medikamenten verordnet hat, schon deswegen kein Anspruch auf eine Vergütung, weil ab dem 22.11.2003 der Klägerin die Versagung der Genehmigung vorgelegen hat. Unabhängig davon, ob diese Entscheidung der Beklagten im Verhältnis zur Versicherten rechtmäßig war, hatte die Klägerin leistungserbringungsrechtlich keinen Anspruch mehr, zu Lasten der Beklagten der Versicherten Medikamente zu verabreichen.

Selbst wenn das im Fall der Versicherten Z. für die Zeit vom 22.11. bis 31.12.2003 durch die Beklagte versagte Verabreichen der Medikamente als Verwaltungsakt mit belastender Drittwirkung zu konstruieren sein sollte, ergäbe sich kein für die Klägerin günstigeres Ergebnis. Denn zum einen ist sie nicht Sachwalterin der Versicherten, so dass sie sich nicht im Namen der Versicherten gegen die unzureichende Verordnung wehren kann. Zum anderen dürfte die Klägerin auch dann nicht durch tatsächliches Handeln die Beklagte vor vollendete Tatsachen stellen, sondern müsste im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes das Gericht anrufen.

3. Ein Anspruch aus öffentlich-rechtlicher Geschäftsführung ohne Auftrag im Hinblick auf die Abwendung eines konkreten Notfalls (vgl. dazu BSG, Beschluss vom 04.10.2004 – [B 3 KR 16/04 B](#) – juris), der die Gefährdung für Leib und Leben der Versicherten mit sich gebracht hätten und sogar eine Rückfrage bei der verordnenden Vertragsärztin und/oder bei der Krankenkasse ausgeschlossen hätte, besteht nicht. Für einen derartigen Sachverhalt, der nicht einmal den Weg des Abschnitts III Nr. 13 Satz 1 i.V.m. Abschnitt V Nr. 24 der Richtlinien eröffnet hätte, gibt es keine Anhaltspunkte.

4. Ein Anspruch aus ungerechtfertigter Bereicherung ist ausgeschlossen.

Einem Anspruch der Klägerin aus ungerechtfertigter Bereicherung stehen übergeordnete Gesichtspunkte des öffentlichen Rechts entgegen. Nach der Rechtsprechung des BSG zum Leistungs- und Leistungserbringerrecht der gesetzlichen Krankenversicherung haben Bestimmungen, die die Vergütung ärztlicher oder sonstiger Leistungen von der Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen abhängig machen, innerhalb dieses Systems die Funktion zu gewährleisten, dass sich die Leistungserbringung nach den für diese Art der Versorgung geltenden gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen vollzieht. Deshalb kann der Vertragsarzt, der Apotheker oder der sonstige Leistungserbringer auch bereicherungsrechtlich die Abgeltung von Leistungen, die unter Verstoß gegen derartige Vorschriften bewirkt werden, selbst dann nicht beanspruchen, wenn die Leistungen im Übrigen ordnungsgemäß erbracht worden und für den Versicherten geeignet und nützlich sind. Nur soweit bestimmte Vorschriften reine Ordnungsfunktion haben, besteht kein Grund, dem Leistungserbringer trotz der Entlastung der Krankenkasse eine Entschädigung zu versagen (so BSG, Urteil vom 24.01.2008 – [B 3 KR 17/07 R](#) – juris Rn. 29 m.w.N.).

Etwas anderes gilt für den Fall, dass es um die Vergütung von Leistungen der häuslichen Krankenpflege geht, die nach Kündigung des Rahmenvertrages und der Vergütungsvereinbarung durch die Krankenkasse erbracht werden und insoweit ein vertragloser Zustand besteht (BSG, Urteil vom 13.05.2004 – [B 3 KR 2/03 R](#) – [SozR 4-2500 § 132a Nr. 1](#) Rn. 13 ff.).

Weder liegt hier ein vertragsloser Zustand vor noch kommt Abschnitt V der Richtlinien (Genehmigung von häuslicher Krankenpflege) nur eine Ordnungsfunktion zu. Vielmehr soll die (weitere) Berechtigung der Leistungserbringung von der für den Leistungserbringer letztverbindlichen Genehmigung der Krankenkasse abhängen, die ihrerseits befugt ist, die ärztliche Verordnung vollinhaltlich zu überprüfen bzw. – soweit es um den medizinischen Sachverhalt geht – durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung überprüfen zu lassen (Abschnitt V Nr. 19, 20 der Richtlinien). Denn – wie oben bereits ausgeführt – sahen die ärztlichen Verordnungen ihrem Wortlaut nach nur das Herrichten der Medikamente vor. Das auf die Krankenkasse ausgerichtete Genehmigungsverfahren steht aber einer auch nur vorläufigen Entscheidungsbefugnis des Leistungserbringers bei widersprüchlicher ärztlicher Verordnung entgegen.

5. Vertragliche oder deliktische Schadensersatzansprüche bestehen nicht. Es war, wie oben ausgeführt, gerade die vertragliche Pflicht der Klägerin Unklarheiten der ärztlichen Verordnung zunächst abzuklären und dann tätig zu werden.

IV. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) in Verbindung mit [§ 155 Abs. 1 Satz 1 VwGO](#).

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Die Streitwertfestsetzung findet ihre Grundlage in [§ 197 a Abs. 1 Satz 1 SGG](#) i.V.m. [§ 52 Abs. 3 Gerichtskostengesetz](#).

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2008-06-17