

L 9 KR 1211/05

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
9

1. Instanz
SG Neuruppin (BRB)
Aktenzeichen
S 9 KR 35/03

Datum
07.11.2005

2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 9 KR 1211/05

Datum
02.07.2008

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 7. November 2005 aufgehoben. Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind für das gesamte Verfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Übernahme von Kosten für häusliche Krankenpflege in Gestalt von Behandlungspflege durch täglich zweimaliges Richten und Verabreichen von Medikamenten im Zeitraum 7. Juni 2002 bis 31. Dezember 2004.

Die 1909 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert und lebt in einer betreuten Wohngemeinschaft ("L e.V."). Nach Angaben ihres behandelnden Allgemeinmediziners Dr. A leidet sie unter multiplen altersbedingten Erkrankungen, darunter Senilität mit kognitiven Störungen und zeitweisem Realitätsverlust, Altersdepression, Phlebothrombose, Hypertonie und Herzrhythmusstörung.

Die Klägerin erhält Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) Elftes Buch (XI) - Soziale Pflegeversicherung (Pflegestufe II). Am 4. April 2002 schloss sie mit der Rechtsvorgängerin der Beigeladenen einen "Pflegevertrag (SGB XI)", aufgrund dessen fortlaufend Pflegeleistungen durch die Beigeladene erbracht werden.

Für die Zeiträume vom 1. bis 30. Juni 2002, 17. bis 30. September 2002, 1. November 2002 bis 28. Februar 2003 sowie 1. April 2003 bis 31. Dezember 2004 verordneten Dr. A bzw. in seiner Vertretung die Ärztinnen P und Dr. H der Klägerin häusliche Krankenpflege u.a. durch Herrichten und Verabreichen von Medikamenten zweimal täglich und siebenmal wöchentlich.

Mit 19 Bescheiden, datierend vom 7. Juni 2002 bis 6. Juli 2004, bewilligte die Beklagte die verordnete häusliche Krankenpflege für die Zeit ab 7. Juni 2002 nur in Form des einmalig wöchentlichen Richtens der Medikamente. Die Beklagte hielt die Klägerin für noch in der Lage, in einem Wochendosiererbereit gestellte Medikamente selbst einzunehmen, nachdem eine Pflegefachkraft der Beklagten im Rahmen eines Hausbesuchs bei der Klägerin am 5. Juni 2002 und in Auswertung eines Pflegegutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen Berlin-Brandenburg e.V. (MDK) vom 16. Mai 2002 ("Medikamente werden der Versicherten bereitgestellt, die Einnahme erfolgt selbständig.") zu dieser Einschätzung gelangt war. Der MDK-Gutachter Dr. M. S bestätigte diese Sichtweise in einem Gutachten nach Aktenlage vom 9. Juli 2002.

Die ärztlich verordneten Leistungen wurden von der Beigeladenen durchgehend erbracht; Rechnungen über den von der Beklagten nicht bewilligten Teil der häuslichen Krankenpflege wurden nicht erstellt, eine entsprechende Forderung ist weder erhoben noch beziffert. In ihren Widersprüchen gegen die teilweise Ablehnung der Leistungsbewilligung vertrat die Klägerin die Auffassung, aufgrund von Desorientierung und Hilflosigkeit nicht in der Lage zu sein, die verordneten Medikamente regelmäßig und vollständig einzunehmen.

Mit Widerspruchsbescheiden vom 14. Februar 2003 und vom 10. Mai 2005 wies die Beklagte die Widersprüche zurück. Die verordnete zweimal täglich durchzuführende Vorbereitung und Medikamentengabe sei medizinisch nicht indiziert, zumal auch der verordnende Arzt keine näheren Angaben zur Erforderlichkeit der Verordnung gemacht habe.

Mit ihrer Klage verfolgt die Klägerin das Begehren, Kostenerstattung für den bislang nicht bewilligten Teil der häuslichen Krankenpflege zu erhalten.

Das Sozialgericht Neuruppin hat der Klage mit Urteil vom 7. November 2005 stattgegeben, die angefochtenen Bescheide geändert und die

Beklagte verurteilt, die Klägerin von Kosten für verordnete und von der Beigeladenen erbrachte Leistungen der häuslichen Krankenpflege im streitigen Zeitraum und Umfang freizustellen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) seien erfüllt. Die Beklagte habe die Leistungsgewährung zu Unrecht abgelehnt, denn aufgrund der Senilität der Klägerin sei das zweimal tägliche Herrichten und Verabreichen der Medikamente durch die Beigeladene erforderlich. Der Klägerin seien die Kosten für die selbst beschaffte Leistung auch tatsächlich entstanden, da sie berechtigten Ansprüchen der Beigeladenen ausgesetzt sei. Dass die Bezahlung gestundet sei, sei ohne Belang. Ein Anspruch der Beigeladenen auf Bezahlung folge aus dem zwischen ihr und der Klägerin abgeschlossenen Behandlungspflegevertrag. Eine Vergütung müsse als stillschweigend vereinbart gelten; unentgeltlich sei die Leistung nicht zu erwarten gewesen. Zwar sei nicht aufklärbar, ob zwischen der Beigeladenen und der Schwiegertochter der Klägerin ein Gespräch über die Kosten der häuslichen Krankenpflege stattgefunden habe; Beweislastabwägungen sprächen aber für die Annahme, dass keine Vereinbarung über die Unentgeltlichkeit der Pflegeleistungen getroffen worden sei. Ein fingierter entgeltlicher privatrechtlicher Behandlungsvertrag nach [§ 612 BGB](#) verstoße auch nicht gegen ein gesetzliches Verbot ([§ 32 SGB I](#)).

Gegen das ihr am 10. November 2005 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 12. Dezember 2005 (Montag) Berufung eingelegt. Eine Pflegefachkraft habe festgestellt, dass die einmal wöchentlich erfolgende Bereitstellung der Medikamente in einem Wochendosierer ausreichend sei. Außerdem seien ihr durch die teilweise Ablehnung der Leistungen keine Kosten entstanden, denn zwischen ihr und der Beigeladenen bestehe kein privatrechtlicher Vertrag über die Behandlungspflege. Sie habe erwartet, dass die Behandlungspflege zu Lasten der Beklagten erfolge und könne als Versicherte nicht als Ausfallbürgin durch die Beigeladene in Anspruch genommen werden. Für sie sei auch nicht erkennbar geworden, welche Kosten auf sie zukämen. Für eine konkludente Vergütungsvereinbarung sei nichts ersichtlich.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Neuruppin vom 7. November 2005 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin hat mitgeteilt, sie halte an der Klage fest.

Die Beigeladene hat keinen Antrag gestellt. Sie hat erklärt, die Wahrnehmungs- und Leistungseinschränkung der Klägerin sei durch die senile Demenz eingetreten. Die Verwendung eines Wochendosierers sei vollkommen ausgeschlossen gewesen.

Wegen des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsvorgänge der Beklagten (zwei Bände) Bezug genommen, die, soweit wesentlich, Gegenstand der Erörterung in der mündlichen Verhandlung und der Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe:

Der Senat durfte in Abwesenheit der Klägerin und der Beigeladenen verhandeln und entscheiden, weil beide Beteiligten in der ordnungsgemäßen Ladung zum Termin auf diese Möglichkeit hingewiesen worden sind ([§§ 110 Abs. 1 Satz 2, 153 Abs. 1 SGG](#)).

Die Berufung ist zulässig. Die Klage enthält zwar keinen bezifferten Antrag, was darauf zurückzuführen ist, dass die Beigeladene bislang keine Rechnungen über gegenüber der Klägerin geltend gemachte Forderungen erstellt hat. Ausgehend von Kosten pro Einsatz in Höhe von 5,30 Euro und ca. 800 streitigen Leistungstagen ist der Beschwerdewert von 500 Euro ([§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) in der bis zum 31. März 2008 geltenden Fassung) aber eindeutig überschritten.

Die Berufung ist auch begründet, denn die angefochtene Entscheidung des Sozialgerichts Neuruppin hat der Klage zu Unrecht stattgegeben.

Bedenken hätte das Sozialgericht schon gegenüber der Zulässigkeit der Klage haben müssen, weil kein bezifferter Klageantrag gestellt wurde. Den vom Sozialgericht beschrittenen Weg des Grundurteils sieht der Senat als nicht gangbar an. 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 (Bundessozialgericht, Urteil vom 17. März 2005, [B 3 KR 35/04 R](#), zitiert nach juris). 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 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.

Der mit der Klage erhobene Anspruch auf Kostenerstattung besteht im Übrigen nicht.

Als Anspruchsgrundlage kommt allein [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch/Fünftes Buch \(SGB V\)](#) in Betracht. Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Für die Klägerin geht es nicht um die Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung im Sinne der ersten Tatbestandsvariante, sondern um eine gegebenenfalls unrechtmäßige Leistungsablehnung.

Zwar dürfte das Sozialgericht zu Recht entschieden haben, dass die Beklagte die verordnete häusliche Krankenpflege in Gestalt zweimal täglichen Richtens und Verabreichens der Medikamente nicht hätte ablehnen dürfen, denn vieles spricht für ihre medizinische Notwendigkeit. Letztlich stützt sich die ablehnende Haltung der Beklagten nur auf die gegenüber dem MDK gemachte Äußerung der Klägerin persönlich, sie könne ihre Medikamente "selbständig einnehmen". Angesichts der hausärztlichen Diagnosen (u.a. Senilität mit kognitiven Störungen und zeitweiligem Realitätsverlust sowie Altersdepression) und des sehr hohen Alters der Klägerin hält der Senat es für kaum denkbar, dass sie im streitigen Zeitraum tatsächlich in der Lage war, die in einem Wochendosierer vorhandenen Medikamente regelmäßig, zuverlässig und eigenverantwortlich einzunehmen. Es besteht auch kein durchgreifender Anlass, an der Richtigkeit der diesbezüglichen Angaben der Schwiegertochter der Klägerin und des beigeladenen Pflegedienstes zu zweifeln.

Ein Erstattungsanspruch ist aber deswegen nicht gegeben, weil der Klägerin keine durch die Leistungsablehnung der Beklagten verursachten erstattungsfähigen Kosten im Sinne von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) entstanden sind. Ein Anspruch auf Erstattung von Kosten setzt sowohl begrifflich wie nach Wortlaut und Zweck von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) voraus, dass dem Versicherten Kosten entstanden sind (vgl. hierzu und zum Folgenden Bundessozialgericht, Urteil vom 23. Juli 1998, [B 1 KR 3/97 R](#), für Honorarforderungen nach der GOÄ, zitiert nach juris, sowie Höfler in Kasseler Kommentar, RdNr. 43 zu [§ 13 SGB V](#)). 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 Abs. 3 SGB V](#) auch einen entsprechenden Freistellungsanspruch. Geht es wie hier um die Kosten für Leistungen der häuslichen Krankenpflege im Sinne von [§ 37 SGB V](#), so besteht ein Vergütungsanspruch des (hier beigeladenen) Pflegedienstes nur, wenn dem Leistungsempfänger darüber eine Abrechnung erteilt worden ist. Erst mit der Erteilung einer solchen, den geschuldeten Betrag beziffernden Rechnung wird die Vergütung fällig. Vorher trifft den Patienten keine rechtswirksame und durchsetzbare Zahlungsverpflichtung. Dass vorliegend die Klägerin keiner Zahlungsverpflichtung ausgesetzt ist, ergibt sich somit schon daraus, dass die Beigeladene ihr gegenüber keine Forderungen in Rechnung gestellt und sie auch sonst nicht in Anspruch genommen hat, eine vermeintliche Forderung vielmehr unbeziffert im Raume steht und damit auch praktisch nicht begleichbar ist; insoweit sind die oben angeführten Bedenken gegenüber der Zulässigkeit der unbezifferten Leistungsklage direkt verschränkt mit denjenigen gegenüber ihrer Begründetheit.

Unabhängig von der Frage der Rechnungslegung ist die Klägerin auch sonst keinem (privatrechtlichen) Zahlungsanspruch der Beigeladenen ausgesetzt. Ein bürgerlich-rechtlicher Vertrag, in dem die Klägerin sich verpflichtet hätte, für die Kosten der benötigten häuslichen Krankenpflege nach [§ 37 SGB V](#) gegebenenfalls selbst aufzukommen, ist mit der Beigeladenen nicht geschlossen worden. An einem schriftlichen Vertrag fehlt es insoweit unstreitig, denn der bei den Akten befindliche Pflegevertrag betrifft nur die allgemeinen Pflegeleistungen nach dem SGB XI, nicht die hier streitigen Pflegeleistungen nach dem SGB V in Form des Herrichtens und Verabreichens von Medikamenten.

Es fehlt gleichfalls an einem mündlichen Vertrag zwischen der Klägerin und der Beigeladenen, denn entsprechende (ausdrückliche) Willenserklärungen sind auch in mündlicher Form nicht abgegeben worden. Anders als vom Sozialgericht angenommen scheidet auch ein Vertragsschluss durch schlüssiges Verhalten, wie die Entgegennahme üblicherweise nur gegen Vergütung gewährter Leistungen, aus. Denn ein solches schlüssiges Verhalten ist dann nicht gegeben, wenn entweder der Leistungserbringer - die Beigeladene - erkennbar davon ausgeht, es solle eine Versorgung des Versicherten zu Lasten einer gesetzlichen Krankenkasse erfolgen (vgl. hierzu und zum Folgenden Bundessozialgericht, Urteil vom 9. Oktober 2001, [B 1 KR 6/01 R](#) sowie Urteil des Senats vom 15. November 2006, [L 9 KR 82/03](#), zitiert jeweils nach juris) oder der Leistungsempfänger - die Klägerin - der Auffassung sein durfte, die Leistungen würden gegebenenfalls auch zu Lasten der gesetzlichen Pflegeversicherung erbracht. So verhält es sich im vorliegenden Fall. Sowohl die Klägerin als auch die Beigeladene gingen davon aus, die beklagte AOK Brandenburg werde die Leistung erbringen (sei es als Träger der Kranken-, sei es als der der Pflegeversicherung) und die Beigeladene werde die Vergütung direkt von ihr erhalten. Dies folgt insbesondere daraus, dass die Beigeladene stets meinte, die häusliche Krankenpflege der Klägerin sei im Umfange der ärztlichen Verordnung tatsächlich notwendig und müsse dementsprechend auch von der Beklagten vergütet werden. Hieran ändert nichts, dass die pflegebedürftige Klägerin selbst in den Streit mit der Beklagten über den Umfang der zu erbringenden häuslichen Krankenpflege getreten ist, denn zu klären war auch hier nur, welchen Umfang der Vergütungsanspruch der Beigeladenen gegenüber der Beklagten besitzt. Dementsprechend hat die Beigeladene im Erörterungstermin vor dem Sozialgericht am 11. November 2004 erklärt, in "Vorleistung" getreten zu sein, bis der vorliegende Rechtsstreit abgeschlossen ist. Sie habe nämlich den Angehörigen erklärt, die Kosten privat bezahlen zu müssen oder mit Widerspruch und Klage gegen die teilweise Leistungsablehnung vorzugehen.

Bei der gegebenen Sachlage schuldete die Klägerin der Beigeladenen auch keine Vergütung aus Geschäftsführung ohne Auftrag. Denn die Beigeladene führte hier nicht ein Geschäft der Klägerin, sondern handelte auf der Grundlage einer eigenen vertraglichen Beziehung zu der Beklagten und erbrachte die Pflegeleistung für diese; die Klägerin wiederum wollte eine öffentlich-rechtliche Sachleistung von der Beklagten - die Pflegeleistung - und nicht eine privatrechtliche Leistung von der Beigeladenen erhalten. In einer solchen Situation entspricht eine privatrechtlich begründete Pflege mit der Verpflichtung, die entstehenden Kosten selbst zu zahlen, weder dem wirklichen oder mutmaßlichen Willen des Versicherten noch dessen Interesse.

Ein Bereicherungsanspruch scheitert daran, dass zwischen der Klägerin und der Beigeladenen in Bezug auf die in Rede stehenden Pflegeleistungen kein Leistungsverhältnis bestand. In einem Mehrpersonenverhältnis ist Leistender derjenige, der aus der Sicht eines verständigen Empfängers die Leistung gewährt. Das war hier die Beklagte, denn sie schuldete gegebenenfalls der Klägerin die von den verordnenden Ärzten für erforderlich gehaltene häusliche Krankenpflege als Sachleistung. In derartigen Fällen vollzieht sich ein etwaiger Bereicherungsausgleich nicht zwischen Pflegedienst und Versichertem, sondern zwischen Pflegedienst und gesetzlicher Krankenkasse.

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

2008-08-05