

L 11 KR 2825/15 NZB

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Heilbronn (BWB)

Aktenzeichen

S 12 KR 2850/13

Datum

28.05.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 2825/15 NZB

Datum

23.07.2015

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Beschwerde des Klägers gegen die Nichtzulassung der Berufung im Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 28.05.2015 wird zurückgewiesen.

Kosten des Beschwerdeverfahrens sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Im Verfahren vor dem Sozialgericht Heilbronn (SG) begehrte der Kläger Kostenerstattung für selbstbeschaffte Leistungen der Sozialstation K. im Zeitraum vom 19.09.2011 bis 31.10.2011 in Höhe von 733,14 EUR.

Der am 23.09.1940 geborene Kläger war im streitigen Zeitraum bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Eine Pflegestufe besteht nicht.

Nach einem stationären Aufenthalt vom 14.09.2011 bis 19.09.2011 im D.-Klinikum S. mit operativer Behandlung im Bereich der rechten Schulter nahm der Kläger im Folgezeitraum vom 19.09.2011 bis 31.10.2011 die Hilfe der kirchlichen Sozialstation K. bei der zur Nachbehandlung erforderlichen Lagerung des rechten Armes im Armabduktionskissen bis zum Abschluss der 4. Woche Tag und Nacht sowie bis zum Abschluss der 6. Woche nachts und zur Hilfe beim An- und Auskleiden sowie zum Einsetzen seines auf der linken Seite erforderlichen Glasauges in Anspruch.

Unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung vom 20.03.2012 sowie der Rechnungen der kirchlichen Sozialstation beantragte der Kläger nach Inanspruchnahme der Leistungen die Übernahme der Kosten durch die Beklagte. Dies wurde mit Bescheid vom 21.03.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 15.07.2013 abgelehnt. Die medizinischen Voraussetzungen für häusliche Krankenpflege seien nicht erfüllt gewesen; es sei keine Behandlungspflege erfolgt. Zudem seien die Leistungen ohne vorherige Genehmigung der Krankenkasse in Anspruch genommen worden, so dass bereits deshalb eine Leistungsverpflichtung ausscheide.

Die hiergegen am 14.08.2013 zum Sozialgericht Heilbronn (SG) erhobene Klage hat der Kläger damit begründet, es handle sich bei den durch den Sozialdienst erbrachten Tätigkeiten um erforderliche, verrichtungsbezogene, krankheitsspezifische Pflegemaßnahmen, die speziell auf seinen Gesundheitszustand ausgerichtet gewesen seien und dazu beigetragen hätten, seine postoperativen Beschwerden zu lindern. Sie seien Teil eines Therapiekonzeptes, das der Sicherung des ärztlichen Behandlungserfolgs der Grunderkrankung diene. Die Beklagte sei durch den Sozialdienstmitarbeiter der D.-Klinik, Herrn M., bereits während des stationären Aufenthalts telefonisch über den ambulanten Pflegebedarf und den Gesundheitszustand des Klägers in Kenntnis gesetzt worden. Mit dem Pflegedienst sei vereinbart worden, dass dieser sich direkt an die Beklagte bzgl. der Kostenübernahme wende. Erst nach der vollständigen Erbringung der ambulanten Pflegeleistung sei dem Kläger seitens des Pflegedienstes mitgeteilt worden, dass eine Kostenübernahme durch die Beklagte nicht erfolge.

Im Rahmen eines am 18.05.2015 mit den Beteiligten durchgeführten Termins zur Erörterung des Sachverhalts hat der Kläger erklärt, zum Zeitpunkt der Kontaktaufnahme zur Beklagten durch Herrn M. sei noch nicht geklärt gewesen, ob eine Anschlussheilbehandlung durchgeführt werde. Man sei dann so verblieben, dass abgewartet werden solle, bis dies geklärt sei.

Das SG hat den Mitarbeiter des Sozialdienstes des D.-Klinikums S., Herrn M., sowie die Mitarbeiter der kirchlichen Sozialstation K. schriftlich

als Zeugen gehört. Der Zeuge M. hat hierbei angegeben, er könne sich nicht mehr an den Vorgang erinnern und die archivierten Unterlagen des Vorganges seien bereits vernichtet.

Die Geschäftsführerin der kirchlichen Sozialstation K. hat mitgeteilt, mit der Beklagten sei kein Kontakt aufgenommen worden, da es sich aus Sicht des Pflegedienstes um keine Leistungen der Behandlungspflege gehandelt habe und man deshalb auch nicht von einer Kostenbeteiligung der Krankenkasse ausgegangen sei. Von den Mitarbeitern sei das Glasauge eingesetzt worden und beim An- und Ablegen der Schulterabduktionsschiene sowie beim An- und Auskleiden geholfen worden.

Mit Urteil vom 28.05.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten seien rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er habe gegen die Beklagte keinen Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die im Zeitraum vom 19.09.2011 bis 31.10.2011 durch die kirchliche Sozialstation K. erbrachten Leistungen. Der Kläger habe die Leistungen der kirchlichen Sozialstation K. ohne vorherige Abstimmung mit der Beklagten in Anspruch genommen und erst im Nachhinein die von ihm bereits bezahlten Rechnungen zur Erstattung eingereicht.

Rechtsgrundlage des klägerischen Begehrens sei [§ 13 Abs 3 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Bei den vorliegend durch den Kläger in Anspruch genommenen Leistungen der kirchlichen Sozialstation K. habe es sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung (Notfall) gehandelt. Die durch den behandelnden Arzt empfohlene Versorgung nach Entlassung aus der stationären Behandlung sei absehbar gewesen, so dass die Gewährung als Sachleistung durch die Beklagte hätte rechtzeitig sichergestellt werden können.

Dem Kläger seien die Kosten für die selbstbeschaffte Leistung auch nicht durch die ablehnende Entscheidung der Beklagten entstanden. Ein Anspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V](#) sei daher ausgeschlossen, da die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr habe beeinflussen können. Der Kläger habe sich unabhängig vom Verhalten der Beklagten endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt. Er sei aber vor der Inanspruchnahme der Leistung gehalten gewesen, sich zunächst an seine Krankenkasse zu wenden, die Leistungsgewährung zu beantragen und die Entscheidung der Krankenkasse darüber abzuwarten (BSG 22.03.2005, [B 1 KR 3/04 R](#)).

Das Ergebnis der Beweisaufnahme habe den Vortrag des Klägers, über den Mitarbeiter des Sozialdienstes des Krankenhauses, Herrn M., sei bereits während des stationären Aufenthalts mit der Beklagten Kontakt aufgenommen worden, nicht bestätigt. Der Zeuge M. habe dem SG gegenüber mitgeteilt, sich an den Vorgang nicht mehr zu erinnern. Doch selbst unter Zugrundelegung des klägerischen Vortrags sei vorliegend nicht von einer rechtzeitigen Antragstellung des Klägers bei der Beklagten auszugehen. Der Kläger habe hierzu nämlich weiter ausgeführt, er habe zu diesem Zeitpunkt noch gar nicht gewusst, ob eine Anschlussheilbehandlung durchgeführt werde. Man sei dann mit der Beklagten so verblieben, dass hierzu zunächst die Entscheidung des Arztes abgewartet werden sollte. Damit habe der Kläger zu diesem Zeitpunkt noch keinen Kostenübernahmeantrag bei der Beklagten stellen wollen. Nach dem eigenen Vorbringen des Klägers seien die Beteiligten davon ausgegangen, dass zunächst die medizinische Entscheidung über die notwendige Nachbehandlung abgewartet werden sollte. Eine weitere Kontaktaufnahme des Klägers bei der Beklagten zeitlich nachdem der behandelnde Arzt diesem mitgeteilt hatte, dass keine Anschlussheilbehandlung erforderlich sei und zeitlich vor der Inanspruchnahme der Leistungen durch die kirchliche Sozialstation K. habe nicht stattgefunden.

Das SG hat die Berufung nicht zugelassen.

Gegen das seinen Prozessbevollmächtigten am 05.06.2015 gegen Empfangsbekenntnis zugestellte Urteil des SG hat der Kläger am 03.07.2015 Nichtzulassungsbeschwerde beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Die Rechtssache habe grundsätzliche Bedeutung. Klärungsbedürftig sei die Rechtsfrage, ob ein Versicherter, der sich nicht in einer Notlage befinde und der ohne vorherige Zustimmung bzw. Genehmigung der GKV Leistungen der ambulanten Pflege in Anspruch nehme, diese erstattet bekomme, weil er auf die Leistungen tatsächlich aufgrund seiner gesundheitlichen Lage angewiesen sei. Dieser Fall sei in [§ 13 Abs 3 SGB V](#) nicht geregelt und habe über den Einzelfall hinaus Bedeutung, da sei einen größeren Personenkreis betreffe bzw. den Personenkreis, bei dem die Menschen grundsätzlich eine Pflege benötigen.

Die Beklagte ist dem Antrag entgegengetreten. Zulassungsgründe lägen nicht vor. Das Urteil des SG sei weder formal- noch materiell-rechtlich zu beanstanden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

II.

Die Nichtzulassungsbeschwerde ist zwar statthaft, fristgemäß und auch sonst zulässig, in der Sache jedoch ohne Erfolg, sie ist unbegründet. Die Berufung ist nicht zuzulassen.

Zutreffend ist das SG davon ausgegangen, dass die Berufung der Zulassung bedarf ([§ 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Maßgeblich ist das klägerische Begehren, wie es sich insbesondere aus dem Klagantrag ergibt und hiervon ausgehend, was das SG der Klägerin versagt hat und weswegen sie die Abänderung des erstinstanzlichen Urteils anstrebt (vgl. BSG 04.07.2011, [B 14 AS 30/11 B](#), juris Rn 4; Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage 2014, § 144 Rn 14).

Gemäß [§ 144 Abs 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ist die Berufung zuzulassen, wenn (1.) die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat, (2.) das Urteil von einer Entscheidung des Landessozialgerichts, des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder (3.) ein der Beurteilung des Berufungsgerichts unterliegender Verfahrensmangel geltend gemacht wird und vorliegt, auf dem die Entscheidung beruhen kann.

Von diesen Vorgaben ausgehend liegen Gründe für die Zulassung der Berufung nicht vor.

Die Rechtssache hat keine grundsätzliche Bedeutung iSd [§ 144 Abs 2 Nr 1 SGG](#). Dies ist nur der Fall, wenn eine Streitsache eine bisher nicht geklärte Rechtsfrage aufwirft, deren Klärung im allgemeinen Interesse liegt, um die Rechtseinheit zu erhalten und die Weiterentwicklung des Rechts zu fördern (Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 11. Auflage 2014, § 144 Rn 28).

Eine solche Rechtsfrage hat der Kläger nicht dargetan. Die von ihm formulierte Frage, ob ein Versicherter, der "Leistungen der ambulanten Pflege in Anspruch nehmen, diese erstattet bekomme, weil er auf die Leistungen tatsächlich aufgrund seiner gesundheitlichen Lage angewiesen sei" lässt schon nicht erkennen, ob Leistungen der häuslichen Krankenpflege ([§ 37 SGB V](#)), Haushaltshilfe ([§ 38 SGB V](#)) oder – vom Wortlaut seiner Formulierung zwar naheliegend, aber mangels Pflegestufe ausscheidend – häusliche Pflegehilfe iS des [§ 36 Abs 1 Satz 1](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) gemeint sind.

Die von ihm weiter sinngemäß formulierte Frage nach den Voraussetzungen der Erstattung selbstbeschaffter Leistungen gegenüber der GKV ist nicht klärungsbedürftig.

Klärungsbedürftig ist eine Rechtsfrage dann nicht, wenn sie bereits höchstrichterlich entschieden ist oder durch Auslegung des Gesetzes eindeutig beantwortet werden kann (BSG, 11.03.2009, [B 6 KA 31/08 B](#), juris mwN). Dies ist vorliegend der Fall.

Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung sind im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten (so bereits BSG 15.04.1997, [1 BK 31/96](#), [NZS 1997, 569](#)). Die vom SG zu recht herangezogene Vorschrift des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ist sowohl in Fällen der selbstbeschafften Haushaltshilfe ([§ 38 SGB V](#)), wie auch im Falle selbstbeschaffter Leistungen der häuslichen Krankenpflege anzuwenden – unabhängig von der Frage, ob die Voraussetzungen der [§§ 37, 38 SGB V](#) vorliegend überhaupt gegeben sind – und gibt die Beurteilungsmaßstäbe für die Beantwortung der Frage, unter welchen Voraussetzungen selbstbeschaffte Leistungen zu erstatten sind, vor (vgl BSG 16.07.2014, [B 3 KR 2/13 R](#), SozR 4-2500 § 37 Nr 12; 17.06.2010, [B 3 KR 7/09 R](#), [BSGE 106, 173](#), SozR 4-2500 § 37 Nr 11; Senatsurteile vom 17.12.2013, [L 11 KR 4070/11](#), Sozialrecht aktuell 2014, 69, juris Rn 30 mwN [häusliche Krankenpflege]; 01.03.2011, [L 11 KR 1694/10](#) juris Rn 24 mwN [Haushaltshilfe]).

Darüber hinaus liegt auch eine Divergenz iSd [§ 144 Abs 2 Nr 2 SGG](#) nicht vor. Eine solche Divergenz ist anzunehmen, wenn tragfähige abstrakte Rechtssätze, die einer Entscheidung des SG zugrunde liegen, mit denjenigen eines der in [§ 144 Abs 2 Nr 2 SGG](#) genannten Gerichte nicht übereinstimmen. Das SG muss seiner Entscheidung also einen eigenen Rechtssatz zugrunde gelegt haben, der mit der Rechtsprechung jener Gerichte nicht übereinstimmt (vgl hierzu Leitherer, aaO, § 160 Rn 13 mwN). Einen Rechtssatz in diesem Sinn hat das SG in seinem Urteil vom 28.05.2015 nicht aufgestellt, so dass eine Divergenz nicht in Betracht kommt. Zu Recht hat das SG auf die Rechtsprechung des BSG zu [§ 13 Abs 3 SGB V](#) Bezug genommen und darauf hingewiesen, dass im Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung – abgesehen von Notfällen – nur zu erstatten sind, wenn er die Leistung vor der Beschaffung bei der Krankenkasse beantragt und diese die Gewährung zu Unrecht abgelehnt hatte (vgl etwa BSG 20.05.2003, [B 1 KR 9/03 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 1](#) mwN).

Auch ein wesentlicher Mangel des gerichtlichen Verfahrens im Sinne des dritten Zulassungsgrundes ([§ 144 Abs 2 Nr 3 SGG](#)) ist nicht ersichtlich. Die Beweiswürdigung des SG lässt Verfahrensfehler nicht erkennen ([§ 128 SGG](#)) und wird vom Kläger auch nicht gerügt.

Die Beschwerde war daher zurückzuweisen. Mit der Zurückweisung der Beschwerde wird das Urteil des SG rechtskräftig ([§ 145 Abs 4 Satz 4 SGG](#)).

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Dieser Beschluss ist nicht anfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-07-29