

L 16 KR 58/15

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 9 KR 321/13
Datum
12.11.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 58/15
Datum
24.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 1/17 B
Datum
13.07.2017
Kategorie
Urteil
Bemerkung
NZB als unzulässig verworfen
Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 12.11.2014 wird zurückgewiesen. Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Erstattung sowie die weitere Übernahme der Kosten für Maniküre und Pediküre.

Der 1973 geborene Kläger ist schwerbehindert und bezieht eine Erwerbsminderungsrente. Er leidet unter einer schubförmig verlaufenden Enzephalitis, die zu einer Störung der Augenbewegung geführt hat. Der Grad der Behinderung beträgt 100. Des Weiteren sind bei ihm die Merkzeichen G und B anerkannt.

Mit einer E-Mail vom 31.01.2013 teilte der Kläger der Beklagten mit, bei seiner Neurologin gewesen zu sein und ihr erklärt zu haben, dass ihm durch seine Behinderung das Schneiden der Fuß- und Fingernägel nicht mehr möglich sei. Die Ärztin werde ihm eine Verordnung hierfür ausstellen, habe ihn aber gebeten nachzufragen, wie und auf welchem Formular diese erfolgen solle.

Mit E-Mail vom selben Tag antwortete die Beklagte, dass er anscheinend eine Podologin benötige und hierfür eine Verordnung über Heilmittel notwendig sei.

Daraufhin reichte der Kläger mit Schreiben vom 15.02.2013 eine Heilmittelverordnung (Verordnungsmenge 10) über Maniküre und Pediküre, ausgestellt am 13.02.2013 von der Neurologin und Psychiaterin I sowie eine Quittung der Heilpraktiker-Praxis "S", E, für am 14.02.2013 erfolgte Maniküre und Pediküre über 27,00 EUR zur Erstattung ein.

Den Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 19.02.2013 ab. Die vom Kläger in Anspruch genommene Maniküre und Pediküre sei keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Heilpraktiker-Praxis "S" sei kein Vertragspartner der Beklagten. Eine Erstattung von Behandlungskosten durch Heilpraktiker sei nicht möglich.

Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und verwies auf die E-Mail vom 31.01.2013. Er reichte weitere Quittungen über jeweils 27,00 EUR vom 26.02.2013, 14.03.2013 und 11.04.2013 zu den Akten.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 08.04.2013 zurück. In ihrer E-Mail vom 31.01.2013 sei keine Übernahme der Kosten für Fußpflege zugesagt, sondern lediglich ausgeführt worden, dass für die Inanspruchnahme von Heilmitteln stets eine ärztliche Verordnung erforderlich sei, die jedoch unter Beachtung der Heilmittelrichtlinien ausgestellt werden müsse. Hier hätte keine Heilmittelverordnung ausgestellt werden dürfen, da die Maniküre nicht verordnungsfähig sei und die Pediküre nur unter Einschränkungen durchgeführt werden dürfe, die in seinem Fall nicht gegeben seien. Hand- und Fußpflege als Teil der "Behandlungspflege" könne vom Pflegedienst durchgeführt werden, soweit Leistungen der Pflegeversicherung bezogen würden. Es werde empfohlen, einen Antrag auf Pflegeleistungen zu stellen.

Dagegen hat der Kläger am 19.04.2013 Klage beim Sozialgericht Köln erhoben, mit der er die Erstattung der Kosten der durchgeführten Maniküre und Pediküre und zukünftiger Behandlungen begehrt hat. Er habe auf die Zusage der Beklagten vertraut und die Pediküre und

Maniküre von einer Fachkraft gegen Entgelt durchführen lassen. Diese habe er erstmals am 14.02.2013 in der Praxis "S", E, durchführen lassen und seitdem alle zwei Wochen.

Der Kläger hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19.02.2013 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.04.2013 zu verurteilen, ihm die Kosten der seit 14.02.2013 14-tägig durchgeführten Maniküre und Pediküre in Höhe von jeweils 27,00 EUR zu erstatten und die Kosten der künftigen Maniküre- und Pediküre-Behandlungen zu übernehmen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat weiterhin die Auffassung vertreten, dass eine Zusage der Kostenübernahme für podologische Leistungen nicht erfolgt sei. In besagter E-Mail sei dem Kläger lediglich allgemein mitgeteilt worden, dass ein Podologe nur in Anspruch genommen werden könne, wenn eine entsprechende Heilmittelverordnung ausgestellt werde. Eine konkrete Kostenzusage sei damit nicht verbunden. Eine Verordnung dürfe vom Vertragsarzt nur dann erfolgen, wenn die Voraussetzungen für ein Heilmittel nach den Heilmittelrichtlinien auch erfüllt seien, wobei die jeweilige Prüfung dann dem behandelnden Arzt obliege. Fußpflege sei bei der vorliegenden Indikation nicht und Maniküre grundsätzlich nicht verordnungsfähig, so dass eine Verordnung nicht hätte ausgestellt werden dürfen. Im Übrigen seien Heilmittel auch nicht erstattungsfähig, sondern würden im Wege der Sachleistung erbracht.

Das Sozialgericht hat einen Behandlungs- und Befundbericht von der Neurologin und Psychiaterin I eingeholt. In ihrem Bericht vom 05.12.2013 hat die Ärztin ausgeführt, dass die Voraussetzungen der Heilmittelrichtlinien hinsichtlich einer Verordnungsbarkeit von podologischen Behandlungen nicht gegeben seien.

Mit Urteil vom 12.11.2014 hat das SG die Klage abgewiesen. Zu Recht habe die Beklagte die Erstattung der Kosten der durchgeführten Maniküre und Pediküre und auch die zukünftige Übernahme dieser Kosten abgelehnt. Die Voraussetzungen der Heilmittel-Richtlinien zur Kostenübernahme einer podologischen Therapie lägen nicht vor. Danach seien Maßnahmen zur podologischen Therapie verordnungsfähige Heilmittel, wenn sie der Behandlung krankhafter Veränderungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom) dienten. Eine entsprechende Erkrankung sei bei dem Kläger nicht gegeben. Die Kosten einer Maniküre seien als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung unter keinem rechtlichen Gesichtspunkt übernahmefähig. Eine Zusicherung zur Kostenübernahme sei in der E-Mail der Beklagten vom 31.01.2013 nicht zu sehen.

Gegen das ihm am 08.01.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 30.01.2015 Berufung eingelegt. Er habe bei der Beklagten nachgefragt, welche Voraussetzungen für eine Verordnung zum Schneiden der Nägel gegeben sein müssten. Mit der Antwort der Beklagten sei er dann zu seiner Neurologin gegangen, die das Formular dementsprechend ausgefüllt habe. In der Folgezeit habe er keine Erstattung bekommen und seiner Neurologin sei unterstellt worden, sie hätte die Verordnung nicht ausstellen dürfen. Dies sei eine grobe Unverschämtheit. Er lasse auch weiterhin Maniküre und Pediküre durchführen, weil er dazu selbst nicht in der Lage sei. Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gesellschaft habe er nirgendwo anders beantragt und habe dies auch nicht vor. Die Beklagte sei leistungs- und wortpflichtig.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 12.11.2014 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.04.2013 zu verurteilen, ihm die Kosten der seit 14.02.2013 14-tägig durchgeführten Maniküre und Pediküre in Höhe von jeweils 27,00 EUR zu erstatten und die Kosten der künftigen Maniküre- und Pediküre- Behandlungen zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten sowie der beigezogenen Streitakten S 19 KR 97/06, S 9 KR 145/10, S 9 KR 1536/10 und S 29 KR 1035/11 des Sozialgerichts Köln.

Entscheidungsgründe:

Der Senat kann ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, weil sich die Beteiligten mit dieser Verfahrensweise einverstanden erklärt haben ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG](#)).

Die zulässige Berufung des Klägers ist unbegründet. Das Sozialgericht hat zu Recht einen Anspruch des Klägers auf Erstattung der Kosten der seit 14.02.2013 14-tägig durchgeführten Maniküre und Pediküre in Höhe von jeweils 27,00 EUR sowie der Übernahme der Kosten der künftigen Maniküre und Pediküre verneint. Der Kläger ist durch den angefochtenen Bescheid vom 19.02.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.04.2013 nicht beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Dem Kläger steht weder ein Kostenerstattungsanspruch noch ein Sachleistungsanspruch bezüglich künftiger Maniküre- und Pediküre-Behandlungen zu.

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) liegen nicht vor. Nach dieser Vorschrift sind, wenn die Krankenkasse eine

unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu ersetzen, soweit die Leistung notwendig war. Diese Voraussetzungen liegen bei der streitigen Behandlung nicht vor.

Die Maniküre ist als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verordnungsfähig.

Die Voraussetzungen für eine Verordnung von Pediküre sind nicht gegeben. Versicherte haben gemäß [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern, wobei die Krankenbehandlung u.a. ärztliche Behandlung (Nr. 1) und die Versorgung mit Heilmitteln (Nr. 3) umfasst. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)).

In Erfüllung dieser Vorschrift beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss zur Sicherung der ärztlichen Versorgung gemäß [§ 92 Abs. 1 SGB V](#) Richtlinien über die Gewähr für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten, somit auch über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinien). Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1](#) dieser Heilmittel-Richtlinien sind Maßnahmen der Podologischen Therapie verordnungsfähige Heilmittel, wenn sie zur Behandlung krankhafter Schädigungen am Fuß infolge Diabetes mellitus (diabetisches Fußsyndrom) dienen. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2](#) der Richtlinien zählen hierzu Schädigungen der Haut und der Zehennägel bei nachweisbaren Gefühls- und/oder Durchblutungsstörungen der Füße (Makro-, Mikroangiopathie, Neuropathie, Angioneuropathie). Nach [§ 27 Abs. 3 Satz 1](#) der Richtlinien ist die Verordnung der Podologischen Therapie beim diabetischen Fußsyndrom nur zulässig bei vorliegender Neuro- und/oder Angiopathie ohne Hautdefekt (Wanger-Stadium 0, d.h. ohne Hautulkus). Die Behandlung von Hautdefekten und Entzündungen (Wagner-Stadium 1 bis Wagner-Stadium 5) sowie von eingewachsenen Zehennägeln ist ärztliche Leistung (Satz 2).

Die Voraussetzungen einer Kostenübernahme der streitgegenständlichen Fußpflege sind nach den Heilmittel-Richtlinien nicht gegeben. Der Kläger leidet nicht an einem diabetischen Fußsyndrom. Zudem liegt auch keine podologische Therapie vor. Bei der Fußpflege des Klägers handelt es sich um eine kosmetische, nicht um eine medizinische Fußpflege. Eine Krankenbehandlung liegt nicht vor. Die Fußpflege des Klägers ist der Körperpflege zuzuordnen, weil sie nicht in erster Linie zum Zwecke der Gesundheitsförderung und Gesunderhaltung durchgeführt wird (vgl. BSG, Urteil vom 16.11.1999 - [B 1 KR 9/97 R](#), Rn. 26 juris). Die Beseitigung (Heilung) konkreter Krankheitserscheinungen an den Füßen ist nicht Streitgegenstand. Eine heilende oder mildernde Wirkung der Fußpflege auf die Enzephalitis des Klägers ist nicht gegeben und wird vom Kläger auch nicht behauptet. Das beanspruchte Heilmittel besteht darin, dass die Nägel verletzungsfrei geschnitten werden. Dies ergibt sich aus dem Befundbericht der behandelnde Neurologin und Psychiaterin I vom 05.12.2013. Danach ist es dem Kläger infolge seiner Sehstörung mit Doppelbildern nicht möglich, Verrichtungen wie die Pflege seiner Zehennägel und Füße ohne fremde Hilfe durch-zuführen. Der pflegerische Bedarf ist damit auf das schlichte Kürzen der Zehennägel beschränkt. Dementsprechend muss die Fußpflege auch nicht qualifiziertem medizinischem Personal (Podologe/Podologin) vorbehalten bleiben. Daher kann dahinstehen, ob die Heilmittel-Richtlinien ansonsten eine ausreichende Versorgung gewährleisten.

Die Voraussetzungen einer Zusicherung gemäß [§ 34 Abs. 1 SGB X](#) liegen, wie das Sozialgericht zutreffend ausgeführt hat, ebenfalls nicht vor. Der Kläger durfte die E-Mail der Beklagten vom 31.01.2013 nicht als Zusicherung ansehen. Die Zusicherung einer Kostenübernahme der streitigen Behandlungen ist der besagten E-Mail nicht zu entnehmen. In der E-Mail ist dem Kläger lediglich allgemein mitgeteilt worden, dass für eine benötigte Podologie eine entsprechende Heilmittelverordnung notwendig sei. Dies war auch eine zutreffende Auskunft, weil der Anspruch auf die Versorgung mit Heilmitteln eine vertragsärztliche Verordnung gemäß [§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#) voraussetzt. Ob das Heilmittel verordnet werden darf, hat jedoch der Arzt zu prüfen. Der Arzt muss bei der Leistungsvermittlung neben den gesetzlichen Voraussetzungen für die Verordnung der jeweiligen Leistungen eine Vielzahl untergesetzlicher und vertraglicher Regelungen beachten, die sein Ordnungsverhalten reglementieren, u.a. die Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses nach [§ 92 SGB V](#) (Legde in LPK-SGB V, 5. Auflage 2016, [§ 73 Rn. 12](#)). Die Neurologin und Psychiaterin I hat selbst bestätigt, dass die Voraussetzungen für eine Verordnung podologischer Behandlung im Fall des Klägers nicht vorliegen.

Soweit der Kläger im Vertrauen auf die gleichwohl ausgestellte Verordnung dieser Ärztin entsprechende Leistungen in Anspruch genommen hat, folgt hieraus kein Kostenerstattungsanspruch gegen die Beklagte. Mit der vertragsärztlichen Verordnung ist der Versicherte berechtigt von zugelassenen Heilmittelerbringern ([§ 124 SGB V](#)) die verordnete Leistung in Anspruch zu nehmen. Daran fehlt es hier schon, weil der Kläger nicht durch einen zugelassenen Heilmittelerbringer, sondern seitens einer Naturheilpraxis, die nicht Vertragspartnerin der Beklagten ist, die "Behandlung" hat vornehmen lassen. Dagegen ist der zugelassene Leistungserbringer verpflichtet, die Verordnung auf ihre Zulässigkeit hinsichtlich der Erbringung einer geeigneten, wirtschaftlichen und erforderlichen Maßnahme zu überprüfen (BSG, Urteil vom 27.10.2009 - [B 1 KR 4/09 R](#), Rn. 31 juris). Unterlässt er dies, erwächst ihm weder ein Kostenerstattungsanspruch gegenüber der Krankenkasse noch verschafft er dem Versicherten einen solchen. Konnte er dagegen der Verordnung nicht entnehmen, dass diese nicht ordnungsgemäß durch die Vertragsärztin ausgestellt worden war, steht ihm ein Vergütungsanspruch gegen die Krankenkasse zu, ohne dass dieser ein Regressanspruch gegen den Versicherten erwächst, sondern ein solcher lediglich gegen die Vertragsärztin begründet werden kann. Sollte die behandelnde Ärztin insoweit eine fehlerhafte Erwartungshaltung bei dem Kläger hervorgerufen haben, folgt hieraus keine Bindung der Krankenkasse, so dass sich dieser zu Unrecht auf Vertrauensschutzgesichtspunkte beruft.

Aus vorstehenden Gründen folgt auch, dass dem Kläger kein zukünftiger Leistungsanspruch auf die begehrte Maniküre und Pediküre zusteht, zumal die Zahl (10) der ärztlich verordneten Anwendungen ohnehin verbraucht ist, so dass es auch an weiteren erforderlichen vertragsärztlichen Verordnungen fehlt.

Ob dem Kläger ein Anspruch auf die begehrte Leistung als Hilfe zur Pflege gemäß [§ 61 Abs. 2 SGB XII](#) zustehen könnte, wogegen allerdings schon die Zahl der benötigten Anwendungen sprechen könnte (vergleiche [§ 61 Abs. 5 SGB XII](#)), braucht der Senat nicht zu prüfen. Der Kläger hat ausdrücklich die Inanspruchnahme dritter Leistungsträger abgelehnt, zumal es sich insoweit um eine einkommens- und vermögensabhängige Leistung handelt ([§ 19 Abs. 3 SGB XII](#)). Insoweit kann daher auch dahinstehen, inwieweit die Beklagte als erstangegangener (stellvertretender) Leistungsträger gemäß [§ 14 SGB IX](#) im vorliegenden Verfahren überhaupt zuständig sein könnte, wogegen die Aufzählung der Teilhabeleistungen in [§ 4 SGB IX](#) spricht.

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

Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-08-17