

L 1 KR 50/06

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

Sächsisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Leipzig (FSS)

Aktenzeichen

S 8 KR 239/03

Datum

30.03.2006

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

L 1 KR 50/06

Datum

08.07.2009

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zur Abgrenzung der Leistungspflicht von Krankenkasse und stationärer Pflegeeinrichtung bei der Versorgung einer hochgradig dementen, inkontinenten Versicherten mit Inkontinenzhilfen.

2. Der Träger einer stationären Pflegeeinrichtung ist - außerhalb von Notfällen - nicht berechtigt, pflegebedürftige Versicherte mit Inkontinenzmaterial zum Behinderungsausgleich oder zur Behandlungspflege zu versorgen, weil er nach Maßgabe des [§ 126 Abs. 1 SGB V](#) in der Fassung des GRG in seiner Funktion als Erbringer stationärer Pflegeleistungen kein zugelassener Leistungserbringer im Hilfsmittelbereich ist. Ein gleichwohl zwischen dem Träger der stationären Pflegeeinrichtung und dem Versicherten zustande gekommener Vertrag ist nach [§ 32 SGB I](#) nichtig, wenn der Versicherte nicht über den fehlenden Zulassungstatus und die sich daraus ergebenden Rechtsfolgen aufgeklärt worden ist.

I. Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Leipzig vom 30. März 2006 wird zurückgewiesen.

II. Der Kläger trägt die Kosten des Berufungsverfahrens.

III. Die Revision wird nicht zugelassen. IV. Der Streitwert wird für das Berufungsverfahren auf 1.106,50 EUR festgesetzt.

Tatbestand:

Streitig ist die Freistellung von den Kosten für Inkontinenzhilfen.

Die 1943 geborene und im Januar 2005 verstorbene Ehefrau des Klägers, die bei der beklagten Krankenkasse versichert war, (im Folgenden: Versicherte) litt unter schwerer Demenz vom Alzheimer-Typ und kompletter Stuhl- und Harninkontinenz. Sie war seit Mai 2002 in dem zu 2 beigeladenen Pflegeheim untergebracht und bezog seit Oktober 2002 vollstationäre Pflegeleistungen der Pflegestufe III. Am 03.03.2003 verordnete ihr die Internistin Dr. W1 Inkontinenzhilfen zur Teilnahme am gesellschaftlichen Leben als Dauerversorgung. Nach einem Kostenvoranschlag der M. GmbH sollten dafür 41,41 EUR monatlich aufzubringen sein. Die Beklagte zog das Pflegegutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 22.01.2003 bei und lehnte mit Bescheid vom 25.03.2003 die Übernahme der Kosten für Inkontinenzmaterial ab, weil dieses ausschließlich der Erleichterung der Pflege diene. Mit Schreiben vom 01.04.2003 beantragte die Betreuerin der Versicherten nochmals die Kostenübernahme; das Inkontinenzmaterial werde nicht zur Erleichterung der Pflege, sondern zur Teilnahme am täglichen Leben im Wohnbereich benötigt. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des MDK vom 15.04.2003 ein und lehnte mit Bescheid vom 30.04.2003 erneut die Kostenübernahme unter Verweis auf die Zuständigkeit des Pflegeheims ab. Mit ihrem hiergegen gerichteten Widerspruch machte die Versicherte geltend, sie nehme fast täglich am Leben in der Gemeinschaft teil und sei somit auf die Versorgung mit Inkontinenzmaterial angewiesen. Die Internistin Dr. W1 betonte in einem Attest vom 20.05.2003, bei dem verordneten Inkontinenzmaterial handele es sich keineswegs lediglich um eine Pflegeerleichterung für das Personal. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des MDK vom 14.07.2003 ein. Außerdem lag ihr ein weiteres Attest der Internistin Dr. W1 vom 09.08.2003 vor. Mit Widerspruchsbescheid vom 28.11.2003 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Bei den beantragten Inkontinenzartikeln handele es sich weder um individuell angepasste Hilfsmittel noch dienten sie der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb des Pflegeheims. Der Versicherten sei aufgrund ihres Gesundheitszustandes eine aktive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nicht mehr möglich. Die Versorgung mit Inkontinenzartikeln diene ausschließlich der Pflegeerleichterung.

Die Versicherte hat am 23.12.2003 beim Sozialgericht Leipzig (SG) Klage erhoben. Nach ihrem Tod im Januar 2005 hat ihr Ehemann als Erbe die Klage weiterverfolgt. Die Versicherte habe trotz zunehmender Demenz an allen gesellschaftlichen Veranstaltungen des Pflegeheims aktiv teilgenommen. Auch dienten Inkontinenzmittel nicht vorrangig der Pflegeerleichterung, sondern vorrangig dazu, die sozial

stigmatisierenden und dadurch die Vereinsamung fördernden Folgen einer Inkontinenz aufzufangen. Allein für ausschließlich bettlägerige Heimbewohner ließe sich ein Vorrang der Pflegeerleichterung vertreten. Die Beklagte hat erwidert, nach dem Pflegegutachten des MDK vom 22.01.2003 sei von einem absoluten Pflegefall auszugehen, bei dem von einer aktiven Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nicht die Rede sein könne.

Mit Gerichtsbescheid vom 30.03.2006 hat das SG die Klage abgewiesen. Grundsätzlich könnten Versicherte Inkontinenzhilfen als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen, wenn sie aufgrund ihrer Krankheit oder Behinderung die Fähigkeit zur selbständigen Harn- und Stuhlentleerung verloren hätten. Doch ende die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung mit Hilfsmitteln dort, wo bei vollstationärer Pflege die Pflicht des Heimträgers auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetze. Jedenfalls die zur Durchführung der üblichen Maßnahmen der Grundpflege erforderliche Ausstattung habe ein Pflegeheim vorzuhalten. Hierzu gehörten, weil die Grundpflege auch die Hilfe bei der Darm- und Blasenentleerung umfasse, auch die dafür erforderlichen Inkontinenzartikel. Es werde nicht verkannt, dass mit Inkontinenzartikeln ein gewisser Behinderungsausgleich verbunden sei, weil dadurch ermöglicht werde, mit anderen Heimbewohnern, soweit geistig (noch) möglich, sozial zusammen zu sein. Dennoch überwiege hier der Aspekt der Pflege, weil die Versicherte ohne Inkontinenzversorgung mit ihren Stuhl- und Urinausscheidungen unmittelbar Kleidung und Bettwäsche bzw. Matratze und gegebenenfalls Möbel verschmutzt hätte. Dies hätte der Verpflichtung des Heimträgers widersprochen, die Versicherten human und unter Achtung der Menschenwürde zu versorgen. Demgegenüber spiele der soziale Aspekt der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben nur eine nachrangige Rolle. Denn der Versicherten sei eine Selbstbestimmung und aktive Teilhabe aufgrund der eingetretenen geistigen Störungen nicht mehr möglich gewesen. Sie habe ausweislich des Pflegegutachtens des MDK vom 22.01.2003 an völliger Verwirrt- und Desorientiertheit gelitten. Es sei bereits damals keine Kommunikation mehr möglich gewesen. Sie habe im Stuhl fixiert werden müssen und unkontrollierte Schreie ausgestoßen. Auch die behandelnde Ärztin Dr. W1 habe am 03.03.2003 festgestellt, dass die Versicherte bereits hochgradig dement gewesen sei. Die Versicherte sei bereits zu diesem Zeitpunkt nicht mehr in der Lage gewesen, eigene Bedürfnisse zu äußern oder Wege und Aufenthaltsorte selbst zu bestimmen. Es habe damit ausschließlich von der Bestimmung des Pflegepersonals abgehungen, ob und in welchem zeitlichen Umfang sie mit anderen Menschen zusammengebracht worden sei. Daher habe die mit der Inkontinenzversorgung verbundene Pflegeerleichterung gegenüber dem Grundbedürfnis nach Kontakt zu Mitmenschen überwogen. Ein Anspruch gegen die zu 1 beigelegene Pflegekasse scheitere schon daran, dass diese nur für die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln im häuslichen, nicht aber im stationären Bereich zuständig sei.

Hiergegen richtet sich der Kläger mit seiner am 18.05.2006 eingelegten Berufung. Das zu 2 beigelegene Pflegeheim hat Rechnungen vom 03.01.2005 und 13.09.2005 über die Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfen in der Zeit von August 2003 bis Januar 2005 zum Preis von 1.106,50 EUR vorgelegt; diese Rechnungen sind noch nicht beglichen.

Der Kläger bringt vor, es sei zwar richtig, dass das Pflegeheim im Rahmen der Grundpflege dem Bewohner bei der Darm- und Blasenentleerung behilflich sein müsse. Bei angemessener Pflege komme es jedoch auch ohne Inkontinenzartikel kaum zu Verschmutzungen, weil die Bewohner regelmäßig zur Toilette geführt würden. Die Versorgung mit Inkontinenzartikel diene vorrangig dem Interesse des Bewohners, sich ohne Sorge um soziale Stigmatisierung durch die Folgen seiner Inkontinenz am sozialen Leben beteiligen zu können, da bei Veranstaltungen oder sozialen Kontakten außerhalb seines Zimmers ein regelmäßiger Gang zur Toilette nicht garantiert werden könne. Das Bedürfnis nach sozialen Kontakten und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben könne auch nicht für demente Heimbewohner verneint werden. Hinzu komme, dass die ärztliche Verschreibung des Inkontinenzmaterials der Begegnung von Dekubitus und ähnlichen Gefahren gedient habe.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Leipzig vom 30. März 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihrer Bescheide vom 25. März 2003 und vom 30. April 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. November 2003 zu verurteilen, den Kläger von den mit Rechnungen vom 03. Januar 2005 und 13. September 2005 von dem zu 2. beigelegenen Pflegeheim geltend gemachten Kosten für Inkontinenzmaterial in Höhe von 1.106,50 EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Aufgrund der eindeutigen MDK-Gutachten seien die Voraussetzungen für eine Versorgung mit Inkontinenzmaterial zu ihren Lasten nicht erfüllt. Für die Bereitstellung der Inkontinenzartikel sei das beigelegene Pflegeheim zuständig.

Die zu 1 beigelegene Pflegekasse hat sich nicht geäußert.

Das zu 2 beigelegene Pflegeheim schließt sich den Ausführungen des Klägers an. Auch demente Heimbewohner hätten einen Anspruch auf Lebensqualität und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben. Gegen den Kläger sei noch keine Forderung erhoben worden, da nach wie vor von einer Leistungspflicht der beklagten Krankenkasse ausgegangen werde.

Dem Senat haben die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten beider Rechtszüge vorgelegen. Hierauf und auf die in der Gerichtsakte enthaltenen Schriftsätze der Beteiligten sowie den übrigen Akteninhalt wird zur Ergänzung des Tatbestandes Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist unbegründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen.

Der Kläger hat weder gegen die beklagte Krankenkasse noch gegen die zu 1 beigelegene Pflegekasse einen Anspruch auf Freistellung von den Kosten, die das zu 2 beigelegene Pflegeheim für die Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfen in der Zeit von August 2003 bis Januar 2005 in Rechnung gestellt hat.

1. Ein Freistellungsanspruch scheidet nicht bereits nach [§ 59](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) aus. Zwar handelt es sich bei ihm nicht unmittelbar um einen Geldleistungsanspruch, sondern um einen Anspruch auf Befreiung von einer Zahlungsverpflichtung, der in der Weise zu erfüllen ist, dass die Beklagte die noch offenen Rechnungen des zu 2 beigelegenen Pflegeheims als Lieferanten von Inkontinenzhilfen

unmittelbar bezahlt. Der Anspruch steht aber den Geldleistungsansprüchen so nahe, dass er hinsichtlich der Vererblichkeit eine Gleichbehandlung rechtfertigt (BSG, Urteil vom 24.09.2002 - [B 3 KR 15/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 33 Nr. 47](#) S. 261).

2. Als Grundlage eines Freistellungsanspruchs gegen die Beklagte kommt nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) bzw. [§ 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V i.V.m. § 15 Abs. 1 Satz 4](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) in Betracht. Nach diesen Vorschriften sind dem Versicherten die Kosten zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst beschafft hat. Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist demnach nur gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind (vgl. zum Ganzen: Hauck in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [§ 13 SGB V](#) Rn. 233 ff., Stand: 01.03.2008): - Bestehen eines Naturalleistungsanspruchs des Versicherten, - dessen rechtswidrige Nichterfüllung durch Ablehnung oder Vorenthaltung der Naturalleistung trotz Unaufschiebbarkeit, - Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch den Versicherten, - Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsvorenthaltung bzw. -ablehnung und Selbstbeschaffung, - Notwendigkeit der selbst beschafften Leistung und - rechtlich wirksame Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung. Ist eine Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung noch nicht eingetreten, kann nur ein Freistellungsanspruch in Betracht kommen (siehe nur Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 18.07.2006 - [B 1 KR 24/05 R](#) - [BSGE 97, 6](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 9](#), jeweils Rn. 22), für den im Übrigen die gleichen Voraussetzungen gelten wie für einen Kostenerstattungsanspruch (Hauck in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [§ 13 SGB V](#) Rn. 276).

Ein Freistellungsanspruch scheitert bereits daran, dass die Versicherte keinen Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit Inkontinenzhilfen gegenüber der beklagten Krankenkasse hatte (a). Darüber hinaus ist der Kläger aus der Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfen keiner rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt (b).

a) Nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte gegen ihre Krankenkasse Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) durch Rechtsverordnung ausgeschlossen sind. Versicherte, die unter Darm- und/oder Blaseninkontinenz leiden, können daher zum Behinderungsausgleich grundsätzlich Inkontinenzhilfen als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen (vgl. BSG, Urteil vom 15.11.2007 - [B 3 A 1/07 R](#) - [BSGE 99, 197](#) = [SozR 4-2500 § 33 Nr. 16](#), jeweils Rn. [22]).

Dieser Anspruch besteht grundsätzlich unabhängig davon, ob der Versicherte in einer eigenen Wohnung oder in einem Pflegeheim lebt. Dieser Grundsatz erfährt jedoch bei der vollstationären Pflege in einem Pflegeheim ([§ 71 Abs. 2](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch [SGB XI]) eine Einschränkung: Die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln endet nach der Konzeption des SGB V und des SGB XI dort, wo bei vollstationärer Pflege die Pflicht des Heimträgers auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt (BSG, Urteil vom 10.02.2000 - [B 3 KR 26/99 R](#) - [BSGE 85, 287](#), 291 = [SozR 3-2500 § 33 Nr. 37](#)). Bei vollstationärer Pflege hat der Träger des Heimes für die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel zu sorgen, weil er verpflichtet ist, die Pflegebedürftigen ausreichend und angemessen zu pflegen und sozial zu betreuen. Die Heime müssen das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten. Die Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtung hängt entscheidend vom jeweiligen Versorgungsauftrag und von der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ab und lässt sich nicht allgemein für Pflegeheime jeder Art beschreiben. Soweit der Versorgungsvertrag, den die Pflegekassen mit dem Heimträger abschließen, nichts Ausdrückliches zur Heimausstattung vorschreibt, ist lediglich die zur Durchführung von üblichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderliche Ausstattung vorzuhalten, weil sich dies aus dem Wesen jeder Pflegeeinrichtung ohne Weiteres ergibt. Was im Einzelnen dazu gehört und wie die Abgrenzung zu den von den Krankenkassen zu leistenden Hilfsmitteln in diesen Bereichen vorzunehmen ist, kann nur jeweils für konkrete Gegenstände entschieden werden (BSG, Urteil vom 06.06.2002 - [B 3 KR 67/01 R](#) - [BSGE 89, 271](#), 275 f. = [SozR 3-2500 § 33 Nr. 43](#)). Auch solche Gegenstände sind der Heimausstattung zuzurechnen, bei denen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen ist, ganz überwiegend aber die Pflege im Vordergrund steht (BSG, Urteil vom 28.05.2003 - [B 3 KR 30/02 R](#) - [SozR 4-2500 § 33 Nr. 4](#) Rn. 7; Urteil vom 24.09.2002 - [B 3 KR 15/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 33 Nr. 47](#) S. 263). Bei der Beurteilung der Frage, ob die Pflege im Vordergrund steht, kommt es – jedenfalls für die Zeit bis zum Inkrafttreten des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes vom 26.03.2007 ([BGBl. I S. 378](#)) und der damit erfolgten Einfügung eines neuen Satzes 2 in [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) – darauf an, ob eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft noch möglich ist und eine Rehabilitation damit noch stattfindet (BSG, Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 5/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 33 Nr. 5](#) Rn. 10). Entscheidend hierfür ist, ob dem Versicherten eine verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal noch möglich ist oder ob er wegen des Fehlens eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten gleichsam zum "Objekt der Pflege" geworden ist. Im letztgenannten Fall ist eine Rehabilitation mangels Erfolgsaussichten nicht mehr möglich, der Ist-Zustand der Behinderung nicht mehr behebbar (BSG, Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 5/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 33 Nr. 5](#) Rn. 12).

Im vorliegenden Fall stand bei der Versicherten ganz überwiegend die Pflege im Vordergrund. Eine aktive Beteiligung am Gemeinschaftsleben (zu diesem Kriterium BSG, Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 5/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 33 Nr. 5](#) Rn. 13) war ihr aufgrund ihres Gesundheitszustandes nicht mehr möglich. Dies ergibt sich aus dem Pflegegutachten des MDK vom 22.01.2003 und wird von der behandelnden Internistin Dr. W1 in ihren Attesten vom 03.03.2003, 20.05.2003 und 09.08.2003 bestätigt. Nach dem Pflegegutachten vom 22.01.2003 war die Versicherte vollständig desorientiert, litt unter einem völligen Verlust des Antriebs, war zu keinerlei sinnvollen Handlungen mehr in der Lage, besaß kein Sprachvermögen und Sprachverständnis mehr und war nicht mehr zur Kommunikation in der Lage. Am Heimleben nahm sie passiv in Form von Sitzen im offenen Bereich teil. Auch die Internistin Dr. W1 berichtete in ihrem Attest vom 03.03.2003 von einer hochgradigen Demenz, hielt aber eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben für möglich. Aus ihren Attesten vom 20.05.2003 und 09.08.2003 geht hervor, dass die Versicherte zu adäquaten Reaktionen nicht mehr in der Lage war; Dr. W1 meinte jedoch, in Gesamtverhalten und Mimik der Versicherten sei bei Teilnahme am Gemeinschaftsleben eine deutliche freudvolle Veränderung zu verzeichnen. Eine aktive Beteiligung am Gemeinschaftsleben war der Versicherten demnach jedenfalls seit Januar 2003 nicht mehr möglich. Sie saß vielmehr nur passiv im offenen Bereich des Pflegeheims mit anderen zusammen. Ein eigenständiges und bewusstes Gestalten dieses Zusammenseins war für sie aufgrund der Behinderung ausgeschlossen. Zwar war sie in der Lage, gewisse, wenn auch sehr eingeschränkte Reaktionen zu zeigen; das bedeutet aber nur ein passives Reagieren, nicht ein Agieren. Dass das zu 2 beigelegene Pflegeheim der Versicherten das Sitzen im offenen Bereich ermöglicht hat, entspricht der Vorschrift des [§ 28 Abs. 4 Satz 1 SGB XI](#), wonach die Pflege auch die Aktivierung der Pflegebedürftigen zum Ziel haben soll, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen. Dies führt aber nicht dazu, dass die Pflege nicht den Schwerpunkt bildet (vgl. BSG, Urteil vom 22.07.2004 - [B 3 KR 5/03 R](#) - [SozR 4-2500 § 33 Nr. 5](#) Rn. 13).

Nicht zu folgen ist dem Kläger darin, dass ein Pflegeheim seine Pflicht zur Erbringung grundpflegerischer Leistungen im Bereich der Darm- und Blasenentleerung ([§ 14 Abs. 4 Nr. 1 SGB XI](#)) damit vollständig erfüllt, dass sein Pflegepersonal den Pflegebedürftigen regelmäßig zur Toilette begleitet bzw. führt. Vielmehr gehört auch das erforderliche Wechseln von Inkontinenzhilfen zur Grundpflege. Soweit der Kläger behauptet, bei mit Inkontinenzhilfen versorgten Pflegebedürftigen fiele das Begleiten bzw. Führen zur Toilette nicht weg, so dass keine Pflegeerleichterung erkennbar sei, verkennt er, dass – worauf der Senat bereits in seinem vom SG zitierten Urteil vom 14.11.2003 (L 1 KR 69/01) hingewiesen hat – bei inkontinenten Versicherten der andernfalls erforderliche Wäschewechsel und damit die Hilfe beim An- und Auskleiden ([§ 14 Abs. 4 Nr. 3 SGB XI](#)) entfällt.

Ein Anspruch auf Hilfsmittelversorgung gegen die beklagte Krankenkasse ergibt sich schließlich auch nicht unter dem Aspekt der Dekubitus-Behandlung. Hilfsmittel, die zur Durchführung von Behandlungspflege erforderlich sind, fallen grundsätzlich in die Leistungspflicht der Krankenkasse und sind nicht vom Pflegeheim vorzuhalten (BSG, Urteil vom 06.06.2002 - [B 3 KR 67/01 R](#) - [BSGE 89, 271](#), 276 = [SozR 3-2500 § 33 Nr. 43](#)). Soweit allerdings Hilfsmittel unter pflegerischen Gesichtspunkten allein zur Dekubitus-Prophylaxe eingesetzt werden, steht der Aspekt der Pflege ganz im Vordergrund, obgleich sie auch in diesem Zusammenhang in bestimmtem Umfang dem Behinderungsausgleich dienen, eben weil sie eine krankheits- oder behinderungsbedingt eingeschränkte Fähigkeit zum Körperlagewechsel kompensieren sollen. Die Leistungspflicht der Krankenkasse kann in derartigen Fällen nicht durch den mit Einführung des SGB IX neu in den [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) aufgenommenen weiteren Zweck der Hilfsmittelversorgung begründet werden, einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Werden Hilfsmittel dagegen im Zuge eines ärztlichen Behandlungskonzepts zur Behandlung von oder zur Nachsorge nach akuten Dekubitalgeschwüren eingesetzt, so steht der Aspekt der Behandlungspflege im Vordergrund und begründet deshalb die Leistungspflicht der Krankenkasse (BSG, Urteil vom 24.09.2002 - [B 3 KR 15/02 R](#) - [SozR 3-2500 § 33 Nr. 47](#) S. 264 f.). Im vorliegenden Fall kann lediglich von Dekubitus-Prophylaxe gesprochen werden. In den Pflegegutachten des MDK ist von Dekubitalgeschwüren keine Rede. Dr. W1 hat in ihrem Attest vom 03.03.2003 einen direkten Zusammenhang mit der Behandlung von Dekubitus oder Dermatitis verneint und lediglich einen drohenden Eintritt von Dekubitus oder Dermatitis bejaht. Angesichts dessen kann nicht davon die Rede sein, dass der Gesichtspunkt der Behandlungspflege im Vordergrund gestanden hätte.

b) Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) bzw. [§ 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) i.V.m. [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) – und dementsprechend auch der Freistellungsanspruch – setzt voraus, dass dem Leistungserbringer gegen den Versicherten, der sich die Leistung selbst verschafft hat, ein rechtswirksamer Vergütungsanspruch aus der Leistungserbringung erwachsen ist (BSG, Urteil vom 27.03.2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 116b Nr. 1](#) Rn. 18 m.w.N. – anders, aber nicht die Entscheidung tragend: BSG, Urteil vom 03.08.2006 - [B 3 KR 24/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr. 10](#) Rn. 20; vgl. dazu BSG, Urteil vom 07.11.2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - [BSGE 97, 190](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#), jeweils Rn. 36). Dies ist hier nicht der Fall. Der Kläger ist gegenüber dem zu 2 beigeordneten Pflegeheim keiner rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt.

Es ist bereits fraglich, ob über die Versorgung mit Inkontinenzhilfen überhaupt eine wirksame Vereinbarung zwischen der Versicherten und dem zu 2 beigeordneten Pflegeheim zustande gekommen ist. Der vom zu 2 beigeordneten Pflegeheim vorgelegte Heimvertrag vom 01.12.2002 gibt keine Grundlage für eine Zahlungsverpflichtung. Insbesondere handelt es sich bei der Zurverfügungstellung von Inkontinenzmitteln nicht um eine Zusatzleistung im Sinne von [§ 10](#) des Heimvertrags. Denn nach [§ 10](#) des Heimvertrags können als Zusatzleistung besondere Komfortleistungen bei Unterkunft und Verpflegung sowie zusätzliche pflegerisch-betreuende Leistungen gesondert gegen Entgelt vereinbart werden (Satz 1); hinzu kommt, dass eine derartige Vereinbarung schriftlich zu schließen ist (Satz 2). Die vorgelegten Rechnungen des zu 2 beigeordneten Pflegeheims beziehen sich auf keine Vereinbarung mit der Versicherten, sondern auf deren tatsächliche Versorgung mit Inkontinenzmaterial, das verauslagt worden sei.

Selbst wenn zugunsten des Klägers unterstellt wird, dass durch die von ihm behauptete mündliche Absprache zwischen der Betreuerin der Versicherten und dem zu 2 beigeordneten Pflegeheim eine wirksame Vereinbarung über die Versorgung mit Inkontinenzhilfen zustande gekommen ist, ist der Kläger keiner rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung ausgesetzt. Insoweit stellt sich mit Blick auf den seit fünf bis sieben Jahren gewährten Zahlungsaufschub die Frage, ob der Kläger die Vergütungsforderung nur noch unter der stillschweigenden Bedingung zu erfüllen hat, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse festgestellt wird (vgl. BSG, Urteil vom 13.07.2004 - [B 1 KR 11/04 R](#) - [BSGE 93, 94](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 4](#), jeweils Rn. 17), was bejahendenfalls zum Ausschluss des Freistellungsanspruchs führt (vgl. BSG, Urteil vom 28.03.2000 - [B 1 KR 21/99 R](#) - [BSGE 86, 66](#), 75 ff. = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 21](#)). Hierfür spricht die Erklärung des zu 2 beigeordneten Pflegeheimes, dass es gegen den Kläger noch keine Forderung erhoben habe, da es nach wie vor der Meinung sei, dass das Inkontinenzmaterial von der beklagten Krankenkasse zu bezahlen sei. Dies kann aber offenbleiben.

Denn selbst wenn zwischen der Versicherten und dem zu 2 beigeordnete Pflegeheim die entgeltliche Versorgung mit Inkontinenzhilfen vereinbart worden sein sollte, konnte eine krankensicherungsrechtlich relevante Zahlungsverpflichtung nicht begründet werden, weil das zu 2 beigeordnete Pflegeheim kein zugelassener Leistungserbringer im Sinne des [§ 126 Abs. 1 SGB V](#) in der hier noch maßgeblichen Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes vom 20.12.1988 ([BGBl. I S. 2477](#)) ist. Nach [§ 126 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dürfen Hilfsmittel nur von zugelassenen Leistungserbringern abgegeben werden, wobei nach [§ 126 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zuzulassen ist, wer eine ausreichende, zweckmäßige, funktionsgerechte und wirtschaftliche Herstellung, Abgabe und Anpassung der Hilfsmittel gewährleistet und die für die Versorgung der Versicherten geltenden Vereinbarungen anerkennt. Die von [§ 126 Abs. 1 SGB V](#) geforderte Zulassung ist die Zulassung zur Hilfsmittelversorgung. Über diese Zulassung verfügt das zu 2 beigeordnete Pflegeheim nicht – insbesondere nicht aufgrund seiner Zulassung als stationäre Pflegeeinrichtung nach [§ 72 SGB XI](#). Eine Vereinbarung, mit einem nicht zugelassenen Leistungserbringer ist wegen Verstoßes gegen das Verbot nachteiliger Vereinbarungen aus [§ 32 SGB I](#) (dazu näher BSG, Urteil vom 03.08.2006 - [B 3 KR 24/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr. 10](#) Rn. 21) nichtig, wenn der Leistungserbringer den Versicherten nicht über das Fehlen seines oder die Unsicherheit über seinen Zulassungsstatus aufgeklärt hat (BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr. 15](#) Rn. 16). Verpflichtungen gegenüber einem anderen als dem krankensicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer lösen keinen Kostenerstattungsanspruch und dementsprechend auch keinen Freistellungsanspruch aus, weil sonst die krankensicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden könnte (BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr. 15](#) Rn. 15; Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - [BSGE 96, 161](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#), jeweils Rn. 20; Urteil vom 28.03.2000 - [B 1 KR 21/99 R](#) - [BSGE 86, 66](#), 69 = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 21](#)).

Ebenfalls ausgeschlossen ist ein bereicherungsrechtlicher Anspruch. Denn auch für ihn gilt, dass andernfalls die Bestimmungen des Krankensicherungsrechts über die Erfüllung bestimmter formaler oder inhaltlicher Voraussetzungen der Leistungserbringung durch den

Anspruch auf Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden könnten (BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr. 15](#) Rn. 15).

Ebenso wenig ist krankenversicherungsrechtlich ein möglicher Aufwendungsersatzanspruch des zu 2 beigeladenen Pflegeheims auf auftragsrechtlicher Grundlage ([§ 670](#) Bürgerliches Gesetzbuch) beachtlich. Denn nach den eigenen Angaben des Klägers hat das Pflegeheim die Inkontinenzhilfen nicht für die Versicherte bei einem zugelassenen Hilfsmittellieferant besorgt. Vielmehr stammten die Inkontinenzhilfen aus dem "Notvorrat" des Pflegeheims, d.h. aus den Beständen, die das Pflegeheim regulär für Notfälle vorhielt. Sie wurden demnach nicht eigens für die Versicherte beschafft. Dass dies nicht der Fall war, wird auch dadurch bestätigt, dass der sich aus den Rechnungen des zu 2 beigeladenen Pflegeheims (für die Zeit von August 2003 bis Januar 2005 über insgesamt 1.106,50 EUR) ergebende Monatsbetrag von 61,47 EUR den Kostenvoranschlag der M. GmbH über 41,41 EUR monatlich deutlich übersteigt. Damit ist die Beigeladene zu 2 im Ergebnis doch wie ein (nicht zugelassener) Hilfsmittellieferant aufgetreten. Ob sie bei einem "echten" Notfall bei einer nach Tagen zu bemessenden Hilfsmittelversorgung, z. B. bei einem unvorhergesehenen Lieferengpass des zugelassenen Hilfsmittellieferanten, einen Anspruch unmittelbar gegen die Beklagte aus Geschäftsführung ohne Auftrag oder zumindest gegen die Versicherte nach Auftragsrecht gehabt hätte, die sich ihrerseits wegen der Notsituation nicht auf einen zugelassenen Hilfsmittellieferanten hätte verweisen lassen müssen, kann hier dahingestellt bleiben. Erstens bietet der Sachverhalt dafür keinen Anhaltspunkt und zweitens hatte die Versicherte aus den unter 2.a.) genannten Gründen ohnehin keinen Sachleistungsanspruch.

3. Ein Freistellungsanspruch gegen die zu 1 beigeladene Pflegekasse scheitert bereits daran, dass diese nach [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) nur im häuslichen Bereich, nicht aber im stationären Bereich für die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln zuständig ist.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 197a Abs. 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) i.V.m. [§ 154 Abs. 2](#) Verwaltungsgerichtsordnung. Da der Kläger den Rechtsstreit nach dem Tod der Versicherten als deren Erbe (bzw. Gesamtrechtsnachfolger) weiter geführt hat, gehört er im Berufungsrechtszug nicht zu dem nach [§ 183 SGG](#) privilegierten Personenkreis (vgl. [§ 183 Satz 2 SGG](#)). Maßgeblich ist allein, dass der Kläger als Erbe und nicht als Sonderrechtsnachfolger in den Rechtsstreit eingetreten ist (vgl. BSG, Urteil vom 26.09.2006 - [B 1 KR 1/06 R](#) - [BSGE 97, 112](#) = [SozR 4-2500 § 31 Nr. 5](#), jeweils 32). Darüber hinaus ist eine Sonderrechtsnachfolge nach [§ 56 SGB V](#) bei Kostenerstattungsansprüchen nicht möglich, da es bei ihnen am Merkmal der "laufenden" Geldleistung ([§ 56 Satz 1 Halbs. 1 SGB I](#)) mangelt, selbst wenn ein solcher Aufwendungsersatz sich aus mehreren Einzelsprüchen zusammensetzt, die aus der wiederholten Nichterfüllung eines Sachleistungsanspruchs resultieren (BSG, Urteil vom 03.08.2006 - [B 3 KR 24/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 13 Nr. 10](#) Rn. 15). Hinzu kommt dass der Kläger beim Tod der in einem Pflegeheim untergebrachten Versicherten nicht mit dieser in einem gemeinsamen Haushalt gelebt hat und von dieser aller Wahrscheinlichkeit nach auch nicht wesentlich unterhalten worden sein dürfte ([§ 56 Satz 1 Halbs. 2 SGB I](#)).

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

Die Streitwertfestsetzung ergibt sich aus [§ 52 Abs. 3](#) Gerichtskostengesetz. Rechtsmittelbelehrung und Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

I. Rechtsmittelbelehrung

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem beim Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils schriftlich beim Bundessozialgericht Hausanschrift: Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel, Postanschrift: 34114 Kassel einzulegen. Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Als Prozessbevollmächtigte sind zugelassen

1. Rechtsanwälte, 2. Rechtslehrer an einer deutschen Hochschule im Sinne des Hochschulrahmengesetzes mit Befähigung zum Richteramt, 3. selbständige Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial- oder berufspolitischer Zwecksetzung für ihre Mitglieder, 4. berufsständische Vereinigungen der Landwirtschaft für ihre Mitglieder, 5. Gewerkschaften und Vereinigungen von Arbeitgebern sowie Zusammenschlüsse solcher Verbände für ihre Mitglieder oder für andere Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder, 6. Vereinigungen, deren satzungsgemäße Aufgaben die gemeinschaftliche Interessenvertretung, die Beratung und Vertretung der Leistungsempfänger nach dem sozialen Entschädigungsrecht oder der behinderten Menschen wesentlich umfassen und die unter Berücksichtigung von Art und Umfang ihrer Tätigkeit sowie ihres Mitgliederkreises die Gewähr für eine sachkundige Prozessvertretung bieten, für ihre Mitglieder, 7. juristische Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der in den Nrn. 3 bis 6 bezeichneten Organisationen stehen, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung dieser Organisation und ihrer Mitglieder oder anderer Verbände oder Zusammenschlüsse mit vergleichbarer Ausrichtung und deren Mitglieder entsprechend deren Satzung durchführt, und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet.

Die Organisationen zu Nrn. 3 bis 7 müssen durch Personen mit Befähigung zum Richteramt handeln.

Behörden und juristische Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse sowie private Pflegeversicherungsunternehmen können sich durch eigene Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt oder durch Beschäftigte mit Befähigung zum Richteramt anderer Behörden oder juristischer Personen des öffentlichen Rechts einschließlich der von ihnen zur Erfüllung ihrer öffentlichen Aufgaben gebildeten Zusammenschlüsse vertreten lassen. Ein Beteiligter, der nach Maßgabe der Nrn. 1 bis 7 zur Vertretung berechtigt ist, kann sich selbst vertreten.

Die Beschwerde ist innerhalb von zwei Monaten nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten schriftlich zu begründen.

In der Begründung muss die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht, oder ein

Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden. Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der [§§ 109](#) und [128 Abs.1 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des [§ 103 SGG](#) nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Hinweis: Es besteht kein Zugang für elektronisch signierte und verschlüsselte elektronische Dokumente.

Die Einlegung der Beschwerde per E-Mail ist daher unzulässig. Es wird darauf hingewiesen, dass durch die Nichtbeachtung der gebotenen Form die gesetzliche Frist nicht gewahrt wird und das Rechtsmittel innerhalb der Frist in der vorgeschriebenen Form einzulegen ist.

II. Erläuterungen zur Prozesskostenhilfe

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen unter I Nrn. 2 bis 7) genannten Bevollmächtigten vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - ggf. nebst entsprechenden Belegen - müssen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Rechtskraft

Aus

Login

FSS

Saved

2010-04-12