

S 28 KR 1/14 ER

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Dortmund (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
28
1. Instanz
SG Dortmund (NRW)
Aktenzeichen
S 28 KR 1/14 ER
Datum
31.01.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
1. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt.
2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
3. Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe wird abgelehnt.

Gründe:

Der schriftlich gestellte Antrag der Antragstellerin (Bl. 1 der Gerichtsakte), die Antragsgegnerin im Wege einer einstweiligen Anordnung vorläufig zu verpflichten, ihr das Hilfsmittel Aktiv-Leichtlauf-Faltrollstuhl Traveller Classicline Firma Pro Aktiv mit anatomischer Sitz-Rückeneinheit nach Maß zu gewähren, sowie ihr Prozesskostenhilfe zu gewähren, hat keinen Erfolg. 1. Der Antrag ist unbegründet. Gemäß [§ 86 b Abs. 2 S. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) können die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit einstweilige Anordnungen zur Regelung eines vorläufigen Zustands in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis (Anordnungsanspruch) treffen, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Anordnungsgrund). Anordnungsanspruch und Anordnungsgrund sind gemäß [§§ 86 b Abs. 2 S. 4 SGG](#) i.V.m. [§ 920 Abs. 2](#) der Zivilprozessordnung (ZPO) glaubhaft zu machen. Zur Glaubhaftmachung einer Tatsache ist dabei eine überwiegende Wahrscheinlichkeit ausreichend (Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage, § 128 Rn. 3 d). Abzustellen ist auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt der Entscheidung des Gerichts, weil mit der einstweiligen Anordnung der gegenwärtige Zustand geregelt werden soll (Landessozialgericht [LSG] Berlin-Brandenburg, Beschluss vom 27.11.2011, Az.: [L 9 KR 23/11 B ER](#); Bayerisches LSG, Beschluss vom 31.01.2012, Az.: [L 11 AS 982/11 B ER](#); Sozialgericht [SG] Dortmund, Beschluss vom 13.01.2010, Az.: S 40 KN 316/09 KR ER; Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 86b Rn. 42). Nach diesem Maßstab fehlt es vorliegend an einem Anordnungsanspruch. Ein Anordnungsanspruch ist nicht glaubhaft gemacht worden. a. Das Bestehen eines Anspruches nach [§ 33](#) des Sozialgesetzbuches Fünftes Buch (SGB V) ist jedenfalls nach summarischer Prüfung nicht überwiegend wahrscheinlich, sondern allenfalls möglich (zum Maßstab Keller, in: Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, § 128 Rn. 3 d). Nach [§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der 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 ausgeschlossen sind. Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Der Leichtlauf-Faltrollstuhl Traveller Classicline mit individuell angepasster Sitzeinheit ist nicht erforderlich, um eines der Ziele des [§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) zu erreichen. Erforderlich ist ein Hilfsmittel, wenn sein Einsatz zur Erreichung des verfolgten Zweckes unvermeidbar und unentbehrlich ist (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 17.09.1986, Az.: [3 RK 5/86](#); Knispel, in: Beck'scher Online-Kommentar, SGB V, § 33 Rn. 22). Daran mangelt es hier. (1) Dies gilt zunächst für die beantragte anatomische Sitz-Rückeneinheit. Ausweislich des eingeholten Befundberichts von XXX, Fachärztin für Kinder und Jugendmedizin, vom 16.01.2014 ist entgegen der ursprünglichen Verordnung vom 29.08.2013 gegenwärtig eine solche individuell angepasste Sitzeinheit nicht erforderlich (Bl. 53 der Gerichtsakte). Dies wiederum deckt sich mit dem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 24.10.2013 nach Untersuchung der Antragstellerin am 17.10.2013. Danach finde sich gerade keine Wirbelsäulenverkrümmung, die eine Sitzschale rechtfertigen würde. Gegenteiliges ist weder vorgetragen, noch glaubhaft gemacht worden. (2) Ebenso wenig besteht ein Anspruch auf die Versorgung mit dem speziellen Rollstuhl Traveller classicline. Soweit die Notwendigkeit der Versorgung mit diesem speziellen Rollstuhl mit der Faltbarkeit, d.h. der Sicherung des Transports zur Schule und zurück, begründet wird, ergibt sich daraus kein Anspruch. Auf die fehlende Transportierbarkeit kommt es im Rahmen von [§ 33 SGB V](#) nicht an. Vielmehr besteht gegen den Schulträger ein Anspruch auf den Transport der Hilfsmittel zur Schule (vgl. BSG, Urteil vom 03.11.2011, Az.: [B 3 KR 4/11 R](#)). Dieser hat die Mehrkosten zu tragen. Ein Anspruch auf einen faltbaren Rollstuhl zur Sicherung des Transports gegen die Krankenkasse kommt damit nicht in Betracht. Im Übrigen hat die Antragsgegnerin die Bereitschaft zur Versorgung mit einem faltbaren Rollstuhl im Rahmen der Pauschale erklärt und die Möglichkeit mit dem Hilfsmittellieferanten abgeklärt (vgl. Schreiben vom 13.01.2014 - Bl. 64 der Gerichtsakte). Aus welchen Gründen gleichwohl die Versorgung mit dem Traveller classicline medizinisch erforderlich sein sollte, ist weder vorgetragen, noch glaubhaft gemacht worden. b. Der

Anspruch folgt auch nicht aus [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#). Nach [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten. Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 oder Satz 4 nicht einhalten, teilt sie dies gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 5 SGB V](#) den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit. Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#) zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet. Es kann offen bleiben, ob vorliegend die Fristen des [§ 13 Abs. 3a S. 1 SGB V](#) abgelaufen waren und eine hinreichende Mitteilung durch die Antragsgegnerin nicht erteilt worden ist. Denn allein die Erfüllung dieser Voraussetzungen begründet noch keinen Anspruch aus einer fingierten Genehmigung gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#). Zwar ist der Wortlaut des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) soweit gefasst, dass man entsprechend der Ansicht der Antragstellerin einen Anspruch aus der gemäß [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) fingierten Genehmigung herleiten könnte. Denn danach sind lediglich ein Antrag bei der Krankenkasse, der Fristablauf und eine fehlende Mitteilung der Krankenkasse erforderlich. Allerdings ließe sich allein anhand dieser Voraussetzungen auch die Versorgung mit Lebensmitteln, Haushaltsgegenständen oder Kleidung realisieren. Dass dies nicht dem Willen des Gesetzgebers entsprechen dürfte, scheint ohne Weiteres klar. Die Vorschrift ist daher einschränkend auszulegen. Von der Fiktionswirkung sind nur solche beantragten Leistungen erfasst, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Für diese Beschränkung spricht bereits die systematische Stellung der Regelung des [§ 13 Abs. 3a SGB V](#). Der [§ 13 SGB V](#) regelt für verschiedene Fallgestaltungen Kostenerstattungsansprüche, die allgemein voraussetzen, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. zu [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) BSG, Urteil vom 04. April 2006, Az.: [B 1 KR 12/05 R](#); im Hinblick auf [§ 13 Abs. 2 BSG](#), Urteil vom 25.09.2000, Az.: [B 1 KR 5/99 R](#)). Ein Grund, dies im Rahmen von [§ 13 Abs. 3a SGB V](#) anders zu handhaben, ist nicht ersichtlich. Vielmehr spricht auch der Sinn und Zweck der Vorschrift für eine solche einschränkende Auslegung. Ziel der Vorschrift war die Beschleunigung des Verfahrens. Leistungsansprüche sollten schnell geklärt werden und die Versicherten zügig an die beantragten Leistungen gelangen ([BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Zur Sicherstellung dieses Zweckes ist eine entsprechende Kostenerstattungsregelung aufgenommen worden ([§ 13 Abs. 3a S. 7 SGB V](#)). Danach haben die Kassen die vollständigen Kosten für die Selbstbeschaffung zu erstatten ([BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)), was insbesondere bei einer Abrechnung nach der GoÄ oder GoZ zu höheren Kosten für die Krankenkassen führt. Weitergehende Sanktionsregelungen sind nicht vorgesehen, aber auch nicht notwendig. Im Übrigen ergibt sich aber auch aus der Gesetzesbegründung eindeutig, dass nur solche Leistungen erfasst werden, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Zum einen wird nämlich in der Gesetzesbegründung ausdrücklich Bezug genommen auf einen sachleistungsersetzenden Kostenerstattungsanspruch ("Die Versicherten sind so zu stellen, als hätte die Krankenkasse die Sachleistung rechtzeitig zur Verfügung gestellt." - [BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Zum anderen war Vorbild für die Norm die Regelung des [§ 15](#) des Sozialgesetzbuches Neuntes Buch ([BT-Drucks. 17/10488, S. 32](#)). Im Rahmen von [§ 15 SGB IX](#) ist aber geklärt, dass dieser das Bestehen eines Sachleistungsanspruches voraussetzt (vgl. LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 22.10.2013, Az.: [L 13 R 2947/12](#)). Oben wurde bereits dargelegt, dass ein Anspruch nach [§ 33 SGB V](#) nicht besteht, so dass auch kein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3a S. 6 SGB V](#) in Betracht kommt. c. Eine sonstige Anspruchsgrundlage ist auch unter Berücksichtigung von [§ 14 SGB IX](#) gegenwärtig nicht ersichtlich. Zwar ist bei der Antragstellerin vom Vorliegen einer Behinderung im Sinne von [§ 2 Abs. 1 SGB IX](#) auszugehen. Da die Antragsgegnerin den Antrag nicht innerhalb von zwei Wochen gemäß [§ 14 Abs. 1 S. 2 SGB IX](#) an den ihrer Ansicht nach zuständigen Leistungsträger weitergeleitet hat, muss sie daher den Rehabilitationsbedarf nach allen Anspruchsgrundlagen, die in der Bedarfssituation überhaupt in Betracht kommen, prüfen (BSG, Urteil vom 26.06.2007, Az.: [B 1 KR 36/06 R](#); BSG, Urteil vom 21.08.2008, Az.: [B 13 R 33/07 R](#); BSG, Urteil vom 12.08.2009, Az.: [B 3 KR 11/08 R](#)). Eine Anspruchsgrundlage ist in den anderen Leistungsgesetzen indes nicht ersichtlich. Für das Vorliegen der Voraussetzungen der Eingliederungshilfe nach [§ 54 Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch \(SGB XII\)](#) ist nichts ersichtlich, denn [§ 54 Abs. 1 S. 1 SGB XII](#) i.V.m. [§ 31 Abs. 1 Nr. 3 SGB IX](#) stellt wiederum auf Grundbedürfnisse ab. Insoweit ist der Begriff der Grundbedürfnisse im Rahmen des [§ 31 SGB IX](#) aber nicht anders auszulegen als in [§ 33 SGB V](#) (Majerski-Pahlen, in: Neumann/Pahlen/Majerski-Pahlen, SGB IX, 12. Aufl., § 31 Rn. 6) mit der Folge, dass ebenso im Rahmen von [§ 54 SGB XII](#) kein Anspruch besteht. 2. Die Kostenentscheidung beruht auf einer entsprechenden Anwendung von [§§ 183, 193 SGG](#). 3. Auch der Antrag auf Gewährung von Prozesskostenhilfe ist abzulehnen. Gemäß [§ 73 a SGG](#) i.V.m. [§§ 114 ff.](#) der Zivilprozessordnung kann Prozesskostenhilfe gewährt werden, wenn die Partei nach ihren persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen die Kosten der Prozessführung nicht aufbringen kann, die beabsichtigte Rechtsverfolgung hinreichende Aussicht auf Erfolg bietet und nicht mutwillig ist. Angesichts der vorstehenden Ausführungen (Punkt 1.) bietet die Rechtsverfolgung keine hinreichende Aussicht auf Erfolg.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-04-10