

L 1 KR 345/11

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Potsdam (BRB)
Aktenzeichen
S 3 KR 7/10
Datum
14.05.2011
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 345/11
Datum
12.04.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen. Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Im Streit stehen primär Kosten für Verbandsmaterialien und für Behandlungspflege im Zeitraum 1997 bis 2008.

Der früher bei der Rechtsvorgängerin der heutigen Beklagten, der AOK Brandenburg, und jetzt bei der Beklagten (nachfolgend nur noch: "die Beklagte") krankenversicherte 19 geborene Kläger leidet unter anderem unter Epidermolysis bullosa hereditaria simplex Typ Weber-Cockayne. Er ist nach Aktenlage seit 19 berufsunfähig. Bei ihm wurde im Jahr 2000 ein Grad der Behinderung von 70 festgestellt. Mittlerweile ist ein Grad der Behinderung von 90 sowie die Merkzeichen "G", "AG", "B" und "H" zuerkannt worden. Im August 2000 wurde ihm die rechte Niere wegen eines bösartigen Tumors entfernt. Der Kläger erhält nach Aktenlage Leistungen der gesetzlichen Pflegeversicherung nach der Pflegestufe II.

Mit Schreiben vom 20. April 2009 beantragte er bei der Pflegekasse der AOK Brandenburg die Gewährung von Behandlungs-, Pflege- und Verbandsmaterialien im Rahmen des persönlichen Budgets (Eingang 04. Mai 2009). Er bezog sich dabei unter anderem auf ein beigelegtes Schreiben der Beklagten vom 04. Dezember 1997 an das Sozialgericht Potsdam zum Aktenzeichen S 11 (7) P 18/95, wonach Verbandswechsel nicht im Rahmen der Grundpflege (der Pflegeversicherung) sondern im Rahmen der Behandlungspflege als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren sei. Der Kläger führte aus, dass er den Antrag stelle, um prüfen zu lassen, welche Möglichkeiten es beim persönlichen Budget für ihn in Bezug auf die Verbandsmaterialien gebe, die er nun einmal täglich brauche und auch bis 1998 bekommen habe. Die Beklagte antwortete mit Schreiben vom 02. Juni 2009, ein persönliches Budget für Verbandsstoffe existiere nicht.

Der Kläger widersprach mit Schreiben vom 01. Juli 2009. Seine seltene Krankheit bringe es – gutachterlich bestätigt – mit sich, dass er mindestens zwei Mal täglich gebadet werden müsse, und Blasen geöffnet, gesalbt und verbunden werden müssten. Für Heimbewohner gebe es Behandlungspflege, für ihn als ambulant Betreuten nichts. Dies verstoße gegen [Artikel 3 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG). Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 12. Oktober 2009 ab.

Der Kläger erhob hiergegen am 10. November 2009 Widerspruch. Er habe die Verbandsmittel bis 1998 erhalten. Sein Hausarzt habe sich dann geweigert, Dauerrezepte auszustellen und ihn an den Spezialisten, den Hautarzt, verwiesen. Auch dieser habe sich geweigert, Rezepte auszustellen. Er habe dann einige Jahre weder Hausarzt noch Hautarzt gehabt. Den jetzigen Hausarzt traue er sich nicht darauf anzusprechen, damit er nicht wieder weitergeschickt werde. Erst jetzt habe er einen Hautarzt gefunden, der ihm wieder Verbandsmaterialien verschreibe. Zwischenzeitlich habe er sich alleine versorgen und Kredite aufnehmen müssen. Die Beklagte habe den Sachverhalt nicht aufgeklärt und sich nicht mit seinem Krankheitsbild auseinandergesetzt. Es liege eine Amtspflichtverletzung vor, welche die Beklagte zum Schadensersatz verpflichte nach [§ 839](#) Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) in Verbindung mit [Artikel 34 GG](#). Die Beklagte habe es unter anderen unterlassen, ihm Ärzte zu vermitteln, ihn falsch beraten und falsche Auskünfte erteilt. Er hat beantragt, ihm rückwirkend seit 1998 das persönliche Budget zuzuerkennen in Form von Verbandsmitteln und Behandlungspflege.

Mit Widerspruchsbescheid vom 16. Dezember 2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Die Voraussetzung für eine Bewilligung der beantragten Leistungen als persönliches Budget läge nicht vor. Verbandsmittel seien keine Heilmittel und deshalb nicht budgetfähig. Auch die Behandlungspflege zähle nicht hierzu.

Der Kläger hat hiergegen am 12. Januar 2010 Klage beim Sozialgericht Potsdam (SG) erhoben. Er habe bereits gegen die Pflegekasse klagen müssen, die sein Krankheitsbild ebenfalls falsch bewertet und eingeschätzt habe. Ihm stehe häusliche Krankenpflege – Behandlungspflege – zu. Das Gericht müsse eine Einzelfallprüfung vornehmen. Der Gesetzgeber gehe von einer befristeten Behandlungspflege aus, die ärztlich zu verordnen sei. Er hingegen benötige die Behandlungspflege sein Leben lang. Sein Leiden verschlimmere sich mit zunehmendem Lebensalter. Bei ihm werde der Verschlechterungsprozess beschleunigt, da die Beklagte meine, ihn mit seinen Problemen über Jahre allein lassen zu dürfen. Er wolle auch geklärt wissen, wie die Salbe Pasta Exicans abgerechnet werde. Er lebe allein. Seine Pflegekraft lebe nicht in seinem Haushalt und sei keine Angehörige. Seit 2005 sei Frau S seine Pflegefachkraft, die auch den Verbandwechsel übernehme. Sie stehe auch zwischendurch und nicht nur morgens und abends zur Verfügung. Er klage hinsichtlich der Behandlungspflege, damit seine Pflegekräfte zum einem für ihre Leistung auch die Vergütung bekämen und zum anderen damit festgestellt wäre, dass sie dem Arbeitsmarkt nicht mehr zur Verfügung stünden und sich ganz auf die Pflege konzentrieren könnten. Die Behandlungspflege dauere zwischen vier und sechs Stunden täglich und müsse teilweise auch nachts erbracht werden. Der Mediziner des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg (MDK) müsse ermittelt werden, welcher eine Falschbewertung vorgenommen habe. Die Beklagte müsse alle Leistungen erbringen, die konkret auf sein Krankheitsbild bezogen seien. Sein Diabetes sei noch nicht richtig ausdiagnostiziert und austherapiert. Jetzt seien bei ihm Gallensteinpolyphen festgestellt worden. Der Kläger hat sich ferner erneut auf das Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 18. Oktober 2007 (Aktenzeichen [L 8 KR 228/06](#)) berufen.

Die Beklagte hat vorgebracht, Verbandsmittel gehörten nicht zu den typischerweise budgetfähigen Leistungen des [§ 17 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch \(SGB IX\)](#) wie Hilfen zur Mobilität, zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, zur häuslichen Pflege und Krankenpflege, Heil- und Hilfsmittel sowie Fahrtkosten. Für rückwirkende Zeiten könne ein persönliches Budget nie zur Verfügung gestellt werden, weil hierfür der Zeitpunkt der Antragstellung bzw. der Bewilligungszeitraum der Zielvereinbarung maßgeblich sei.

Der Kläger hat erstinstanzlich beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 12. Oktober 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 16. Dezember 2009 zu verurteilen, ihm im Rahmen des persönlichen Budgets die Kosten für Verbandsmaterialien für den Zeitraum 1998 bis 2008 zu erstatten, ihm im Rahmen des persönlichen Budgets Behandlungspflege zu gewähren und ihm Kosten für Behandlungspflege seit 1997 bis jetzt im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs unter Bezugnahme auf das Schreiben der Beklagten im Verfahren S 11 (7) P 18/95 vom 04. Dezember 1997 zu erstatten.

Das SG hat diese Klage mit Urteil vom 14. September 2011 abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der angefochtene Bescheid sei rechtmäßig und verletze den Kläger nicht in seinen Rechten. Die Gewährung von Behandlungspflege sei im Rahmen des persönlichen Budgets nach [§ 17 SGB IX](#) möglich. Leistungen im Rahmen des persönlichen Budgets seien allerdings davon abhängig, dass grundsätzlich ein Sachleistungsanspruch bestehe. Denn im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung erhielten die Versicherten Sachleistungen. Nur ausnahmsweise regelte [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) eine Kostenerstattung. Das SG habe den Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung auf das Fehlen von Verordnung hingewiesen. Die Beklagte habe es ferner es zu Recht abgelehnt, die Kosten für Behandlungspflege für die Vergangenheit und die Zukunft zu erstatten. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) dürften die Krankenkasse anstelle der Sach- bzw. Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit dies gesetzliche Vorschriften des SGB V oder des SGB IX vorsähen. Jedoch sähen diese beiden Gesetze keinen auf Kostenerstattung gerichteten Herstellungsanspruch außerhalb des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) bzw. [§ 15 SGB IX](#) (jeweils Erstattung selbstbeschaffter Leistungen) vor. Die Kostenerstattungsvorschriften hätten nach der Rechtsprechung des BSG nur den Zweck, den Versicherten so zu stellen, wie er bei Gewährung einer Sachleistung stehen würde. Erfasst seien folglich nur die Kosten, von denen der Versicherte bei regulärer Leistungserbringung befreit wäre. Andere Kosten, etwa die, welche einem nicht zugelassenen Leistungserbringer zugewendet worden seien, lösten keinen Anspruch aus, weil ansonsten die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durchbrochen werden könnte (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 04. April 2006 – [B 1 KR 5/05 R](#)). Eine Kostenerstattung für in Anspruch genommene Behandlungspflege ohne Verordnung scheide danach aus. Dem Kläger könne ein solcher Anspruch auch nicht im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches zustehen. Denn die in [§§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und [15 Abs. 1 SGB IX](#) geregelten Ansprüche stellten eine abschließende gesetzliche Regelung der auf den Herstellungsgedanken gerichteten Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar. Für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch sei daneben kein Raum (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 02. November 2007 – [B 1 KR 14/07 R](#)). Eine Pflichtverletzung in Form eines Beratungsfehlers sei für das SG zudem nicht erkennbar. Selbst wenn solche vorlägen, wovon hier nicht auszugehen sei, könnte dies nicht über die fehlende ärztliche Verordnung hinweg helfen. Ein etwaiger sozialrechtlicher Herstellungsanspruch begründe einen Anspruch des Versicherten gegenüber dem Sozialleistungsträger und könne nicht eine fehlende Verordnung ersetzen. Ein Herstellungsanspruch folge auch nicht aus dem Schreiben der Pflegekasse der Beklagten vom 04. Dezember 1997 an das Sozialgericht Potsdam. Hierbei handele es sich um ein Verfahren zur Fragen der Pflegeversicherung. Die Pflegekasse habe lediglich dargelegt, dass ein Verbandwechsel der Behandlungspflege nach [§ 37 SGB V](#) zuzuordnen wäre. Die Beklagte habe es auch zu Recht abgelehnt, Kostenerstattung für Verbandsmaterialien im Zeitraum 1998 bis 2008 im Rahmen des persönlichen Budgets zu gewähren. Verbandsmittel seien keine Leistungen des persönlichen Budgets gemäß [§ 17 Abs. 1 SGB IX](#). Sie seien keine Leistungen zur Teilhabe. Gemäß [§ 7 SGB IX](#) gälten die Vorschriften des SGB IX für die Leistungen zur Teilhabe, soweit sich aus den für den jeweiligen Rehabilitationsträger geltenden Leistungsgesetz nichts Abweichendes ergebe. Verbandsstoffe zählten hingegen nicht zu den Leistungen zur Teilhabe, sondern zu den Arznei- und Verbandsmitteln gemäß [§ 31 SGB V](#). Sie seien auch keine Heilmittel im Sinne des [§ 32 SGB V](#). Bei Heilmitteln stehe die Dienstleistung durch eine entsprechend ausgebildete Person im Vordergrund. Bei den Verbandsmaterialien handele es sich aus demselben Grund auch nicht um Hilfsmittel. Darüber hinaus scheitere eine Kostenerstattung jedenfalls auch an der fehlenden Verordnung, welche Voraussetzung für die Übernahme von Verbandsmitteln sei. Die Beklagte habe auch keine Amtspflichten verletzt. Sie habe vielmehr zutreffend darauf hingewiesen, dass die behandelnden Vertragsärzte die notwendigen Verbandsmaterialien verordnen könnten und müssten, wenn sie medizinisch indiziert seien. Sie könne die Ärzte nicht zur Verordnung von begehrten Leistungen zwingen. Überdies habe der Kläger nicht dargelegt, dass ihm tatsächlich Kosten entstanden seien.

Gegen dieses Urteil richtet sich die Berufung des Klägers. Zu deren Begründung bringt er vor, wenn die Gerichte unverzüglich gearbeitet hätten, ginge es ihm heute gesundheitlich besser. Ihm wären viele Schmerzen erspart geblieben und er wäre nicht in einem psychisch so labilen Zustand. Bei seinem Krankheitsbild müssten die zuständigen Leistungsträger eigentlich verantwortlich zusammen arbeiten. Sie könnten jedoch nicht einmal über ihre Zuständigkeit Einigkeit erzielen. Bei seiner Krankheit mit Seltenheitswert seien drei Faktoren wichtig, welche das Krankheitsbild beeinflussten. Die Mobilität sei bei ihm bereits sehr eingeschränkt. Es gäbe bereits irreparable Schäden und Schmerzen im orthopädischen Bereich. Die Ernährung sei wichtig für die Wundheilung. Am allerwichtigsten sei für ihn aber die Behandlungspflege. Gebe es diese nicht, bestünde Lebensgefahr durch Infektionen. Dass er noch lebe, verdanke er seiner Pflegekraft, die mittlerweile täglich Stunden Leistungen erbringe, dafür aber nichts erhalte. Mit dem im Gebot möglichst steriler Lebenshaltung gehe nicht

nur das Erfordernis von Verbandsmitteln einher, dazu gehöre auch eine intensive Wohnungsreinigung, häufige Bäder und ein verstärkter Bedarf an Wäsche. Ganz allgemein seien die Regelsätze der Sozialhilfe verfassungswidrig. Er strebe eine objektive Klagehäufung an. Dass er in der Zeit 1998 bis 2008 keine Verbandsmaterialien erhalten habe, habe nicht er zu verschulden, sondern die Beklagte. Diese müsse beweisen, dass er keine Verbandsmaterialien benötige. Ihm stünde ferner gegen die Pflegekasse ein persönliches Budget für die Leistungen der Grundpflege zu. Nach immerhin 15 Jahren sollte in diesem Verfahren endlich geklärt werden, wer für was zuständig sei. Der Streitgegenstand des erstinstanzlichen Verfahrens sei keine absolute Grenze für das Berufungsverfahren (Bezugnahme auf Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer [SGG § 99](#) Rdnr. 12). Es sei rechtswidrig gewesen, dass das Sozialamt mit Bescheid vom 15. August 1995 aufgrund der neuen Pflegeversicherung Hilfe zur Pflege eingestellt habe. Es ginge ihm um alles, was nötig sei, um das Krankheitsbild zu lindern, also nicht nur um die Behandlungspflege. Der Kläger hat sich ferner auf ein Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 18. Oktober 2007 (Aktenzeichen [L 8 KR 228/06](#)) berufen. Sowohl das SG als auch das hiesige LSG versuchten, ihm seine Rechte und Leistungen vorzuenthalten und seinen Beweismitteln nicht nachzugehen. Es werde ignoriert, dass das SG in der mündlichen Verhandlung angeregt habe, dass sich die Beklagte mit der Pflegekasse und dem Kläger noch mal zusammen setzen und sich darüber Gedanken machen sollten, ob nicht die Behandlungspflege doch im Rahmen des persönlichen Budgets gewährt werden könne.

Zur Erörterung des Sachverhalts am 31. August 2012 hat der Kläger ferner Fotos eingereicht zur Betrachtung. Er hat beantragt, dass der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 2009 ([1 BvR 120/09](#)) umgesetzt werde. Mit Schriftsatz vom 1. Oktober 2012 hat er erklärt, mit einer Entscheidung durch den Berichterstatter ohne mündliche Verhandlung einverstanden zu sein. Im Schriftsatz vom 15. Januar 2013 hat er eine Entscheidung durch den gesamten Senat beantragt. Eine mündliche Verhandlung komme eher weniger in Betracht, da er sich schriftlich besser artikulieren könne als mündlich. Im jüngsten Schreiben mit Datum 1. April 2013 hat er einen Erörterungstermin mit seiner Person vorgeschlagen.

Die Beklagte hat erklärt, einer Klageerweiterung nicht zuzustimmen.

Sie beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Auf die vom Kläger eingereichten Schriftsätze wird ergänzend Bezug genommen. Der Verwaltungsvorgang der Beklagten lag vor.

Entscheidungsgründe:

Es konnte im schriftlichen Verfahren nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) entschieden werden. Beide Beteiligten haben sich damit einverstanden erklärt. Dem klägerischen Schriftsatz vom 1. April 2013 lässt sich ein Widerruf des Einverständnisses nicht entnehmen, da nur ein (weiterer) Erörterungstermin vorgeschlagen wird. Es kann deshalb dahingestellt bleiben, ob ein solcher rechtlich zulässig gewesen wäre.

Der Berufung, die sinngemäß auf Aufhebung des Urteils des SG und Stattgabe hinsichtlich der erstinstanzlich geltend gemachten Anträge gerichtet ist, muss Erfolg versagt bleiben

Zu Recht und mit zutreffender Begründung hat das SG die Klage abgewiesen. Der Senat sieht zur Vermeidung bloßer Wiederholungen von einer weiteren Darstellung der Entscheidungsgründe ab und weist die Berufung insoweit aus den Gründen der angefochtenen Entscheidung zurück ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Im Hinblick auf das neue Vorbringen ist nur noch ergänzend auf Folgendes hinzuweisen:

Nach [§ 37 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten Versicherte in ihrem Haushalt als häusliche Krankenpflege Behandlungspflege, wenn diese zur Sicherung des Ziels der ärztlichen Behandlung erforderlich ist. Nach [§ 37 Abs. 6 Satz 2 SGB V](#) ist das Nähere über Art und Inhalt der verrichtungsbezogenen krankheitsspezifischen Pflegemaßnahmen in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) festzulegen. Im Verzeichnis der verordnungsfähigen Maßnahmen der häuslichen Krankenpflege (Leistungsverzeichnis) als Anlage zur Häusliche Krankenpflege-Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 und Abs. 7 SGB V](#) (HKP-RL) sind sowohl das Anlegen und Wechseln von Wundverbänden (einschließlich Desinfektion und Reinigung (auch Wundreinigungsbad), als verordnungsfähige Leistung aufgeführt.

Anspruchsvoraussetzung für die Versorgung mit Verbandsmitteln ist die Verordnung durch einen Vertragsarzt, [§ 73 Abs. 2 Nr. 7 SGB V](#). Voraussetzung für die Verordnung häuslicher Krankenpflege ist nach [§ 3 Abs. 1 Satz 1 HKP-RL](#), dass sich der Vertragsarzt von dem Zustand des Kranken und der Notwendigkeit häuslicher Krankenpflege persönlich überzeugt hat. Eine Dauerverordnung ist dabei nicht vorgesehen. Die Erstverordnung soll zwar nach [§ 5 Abs. 1 HKP-RL](#) einen Zeitraum von bis zu 14 Tagen nicht überschreiten, ist jedoch aus dem Zustand erkennbar, dass der zunächst verzeichnete Zeitraum nicht ausreicht, kann die Folgeverordnung auch für eine längere Dauer ausgestellt werden, wenn dies begründet wird ([§ 5 Abs. 2 HKP-RL](#)).

Die Beklagte musste sich also nicht mit der Frage beschäftigen, ob die begehrten Verbandsmittel und die häusliche Krankenpflege medizinisch erforderlich sind. Die Entscheidung des Hessischen Landessozialgerichts vom 18. Oktober 2007, auf die der Kläger sich beruft, ist bereits deshalb nicht einschlägig.

Es fehlte und fehlt an ärztlicher Verordnung für häusliche Krankenpflege und (bis 2008) für Verbandsmittel, wie das SG ausgeführt hat.

Auch zum sozialrechtlichen Herstellungsanspruch hat sich das SG geäußert.

Es hat ferner die Klage abgewiesen, auch wenn es die Vereinbarung eines persönlichen Budgets für grundsätzlich sinnvoll erachtet hat. Ein Zuständigkeitsstreit zwischen verschiedenen Trägern ist nicht ersichtlich. Es geht um häusliche Krankenpflege nach dem SGB V und um Verbandsmittel nach dem SGB V.

Der Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 25. Februar 2009 (Aktenzeichen [1 BvR 120/09](#)) betrifft die Anforderung an den gerichtlichen Rechtsschutz zur Gewährleistung eines effektiven Rechtsschutzes im sozialgerichtlichen Eilverfahrens. Eine Verletzung der

Menschenwürde durch das Erfordernis, Behandlungspflege und den Anspruch auf Verbandsmittel jeweils von ärztlicher Verordnungen abhängig machen zu lassen, ist nicht ersichtlich.

Soweit der Kläger neben den erstinstanzlichen Anträgen im Berufungsverfahren weitere Anträge gestellt haben, stellt dies eine nach [§§ 153 Abs. 1](#) i. V. m. [§ 99 Abs. 1 SGG](#) unzulässige Klageänderung in Form einer Klageerweiterung dar.

Die Beklagte hat widersprochen.

Die Erweiterungen sind auch nicht sachdienlich nur weil die begehrten Ansprüche nach dem SGB XII ebenfalls im kausalen Zusammenhang mit der Grunderkrankung des Klägers stehen: Der Kläger hat bereits keine konkreten weiteren Streitgegenstände benannt. Zudem müssten Vorverfahren durchgeführt sein. Zuletzt ist das Landessozialgericht grundsätzlich für Klagen sachlich-funktional unzuständig und kann nicht auf bloßen Klägerwunsch gänzlich andere Streitgegenstände an sich ziehen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs. 1 SGG](#) und entspricht dem Ergebnis des Rechtsstreits.

Die Revision ist nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen hierfür ([§ 160 Abs. 2 Nrn. 1 und 2 SGG](#)) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2015-02-09