

## L 4 KR 48/12

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Magdeburg (SAN)  
Aktenzeichen  
S 17 KR 124/10  
Datum  
19.04.2010  
2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 4 KR 48/12  
Datum  
17.04.2013  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung wird zurückgewiesen und die hilfsweise erhobene Klage wird verworfen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung von Kosten für ein Elektromobil und in der Berufungsinstanz hilfsweise die Versorgung mit einem solchen.

Der 1925 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Aufgrund der Diagnosen Gonarthrose und Coxarthrose verordnete der Facharzt für Allgemeinmedizin G. dem Kläger am 25. Juni 2009 ein Elektromobil zur Teilhabe am gesellschaftlichen Leben. Noch am gleichen Tag holte der Kläger einen Kostenvoranschlag des Sanitätshauses A. S. Technik GmbH über Kosten in Höhe von 2.564,10 Euro für dieses Elektromobil ein. Es sollten eine Anzahlung von 1.100 Euro und monatliche Raten in Höhe von 300 Euro erfolgen. Das Elektromobil bleibe bis zur vollständigen Bezahlung Eigentum der Firma A. S. Technik.

Am 10. Juli 2009 gingen die ärztliche Verordnung und ein Kostenvoranschlag des genannten Sanitätshauses vom 9. Juli 2009 über Kosten in Höhe von 2.975 Euro bei der Beklagten ein.

Mit Schreiben vom 12. August 2009 teilte die Beklagte dem Kläger mit, die Bearbeitung des Leistungsantrags könne nicht sofort erfolgen, da weitere Unterlagen vom behandelnden Arzt angefordert worden seien. Nach Erhalt würden die Unterlagen an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) übergeben. Sobald der Antrag bearbeitet sei, erhalte der Kläger unaufgefordert Bescheid.

Der Facharzt für Allgemeinmedizin G. teilte am 17. August 2009 unter anderem die Diagnosen Hypertonie, Herzerkrankung, Arthrosen sowie Diabetes mellitus mit. Der Kläger verfüge über eine aktuelle Fahrerlaubnis; seine geistige Leistungsfähigkeit sei ohne Einschränkungen. Er habe ein schleppendes Gangbild mit einer Gehstrecke bis 500 Meter, Treppensteigen sei möglich.

Unter dem Datum des 18. August 2009 erstellte das Sanitätshaus einen Lieferschein über das Elektromobil. Danach werde die Anzahlung in Höhe von 1.100 Euro zum 28. August 2009 per Überweisung fällig und dann vier Abbuchungen á 300 Euro mit einer verbleibenden Restschuld von 264 Euro. Es erfolgte wieder der Hinweis, dass das Elektromobil bis zur vollständigen Bezahlung Eigentum der Firma S. O. T. bleibe. Der Lieferschein wurde am 24. August 2009 unterschrieben.

Der MDK teilte in einer Sozialmedizinischen Stellungnahme vom 19. August 2009 mit, eine schwere Gehbehinderung sei aus den Unterlagen nicht zu erkennen, da der Kläger für 500 Meter gehfähig sei. Unter Berücksichtigung der Diagnosen Gon- und Coxarthrose könne zusätzlich ein Rollator genutzt werden.

Unter dem Datum des 14. September 2009 erhielt der Kläger vom Sanitätshaus eine Rechnung über 2.564,10 Euro, die bis zum 14. Oktober 2009 ohne Abzug zahlbar sei. Im Übrigen enthält die Rechnung hinsichtlich der Anzahlung und der monatlichen Raten die gleichen Regelungen wie der Lieferschein.

Die Beklagte lehnte den Antrag auf Versorgung mit dem Elektromobil unter Bezugnahme auf das Gutachten des MDK mit Bescheid vom 30.

Oktober 2009 ab. Dagegen legte der Kläger am 16. November 2009 Widerspruch ein. Er führte aus: Die Ferndiagnose bezüglich seiner Gehfähigkeit und die Alternativversorgung mit einem Rollator seien für ihn eine Zumutung. Seine Grunderkrankung sei ebenso wie die Begleiterkrankungen zu kurz gekommen. Aufgrund der Kraftlosigkeit in den Beinen sei das Gehen nach einigen Schritten vorbei. Zudem leide er in unregelmäßigen Abständen an extrem starkem Blutdruckabfall. Es komme zu Bewusstlosigkeit oder längerer Ruhezeit (Synkopen). Er leide an Rheuma, Schwindel und Gangunsicherheit. Seit 1991 sei er schwerbehindert. [§ 1](#) Viertes Buch Sozialgesetzbuch – Gemeinsame Vorschriften für die Sozialversicherung (SGB IV) müsse beachtet werden und eine Anhörung sei erforderlich. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts aus August 2009 bestehe grundsätzlich ein Anspruch auf Versorgung mit einem Elektrorollstuhl, wenn ein Versicherter nicht mehr in der Lage sei, den Nahbereich der Wohnung aus eigener Kraft zu erschließen.

Die Beklagte wandte sich erneut an Herrn G., der am 2. Dezember 2009 mitteilte, der Wunsch des Klägers nach einem Elektrorollstuhl werde aufgrund seiner kardialen Erkrankung und seinem Lendenwirbelleiden unterstützt. Als Diagnosen gab er neben der koronaren Herzerkrankung mit Hypertonie und einer Herzinsuffizienz II. bis III. Grades (NYHA II bis III) eine Osteochondrose der gesamten Gelenke an.

Während eines von der Beklagten veranlassten Hausbesuchs am 10. Dezember 2009 gab der Kläger an, sich das Elektromobil bereits privat gekauft zu haben. Er sei bis Juni 2009 noch mit seinem PKW gefahren, den er aber abgeschafft habe. Da das Elektromobil für seine täglichen Besorgungen notwendig sei, habe er nicht mehr warten können. Er wohne in einem Einfamilienhaus und versorge sich größtenteils selbst. Seine Kinder und Enkelkinder kümmerten sich um ihn, jedoch nicht regelmäßig. Nach Einschätzung der Verfasserin des Hausbesuchsprotokolls könne der Kläger im näheren Umfeld ohne Hilfsmittel laufen und er sei in der Lage, das Hilfsmittel sachgerecht zu bedienen.

In einem als Anhörung bezeichneten Schreiben vom 29. Dezember 2009 teilte die Beklagte dem Kläger mit, dass die Kosten für eine selbst beschaffte Leistung nur zu erstatten seien, wenn es sich entweder um eine unaufschiebbare, nicht rechtzeitig erbrachte Leistung handele, oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt habe, bevor der Versicherte sie sich beschafft habe. Eine Kostenerstattung scheide aus, wenn sich der Versicherte die Leistung beschaffe, ohne sich mit der Krankenkasse in Verbindung zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten. Da dies der Fall sei, sei es der Beklagten nicht möglich, die Kosten zu erstatten.

Mit Schreiben vom 11. Januar 2010 führte der Kläger aus, seit Juni/Juli 2009 sei er nicht mehr mobil gewesen, daher habe er ohne das Elektromobil nicht mehr selbständig leben können. Ohne die Anschaffung sei er gezwungen gewesen, in ein Pflegeheim einzuziehen. Das Elektromobil sei ihm durch das Sanitätshaus zunächst leihweise zur Verfügung gestellt worden, um mit der Beklagten eine Klärung herbeizuführen. Dadurch sei seine selbständige Haushaltsführung gesichert gewesen. Die Beklagte habe jedoch bis Ende Oktober noch keine Klärung herbeigeführt. Daher habe er den Rechnungsbetrag Anfang Oktober überwiesen. Nach dem im Ersten Buch Sozialgesetzbuch – Allgemeiner Teil (SGB I) festgelegten Auskunfts- und Beratungspflichten hätte die Beklagte ihn bereits im Juni 2009 auf die Voraussetzungen des [§ 13](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) hinweisen müssen. Zudem habe die Beklagte ihre Verpflichtungen aus [§§ 1](#) und [16 SGB I](#) verletzt. Der Kläger wies auf eine Entscheidung des Bundessozialgerichts ([B 3 KR 8/08 R](#)) sowie eine Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (1 BVR 120/09 vom 25. Februar 2009) hin.

Nach einem Aktenvermerk vom 18. Januar 2010 teilte das Sanitätshaus telefonisch mit, der Kaufvertrag sei am 14. September 2009 geschlossen worden. Der Kläger teilte mit, er habe den Kaufpreis am 5. Oktober 2009 nach Inanspruchnahme eines Dispositionskredits ohne die Ratenzahlung überwiesen. Nachdem sich die Beklagte drei Monate nach der Antragstellung noch nicht gemeldet habe, habe er handeln müssen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15. April 2010 wies der Widerspruchsausschuss der Beklagten den Widerspruch des Klägers zurück. Er führte aus: Die Kostenerstattung setze voraus, dass die Kostenbelastung des Versicherten wesentlich auf der Leistungsvergütung der Krankenkasse beruhe. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gebe erst die Weigerung der Krankenkasse dem Versicherten das Recht, sich die benötigte Leistung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafür aufgewandten Kosten zu verlangen. Wenn der Versicherte bereits vor der Entscheidung der Krankenkasse eine endgültige rechtliche Verpflichtung eingehe und der Leistungserbringer auch im Falle der Ablehnung des Leistungsbegehrens durch die Krankenkasse die Abnahme und Bezahlung des Hilfsmittels verlangen könne, fehle es für den Kostenerstattungsanspruch an der notwendigen Kausalität. Der Kläger habe sich das beantragte Hilfsmittel selbst beschafft, ohne sich erneut mit der Beklagten in Verbindung zu setzen und eine leistungsrechtliche Entscheidung herbeizuführen. Daher scheide ein Kostenerstattungsanspruch aus, ohne dass es noch darauf ankäme, ob die Hilfsmittelversorgung zu Unrecht abgelehnt worden sei. Allerdings habe offensichtlich eine Unaufschiebbarkeit der Hilfsmittelversorgung nicht vorgelegen. Die Versorgung sei medizinisch nicht begründet, da der Kläger noch eingeschränkt gehfähig sei und zur weiteren Unterstützung und Erhaltung der Mobilität einen Rollator nutzen könne.

Dagegen hat der Kläger am 29. April 2010 beim Sozialgericht Magdeburg Klage erhoben und ausgeführt: Der Bescheid sei nicht hinreichend begründet. Es seien nur die der Behörde dienlichen Rechte genannt. Er habe nach dem Tod seiner Frau im Oktober 2004 alles dafür getan, seine Selbständigkeit zu bewahren und der Einweisung in ein Pflegeheim vorzubeugen. Nachdem er aber seinen PKW nicht mehr nutzen könne, habe es ihm an der notwendigen Mobilität gefehlt. Er habe das Grundstück nicht mehr ohne Begleitperson verlassen können. Zu seinen Grunderkrankungen seien noch Rheuma und Gicht als zusätzliche Beschwerden hinzugekommen. Er verfüge über einen Schwerbehindertenausweis, in welchem ein Grad der Behinderung von 50 Prozent und das Merkzeichen G anerkannt worden seien. Außerdem nehme er am strukturierten Behandlungsprogramm der Beklagten für chronisch kranke Menschen teil. Seine verbliebene Gehstrecke und die Möglichkeit zur Treppennutzung seien nicht mit der erforderlichen Sorgfalt ermittelt worden. Die Beklagte habe ihm weder Auskünfte über ihre Satzung erteilt noch Vorschläge in Bezug auf Hilfsmittel zur Vermeidung von Pflegebedürftigkeit gemacht. Sie habe auch nicht die leihweise Überlassung der erforderlichen Hilfsmittel vorgeschlagen oder mitgeteilt, ob das Elektromobil im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sei. [§§ 2, 2a](#) und [11 SGB V](#) sowie die Vorschriften des Neunten Buches Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX), u. a. [§ 55](#), seien von der Beklagten nicht berücksichtigt worden. Schließlich habe sie die Fristen in den Vorschriften der [§§ 13](#) und [33 SGB V](#) und [§§ 14, 15 SGB IX](#) nicht beachtet. Dies sei einer Leistungsablehnung gleichzusetzen, so dass nach [§ 15 SGB IX](#) die Kosten für die selbst beschaffte Leistung auf der Grundlage des Pauschalpreises nach der Satzung zu erstatten seien. Die Beklagte könne sich nicht auf ein Urteil des Bundessozialgerichts aus dem Jahr 1997 stützen, da sich seitdem die Rechtslage geändert habe und das SGB IX erst seit Juni 2001 gültig sei. Vielmehr sei die Entscheidung des Bundessozialgerichts zum Aktenzeichen [B 3 KR 5/09 R](#) zu berücksichtigen. Außerdem wehre er sich gegen die Umwandlung des Grundes des Rechtsstreits der hausärztlichen

Verordnung für ein Elektromobil in einen Antrag auf Erstattung der Kosten für ein Elektromobil.

Die Beklagte hat ergänzend zu ihrem Vorbringen im Widerspruchsbescheid ausgeführt, es handele sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung und der Kläger habe der Beklagten keine Frist für die Leistungsgewährung gesetzt und nicht mitgeteilt, dass er sich danach die Leistung selbst beschaffen werde. Daher könne der Erstattungsanspruch auch nicht auf [§ 15 SGB IX](#) gestützt werden. Aus dem SGB IX ergäben sich auch in Bezug auf Leistungen zur medizinischen Rehabilitation keine weitergehenden Leistungsansprüche. Gerade die Ausführungen des Klägers, er habe das Elektromobil als Ausgleich für Fahrten mit seinem PKW angeschafft, zeigten, dass er das Hilfsmittel nicht nur für den Nahbereich der Wohnung, sondern für weitere Strecken nutzen möchte. Der Rollator sei empfohlen worden, weil ein Elektromobil nach den Leistungsvorschriften des SGB V nicht notwendig sei.

Das Sozialgericht Magdeburg hat die auf Kostenerstattung in Höhe von 2.564,10 Euro gerichtete Klage abgewiesen und ausgeführt, der Antrag auf Versorgung mit dem Elektromobil sei am 10. Juli 2009 bei der Beklagten eingegangen und der Kläger habe sich das Hilfsmittel mit Kaufvertrag mit 14. September 2009 selbst beschafft, ohne der Beklagten im ausreichenden Maße die Möglichkeit der Prüfung einzuräumen. Die Beklagte habe erst am 30. Oktober 2009 über den Antrag entschieden. Wenn der Kläger der Ansicht gewesen sei, er könne auf die Entscheidung nicht länger warten, hätte er die Dringlichkeit seines Begehrens gegenüber der Beklagten darlegen müssen. Ggf. hätte er einen Antrag auf einstweiligen Rechtsschutz stellen bzw. eine Untätigkeitsklage erheben können. Es habe auch keine unaufschiebbare Leistung vorgelegen. Ein Anspruch aus [§ 15 SGB IX](#) scheide aus, da der Kläger hierfür der Beklagten eine angemessene Frist hätte setzen und erklären müssen, dass er sich nach Ablauf dieser Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffe. Die Einholung eines Gutachtens über die Gehfähigkeit des Klägers bzw. über seine Fahrtauglichkeit, die infolge der aufgetretenen Bewusstlosigkeiten in Frage stehe, sei wegen der Selbstbeschaffung des Hilfsmittels nicht erforderlich.

Gegen das ihm am 28. April 2012 zugestellte Urteil hat der Kläger am 11. Mai 2012 Berufung eingelegt und damit – im Hinblick auf die Laufzeit des Rechtsstreits – einen Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung verbunden. Er gehe davon aus, dass jeder Versicherte einen Anspruch auf Produkte habe, die ihm den Alltag erleichterten und ihm eine selbständige Lebensführung ermöglichten. Mit der Verordnung seines Hausarztes vom 25. Juni 2009 habe dieser bestätigt, dass er das Hilfsmittel benötige. Es lägen bereits vier Befunde von Medizinern vor, weshalb die Einholung weiterer Gutachten nicht nachvollziehbar sei. Den PKW habe er im Juni 2008 aufgrund nachlassender Sehschärfe stehenlassen müssen. Der Kläger hat sich geweigert, sich mit der Heranziehung von medizinischen Unterlagen zur Verwertung im Verfahren einverstanden zu erklären und seine behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden. Er sieht schwerwiegende Fehler in der Durchführung des Verfahrens und hält den erlassenen Verwaltungsakt für nichtig. Insbesondere weist er nochmals darauf hin, dass er weiterhin die Versorgung mit dem verordneten Hilfsmittel begehre. Inzwischen betrage die Sehschärfe seines rechten Auges 80 Prozent und die des linken Auges 60 Prozent. Er hat einen Histologiebericht sowie einen Bericht über die stationäre Behandlung vom 28. Juni bis 7. Juli 2012 im Universitätsklinikum Magdeburg für Dermatologie und Venerologie vorgelegt. Danach bestand beim Kläger ein schlecht differenziertes Plattenepithelkarzinom, presternal und als Nebendiagnosen eine arterielle Hypertonie, eine koronare Herzerkrankung mit Zustand nach dreimaligem Herzkatheter, Herzinsuffizienz mit NYHA IV, Zustand nach Cholezystektomie und Lungenemphysem. Außerdem legte er eine ärztliche Bescheinigung des Herrn G. vom 5. Februar 2013 vor, nach der er nicht mehr in der Lage sei, allein ein Amt o.ä. aufzusuchen. Es sei immer eine Begleitperson erforderlich. Den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung hat er zurückgenommen, da die Eilbedürftigkeit mit der Länge der Bearbeitung verpuffe. In Bezug auf die Dauer des Verfahrens hat er eine Verzögerungsrüge erhoben. Außerdem hat er mit Schriftsatz vom 11. April 2013 Beschwerde eingelegt. Grund sei das Recht auf ein faires Verfahren. Der Rechtsstreit werde willkürlich geführt und Recht und Gesetz nicht ordnungsgemäß umgesetzt. Der Kläger hat in diesem Schreiben eine weitere Verzögerungsrüge ausgesprochen. Im Übrigen wird auf den Inhalt des Schreibens Bezug genommen.

Der Kläger beantragt nach seinem schriftlichen Vorbringen sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 19. April 2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 30. Oktober 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm die Kosten für das von ihm beschaffte Elektromobil in Höhe von 2.564,10 Euro zu erstatten,

hilfsweise,

das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg vom 19. April 2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 30. Oktober 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihn mit einem Elektromobil entsprechend der ärztlichen Verordnung zu versorgen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie beruft sich insbesondere auf das Sachleistungsprinzip, wonach die Leistungen der Krankenkasse grundsätzlich in Natur zur Verfügung gestellt werden und eine Kostenerstattung nur unter den Voraussetzungen des [§ 13 SGB V](#) in Betracht komme. Der Kläger habe aber kein Wahlrecht im Sinne des [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) ausgeübt und nach Beantragung des Hilfsmittels auch keinen weiteren Kontakt zur Beklagten gesucht. Vielmehr habe er sich bereits vor einer Entscheidung der Beklagten das Hilfsmittel selbst beschafft. Auf die Ausführungen des Klägers, dass er weiterhin die Versorgung mit einem Elektromobil entsprechend der ärztlichen Verordnung wünsche, hat sich die Beklagte nicht eingelassen.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrags der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Nach der Feststellung der ordnungsgemäßen Ladung des Klägers durfte das Gericht "einseitig" mündlich verhandeln und ein Urteil

verkünden, auch wenn der Kläger nicht erschienen und im Termin nicht vertreten war (vgl. Keller in Meyer-Ladewig/Keller/ Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 126 Rn. 4).

1. Soweit der Kläger die Erstattung der Kosten für das von ihm beschaffte Elektromobil begehrt, ist die Berufung nach [§ 173 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Der Bescheid der Beklagten vom 30. Oktober 2009 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 15. April 2010 ist rechtmäßig und beschwert den Kläger nicht im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#), denn dieser hat keinen Anspruch auf Erstattung der von ihm für die Beschaffung des Elektromobils aufgewandten Kosten.

Nach [§ 2 Abs. 2 SGB V](#) erhalten Versicherte die Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung als Sach- und Dienstleistungen, soweit das Fünfte oder Neunte Buch des Sozialgesetzbuches nicht Abweichendes vorsehen. Anstelle der Sach- oder Dienstleistung darf die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) Kosten nur erstatten, soweit es im SGB V oder SGB IX vorgesehen ist.

a) Nach den Vorschriften des SGB V kommt ein Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung nur unter den Voraussetzungen des [§§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht, da der Kläger Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) nicht gewählt hat. Nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) setzt der Kostenerstattungsanspruch neben der Notwendigkeit der Leistung voraus, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([§ 13 Abs. 3 S. 1](#) 1. Alt. SGB V) oder dass sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind ([§ 13 Abs. 3 S. 1](#) 2. Alt. SGB V). Diese Voraussetzungen liegen nicht vor.

aa) Unaufschiebbar im Sinne des [§ 13 Abs. 3 S. 1](#) 1. Alt. SGB V ist eine Leistung, wenn sie sofort – ohne die Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs – zu erbringen ist (vgl. BSG, Ur. v. 16.12.1993 – [4 RK 5/92](#) = BSGE 73, 2 171 [287]) = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#)). Die Leistung muss so dringlich sein, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit besteht, die Entscheidung der Krankenkasse einzuholen (BSG, Ur. v. 14.12.2006 – [B 1 KR 8/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#) Rn. 23).

Aus medizinischer Sicht war die Versorgung des Klägers mit einem Elektromobil nicht in dieser Weise dringlich. Darin unterscheidet sich der vorliegende Sachverhalt maßgeblich von dem Sachverhalt, über den das Bundesverfassungsgericht in der vom Kläger zitierten Entscheidung (BVerfG, Beschl. v. 25.02.2009 – [1 BvR 120/09](#), zitiert nach juris, die Muskulatur des Beschwerdeführers war nahezu vollständig gelähmt) zu befinden hatte. Das wird schon daran deutlich, dass die ärztliche Verordnung vom 25. Juni 2009 erst am 10. Juli 2009 bei der Beklagten einging. Bei einer besonderen Dringlichkeit der Leistung hätte der Kläger für eine sofortige Einreichung der Verordnung bei der Beklagten Sorge getragen. Er hat auch weder bei der Antragstellung noch später auf eine Dringlichkeit der Versorgung hingewiesen, und zwar selbst dann nicht, als die Beklagte ihm mit Schreiben vom 12. August 2009 mitteilte, dass der Leistungsantrag nicht sofort bearbeitet werden könne.

Zudem wird das Elektromobil lediglich für den Außenbereich benötigt. Innerhalb der Wohnung war die Fortbewegung ohne das begehrte Hilfsmittel möglich. Schon aus diesem Grund war es nicht unzumutbar, die Entscheidung der Krankenkasse vorab einzuholen. Grundsätzlich entscheidet der Rehabilitationsträger nach [§ 14 Abs. 2 Satz 2 SGB IX](#) innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang; wenn für die Feststellung des Rehabilitationsbedarfs ein Gutachten erforderlich ist, wird die Entscheidung innerhalb von zwei Wochen nach Vorliegen des Gutachtens getroffen ([§ 14 Abs. 2 Satz 4 SGB IX](#)). Das Abwarten dieser Fristen war für den Kläger jedenfalls nicht unzumutbar. Da der Kläger ein behinderter Mensch im Sinne des [§ 2 SGB IX](#) ist, es um eine Leistung zur Teilhabe im Sinne des [§ 4 SGB IX](#) geht und die Beklagte Rehabilitationsträger ist, sind die Vorschriften des SGB IX anwendbar.

Nach Ablauf dieser Fristen ist der Kostenerstattungsanspruch an die Voraussetzungen des [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) gebunden. Auf die Unzumutbarkeit des weiteren Abwartens kann sich daher nur berufen, wer dem Rehabilitationsträger nach [§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#) eine angemessene Frist gesetzt und dabei erklärt hat, dass er sich die erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffen werde. Der Kläger hat eine solche Erklärung nicht abgegeben.

Bei der gegebenen Sachlage, nach welcher der Beklagten die Dringlichkeit der Versorgung des Klägers mit dem Elektromobil nicht erkennbar war und sich der Kläger auch nicht mit einem Beratungsverlangen an die Beklagte gewandt hatte, kann sich der Kläger nicht auf eine Verletzung von Auskunfts- und Beratungspflichten berufen. Zweifelhaft ist bereits, ob sich daraus die Unzumutbarkeit des weiteren Abwartens ergeben könnte. Jedenfalls bestand aber für die Beklagte kein Anlass den Kläger über weitere Möglichkeiten zur Durchsetzung seiner Rechte zu beraten.

bb) Ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 S. 1](#) 2. Alt. SGB V setzt unter anderem voraus, dass die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Eine die Leistung ablehnende Entscheidung der Krankenkasse vor der Selbstbeschaffung ist danach zwingend notwendig. Nur durch die vorherige Prüfung der Krankenkasse wird sichergestellt, dass der Versicherte sachgerecht beraten wird und Gesundheitsgefahren und wirtschaftliche Risiken vermieden werden. Nur die Krankenkasse kennt die vorhandenen Versorgungsstrukturen, die geschlossenen Versorgungsverträge und hat Möglichkeiten der Einflussnahme auf die Qualität der Leistung und deren Preisgestaltung (st. Rspr. des BSG vgl. nur BSG, Ur. v. 14.12.2006 – [B 1 KR 8/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#); BSG, Ur. v. 15.04.1997 – [1 BK 31/96](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#)). Schon durch die Verwendung des Wortes "dadurch" kommt zum Ausdruck, dass die Selbstbeschaffung durch eine ablehnende Entscheidung der Krankenkasse herbeigeführt worden sein muss. Zwischen der Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse und der Ersatzbeschaffung muss ein Kausalzusammenhang bestehen (BSG, Ur. v. 14.12.2006 – [B 1 KR 8/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#); BSG, Ur. v. 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08](#) zitiert nach juris; vgl. zum Ganzen auch Brandts in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Bd. 1, § 13 SGB V Rn. 81 ff. mit weiteren Nachweisen).

Die Beklagte hat die Leistung erstmals mit Bescheid vom 30. Oktober 2009 abgelehnt.

"Selbst verschafft" ist eine Hilfsmittelleistung wenn zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer ein unbedingtes Verpflichtungsgeschäft zustande gekommen ist. Eine probeweise oder leihweise Überlassung des Hilfsmittels bleibt außer Betracht. Erst wenn der Versicherte bereits vor der Entscheidung der Krankenkasse eine endgültige rechtliche Verpflichtung eingeht und der

Leistungserbringer demgemäß auch im Falle der Ablehnung des Leistungsbegehrens durch die Krankenkasse die Abnahme und Bezahlung des Hilfsmittels verlangen kann, steht dies einer Leistungspflicht der Krankenkasse entgegen (vgl. BSG, Urteil vom 10.12.2009 – B3 KR 20/08 zitiert nach juris).

Danach ist es unerheblich, wann der Kläger den Kaufpreis gezahlt und das Sanitätshaus dem Kläger das Eigentum an dem Elektromobil übertragen hat. Entscheidend ist allein der Abschluss des unbedingten Verpflichtungsgeschäftes. Nach Auskunft des Sanitätshauses ist der Kaufvertrag am 14. September 2009 geschlossen worden. Ein Kaufvertrag ist ein unbedingtes Verpflichtungsgeschäft, mit welchem sich der Käufer zur Zahlung des Kaufpreises und der Verkäufer zur Übertragung des Eigentums an der Kaufsache verpflichtet. Am 14. September 2009 hat das Sanitätshaus auch die Rechnung für das Elektromobil erstellt. Es ist daher nachvollziehbar, dass der Kaufvertrag spätestens an diesem Tag zustande gekommen ist. Es kann dahingestellt bleiben, ob der Lieferschein des Sanitätshauses vom 18. August 2009, auf welchem der Kläger die Lieferung des Elektromobils am 24. August 2009 durch seine Unterschrift bestätigte, tatsächlich – wie der Kläger ausgeführt hat – auf der Vereinbarung einer zunächst leihweisen Überlassung des Hilfsmittels beruhte. Denn der Kläger ist jedenfalls spätestens am 14. September 2009 – und daher bereits vor der ablehnenden Entscheidung der Krankenkasse vom 30. Oktober 2009 – endgültig zur Zahlung des Kaufpreises und Abnahme des Elektromobils verpflichtet gewesen. Dies steht einem Kostenerstattungsanspruch entgegen.

b) Ein Kostenerstattungsanspruch ergibt sich auch nicht aus [§ 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 15 SGB IX](#). Nach [§ 15 Abs. 1 Satz 1 SGB IX](#) teilt der Rehabilitationsträger dem Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig mit, wenn über seinen Antrag auf Leistungen zur Teilhabe nicht innerhalb der in [§ 14 Abs. 2 SGB IX](#) genannten Fristen entschieden werden kann. Erfolgt die Mitteilung nicht oder liegt ein zureichender Grund nicht vor, können Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist setzen und dabei erklären, dass sie sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffen ([§ 15 Abs. 1 Satz 2 SGB IX](#)). Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist der zuständige Rehabilitationsträger unter Beachtung der Grundsätze der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit zur Erstattung der Aufwendungen verpflichtet ([§ 15 Abs. 1 Satz 3 SGB IX](#)). Die Erstattungspflicht besteht auch, wenn der Rehabilitationsträger eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder er eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat ([§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#)).

Eine Erstattungspflicht der Beklagten nach [§ 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX](#) scheidet aus den oben genannten Gründen aus, da die Beklagte weder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht noch eine Leistung vor der Selbstbeschaffung zu Unrecht abgelehnt hat. Eine Erstattungspflicht nach [§ 15 Abs. 1 Satz 2, 3 SGB IX](#) setzt voraus, dass der Leistungsberechtigte dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist gesetzt und erklärt hat, dass er sich nach Ablauf der Frist die erforderliche Leistung selbst beschaffe. Solche Erklärungen hat der Kläger nicht abgegeben.

Steht dem Kläger danach kein Kostenerstattungsanspruch nach dem SGB IX zu, kann die Beklagte auch nicht im Rahmen des [§ 14 SGB IX](#) als zuerst angegangener Rehabilitationsträger für eine Kostenerstattung selbstbeschaffter Leistungen in Anspruch genommen werden.

2. Soweit der Kläger anstelle der Kostenerstattung hilfsweise eine Versorgung mit einem Elektromobil begehrt, handelt es sich um eine unzulässige Klageänderung. Seine Ausführungen, er wehre sich gegen die Umwandlung des Grundes des Rechtsstreits der hausärztlichen Verordnung für ein Elektromobil in einen Antrag auf Erstattung der Kosten für ein Elektromobil, sind so auszulegen, dass wenigstens hilfsweise auch die Versorgung mit einem Elektromobil aufgrund der hausärztlichen Verordnung von der Beklagten begehrt wird.

Erstinstanzlich hatte der Kläger allerdings lediglich Kostenerstattung beantragt. Unerheblich ist, dass er sich schriftsätzlich dagegen gewandt hatte, dass sein Begehren auf Versorgung mit einem Elektromobil in einen Antrag auf Kostenerstattung umgewandelt werde. Denn entscheidend ist der in der mündlichen Verhandlung gestellte Antrag. Dieser war allein auf Kostenerstattung gerichtet. Sowohl der Widerspruchsbescheid der Beklagten als auch das erstinstanzliche Urteil befassen sich ausschließlich mit dem Kostenerstattungsanspruch. Zu der Frage, ob der Kläger trotz der Selbstbeschaffung des Elektromobils noch einen Versorgungsanspruch gegen die Beklagte geltend machen könnte, falls er medizinisch auf die Nutzung dieses Hilfsmittels angewiesen sein sollte, enthalten der Widerspruchsbescheid und das Urteil des Sozialgerichts Magdeburg keine Ausführungen. Vielmehr wurde jeweils davon ausgegangen, dass der Kläger wegen der Selbstbeschaffung ausschließlich eine Kostenerstattung begehrt.

In der Geltendmachung eines Versorgungsanspruchs mit dem Elektromobil im Berufungsverfahren liegt eine unzulässige Klageänderung. Eine Klageänderung ist eine Änderung des Streitgegenstandes. Durch eine Erklärung des Klägers wird anstelle des bisherigen prozessualen Anspruchs oder neben ihm ein anderer erhoben (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 99 Rn. 2). Der Kläger macht mit dem hilfsweise erhobenen Anspruch anstelle des bisherigen Kostenerstattungsanspruchs hilfsweise einen Versorgungsanspruch geltend.

Nach [§ 99 Abs. 3 SGG](#) ist es nicht als eine Änderung der Klage anzusehen, wenn ohne Änderung des Klagegrundes

1. die tatsächlichen oder rechtlichen Ausführungen ergänzt oder berichtigt werden,
2. der Klageantrag in der Hauptsache oder in bezug auf Nebenforderungen erweitert oder beschränkt wird,
3. statt der ursprünglich geforderten Leistung wegen einer später eingetretenen Veränderung eine andere Leistung verlangt wird.

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Der Kläger hat nicht nur seine tatsächlichen oder rechtlichen Ausführungen ergänzt oder berichtigt, sondern hilfsweise einen anderen Klageanspruch geltend gemacht. Darin liegt auch keine Erweiterung des Klageantrags, da es sich um einen anderen Klageanspruch handelt. Der Kläger verlangt nämlich statt der ursprünglich geforderten Kostenerstattung mit dem Versorgungsanspruch eine andere Leistung. Dies stellt nach [§ 99 Abs. 3 SGG](#) nur dann keine Klageänderung dar, wenn die Umstellung auf einer später eingetretenen Veränderung beruht. Nachdem der Kläger sich das Elektromobil selbst beschafft hatte und die Beklagte daher davon ausgegangen war, er begehre diesbezüglich lediglich noch Kostenerstattung, hat sich danach keine Veränderung der tatsächlichen oder rechtlichen Verhältnisse mehr ergeben.

Es handelt sich mithin um eine Klageänderung, die nur unter den Voraussetzungen des [§ 99 Abs. 1 SGG](#) zulässig ist. Danach ist eine Änderung der Klage nur zulässig, wenn die übrigen Beteiligten einwilligen oder das Gericht die Änderung für sachdienlich hält. Die Beklagte hat weder ausdrücklich in die Klageänderung eingewilligt noch hat sie sich im Sinne des [§ 99 Abs. 2 SGG](#) rügelos auf die geänderte Klage eingelassen. Sie ist auf das Versorgungsbegehren des Klägers weder in einem Schriftsatz oder in der mündlichen Verhandlung eingegangen noch hat sie hinsichtlich des hilfsweise gestellten Antrags Klageabweisung beantragt.

Der Senat hält die Änderung der Klage nicht für sachdienlich, da die Prozessvoraussetzungen für die geänderte Klage nicht vorliegen. Es fehlt insoweit an einem Widerspruchsbescheid. Eine Aussetzung des Verfahrens zur Nachholung des Vorverfahrens ist nicht sachdienlich, denn der Rechtsstreit würde durch die Klageänderung auf eine völlig neue Grundlage gestellt (zur Sachdienlichkeit einer Klageänderung vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Aufl. 2012, § 99 Rn. 10a mit weiteren Nachweisen). Der Prozess wäre nicht entscheidungsreif, da die medizinische Notwendigkeit der Versorgung mit einem Elektromobil nicht abschließend geklärt ist. In diesem Rahmen wäre ggf. die vom Kläger zitierte Entscheidung des Bundessozialgerichts (Urt. v. 12.08.09 - [B 3 KR 8/08 R](#), zitiert nach juris) zu berücksichtigen. Die Beteiligten - insbesondere die Beklagte - haben dazu bisher nicht hinreichend Gelegenheit zur Stellungnahme gehabt. Ggf. wären weitere medizinische Ermittlungen anzustellen und der Kläger wäre in Bezug auf die rechtlichen Auswirkungen seiner Weigerung, sich mit der Heranziehung von medizinischen Unterlagen zur Verwertung im Verfahren einverstanden zu erklären und seine behandelnden Ärzte von ihrer Schweigepflicht zu entbinden, umfassend aufzuklären. Andererseits ist der Prozessstoff des vorliegenden Kostenerstattungsverfahrens für den mit der Klageänderung geltend gemachten Versorgungsanspruch kaum verwertbar, so dass die Einführung des neuen Prozessstoffs in das laufende Berufungsverfahren keine prozessökonomischen Vorteile bietet. Bei dieser Sachlage ist es - auch mit Rücksicht auf die ausdrücklich vom Kläger gewünschte Beschleunigung des Verfahrens - nicht sachdienlich, den Anspruch auf Versorgung mit dem Elektromobil als Klageänderung in das Berufungsverfahren bezüglich des Kostenerstattungsanspruchs einzubeziehen.

3. Die vom Kläger mit Schriftsatz vom 11. April 2013 erhobene Beschwerde hat keinen eigenständigen Beschwerdegegenstand und ist daher als weiterer Vortrag zur Berufungsbegründung auszulegen.

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

Ein Grund für die Zulassung der Revision liegt nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2013-09-10