L 4 KR 5822/10

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 317/10
Datum
03.12.2010
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 5822/10
Datum
08.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 03. Dezember 2010 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt als Witwe und Sonderrechtsnachfolgerin des am 1940 geborenen und am 2010 verstorbenen D. B. (im Folgenden: Versicherter) die Erstattung der Kosten für den behinderungsgerechten Umbau eines PKW in Höhe von EUR 5.701,92.

Der Versicherte war bei der Beklagten krankenversichert. Bereits vor etwa 25 Jahren war bei ihm eine Erkrankung an multipler Sklerose (im Folgenden: MS) diagnostiziert worden. Wegen dieser Erkrankung bezog der Versicherte seit Juni 2000 von der bei der Beklagten errichteten Pflegekasse Leistungen der Pflegestufe III. Grundlage hierfür war das Gutachten vom 03. Juli 2000 des Dr. W. und der Pflegefachkraft B., beide vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), gewesen, in welchem diese u.a. von einer MS im fortgeschrittenen Stadium mit Parese der Arme und Beine sowie Steh- und Gehunfähigkeit berichtet hatten.

Im September 2009 (genaues Datum anhand der Verwaltungsakten nicht erkennbar) beantragte der Versicherte bei der Beklagten den behindertengerechten Umbau eines privaten PKW. Er legte hierfür eine vertragsärztliche Hilfsmittelverordnung des Arztes für Innere Medizin H. über einen "Schwenksitz Turny-300" bei "MS und Tetraplegie" vom 18. September 2009 sowie eine "Auftragsbestätigung" der Firma M. Z. GmbH (im Folgenden: Firma Z.) vom 25. Juni 2009 vor, welche für den Einbau eines Schwenksitzes Turny-300 sowie weitere im Zusammenhang damit stehende Umbauten an einem Pkw (Mercedes Benz A-Klasse Baujahr 2009) einen Betrag von EUR 5.916,81 auswies. Der einleitende Text dieser Auftragsbestätigung lautete: "Auf Grund ihrer schriftlichen Auftragsbestätigung vom 00.00.09 werden an ihrem Fahrzeug nachfolgende Umbauten durchgeführt". Das bei der Beklagten eingereichte Exemplar der Auftragsbestätigung war durch den Versicherten nicht unterschrieben.

Mit Bescheid vom 22. September 2009 lehnte die Beklagte den Antrag des Versicherten ab. Der behindertengerechte Umbau eines privaten PKW falle nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Eine Kostenübernahme sei somit nicht möglich. Ggf. komme ein anderer Kostenträger in Frage.

Gegen diesen Bescheid legte der Versicherte Widerspruch ein. Das Bundessozialgericht (BSG) habe am 16. September 2004 (B 3 KR 19/03 R SozR 4-2500 § 33 Nr. 7) entschieden, dass einer volljährigen Versicherten, die im Wachkoma liege, die Versorgung mit einem schwenkbaren Autositz zustehe. Auch er (der Versicherte) bedürfe eines solchen Schwenksitzes. Demgemäß sei ein solcher Schwenksitz vom ihn behandelnden Arzt auch ausdrücklich verordnet worden. Der schwenkbare Autositz sei ein geeignetes Hilfsmittel im Sinne von § 33 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Er sei erforderlich, um seine Behinderung auszugleichen, und stelle keinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens dar. Aufgrund seiner Behinderung könne er (der Versicherte) weder gehen noch stehen und infolgedessen auch ein Fahrzeug nicht selbst besteigen. Die Fahrten mit dem PKW seien zur Wahrnehmung von ärztlichen Behandlungsterminen (z.B. Wechsel des Katheters alle sechs Wochen) aber dringend erforderlich. Auch aus sozialen Gründen seien Fahrten mit dem PKW angezeigt; nur dadurch könne eine Kommunikation mit der Umwelt durch Besuch von Freunden, Bekannten und Verwandten, kulturellen Veranstaltungen etc. erfolgen. Bislang sei er von seiner Ehefrau mit großem körperlichen Aufwand mehr schlecht als recht in den PKW "befördert" worden. Dies sei dieser jedoch nicht mehr zumuten. Nur der schwenkbare Autositz ermögliche es ihm daher, unter Hilfestellung seiner Ehefrau das Fahrzeug zu besteigen und sicher transportiert zu werden. Angeschnallt sitzen könne er in einem Fahrzeug noch.

Die Beklagte holte eine sozialmedizinische Stellungnahme vom MDK ein (Stellungnahme des Dr. E., Datum nicht ersichtlich), der zu dem Ergebnis gelangte, die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Hilfsmittelgewährung lägen nicht vor. Das Autofahren sei kein Grundbedürfnis des täglichen Lebens, und ein Katheterwechsel sei durch den Hausbesuch des Arztes oder im Wege eines Krankentransports zum Arzt möglich. Auf das Schreiben der Beklagten vom 22. Oktober 2010, dass auch der MDK eine Kostenübernahme nicht befürworte, teilte der Versicherte mit, er halte seinen Widerspruch gleichwohl aufrecht. Am 11. Januar 2010 erhob der Versicherte zum Sozialgericht Mannheim (SG) Untätigkeitsklage.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. Januar 2010 wies der bei der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch des Versicherten als unbegründet zurück. Der Einsatz von Hilfsmitteln diene zwar auch der Korrektur weitergehender Folgen von bestehenden Behinderungen, soweit diese lebensnotwenige Grundbedürfnisse beträfen. Einem solchen lebensnotwendigen Grundbedürfnis diene der beantragte schwenkbare Autositz jedoch nicht. Das BSG habe in der Entscheidung vom 16. September 1999 (B 3 KR 8/98 R SozR 3-2500 § 33 Nr. 31) die Erschließung des körperlichen Freiraums im Sinne eines Basisausgleichs und nicht im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den unbegrenzten Mobilitätsmöglichkeiten eines Gesunden definiert. Maßgebend in diesem Zusammenhang seien die Strecken, die ein Gesunder üblicherweise zu Fuß zurücklege. Dabei solle der Patient in der Lage sein, Geschäfte im unmittelbaren häuslichen Umfeld zu erreichen oder einen Spaziergang zu machen. Dazu sei der Einbau eines schwenkbaren Autositzes nicht erforderlich. Überdies habe das BSG bereits entschieden (unter Verweis auf die Entscheidung vom 26. März 2003 - B 3 KR 23/02 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 3), dass das Autofahren nicht zu den gesetzlich definierten Grundbedürfnissen zähle. Auch nach den beiden Entscheidungen des BSG vom 16. September 2004 (a.a.O. und B 3 KR 15/04 R, juris) stelle das Autofahren kein durch die Krankenkasse sicherzustellendes Grundbedürfnis dar. Selbst wenn alle vier bis sechs Wochen auswärtige Arzttermine beim Hausarzt sowie mehrmals im Jahr Facharzttermine wahrgenommen werden müssten, seien nach der Begründung des BSG die Voraussetzungen für die Kostenübernahme von Veränderungen am privateigenen PKW keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Mobilität in dem erforderlichen Rahmen könne regelmäßig durch einen zur Verfügung gestellten Rollstuhl - den auch der Versicherte bereits habe - sichergestellt werden. Ihre (der Beklagten) Sachverhaltsermittlungen hätten ergeben, dass die überwiegenden Behandlungen und Anwendungen des Versicherten durch Hausbesuche erbracht werden könnten. Soweit der in sechswöchigem Abstand erforderliche Katheterwechsel im Rahmen eines Praxisbesuches erfolgen müsse, führe dies zu keinem andern Ergebnis. In solchen Fällen sei auf ein Krankentransportfahrzeug zurückzugreifen.

Auf diesen ihm am 22. Januar 2010 zugestellten Widerspruchsbescheid hin erklärte der Versicherte seine Untätigkeitsklage am 26. Januar 2010 für erledigt und erhob zugleich beim SG neue Klage wegen des erlassenen Widerspruchsbescheids. Nach seinem Tod führte die Klägerin als dessen Sonderrechtsnachfolgerin die Klage fort. Sie begehrte zuletzt die Erstattung eines Betrags von EUR 5.701,92 für den Einbau eines Schwenksitzes im privaten PKW und dadurch entstandene Folgekosten. Sie legte die Rechnung der Firma Z. vom 07. Oktober 2009, die auf eine schriftliche Auftragsbestätigung vom 01. Juli 2009 Bezug nimmt, über die Kosten des Umbaus in Höhe von EUR 5.628,58 sowie die Rechnung der Firma Autohaus H. G. GmbH & Co. KG - im Folgenden Firma H.G. - vom 08. Oktober 2009 über die am 08. Oktober 2009 erfolgte Umprogrammierung des Steuergeräts in Höhe von EUR 73,07 vor. Auf beiden Rechnungen findet sich der Vermerk: "Betrag dankend erhalten". Bereits der Versicherte hatte vorgetragen, zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zähle auch das Bedürfnis, bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen. Die notwendige medizinische Versorgung sei grundlegende Voraussetzung, um die elementaren Bedürfnisse des täglichen Lebens befriedigen zu können (unter Verweis auf das schon von ihm zitierte Urteil des BSG vom 16. September 2004 sowie auf obergerichtliche Rechtsprechung). Infolge seiner fortschreitenden MS-Erkrankung mit einem Grad der Behinderung von 100 sei er in seiner Lebensbetätigung eingeschränkt. Das BSG habe schon vor geraumer Zeit entschieden, dass ein schwenkbarer Autositz ein Hilfsmittel sei, wenn einem Versicherten dadurch ermöglicht werde, einen PKW zu benutzen und damit die Unfähigkeit auszugleichen, zu gehen und ein Fortbewegungsmittel zu besteigen. Der Hinweis der Beklagten, die Fahrten zu und von den Ärzten könnten durch professionelle Krankentransporte durchgeführt werden, lasse eine Würdigung der besonderen Umstände seiner eigenen Schwerbehinderung und der mit der Organisation und Durchführung solcher Krankenfahrten verbundenen Schwierigkeiten nicht erkennen. Jedenfalls zeige er keine preiswerte Alternative auf. Bei ihm müsse alle vier bis sechs Wochen ein Katheterwechsel erfolgen. Hinzu kämen die Arztbesuche bei normalen Erkrankungen (Erkältungen, Grippe und dergleichen). Im Jahr fielen etwa zwölf bis 18 Fahren zum Arzt an. Pro Fahrt errechne sich ein Aufwand von etwa EUR 200,00. Bereits in einem Zeitraum von knapp zwei Jahren wären die Kosten des schwenkbaren Autositzes erreicht. Da auch auf eine Begleitperson verzichtet werden könne, stelle der schwenkbare Autositz eine sinnvolle Maßnahme dar, die der Beklagten im Ergebnis Kosten erspare. Es sei auch nicht ersichtlich, dass ein kostengünstigeres Modell zum Einbau in den PKW hätte erworben werden können. Der enorme körperliche Aufwand, der durch seine Ehefrau bislang dafür habe aufgewandt werden müssen, um ihn in das Fahrzeug zu befördern, könne ihr nicht mehr zugemutet werden, da sich auch bei ihr in den Knien und der Wirbelsäule schon gesundheitliche Beeinträchtigungen eingestellt hätten. Soweit die Beklagte nunmehr geltend mache, der Beschaffungsweg sei nicht eingehalten worden, sei auch dies nicht zutreffend. Der Umbau sei am 07. Oktober 2009 und die notwendige Umprogrammierung des Steuergeräts sei am 08. Oktober 2009, also nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten erfolgt. Dies ergebe sich aus den Rechnungen. Eine Auftragsbestätigung vom 01. Juli 2009 liege nicht vor.

Die Beklagte trat dem Klagevorbringen entgegen. Das BSG habe sich in zwei Urteilen vom 16. September 2004 mit der Frage der Kostenübernahme eines schwenkbaren Autositzes durch die Krankenkasse befasst. Es habe die Übernahme der Kosten im Fall einer Wachkomapatientin zugesprochen, welche mehrmals wöchentlich zu Ärzten und Therapeuten habe transportiert werden müssen und welcher durch den Transport im vertrauten Fahrzeug und in Gegenwart der Eltern Angstzustände und zusätzlich spastische Anfälle hätten erspart werden können. Das Erfordernis einer derart häufigen Benutzung des PKW wie im zusprechenden Urteil des BSG (B 3 KR 19/03 R a.a.O.) sei beim Versicherten nicht ersichtlich. Dieser habe auf ärztliche Behandlungstermine zum Katheterwechsel hingewiesen, die nach eigenen Angaben in Abständen von sechs Wochen anfielen. Sie (die Beklagte) habe für den Versicherten in den Jahren 2008 und 2009 zudem die Kosten für Krankengymnastik übernommen, jedoch hätten die Behandlungen beim Versicherten zu Hause stattgefunden. In dem weiteren Urteil des BSG vom 16. September 2004 (B 3 KR 15/04 R a.a.O.) habe das BSG eine Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse für einen Schwenksitz zudem abgelehnt, obwohl die dortige Klägerin an einer ausgeprägten chronischen Polyarthritis mit fehlender Steh- und Gehfähigkeit gelitten habe. Unabhängig davon stelle sich die Frage, ob der Versicherte den Beschaffungsweg eingehalten habe. Die Auftragsbestätigung der Firma Z. datiere vom 25. Juni 2009. Die ärztliche Verordnung sei erst am 18. September 2009 ausgestellt worden. Dies deute darauf hin, dass der behindertengerechte Umbau des PKW bereits vor der ablehnenden Entscheidung vom 22. September 2009 erfolgt sei. Damit scheide von vornherein eine Kostenübernahme aus.

Mit Urteil vom 03. Dezember 2010 wies das SG die Klage ab. Als Rechtsgrundlage für das Begehren der Klägerin komme § 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. Dies setze jedoch voraus, dass die Beklagte die Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Das sei jedoch nur dann der Fall, wenn ein

Versicherter die Leistung, bevor er sich zivilrechtlich gegenüber Dritten verpflichte, bei der Beklagten beantragt habe. Daran scheitere der geltend gemachte Anspruch hier. Aus der von der Klägerin vorgelegten Rechnung der Firma Z. vom 07. Oktober "2010" (richtig 2009) ergebe sich, dass eine schriftliche Auftragserteilung durch den Versicherten bereits am 01. Juli 2009 erfolgt sei. Zu diesem Zeitpunkt habe noch keine ärztliche Hilfsmittelverordnung vorgelegen. Die Beklagte habe erst mit Bescheid vom 22. September 2009 die Kostenübernahme abgelehnt. Die Ablehnung sei damit nicht ursächlich für die Aufwendungen gewesen, die dem Versicherten durch den Einbau des schwenkbaren Autositzes entstanden seien. Kausal für die Entstehung dieser Kosten sei allein und ausschließlich die frühzeitige vertragliche Bindung des Versicherten gewesen, die er eingegangen sei, ohne die Beklagte zu informieren und ohne der Beklagten die Möglichkeit zu geben, ihn auf Konsequenzen hinzuweisen oder anderweitige Versorgungsmöglichkeiten zu prüfen. Bei dieser Sachlage könne dahingestellt bleiben, ob die Beklagte überhaupt verpflichtet gewesen wäre, dem Versicherten einen schwenkbaren Autositz zur Verfügung zu stellen.

Gegen dieses ihr am 17. Dezember 2010 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 22. Dezember 2010 zum Landessozialgericht (LSG) Baden-Württemberg Berufung eingelegt. Eine schriftliche Auftragsbestätigung vom 01. Juli 2009 sei ihr nicht bekannt. Der Versicherte habe eine Auftragsbestätigung auch nicht unterzeichnen können, denn dazu sei er auf Grund seines Krankheitszustandes gar nicht in der Lage gewesen. Im Übrigen habe der Versicherte mit der Firma Z. vereinbart, dass diese mit den erforderlichen Arbeiten erst nach der Entscheidung der Beklagten über die Übernahme der Kosten beginnen solle. So sei es auch erfolgt. Erst nach dem 22. September 2009 hätten der Versicherte und sie selbst den verbindlichen Auftrag für die Durchführung der Arbeiten erteilt. Dafür, dass diese Behauptung zutreffend sei, spreche auch der zeitliche Ablauf. Wenn der Versicherte tatsächlich schon am 01. Juli 2009 einen verbindlichen Auftrag erteilt hätte, hätte sich die Firma Z. sicherlich nicht bis 07./08. Oktober 2009, also über drei Monate, Zeit gelassen, den Auftrag auszuführen. Materiellrechtlich sei ihr Anspruch begründet. Insoweit werde auf das bisherige Vorbringen Bezug genommen. Die Klägerin hat hierzu ein ärztliches Attest über insgesamt fünf vom Versicherten von August 2009 bis März 2010 vorgenommene Termine zum Katheterwechsel vorgelegt und hierzu ergänzt, der Versicherte habe sich ab 23. Dezember 2009 in stationärer Behandlung befunden.

Nachdem die Firma Z. auf Anfrage des Senats ihre Geschäftsunterlagen über den Versicherten vorgelegt hat, hat die Klägerin ergänzend vorgetragen, zwar treffe zu, dass sie am 01. Juli 2009 die Auftragsbestätigung vom 25. Juni 2009 in W. unterzeichnet habe, diese Auftragsbestätigung habe aber nur den Charakter eines Angebots bzw. einer Information darüber gehabt, in welcher Größenordnung Umbaukosten entstehen würden. Offenbar handele es sich bei der Auftragsbestätigung um einen Schriftbaustein, denn eingangs werde auf eine Auftragsbestätigung vom "00.00.09" Bezug genommen. Die Unterzeichnung sei in W. erfolgt, weil sich dort eine Niederlassung des Autohauses H.G. befinde. Von dort aus sei auch die Vertragsanbahnung mit der Firma Z. erfolgt, da weder der Versicherte noch sie (die Klägerin) in solchen Angelegenheiten über entsprechende Erfahrung verfügt hätten. Sie (die Klägerin) wisse nicht mehr ganz genau, ob die spätere verbindliche Auftragserteilung direkt gegenüber der Firma Z. erfolgt sei oder über die Firma H.G ... Sie erinnere sich aber noch genau daran, dass dies erst nach Erhalt des negativen Bescheides der Beklagten vom 22. September 2009 geschehen sei. Dies ergebe sich auch aus den weiteren durch die Firma Z. vorgelegten Unterlagen. Danach sei die Ausprogrammierung des Beifahrerairbags am 30. September 2009, die TÜV-Auftragsbestätigung und das Gutachten zur Erlangung der Betriebserlaubnis am 06. Oktober 2009, und das Fahrzeugübernahmeprotokoll am 08. Oktober 2009 erstellt worden. Wäre der Auftrag bereits verbindlich im Juli 2009 erteilt worden, so wäre all dies sicherlich nicht erst im Oktober 2009 erfolgt. Es sei üblich und betriebswirtschaftlich geboten, unmittelbar nach Durchführung der Arbeiten abzurechnen. Im Übrigen sei der PKW, in welchen der Schwenksitz eingebaut worden sei, erst gegen Ende September 2009 geliefert worden. Erst danach sei der verbindliche Umbauauftrag erteilt worden (unter Vorlage einer Rechnung von Mercedes Benz vom 30. September 2009). Die formale Argumentation des SG könne daher die abweisende Entscheidung nicht stützen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 03. Dezember 2010 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22. September 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an sie EUR 5.701,92 nebst 4 % Zinsen hieraus ab 01. März 2010 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Aus der Rechnung der Firma Z. vom 07. Oktober 2009 gehe ausdrücklich hervor, dass die Auftragserteilung am 01. Juli 2009 erfolgt sei. An diesem Tag sei zivilrechtlich ein Werkvertrag mit seinen schuldrechtlichen Konsequenzen geschlossen worden. Dass der schwenkbare Autositz erst im Oktober 2009 eingebaut worden sei, ändere daran nichts. Unabhängig davon komme die Kostenübernahme auch unter materiellrechtlichen Gesichtspunkten nicht in Betracht. Es werde davon ausgegangen, dass der schwenkbare Autositz vordergründig für private Fahrten genutzt worden sei. In solchen Fällen trete die Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung jedoch nicht ein.

Beide Beteiligte haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten sowie der Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten, die Akte der Pflegeversicherung der Beklagten und die Gerichtsakten in beiden Instanzenzügen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat mit Einverständnis beider Beteiligter durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entscheidet (§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz - SGG -), ist statthaft und zulässig. Sie ist jedoch nicht begründet, denn der Bescheid der Beklagten vom 22. September 2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Januar 2010 ist rechtmäßig und verletzt auch die Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin des Versicherten nicht in ihren Rechten. Da schon dem Versicherten der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V nicht zugestanden hatte, kann auch die Klägerin als vorrangige Sonderrechtsnachfolgerin nach § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) nicht die Erstattung der Kosten für den behindertengerechten Umbau eines privaten PKW mit Einbau eines Schwenksitzes in Höhe von EUR 5.701,92 verlangen. Dies hat das SG zutreffend entschieden.

1. Die Klägerin ist als Sonderrechtsnachfolgerin gemäß § 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I befugt, einen Kostenerstattungsanspruch geltend zu machen, weil dieser im Rechtssinne auf eine "laufende" Geldleistung gerichtet ist (vgl. BSG, Beschluss vom 08. November 2011 - B 1 KR 6/11 R -, juris; anderer Ansicht: BSG, Urteil vom 25. August 2009 - B 3 KR 25/08 R - SozR 4-2500 § 37 Nr. 10).

2. Da der Versicherte nicht nach § 13 Abs. 2 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für den behindertengerechten Umbau in Höhe von EUR 5.701,92 nach Maßgabe des SGB V nur § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V in Betracht. Diese Vorschrift bestimmt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

a) Das SG hat im Ergebnis zutreffend entschieden, dass es im konkreten Fall schon an einer Kostenverursachung gerade dadurch, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat, fehlt. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und auch deren Entscheidung - oder wenigstens als verbindlich zu verstehende ablehnende Äußerung - abzuwarten. § 13 Abs. 3 Satz 1 auf SGB V soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Maßnahme infolge eines Mangels im Leistungssystem nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung oder vor Anschaffung eines Hilfsmittels mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des BSG; vgl. BSG, Urteil vom 15. April 1997 - 1 BK 31/96 - SozR 3-2500 § 13 Nr. 15; Urteil vom 04. April 2006 - B 1 KR 5/05 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 8; Urteil vom 14. Dezember 2006 - B 1 KR 8/06 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 12). Dieses Verfahren ist entgegen früherer Andeutung (vgl. BSG, Urteil vom 28. September 1993 - 1 RK 37/92 - SozR 3-2500 § 34 Nr. 2) selbst dann zu fordern, wenn von vornherein feststand, dass eine von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden würde und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. eingehend BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - B 1 KR 8/06 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 12). Es ist weder unzumutbar noch bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über die beantragte Behandlung zu befinden (z.B. BSG, Urteile vom 20. Mai 2003 - B 1 KR 9/03 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 1 und 02. November 2007 B 1 KR 14/07 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 15). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihre Beratungsaufgaben erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und gegebenenfalls aufzuzeigen, welche Leistungen anstatt der begehrten in Betracht kommen. Der Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Leistung und der Selbstbeschaffung fehlt auch, wenn der Versicherte sich - unabhängig davon, wie eine Entscheidung der Krankenkasse ausfällt - von vornherein auf eine bestimmte Art der Behandlung festgelegt hat (BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - B 1 KR 2/08 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 20).

Die Beklagte wurde hier erstmals nach dem 18. September 2009 (unter diesem Datum ist die vertragsärztliche Verordnung abgefasst, welche der Beklagten vorgelegt worden ist) mit dem Leistungsbegehren des behindertengerechten Umbaus eines Pkw befasst. Zu diesem Zeitpunkt war jedoch die Firma Z. durch den Versicherten bereits verbindlich mit dem begehrten Umbau beauftragt worden. Dies steht zur Überzeugung des Senats auf der Grundlage des Inhalts der vorliegenden Unterlagen über den erfolgten Umbau sowohl der Firma Z. als auch der Firma H.G. sowie der sich danach ergebenden Zeitabläufe fest.

Für die Frage, ob eine Vorfestlegung im Sinne der Rechtsprechung des BSG durch die versicherte Person bereits erfolgt ist, ist nicht darauf abzustellen, ob der Umbau vor Beantragung von Leistungen faktisch schon erfolgt ist, sondern vielmehr, ob die versicherte Person einen Leistungserbringer bereits mit der Durchführung der begehrten Leistung beauftragt hat, ob also die versicherte Person schon vor Befassung der Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren eine verbindliche schuldrechtliche Zahlungsverpflichtung eingegangen ist. Denn die zu leistende Zahlung fällt dann ohne Weiteres und folglich, ohne dass dies auf eine unrechtmäßige Ablehnung der Krankenkasse zurückgeht, an (vgl. BSG, Beschluss vom 01. Dezember 2011 - B 3 KR 17/11 B - juris; vgl. in diesem Sinne auch BSG, Urteil vom 23. Januar 2003 - B 1 KR 7/02 R - SozR 4-2500 § 33 Nr 1, dort zum Fehlen einer endgültigen vertraglichen Bindung).

Eine solche vertragliche Verpflichtung war der Versicherte aber bereits am 01. Juli 2009 eingegangen. Dies ergibt sich nach Überzeugung des Senats anhand der von der Firma Z. vorgelegten Unterlagen über den Geschäftsvorgang mit dem Versicherten sowie anhand der von der Klägerin vorgelegten Rechnung vom 07. Oktober 2009. Die Klägerin hatte danach am 01. Juli 2009 eine als solche betitelte "Auftragsbestätigung" unterschrieben, welche die Firma Z. unter dem 25. Juni 2009 als Absenderin und den Versicherten als Empfänger ausweist. Nachdem die Klägerin eine solche Unterschrift zunächst bestritten hatte, hat sie mittlerweile auch eingeräumt, diese Unterschrift am besagten Tage geleistet zu haben. Mit Ableisten dieser Unterschrift ist jedoch - anders als vorgetragen - nicht bloß eine unverbindliche Anfrage an die Firma Z. über möglicherweise entstehende Kosten erfolgt, sondern ein gemischter Kauf- und Werkvertrag (§§ 433 ff, §§ 631 ff. Bürgerliches Gesetzbuch - BGB -) zwischen dem Versicherten und der Firma Z. über die Durchführung des behindertengerechten Umbaus eines Privat-PKW bei Erwerb des Schwenksitzes "Turny-300" rechtswirksam zustande gekommen. Dies ergibt sich schon allein aus dem Inhalt dieses Schriftstücks selbst. Bereits die Überschrift qualifiziert dieses Schriftstück nicht als bloße "Vorab-Erkundigung" über mit einem solchen Umbau voraussichtlich anfallende Kosten, denn das Schreiben ist nicht mit "Kostenvoranschlag", sondern mit dem Begriff der "Auftragsbestätigung" betitelt. Es folgen unter dieser Überschrift im Einzelnen aufgeführte Berechnungsposten, die auf S. 5 des Schriftstücks zu einem Betrag von EUR 4.972,11 netto aufsummiert sind. Unmittelbar darunter findet sich der Satz "Auftragserteilung erfolgt hiermit lt. vorgenanntem Auftragsumfang und unter Anerkennung nachstehender Zahlungsbedingungen: Zahlbar bei Kfz-Abholung in bar oder per EC-Karte ( )". Direkt unterhalb dieses Satzes hat die Klägerin mit Ort und Datum ihre Unterschrift geleistet. Angesichts der Zusammenschau dieser Bestandteile des fraglichen Schriftstücks vom 25. Juni 2009 ergibt sich gemäß den für einen Vertragsschluss maßgeblichen Auslegungsregelungen (§§ 133, 145 BGB) unzweideutig ein wirksamer Vertragsschluss zwischen der Firma Z. und dem Versicherten. Abgesehen davon, dass es auch ohne erkennbaren Sinn wäre, eine "Preisvoranfrage" zu unterschreiben, und dies obwohl sich bereits aus dem Text des Schriftstücks selbst deutlich der Endpreis ergibt, kann angesichts der sich - nach dem Text durch die Unterschrift herbeizuführenden - Zahlungsverpflichtung nach objektivem Empfängerhorizont die Unterschrift nur als verbindliche Auftragszusage verstanden werden. Anderes kann auch nicht daraus geschlossen werden, dass sich zu Beginn des Schriftstücks auch der Satz "aufgrund ihrer schriftlichen Auftragsbestätigung vom 00.00.09 werden folgende Arbeiten durchgeführt", also ein Text mit unspezifiziertem Datum findet. Es mag zutreffen, dass die Firma Z. ihrer Auftragsbestätigung eine Dokumentvorlage zugrundegelegt und insoweit vergessen hat, diese konkret auszufüllen. Den im Übrigen jedoch eindeutigen Gesamttext vermag dies aber nicht zu entkräften.

Die Klägerin hat folglich am 01. Juli 2009 ein an den Versicherten gerichtetes Vertragsangebots als dessen Vertreterin angenommen. Hierzu war sie als dessen Ehefrau (§ 1357 BGB), aber auch aufgrund der ihr erteilten notariellen Generalvollmacht vom 11. August 2003 (Bestandteil der durch die Beklagte vorgelegten Pflegeakte) bevollmächtigt. Dass also die Klägerin und nicht der Versicherte selbst diese Unterschrift geleistet hat, steht der Wirksamkeit dieser zwischen dem Versicherten und der Firma Z. getroffenen Vereinbarung folglich nicht entgegen. Vielmehr erklärt sich dies, wie die Klägerin selbst eingeräumt hat, damit, dass der Versicherte selbst zur Ableistung einer Unterschrift schon damals körperlich nicht mehr in der Lage war.

Aber auch die äußeren Umstände des Vertragsabschlusses sprechen sämtlich für eine bereits am 01. Juli 2009 getroffene verbindliche Vereinbarung. Die gesamten aus den Vertragsunterlagen ersichtlichen Daten sprechen dafür, dass der Versicherte bereits Ende Juni ein von ihm als verbindlich beabsichtigtes Geschäft angebahnt hat, welches dann am 01. Juli 2009 auch geschlossen wurde. Anhand der von der Klägerin vorgelegten Rechnung von Mercedes Benz vom 30. September 2009 ergibt sich, dass der Versicherte am 24. Juni 2009 einen Mercedes-Benz-Neuwagen bestellt hat. Ausweislich der gesamten weiteren Unterlagen und Auskunft der Klägerin selbst ist diese Bestellung über das Autohaus H.G. erfolgt. Die Klägerin selbst hat überdies angegeben, auch die Vertragsanbahnung mit der Firma Z. zum Umbau eben dieses Neuwagens sei seinerzeit über das Autohaus H.G. erfolgt. Dies lässt sich auch nachvollziehen anhand der auf der Auftragsbestätigung der Firma Z. vom 25. Juni 2009 befindlichen Eingangsstempel. Es findet sich dort nämlich sowohl ein Eingangsstempel vom 29. Juni 2009 des Autohauses H.G. als auch ein weiterer Eingangsstempel vom "3. Juli 2009" auf diesem Schreiben. Nachdem die Klägerin die Auftragsbestätigung am 01. Juli 2009 unterschrieben hat, lässt sich hieraus ableiten, dass die Firma Z. ihre Auftragsbestätigung - auf Veranlassung der Firma H.G. im Nachgang zur Bestellung des Neuwagens am 24. Juni 2009 - an die Firma H.G. unter dem Datum des 25. Juni 2009 geschickt hat, die Klägerin den Vertrag dort am 01. Juli 2009 für den Versicherten unterschrieben hat und der Vertrag im Anschluss durch die Firma H.G. wieder an die Firma Z. zurückgesandt wurde. Damit aber sprechen die äußeren Umstände ganz maßgeblich dafür, dass von vornherein der Kauf eines Neuwagens zusammen mit dem Einbau eines Schwenksitzes vorgenommen werden sollte. Dies gilt umso mehr, als schon der Autohersteller - ausweislich konkreter Hinweise in der Auftragsbestätigung - entsprechende bauliche Voraussetzungen für den Einbau des Schwenksitzes am Neuwagen schaffen musste und, wie sich anhand eines Schreibens des Herstellers vom 30. September 2009 ergibt, auch so verfahren ist. Eine verbindliche Bestellung nur des Neuwagens selbst, nicht dagegen der baulichen Veränderungen, erscheint damit insgesamt fernliegend.

Die Tatsache, dass ein erst noch zu liefernder Neuwagen umgebaut werden sollte, erklärt aber auch, weshalb der tatsächliche Umbau dann erst im September begonnen wurde. Die Firma Z. hatte insoweit erst die Auslieferung des Fahrzeuges abzuwarten, die dann am 30. September 2009 erfolgte. Die gegenteilige Einlassung der Klägerin, sie habe der Firma Z. erst nach Ablehnung ihres Antrags durch die Beklagte mit Bescheid vom 22. September 2009 eine verbindliche Zusage zur Durchführung des bis dahin nur angebahnten Vertrags erteilt, sieht der Senat durch diese Gesamtumstände als widerlegt an. Dies gilt umso mehr, als die Klägerin sich zwar genau erinnern will, dass sie den Auftrag zwar erst nach dem 22. September 2009 verbindlich erteilt habe, sich jedoch andererseits weder an das genaue Datum noch daran erinnern können will, ob sie die Beauftragung direkt der Firma Z. oder dem Autohaus H.G. ausgesprochen hat. Im Übrigen wäre dann innerhalb eines sehr kurzen Zeitraums der Schwenksitz "Turny-300" zu bestellen, zu liefern und überdies eine - noch durch den Fahrzeughersteller vorzunehmende - bauliche Veränderung des Fahrzeuges zu veranlassen gewesen, was angesichts der dann vorhandenen Zeitspanne von maximal zwei Wochen (vom 23. September 2009 bis 07. Oktober 2009) kaum denkbar erscheint.

Nach allem stellen sich die Gesamtumstände so dar, dass der Versicherte - vertreten durch die Klägerin - anlässlich der Bestellung eines Neuwagens schon am 24. Juni 2009 im Autohaus H.G. - schon am 01. Juli 2009 verbindlich auch den behindertengerechten Umbau in Auftrag gegeben hat. Nur so lässt sich im Übrigen auch begründen, dass die Firma Z. ihre Rechnung vom 07. Oktober 2009 "aufgrund Ihrer schriftlichen Auftragserteilung vom 01. Juli 2009" ausgestellt hat. Die Kausalitätsanforderungen des § 13 Abs. 3 Satz1 SGB V sind daher nicht erfüllt.

b) Mit Blick darauf führt der Senat lediglich ergänzend aus, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung auch an den weiteren Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V scheiterte.

Die begehrte Leistung war im Falle des Versicherten nicht unaufschiebbar im Sinne von § 13 Abs. 3 Satz 1 Erste Alternative SGB V. Dies wäre nur der Fall gewesen, wenn die Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr bestand (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - B 1 KR 8/06 R - SozR 4-2500 § 13 Nr. 12). Davon kann hier nicht ausgegangen werden. Die Erkrankung des Versicherten war zum Zeitpunkt der Beauftragung der Firma Z. bereits seit vielen Jahren bekannt und befand sich in einem Prozess der stetigen Verschlechterung. Bereits seit dem Jahr 2000 bezog der Versicherte Leistungen der Pflegestufe III. Das Erfordernis der eines behindertengerechten PKW-Umbaus trat daher nicht im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 Erste Alternative unerwartet, sondern schon lange vorhersehbar ein.

Auch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Zweite Alternative SGB V bestand ein Erstattungsanspruch nicht. Nach ständiger Rechtsprechung reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch hiernach nämlich nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistungen zu erbringen haben (vgl. BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 11; SozR 4-2500 § 13 Nr. 12; SozR 4-2500 § 13 Nr. 12). Ein Anspruch des Versicherten auf die Beschaffung und Einbau des Schwenksitzes "Turny-300" bestand jedoch nicht.

Die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten sind in § 27 Abs. 1 SGB V grundlegend umschrieben. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der hier maßgeblichen, seither unverändert geltenden Fassung des Gesetzes zur Strukturreform im Gesundheitswesen (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl. I, S. 2477) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst dabei gemäß § 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V in der Fassung des GRG unter anderem auch die Versorgung mit Hilfsmitteln, die durch § 33 SGB V eine eigenständige Regelung erfährt.

In Betracht käme hier nur ein Anspruch nach § 33 Abs. 1 Satz 1, 3. Alternative SGB V, um das Gebot eines möglichst weit gehenden Behinderungsausgleichs zu erfüllen. Hierzu gehört nach der Rechtsprechung des BSG auch, das Grundbedürfnis des "Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums" sicherzustellen. Im Falle des Versicherten war jedoch der Schwenksitz nicht in diesem Sinne erforderlich.

Das BSG vertritt in ständiger Rechtsprechung hierzu die Auffassung, dass die Grundbedürfnisse immer nur im Sinne eines Basisausgleichs der Behinderung selbst und nicht im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten des Gesunden zu verstehen ist. Die Rechtsprechung stellt dabei auf diejenigen Entfernungen ab, die ein Gesunder zu Fuß zurücklegt oder um die - üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden - Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind (vgl. BSG vom 26. März 2003 - B 3 KR 23/02 R - juris). Auch im Zusammenhang mit einem schwenkbaren Autositz hat das BSG an diesem Maßstab ausdrücklich festgehalten und ausgeführt, dass es nicht zu den Aufgaben der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, dem Einzelnen das Autofahren zu ermöglichen (vgl. BSG, Urteil vom 16. September 2004 - B 3 KR 15/04 R - juris). Soweit es dies in bestimmten Fällen anders gesehen hat, hat es ausdrücklich auf das Bestehen besonderer zusätzlicher qualitativer Merkmale abgestellt, so im von der Klägerin zitierten Urteil ebenfalls vom 16. September 2004 (B 3 KR 19/03 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 7). Alleine die Tatsache, dass durch das Autofahren ein größerer Aktionsradius erschlossen wird, hat das BSG gerade nicht ausreichen lassen. Eine in diesem Sinne besondere Fallkonstellation lag beim Versicherten indes nicht vor. Insbesondere waren die verhältnismäßig seltenen Arztbesuche des Versicherten (nach Vortrag der Klägerin zwölf bis 18 Mal im Jahr) kein solcher qualitativ besonderer Grund, weil hierzu auch ein Krankentransport möglich und durchführbar gewesen wäre. An die Besonderheiten des vom BSG entschiedenen Falles einer Versicherten, die mehrmals wöchentlich Arztbesuche antreten musste und zudem in fremder Umgebung die Gefahr von Angstzuständen und spastischen Anfällen lief, reicht der vorliegende Sachverhalt nicht heran.

4. Schließlich konnte die Klägerin eine Kostenerstattung auch nicht nach Maßgabe anderer gesetzlicher Regelungen nicht beanspruchen. Zwar war die Beklagte als insoweit erstangegangene Reha-Trägerin nach § 14 Abs. 2 Satz 1 Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) zur Prüfung auch der weiter in Betracht zu ziehenden rehabilitationsrechtlichen Anspruchsgrundlagen verpflichtet (st. Rspr. des BSG, vgl. Urteil vom 20. November 2008 - B 3 KN 4/07 KR R - juris; vgl. auch Urteil vom 25. Juni 2009 - B 3 KR 4/08 R - SozR 4-2500 § 33 Nr. 26). Jedoch setzt - wie der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V - auch der dann maßgebliche Erstattungsanspruch des § 15 Abs. 1 Satz 4 SGB IX voraus, dass zwischen dem die Haftung des Rehabilitationsträgers begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang besteht (vgl. z.B. BSG, Urteil vom 07. Oktober 2010 - B 3 KR 5/10 R - juris). § 15 Abs. 1 Satz 3 und 4 SGB IX gewährt ebenso wie § 13 Abs. 3 SGB V einen Erstattungsanspruch nur für den Ausnahmefall, dass eine vom Versicherungsträger geschuldete notwendige Leistung infolge eines Mangels im Leistungssystem als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann (vgl. das Urteil des erkennenden Senats vom 02. Dezember 2012 - L 4 KR 5537/10 - juris).

Daran aber fehlt es im vorliegenden Falle - wie unter 1. ausgeführt - jedoch.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. Der Rechtsstreit ist nach § 183 Satz 1 SGG gerichtskostenfrei, da die Klägerin als Sonderrechtsnachfolgerin nach § 56 SGB I den Rechtsstreit geführt hat.

Gründe für eine Zulassung der Revision liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2012-03-08