

L 4 P 4767/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 P 1064/09
Datum
10.10.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 P 4767/11
Datum
08.03.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 10. Oktober 2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt "zusätzliches Pflegegeld" in Höhe von insgesamt EUR 1.470,00 sowie im Berufungsverfahren zusätzlich Fahrkosten für einen Pfleger in Höhe von EUR 1.200,00.

Der 1932 geborene Kläger ist versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Pflegekasse. Beim Kläger sind ein Grad der Behinderung von 100 sowie die Merkzeichen G, aG, RF und BI festgestellt. Die Beklagte zahlt dem Kläger Pflegegeld nach der Pflegestufe III. Der Kläger befand sich vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 in einer ihm von der Deutschen Rentenversicherung Bund bewilligten stationären medizinischen Rehabilitationsmaßnahme in der Hochgebirgsklinik D./Schweiz (im Folgenden Hochgebirgsklinik). Seine kriegsbeschädigte Ehefrau erhielt eine Rehabilitationsleistung nach dem Bundesversorgungsgesetz bewilligt, die sie ebenfalls in der Hochgebirgsklinik durchführte.

Der Kläger beantragte am 21. Dezember 2008 teilstationäre Pflege in der Hochgebirgsklinik ab 30. Dezember 2008 für 28 Tage sowie Kurzzeitpflege für die Zeit vom 30. Dezember 2008 bis 27. Januar 2009. Die beantragte Kurzzeitpflege begründete er mit einer Krisensituation, weil vorübergehend häusliche teilstationäre Pflege wegen Auflösung des Haushaltes ab 30. Dezember 2008 nicht möglich sei. Seine Pflegeperson, seine Ehefrau, sei wegen der Rehabilitationsleistung verhindert. Dem Antrag beigefügt war ein an den Kläger gerichtetes Schreiben eines Altenzentrums vom 19. Dezember 2008, wonach dieses für die Zeit vom 30. Dezember 2008 bis 26. Januar 2009 keinen Heimplatz zur Kurzzeitpflege frei habe. Diesen Antrag des Klägers lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 23. Dezember 2008, dem sie eine Liste der zugelassenen Pflegeeinrichtungen am Wohnort des Klägers beifügte, ab. Voraussetzung für einen Leistungsanspruch für teilstationäre Pflege und Kurzzeitpflege sei, dass mit dem Leistungserbringer ein Versorgungsvertrag abgeschlossen sei. Wenn der Kläger ihr (der Beklagten) eine zugelassene Pflegeeinrichtung benenne, könne sie kurzfristig eine Kostenzusage im Rahmen der gesetzlichen Richtlinien (Höchstbetrag EUR 1.470,00 für die pflegebedingten Kosten bis zu 28 Tage) aussprechen. Der Kläger erhob Widerspruch und übersandte der Beklagten das Schreiben des Privatdozenten Dr. M., Ärztlicher Direktor der Klinik für Pneumologie/Allergologie der Hochgebirgsklinik, vom 7. Januar 2009. Dieser führte aus, um die Versorgung des Klägers zu gewährleisten, habe die Ehefrau, die derzeit in der Hochgebirgsklinik eine Rehabilitationsleistung absolviere, ihn (den Kläger) als Besucher in der Hochgebirgsklinik aufnehmen lassen. Obwohl der Kläger nur Hotelleistungen bezahle, versorge sie (die Hochgebirgsklinik) ihn (den Kläger) und übernehme einen Teil der pflegerischen Versorgung. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 19. März 2009). Während eines Auslandsaufenthaltes ruhten die Leistungen der Pflegeversicherung. Bei einem vorübergehendem Auslandsaufenthalt könne Pflegegeld oder anteiliges Pflegegeld bis zu sechs Wochen im Kalenderjahr weitergewährt werden, Pflegesachleistungen, soweit die Pflegekraft den Pflegebedürftigen während des Aufenthalts begleite. Die Gewährung von Kurzzeitpflege, welche im Ausland in Anspruch genommen werde, sei ausgeschlossen. Sie (die Beklagte) habe während des Auslandsaufenthaltes in der Schweiz das Pflegegeld durchgehend weitergezahlt und habe damit ihre Verpflichtung vollumfänglich erfüllt. Im Wege der Kulanz könne sie dem Antrag nicht entsprechen, da sie nicht berechtigt sei, Leistungen außerhalb des gesetzlich vorgeschriebenen Rahmens zu erbringen.

Der Kläger erhob am 8. April 2009 Klage beim Sozialgericht Konstanz (SG) und begehrte "zusätzliches Pflegegeld" in Höhe von EUR 1.470,00 für die Zeit vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 zuzüglich 5,5 v.H. Zinsen für die Begleitperson zu zahlen. Das zunächst erhobene

weitere Begehren, die berechtigten Maßnahmen in der Hochgebirgsklinik für die Zukunft anzuerkennen, hielt er nicht aufrecht. Er machte geltend, die "DAK" habe zu Unrecht 2008 eine erneute, erforderliche stationäre Rehabilitationsbehandlung in der Hochgebirgsklinik abgelehnt (Verweis auf die vorgelegte "Ärztliche Notwendigkeitsbescheinigung" des Arztes für Allgemeinmedizin Dr. v. S. vom 17. Dezember 2002). Die Krankenkasse habe bei der Wahl der Klinik berechtigten Wünschen des Versicherten Rechnung zu tragen. Seine Pflegeperson, seine Ehefrau, sei vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 in der Hochgebirgsklinik Tag und Nacht tätig gewesen (Verweis auf die vorgelegte Bestätigung der Beklagten vom 9. Dezember 1999 über die Meldung einer rentenversicherungspflichtigen Pfl egetätigkeit an den Rentenversicherungsträger für den Zeitraum vom 1. August bis 31. Oktober 1999). Da seine Ehefrau wegen ihres eigenen Aufenthalts zu einer Rehabilitationsmaßnahme in der Hochgebirgsklinik ortsabwesend gewesen sei, sei er ebenfalls dorthin gegangen, damit die Pflege durch seine Ehefrau habe sichergestellt werden können. Die Deutsche Rentenversicherung Bund habe die ihm zustehende Begleitperson nicht genehmigt. Für von der Hochgebirgsklinik erbrachte Pflegeleistungen seien ihm Kosten entstanden. Es bestehe eine (vorgelegte) Vereinbarung zur Durchführung von Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen zwischen der Hochgebirgsklinik und dem (damaligen) Verband der Angestellten-Krankenkassen. Der Kläger legte eine Rechnung einer Sozialstation vom 17. Januar 2011 über Verhinderungspflege im Zeitraum vom 9. bis 30. Dezember 2010 über EUR 3,08 (EUR 121,48 abzüglich Kostenbeteiligung Pflegekasse von EUR 118,40) vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Ergänzend zu den Ausführungen im Widerspruchsbescheid trug sie vor, es sei nicht erkennbar, dass der Kläger beschwert sei. Er habe in der Zeit vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme in der Hochgebirgsklinik zulasten des Rentenversicherungsträgers durchgeführt. Im Widerspruch dazu stehe das vorgelegte Schreiben des Privatdozenten Dr. M. vom 7. Januar 2009. Es sei unklar, welche Kosten dem Kläger von der Hochgebirgsklinik in Rechnung gestellt und ob diese nicht vom Rentenversicherungsträger mit abgegolten worden seien. Der Kläger habe Kosten, die ihm während der Maßnahme für Pflegeleistungen entstanden seien, nicht nachgewiesen.

Das SG wies die Klage mit Gerichtsbescheid vom 11. Oktober 2011 ab. Der Kläger könne den geltend gemachten Anspruch auf "zusätzliches Pflegegeld" in Höhe von EUR 1.470,00 weder auf [§ 41](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) noch auf [§ 42 SGB XI](#) stützen. Der Kläger habe in der Zeit vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 in der Hochgebirgsklinik weder teilstationäre Pflege in einer Einrichtung der Tages- oder Nachtpflege noch Kurzzeitpflege in einer vollstationären Einrichtung erhalten, sondern Leistungen zur medizinischen Rehabilitation. Auch habe der Kläger keine Ersatzpflege im Sinne des [§ 39 SGB XI](#) erhalten. Es sei detailliert dargelegt worden, in welchem Umfang die Ehefrau des Klägers auch während des gemeinsamen Aufenthalts in der Hochgebirgsklinik die notwendige Pflege wahrgenommen habe. Jedenfalls in diesem Umfang sei sie an der Pflege nicht gehindert gewesen. Soweit darüber hinaus notwendige Pflege durch die Hochgebirgsklinik erbracht worden sei, sei nicht nachgewiesen, dass dem Kläger hierdurch Kosten entstanden seien. Im Übrigen komme nach dem Zweck der Ersatzpflege ein gleichzeitiger Bezug von Pflegegeld, das während des gesamten stationären Aufenthalts gezahlt worden sei, nicht in Betracht.

Gegen den seinem Prozessbevollmächtigten erster Instanz am 19. Oktober 2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 3. November 2011 Berufung eingelegt. Er begehrt nunmehr neben dem "zusätzlichen Pflegegeld" in Höhe von EUR 1.470,00 die Erstattung von EUR 1.200,00 für die Hin- und Rückfahrt des Pflegers Herrn Scholz, mithin insgesamt EUR 2.670,00. Er ist der Auffassung, die Beklagte sei verpflichtet gewesen, ihm die durchgeführte Rehabilitationsmaßnahme wegen eines neu gebildeten nicht operablen Lungenkarzinoms im Oberlappen zu ermöglichen, um eine Aufnahme in ein Pflegeheim zu verhindern. Gehe man wie das SG davon aus, dass ein Notfall nicht vorgelegen habe, könne zumindest eine andere Bedarfslage bejaht werden, welche den geltend gemachten Freistellungsanspruch seiner Ehefrau rechtfertigen könne. Spätestens seit Abschluss der Rehabilitationsmaßnahme bestehe nach [§§ 13 Abs. 3 Satz 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V), 15 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) sein Anspruch auf Erstattung der begehrten Kosten. Der Kläger hat u.a. eingereicht die ärztliche Bescheinigung des Privatdozenten Dr. M. vom 27. Januar 2009, wonach er (der Kläger) vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 in der Hochgebirgsklinik in stationärer Behandlung gewesen sei, sowie eine Quittung der Hochgebirgsklinik über den Ankauf von Fremdwährung in Höhe von CHF 95,75 (= EUR 72,40).

Der Kläger beantragt (sachgerecht gefasst),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 11. Oktober 2011 und den Bescheid der Beklagten vom 23. Dezember 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. März 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm EUR 2.670,00 nebst gesetzlicher Zinsen zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den Gerichtsbescheid des SG für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Senatsakte, die Akte des SG sowie die von der Beklagten vorgelegte Verwaltungsakte Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Sie ist form- und fristgerecht eingelegt und auch statthaft. Der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von EUR 750,00 ist überschritten. Denn der Kläger begehrt, ihm einen Betrag von EUR 2.670,00 zu zahlen.

Die zulässige Berufung des Klägers ist nicht begründet. Soweit der Kläger erstmals im Berufungsverfahren angebliche Fahrkosten für den Pfleger von EUR 1.200,00 begehrt, ist die (erweiterte) Klage unzulässig (1.). Hinsichtlich des Begehrens auf "zusätzliches Pflegegeld" in Höhe von EUR 1.470,00 hat das SG die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klage war bereits unzulässig. Zudem ist der Bescheid der Beklagten vom 23. Dezember 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. März 2009 rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf das begehrte "zusätzliche Pflegegeld", auch nicht als Kosten-erstattungsanspruch.

1. Die im Berufungsverfahren um den Betrag von EUR 1.200,00 (angebliche Fahrkosten für den Pfleger) erweiterte Klage ist unzulässig. Denn insoweit fehlt dem Kläger das nötige Rechtsschutzbedürfnis. Über dieses Begehren haben weder die Beklagte noch das SG entschieden. Gegenstand des Rechtsstreites ist der Bescheid der Beklagten vom 23. Dezember 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 19. März 2009. Mit diesem Bescheid hat die Beklagte allein über den vom Kläger gestellten Antrag auf teilstationäre Pflege vom 21. Dezember 2008 entschieden.

Unzulässig ist die Klage insoweit ferner, weil das nach [§ 78 Abs. 1 Satz 1 SGG](#) notwendige Vorverfahren nicht durchgeführt worden ist. Letztlich fehlt dem Landessozialgericht die instanzuelle Zuständigkeit für eine Entscheidung auf Klage in dieser Sache; zuständig wäre (nach Durchführung eines Antrags- und Vorverfahrens) allein das SG (vgl. Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 31. Juli 2002 - [B 4 RA 3/01 R](#) - in juris).

Die Klage kann insoweit auch nicht als Untätigkeitsklage ([§ 88 SGG](#)) zulässig sein. Denn der Kläger hat einen Antrag, angebliche Fahrkosten für den Pfleger zu erstatten, bei der Beklagten bislang nicht gestellt.

2. Da der Kläger behauptet, ihm seien für den Aufenthalt in der Hochgebirgsklinik in der Zeit vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 Kosten entstanden, ist Anspruchsgrundlage der im Bereich der sozialen Pflegeversicherung entsprechend anwendbare [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind einem Versicherten von der Krankenkasse Kosten für eine selbst beschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war. Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) werden die Kosten für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nach dem SGB IX nach [§ 15 SGB IX](#) erstattet. [§ 15 SGB IX](#) enthält für den Anspruch auf Kostenerstattung im Wesentlichen dieselben Voraussetzungen wie [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), der zunächst nur für die gesetzliche Krankenversicherung gilt, ist Ausdruck eines allgemeinen Rechtsgrundsatzes, der auch im Bereich der sozialen Pflegeversicherung anzuwenden ist (BSG, Urteile vom 30. Oktober 2001 - [B 3 KR 27/01 R](#) - [SozR 3-2500 § 37 Nr. 3](#) und vom 24. September 2002 - [B 3 P 15/01 R](#) - in juris). Der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse bzw. bei der entsprechenden Anwendung im Bereich der sozialen Pflegeversicherung gegen seine Pflegekasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen bzw. Pflegekassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, vgl. z.B. jüngst BSG, Urteil vom 21. Juni 2011 - [B 1 KR 18/10 R](#) - in juris).

a) Hinsichtlich des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruches auf "zusätzliches Pflegegeld" war die Klage schon unzulässig, weil der Kläger nicht dargelegt hat, dass ihm die bezifferten Kosten in Höhe von EUR 1.470,00 tatsächlich entstanden sind. Ein Kostenerstattungsanspruch hat stets die Zahlung eines bestimmten Geldbetrags zum Inhalt. Es muss daher grundsätzlich ein bezifferter Zahlungsantrag gestellt - was der Kläger getan hat - und zudem auch dargelegt werden, wie sich dieser Betrag im einzelnen zusammensetzt (z.B. BSG, Urteil vom 28. Januar 1999 - [B 3 KR 4/98 R](#) - [SozR 3-2500 § 37 Nr. 1](#)). Letzteres ist hinsichtlich der Beträge von EUR 1.470,00 nicht erfolgt.

Gleiches würde auch für den im Berufungsverfahren erstmals geltend gemachten Betrag von EUR 1.200,00 gelten. Eine detaillierte Aufstellung dieses Betrages wäre schon deshalb erforderlich, weil nach dem Vortrag des Klägers vor Ort Fahrkosten ausgezahlt worden sein sollen (Seite 2 des Schriftsatzes vom 21. November 2011, Bl. 13 LSG-Akte).

b) Selbst wenn die Klage zulässig gewesen wäre, hätte der Kläger keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Zahlung von EUR 1.470,00, weil die Voraussetzungen eines entsprechenden Anspruchs auf Sachleistungen nicht gegeben waren. Das SG hat zutreffend dargelegt, dass die Voraussetzungen der [§§ 39, 41 und 42 SGB XI](#) nicht vorlagen. Zur Vermeidung von Wiederholungen nimmt der Senat hierauf Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren erfordert keine andere Beurteilung. Dies ergibt sich schon daraus, dass der Kläger in der Zeit vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 an einer ihm von der Deutschen Rentenversicherung Bund bewilligten stationären Maßnahme der medizinischen Rehabilitation in der Hochgebirgsklinik teilnahm und er damit nicht in einer Pflegeeinrichtung nach dem SGB XI untergebracht war. Die Hochgebirgsklinik ist keine Pflegeeinrichtung, sondern eine Einrichtung, in der Krankenhausbehandlung oder - wie beim Kläger in der Zeit vom 30. Dezember 2008 bis 10. Februar 2009 - Rehabilitationsmaßnahmen durchgeführt werden. Dies ergibt sich auch aus der vom Kläger vorgelegten Vereinbarung zwischen der Hochgebirgsklinik und dem (damaligen) Verband der Angestellten-Krankenkassen und Arbeiter-Ersatzkassen e.V., wonach die Vereinbarung die Durchführung von Krankenhausbehandlungen und Rehabilitationsmaßnahmen regelt. Krankenhausbehandlungen erfolgen durch die gesetzlichen Krankenkassen als Träger der Krankenversicherung, Rehabilitationsmaßnahmen entweder durch die gesetzlichen Krankenkassen oder die Rentenversicherungsträger, niemals aber durch die Pflegekassen. Der vom Kläger geltend gemachte Anspruch betrifft demgegenüber eine Leistung der sozialen Pflegeversicherung, für die die Pflegekassen als Träger der sozialen Pflegeversicherung zuständig sind. Bei den Krankenkassen und den Pflegekassen handelt es sich um verschiedene Leistungsträger, auch wenn die Pflegekassen bei den jeweiligen Krankenkassen gebildet sind.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-03-19