

L 11 KR 19/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 5 KR 849/04
Datum
08.02.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 11 KR 19/06
Datum
09.08.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 08.02.2006 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenerstattung für selbst beschaffte häusliche Krankenpflege.

Die Klägerin beantragte am 02.02.2004 unter Vorlage ärztlicher Bescheinigungen sowie einer Quittung einer Frau M über 628,40 EUR für das An- und Ausziehen von Stützstrümpfen zweimal täglich Kostenerstattung für die durchgeführte Behandlungspflege. Mit Schreiben vom 03.02.2004 wies die Beklagte die Klägerin darauf hin, dass zwar grundsätzlich das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II als Leistung der häuslichen Krankenpflege in Betracht komme, jedoch diese Leistungen ärztlich verordnet werden müssten. Ferner seien in der Wohnumgebung mehrere Pflegedienste ansässig, die die Pflege übernehmen könnten. Ein triftiger Grund, diese nicht in Anspruch zu nehmen, liege nicht vor, so dass für erforderliche häusliche Krankenpflege Kosten nur übernommen würden, wenn ein Vertragspartner in Anspruch genommen werde. Nachdem die Klägerin eine weitere Quittung der Frau M vom 01.03.2004 für den Monat Februar über 574,60 EUR über Behandlungspflege vorgelegt hatte, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 04.03.2004 die Kostenerstattung aus den Gründen des Schreibens vom 03.02.2004 ab.

Die Klägerin legte Widerspruch ein und machte geltend, die Behandlungspflege werde durch das eigene "Pflegekompetenzmanagementteam" durchgeführt. In der Folgezeit legte sie weitere ärztliche Verordnungen über das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen sowie eine weitere Quittung der Frau M über 783,10 EUR für den Monat Juni 2004 vor. Mit Bescheid vom 14.07.2004 lehnte die Beklagte die weiteren Anträge auf Kostenerstattung ab und wies die Widersprüche gegen die Bescheide mit Widerspruchsbescheid vom 09.09.2004 zurück.

Auf den Widerspruchsbescheid hat die Klägerin am 24.09.2004 Klage erhoben.

Mit Bescheid vom 11.08.2004 lehnte die Beklagte einen weiteren Kostenerstattungsantrag für Behandlungspflege im Mai 2004 (Quittung über 617,82 EUR) ab, da Gründe für eine Selbstbeschaffung der Leistung nicht vorlägen. In der Folgezeit reichte die Klägerin für den Zeitraum bis 31.12.2004 weitere Quittungen der Frau M über Zahlungen für durchgeführte Behandlungspflege ein; auf die Übersicht Bl. 128 GA wird Bezug genommen. Mit Bescheid vom 13.01.2005 lehnte die Beklagte eine Erstattung der Kosten ab und wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.04.2005 zurück.

Die Klägerin hat insoweit bereits nach Erlass des Bescheides vom 13.01.2005 Klage erhoben; nach Erlass des Widerspruchsbescheides hat sie auch diesen mit der Klage angefochten. Mit Beschlüssen vom 08.06.2005 und 13.12.2005 hat das Sozialgericht die Verfahren zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden.

Zur Begründung der Klagen hat die Klägerin vorgetragen, sie habe Anspruch auf Behandlungspflege in Gestalt des An- und Ausziehens von Stützstrümpfen. Die Rechtsauffassung der Beklagten, dass diese Leistung durch einen Pflegedienst erbracht werden müsse, sei falsch, da es sich um eine einfache Leistung handle, die nicht durch autorisiertes Pflegepersonal erfolgen müsse. Sie habe mit der Beklagten vereinbart, dass sie ihre pflegerische Versorgung selbst sicherstellen dürfe.

Mit Urteil vom 08.02.2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Ein Kostenerstattungsanspruch bestehe nicht, da es für die

Selbstbeschaffung der Leistung keinen Grund gegeben habe, weil zugelassene Leistungserbringer zur Verfügung gestanden hätten.

Gegen das ihr am 21.02.2006 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 14.03.2006 Berufung eingelegt. Sie bezeichnet den "Sachvortrag" des Sozialgerichts als nicht zutreffend. Zur Sache trägt die Klägerin nichts vor.

Dem Vorbringen der Klägerin ist der Antrag zu entnehmen, das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 08.02.2006 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 04.03.2004 und 14.07.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.09.2004 sowie der Bescheide vom 11.08.2004 und 13.01.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14.04.2005 zu verurteilen, ihr Kosten für das An- und Ausziehen von Stützstrümpfen in Höhe von 7.145,17 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Wegen weiterer Einzelheiten des Sach- und Streitstandes, auch hinsichtlich des Vorbringens der Beteiligten, wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte über die Berufung entscheiden, obwohl die Klägerin in der mündlichen Verhandlung nicht erschienen und auch nicht vertreten war. In der Ladung ist darauf hingewiesen worden, dass eine Entscheidung auch bei einem Ausbleiben ergehen kann.

Die zulässige Berufung ist nicht begründet, denn das Sozialgericht hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der geltend gemachten Kosten für das An- und Ausziehen von Stützstrümpfen.

Der Senat kann offen lassen, ob die Klägerin überhaupt die ihr angeblich entstandenen Kosten ausreichend nachgewiesen hat. Die für diese Leistung quittierende Frau M ist an dem in den Quittungen angegebenen Ort U nicht gemeldet und auch beim Finanzamt T nicht registriert, obwohl angesichts der Höhe der quittierten Beträge sie steuerpflichtig ist. Es ist daher nicht möglich, die Zahlungen zu überprüfen. Ferner ergibt sich aus der von der Beklagten vorgelegten Übersicht über die Quittungen, dass für den Monat Juni zwei Quittungen mit unterschiedlichen Beträgen eingereicht worden sind, ohne dass erkennbar wäre, wie sich diese Abweichung begründet. Zudem werden für den Monat August täglich (31 Mal) Leistungen abgerechnet, obwohl die Klägerin bis zum 03.08.2004 in stationärer Behandlung war. Gleiches gilt für den Monat Dezember, auch dort sind trotz einer zweitägigen stationären Behandlung (27./28.12.2004) Leistungen für 31 Tage abgerechnet. Der Senat geht zu Gunsten der Klägerin bzw. ihres bevollmächtigten Ehemannes davon aus, dass sie angesichts der Vielzahl der sie betreffenden Verfahren den Überblick verloren und nicht vorsätzlich Kosten für nicht erbrachte Leistungen geltend gemacht haben, so dass eine Abgabe an die Staatsanwaltschaft wegen Betrugsverdacht nicht erforderlich ist. Die Klägerin ist aber darauf hinzuweisen, künftig sorgfältiger die eingereichten Unterlagen zu überprüfen.

Ein Kostenerstattungsanspruch besteht schon aus sachlichen Gründen nicht. Ein solcher Anspruch kann sich nur aus § 37 Abs. 4 5. Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) ergeben. Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) liegen ersichtlich nicht vor, denn weder hat es sich um unaufschiebbare Leistungen gehandelt, noch hat die Beklagte Leistungen zu Unrecht abgelehnt. Sie hat im Schreiben vom 03.02.2004 im Gegenteil ausdrücklich eingeräumt, dass das An- und Ausziehen von Kompressionsstrümpfen der Klasse II Gegenstand der häuslichen Krankenpflege sei, insoweit aber sowohl eine ärztliche Verordnung erforderlich sei als auch ein zugelassener Leistungserbringer in Anspruch genommen werden müsse. Insoweit gehen die erstinstanzlichen Ausführungen der Klägerin zur grundsätzlichen Leistungspflicht der Beklagten ins Leere.

Gemäß [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) besteht Anspruch auf Erstattung der Kosten einer selbst beschafften Kraft, wenn die Krankenkasse keine Kraft für die häusliche Krankenpflege stellen konnte oder Grund bestand, davon abzusehen. Die erstgenannte Voraussetzung liegt ersichtlich nicht vor, denn die Beklagte hatte selbst darauf hingewiesen, dass in der Wohnumgebung der Klägerin zugelassene Pflegedienste zur Verfügung stehen. Es bestand auch kein Grund, vom Prinzip der Leistungserbringung durch eine von der Kasse gestellte Kraft abzusehen. [§ 132a SGB V](#) kann entnommen werden, dass grundsätzlich die Leistungen durch vertragliche Leistungserbringer ([§ 132 a](#)) Abs. 1 Satz 1 SGB V) oder durch eigenes Personal der Kasse ([§ 132 a](#)) Abs. 2 Satz 10 SGB V) erbracht wird. Einen "Grund, davon abzusehen", hat die Klägerin nicht vorgetragen. Insoweit kommen zum Einen berechnete Interessen der Versicherten an der Wahl einer selbst gewählten Hilfsperson sowie Aspekte der Unzumutbarkeit der Inanspruchnahme eines zugelassenen Leistungserbringers in Betracht. In diesem Rahmen ist zu berücksichtigen, dass der Gesetzgeber ausweislich [§ 132a Abs. 1 Satz 4 Nr. 3 SGB V](#) eine qualitätsgesicherte Leistungserbringung fordert und die Leistungserbringer sogar nach [§ 132a Abs. 2 Satz 2](#), 3 SGB V (mittelbar) zur Fortbildung verpflichtet werden. Es bedarf somit besonderer Gründe, warum die Inanspruchnahme besonders qualifizierten Personals im Einzelfall unzumutbar sein soll. Hierzu hat die Klägerin nichts vorgetragen, sie beruft sich nur darauf, sie dürfe die Leistung auch durch ihr eigenes "Pflegekompetenzmanagementteam" erbringen lassen. Soweit sie in diesem Zusammenhang darauf verweist, sie habe mit der Beklagten abgesprochen, dass sie ihre pflegerische Versorgung selbst sicherstellen dürfe, kann sich diese behauptete Absprache nach dem Zusammenhang im Schriftsatz vom 17.09.2005 nur auf die Leistungen aus der Pflegeversicherung beziehen. Insoweit folgt bereits aus § 37 Abs. 1 11. Buch Sozialgesetzbuch, dass der Versicherte die Grundpflege selbst sicherstellen kann. Dieser Grundsatz gilt aber nicht für die medizinischen Leistungen der Behandlungspflege, auch wenn es sich um einfache Leistungen handelt, die keine besondere medizinische Qualifikation erfordert. Warum für diese Leistungen eine Leistungserbringung durch einen zugelassenen Leistungserbringer unzumutbar sein soll, hat die Klägerin nicht vorgetragen, so dass ein Kostenerstattungsanspruch aus [§ 37 Abs. 4 SGB V](#) zu verneinen ist.

Die Ausführungen der Klägerin zu den erlittenen Unfällen und den angeblich daraus resultierenden Ersatzansprüchen der Beklagten gegen die Schädiger liegen neben der Sache. Ersatzansprüche bestehen nur dann, wenn die Beklagte wegen der Unfallfolgen Leistungen erbringt (§ 116 10. Buch Sozialgesetzbuch). Das Entstehen von Ersatzansprüchen in diesem Falle bedeutet aber nicht, dass damit die Beklagten ohne Bindung an die gesetzlichen Vorgaben Leistungen erbringen dürfte oder müsste. Da die Beklagte im vorliegenden Fall keine Leistung

erbracht hat, kann sich auch nicht die Frage stellen, welche Kosten sie mit Haftpflichtversicherern abgerechnet hat oder abrechnen würde.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2006-09-18