

L 4 P 59/13

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Regensburg (FSB)
Aktenzeichen
S 8 P 73/12
Datum
16.09.2013
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 P 59/13
Datum
18.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie

Urteil

Leitsätze

1. Zum (nachrangigen) Anspruch auf Kostenerstattung für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel.
2. Der monatliche Bedarf an zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln kann im Rahmen der entwickelten Verwaltungspraxis auch durch ein entsprechendes Gutachtenergebnis nachgewiesen werden.
3. Es kann von der Pflegeperson nicht generell verlangt werden, dass Pflegehilfsmittel kostengünstig bei einem Discounter erworben werden.
4. Für eine zukünftige Kostenübernahme ist der Abschluss einer Kostenübernahmeerklärung oder die Stellung eines neuen Kostenerstattungsantrags erforderlich.
I. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 16. September 2013 wird unter Nr. I aufgehoben und die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 9. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Oktober 2012 verurteilt, dem Kläger ab 10. Mai 2012 die Kosten für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel in Höhe von monatlich 31.- EUR und ab 1. Januar 2015 in Höhe von 40.- EUR monatlich unter Anrechnung bereits erbrachter Kostenerstattung zu erstatten.

II. Im Übrigen wird die Berufung zurückgewiesen.

III. Die Beklagte erstattet ein Drittel der außergerichtlichen Kosten des Berufungsverfahrens.

IV. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger und Berufungskläger, der seit 1. Februar 2009 Pflegegeld nach der Pflegestufe I und seit 1. Juli 2011 nach der Pflegestufe II bezieht, beantragte am 10. Mai 2012 bei der Beklagten für die Zeit ab Beginn der Leistungen die Zahlung einer Pauschale von 31.- EUR einschließlich Zinsen für beschaffte Pflegehilfsmittel zum Verbrauch. Einem Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK) vom 8. August 2011 und einem Gutachten des Dr. E. vom 21. Dezember 2009, erstellt für das Sozialgericht Regensburg in dem Verfahren Az.: S 2 P 55/09, sei zu entnehmen, dass für seine Pflege Hilfsmittel in Form von Einlagen zum Verbrauch benötigt würden. Dr. E. hatte in der Anamnese angegeben, dass der Kläger wegen blutender Hämorrhoiden täglich eine Einlage benutze. Der MDK empfahl in dem Gutachten die Pflegestufe II bei pflegebegründenden Diagnosen einer Polyarthrose besonders der Schulter-, Hand- und Fingergelenke, beidseits mit zunehmender Einsteifung der Gelenke, sonstigen Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens mit schmerzhaften Bewegungseinschränkungen sowie den weiteren Diagnosen: Harnnachtröpfeln, Hämorrhoidalleiden. Aus dem Gutachten geht ebenfalls hervor, dass bei Neigung zu Hämorrhoidenblutung eine Versorgung mit kleinen Einlagen und Papiervorlagen erfolge. Für das Wechseln kleiner Vorlagen setzte der MDK einen notwendigen zeitlichen Hilfebedarf von siebenmal täglich und 7 Minuten pro Tag an.

Mit Bescheid vom 24. Mai 2012 teilte die beigeladene Krankenkasse mit, dass es sich bei den Einlagen um Inkontinenzvorlagen handele, die Hilfsmittel darstellten und in den Zuständigkeitsbereich der Gesetzlichen Krankenversicherung fielen. Für den Zeitraum vom 1. Dezember 2009 bis 31. Mai 2012 bot sie - ohne Anerkennung einer Rechtspflicht - eine Erstattung in Höhe von 288,75 EUR (Festbetrag von 0,35 EUR je Stück, bei 30 Tagen: 10,50 EUR/Monat abzüglich Zuzahlung in Höhe von 1,05 EUR/Monat) an. Für die Zeit ab Juni 2012 empfahl sie, die Inkontinenzvorlagen im Rahmen einer Pauschale über einen der Vertragslieferanten der Krankenkasse zu beziehen.

Auf die Einwendungen des Klägers erklärte sich die Beigeladene mit Schreiben vom 19. Juli 2012 bereit, auch für die Zeit vom Februar bis November 2009 die monatlichen Erstattungsbeträge für die Inkontinenzvorlagen nachzuzahlen. Zinsansprüche wurden nicht anerkannt. Bei

den Aufwendungen für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel könne der Versicherte wählen, ob er diese als Sachleistung (im Rahmen der zwischen dem Spitzenverband Bund der Pflegekassen geschlossenen Verträge) oder in Form der Kostenerstattung für selbst beschaffte Pflegehilfsmittel in Anspruch nehmen wolle. Wähle der Versicherte die Kostenerstattung, würde aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität in Fällen, in denen ein monatlicher Bedarf an zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in Höhe von mindestens 31,- EUR nachgewiesen sei, auf die monatliche Vorlage von entsprechenden Belegen verzichtet werden. In diesen Fällen könne ohne weitere Prüfung der monatliche Höchstbetrag ausgezahlt werden. Die Krankenkasse könne für die Zukunft nicht von einem monatlichen Bedarf von mindestens 31,- EUR ausgehen, sodass auf die monatliche Vorlage von entsprechenden Belegen derzeit nicht verzichtet werden könne. Auch für die Vergangenheit werde um Vorlage dieser Belege gebeten.

Mit Fax vom 30. Juli 2012 hielt der Kläger gegenüber der Krankenkasse an seiner Forderung einer Pauschale von monatlich 31,- EUR für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel (Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Inkontinenzmaterial) fest.

Mit Bescheid jeweils vom 9. August 2012 lehnten sowohl die Krankenkasse als auch die Beklagte den Antrag ab. Letztere führte aus, dass nach den vorliegenden Gutachten der Umfang der erforderlichen, zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel nicht eindeutig hervorgehe. Weder für die Vergangenheit noch für die Zukunft könne auf die Vorlage der entsprechenden Belege verzichtet werden. Die Krankenkasse wies darauf hin, dass die Erstattung für den Zeitraum vom Februar 2009 bis Mai 2012 aus Kulanzgründen erfolgt sei.

Bereits am 20. August 2012 hat der Kläger im Rahmen eines beim Sozialgericht Regensburg eingegangenen Antrags auf einstweilige Verfügung und einer Klage die Zahlung einer monatlichen Pauschale in Höhe von 31,- EUR für die Zukunft und einer Nachzahlung für die bisherigen Leistungen seit Februar 2009 beantragt. Der Gesetzgeber sehe eine Pauschale ohne Nachweis und ohne ärztliche Verordnung vor. Mit Beschluss vom 14. September 2012 hat das Sozialgericht den Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung abgelehnt (Az.: [S 8 P 71/12 ER](#)). Es seien weder ein Anordnungsanspruch noch ein Anordnungsgrund glaubhaft gemacht. Zum einen fielen Inkontinenzvorlagen und Katheter samt Zubehör, auch wenn sie zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel seien und bei der Pflege behinderter oder gebrechlicher Menschen häufig eingesetzt würden, in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung; [§ 40 Abs. 1](#) des Fünften Buchs Sozialgesetzbuch (SGB XI) greife nicht ein. Zum anderen sei für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) entscheidend, ob der Versicherte den monatlichen Bedarf nachweise. Ein solcher Nachweis sei vom Antragsteller nicht geführt worden. Die Beschwerde zum Bayer. Landessozialgericht ist mit Beschluss vom 23. Oktober 2012 zurückgewiesen worden (Az.: [L 2 P 69/12 B ER](#)). Dem Kläger sei es zumutbar, ggf. den Anspruch als Sachleistung nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) bzw. einen Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) geltend zu machen. Die Beklagte habe vorliegend erkennbar nicht die Kostenerstattung generell, sondern lediglich die nachweislose Pauschalierung mit dem Höchstbetrag von 31,- EUR abgelehnt. Zumindest die Krankenkasse habe mit Bescheid vom 24. Mai 2012 vorgeschlagen, die Inkontinenzvorlagen im Rahmen einer Pauschale über einen ihrer Vertragslieferanten zu beziehen. Im Übrigen sei dem Kläger zumutbar, den Ausgang des Hauptverfahrens abzuwarten.

Im Klageverfahren (Az.: [S 8 P 73/12](#)) ist zunächst die Durchführung des Widerspruchsverfahrens abgewartet worden. Mit Widerspruchsbescheid vom 29. Oktober 2012 wies die Beklagte den Widerspruch gegen den Bescheid vom 9. August 2012 zurück. Die Kostenerstattung nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) erfordere grundsätzlich einen Nachweis über die angefallenen Kosten. Im Gemeinsamen Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes (RdSchr. 08f) sei zu [§ 40 SGB XI](#) geregelt, dass aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität in Fällen, in denen ein monatlicher Bedarf an zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmitteln in Höhe von mindestens 31,- EUR nachgewiesen sei, auf die monatliche Vorlage von entsprechenden Belegen verzichtet werden könne. Aus den vorliegenden Gutachten zur Pflegebedürftigkeit vom 21. Dezember 2009 und 8. August 2011 und dem bisher geführten Schriftwechsel sei aber kein Nachweis über die angefallenen Kosten für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel zu entnehmen. Eine pauschale Zahlung des monatlichen Höchstbetrages von 31,- EUR sei daher nicht möglich. Zunächst sei der tatsächliche Verbrauch noch durch entsprechende Belege nachzuweisen. Da kein vollständiger Leistungsantrag vorliege, sei auch kein Anspruch auf Verzinsung gegeben.

Das Sozialgericht hat mit Beschluss vom 2. August 2013 die Krankenkasse notwendig beigeladen. Die hiergegen gerichtete Anhörungsrüge des Klägers hat die Kammer mit Beschluss vom 20. August 2013 verworfen.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 16. September 2013 unter Verweis auf die Begründung des Widerspruchsbescheides abgewiesen. Wie das Bayer. Landessozialgericht im Übrigen in seiner Beschwerdeentscheidung nochmals dargelegt habe, entbinde die Vorschrift des [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) den Kläger nicht, Nachweise über die bezogenen Inkontinenzvorlagen abzugeben. Zudem habe die beigeladene Krankenkasse mit Bescheid vom 24. Mai 2012 dem Kläger empfohlen, die Inkontinenzvorlagen über den Vertragslieferanten im Rahmen einer Pauschale zu beziehen. Damit habe die Beklagte alles Erforderliche getan, um dem Kläger entgegen zu kommen.

Im hiergegen gerichteten Berufungsverfahren hat der Kläger mit Schriftsatz vom 21. September 2013, eingegangen am 25. September 2013, beantragt, dass die Beklagte die von ihm benötigten Hilfsmittel bzw. zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel in Form eines persönlichen Budgets in Höhe von 31,- EUR monatlich zu erbringen habe ("Zeitraum: Februar 2009 bis aktuell") und dass die Beklagte eine verzinsten Nachzahlung für die bislang vorenthaltenen Leistungen zu erbringen habe. Zusammenfassend hat er ausgeführt, dass der Bedarf für diese Hilfsmittel durch die beiden Pflegegutachten zweifelsfrei festgestellt sei. Der Pflegebedarf habe seit 2009 zugenommen, so dass er seit 1. Juli 2011 Leistungen der Pflegestufe II beziehe. Auch der Grad der Behinderung (GdB) habe sich erhöht. Gemäß Bescheid des Zentrums Bayern Familie und Soziales vom 5. Juli 2013 betrage der GdB wie bisher 100, zusätzlich würden die gesundheitlichen Voraussetzungen der Merkzeichen G (ab 1. August 2010) sowie B (ab 1. August 2011) und H erfüllt. Er benötige vor allem Inkontinenzartikel, Vorlagen, Bettunterlagen und Hygieneartikel. Er habe einen rechtlichen Anspruch auf das persönliche Budget. Die Leistungsgewährung sei nach einem Jahr plötzlich ohne Begründung eingestellt worden. Die Hygieneartikel würden in der Regel von der Pflegeperson eingekauft; nach Begleichung der Rechnung habe sich der Fall für ihn erledigt. Ferner wolle er seine gewohnten Artikel verwenden, nicht mit seiner Krankheitsgeschichte hausieren gehen und nicht auf völlig überteuerte Lieferanten verwiesen werden. Außerdem hat er eine eidesstattliche Versicherung vom 21. September 2013 vorgelegt, in der er u.a. versichert, auf Hilfsmittel/zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dringend angewiesen zu sein. Es sei ihm finanziell nicht mehr möglich, in der Angelegenheit weiterhin einen Vorschuss zu leisten.

Die Beklagte hat auf ihre Ausführungen im Widerspruchsbescheid verwiesen und nochmals betont, dass der notwendige Nachweis der

verauslagten Kosten bislang nicht erbracht worden sei. Aus den Gutachten zur Pflegebedürftigkeit seien keine Angaben zum tatsächlichen Bedarf der geltend gemachten, zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel Einmalhandschuhe, Hände- und Flächendesinfektionsmittel sowie der Bettschutzeinlagen oder seit wann diese eingesetzt würden, zu entnehmen. Sie hat beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene hat darauf hingewiesen, dass sie als Krankenkasse für die Versorgung mit Hilfsmitteln zuständig sei. Da sich der Antrag vom 10. Mai 2012 auf Inkontinenzvordrucken bezogen habe, sei er entsprechend von der Krankenkasse bearbeitet worden. Für den Zeitraum vom 1. Februar 2009 bis 31. Mai 2012 seien - kulanterweise und obwohl keine Verordnungen vorlägen - aufgrund der Angaben im Pflegegutachten (eine Vorlage pro Tag) für jeden Tag eine Vorlage zum Festbetrag (0,35 EUR) abzüglich der gesetzlich vorgesehenen Zuzahlungen, insgesamt 383,25 EUR, erstattet worden. Für die Zukunft sei auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Verordnung sowie die Sachleistungserbringung über zugelassene Leistungserbringer hingewiesen worden. Außerdem sei angeboten worden, weiterhin die Kosten zu erstatten, soweit entsprechende Verordnungen und Kostennachweise vorgelegt würden. Bislang sei dies nicht geschehen.

Soweit der Kläger im Anschluss vorgebracht hat, dass die Beklagte das persönliche Budget unterschlage, auf das er rechtlich unbestreitbar einen Anspruch habe, hat die Beklagte erwidert, dass Leistungen in Form eines persönlichen Budgets bislang nicht beantragt und somit nicht streitgegenständlich seien. Beantragt seien bislang lediglich Leistungen nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#). Unabhängig davon erfordere auch die Leistungserbringung in Form eines persönlichen Budgets nach [§ 17 Abs. 2 ff](#) des Neunten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IX) die Feststellung entsprechend dem individuellen Bedarf durch die einzelnen Träger. Eine solche Feststellung habe bislang nicht getroffen werden können, da sich der konkrete Bedarf weder aus den Pflegegutachten ermitteln lasse noch durch entsprechende Nachweise verauslagter Kosten belegt worden sei.

Der Kläger hat im Einzelnen auf das Pflegegutachten des MDK vom 8. August 2011 verwiesen und vorgebracht, die Beklagte habe es versäumt, ihn gemäß ihrer gesetzlichen Pflicht über das persönliche Budget zu informieren. Sie hätte seinen Antrag problemlos sinngemäß bearbeiten können.

Auf gerichtlichen Hinweis hat der Kläger "beispielhaft" "sporadische Rechnungen in Kopie für selbst beschaffte Hilfsmittel" zugesandt: - 2 Belege vom Juni 2014, wohl Inkontinenzvordrucken, 14 Stück, jeweils 1,99 EUR (bei Netto) - 2 Belege vom Mai und Juli 2013, wohl Desinfektionsmittel, jeweils 13,36 EUR (Apotheke S.) - 1 Beleg vom April 2013, Einmalhandschuhe mittel, 4,99 EUR (bei Netto) - 1 Beleg vom April 2013, Flächendesinfektionsmittel, 1,95 EUR (bei EDEKA) Die Beklagte hat sich bereit erklärt, aufgrund der nun vorgelegten Nachweise den Betrag von 33,66 EUR für Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe und Flächendesinfektionsmittel zu erstatten. Ein monatlicher Bedarf in Höhe von mindestens 31.- EUR werde hierdurch jedoch nicht nachgewiesen, da die Rechnungen in einem Zeitraum von 17 Monaten bezahlt worden seien.

Mit Schriftsatz vom 10. September 2014 hat der Kläger in Anlage weitere, "exemplarische" Kassenbelege vorgelegt. Es handelt sich um vier Belege vom September 2014 in Höhe von insgesamt 37,75 EUR. Er hat darauf hingewiesen, dass der Betrag von 31.- EUR monatlich tatsächlich weit überschritten werde. Zwei weitere Kassenbelege über Hygieneartikel vom September 2014 in Höhe von 3,90 EUR und 21,54 EUR für Bettschutzeinlagen wurden nachgereicht.

Mit Schriftsatz vom 31. März 2015 hat der Kläger - eine verzinste Nachzahlung in Form eines persönlichen Budgets für Inkontinenzeinlagen für den Zeitraum seit Februar 2009 bis heute sowie künftig eine monatliche Leistung als persönliches Budget und - eine Nachzahlung in Höhe von 2.325 EUR (31.- EUR x 75 Monate) zzgl. Zinsen für die Zeit von Februar 2009 bis einschließlich April 2015 und künftig ein persönliches Budget in Höhe von monatlich 31.- EUR für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel beantragt. Beigefügt hat er u.a. ein Attest der praktischen Ärzte Dres. W./H. vom 31. März 2015. Danach leidet der Kläger an Hämorrhoiden III. Grades mit nahezu täglichen Schmierblutungen und zeitweiligen extremen Blutabgängen über Stunden. Zudem liege eine Harninkontinenz I. Grades mit Nachträufeln vor. Aus diesen Gründen sei die tägliche Versorgung mit Inkontinenzeinlagen notwendig. Zudem benötige der Kläger im Rahmen der Pflegestufe die dazu notwendigen, zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel (Einmalhandschuhe, Desinfektionsspray, Bettschutzeinlagen). Als Anlage beigefügt hat der Kläger ferner die Kassenbelege für Bettschutzeinlagen, Desinfektionsmittel, Flächen-Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe und Hygiene-Einlagen vom März 2015; es ergeben sich Auslagen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel in Höhe von 41,69 EUR und für Einlagen (Vorlagen) in Höhe von 31,84 EUR.

In dem Termin zur Erörterung der Sach- und Rechtslage vom 15. April 2015 ist der Kläger entschuldigt nicht erschienen. Die damalige Berichterstatterin hat auf den Streitgegenstand nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) hingewiesen. Ein Anspruch auf ein persönliches Budget nach [§ 17 SGB IX](#) sei nicht Gegenstand der angegriffenen Verwaltungsakte. Dem Kläger ist die Möglichkeit eingeräumt worden, alle Kostenbelege für die von ihm geltend gemachten Pflegehilfsmittel seit Februar 2009 und eine Aufstellung vorzulegen, welche Kosten konkret geltend gemacht werden, aufgeschlüsselt nach Zeitraum, Art und Menge des Hilfsmittels. Ferner hat die Berichterstatterin den Kläger angefragt: "Liegen bzw. lagen ärztliche Verordnungen für die hier geltend gemachten Hilfsmittel vor, insbesondere zu den Inkontinenzvordrucken? Welcher Arzt hat diese Verordnungen ausgestellt (Name, Anschrift)?" Um Vorlage der Verordnung wurde gebeten. Aus dem vorgelegten Attest gehe nicht Art und Menge hervor. Gemäß [§ 106 a](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) hat die Berichterstatterin eine Frist bis 28. Mai 2015 gesetzt und auf die Folgen der Nichtbeachtung dieser Frist hingewiesen.

Der Kläger hat am 21. Mai 2015 Fristverlängerung bis 30. Juni 2015 beantragt und mit Schriftsatz vom 5. Juni 2015 ein weiteres Attest des Dr. H. vom 26. Mai 2015 vorgelegt. * Zu den Inkontinenzartikeln hat er ausgeführt, dass im Hinblick auf dieses Attest und die Pflegegutachten nunmehr unstreitig sein dürfte, dass die Inkontinenzartikel seit 2009 medizinisch notwendig seien. Hinsichtlich der benötigten Menge von sieben Stück/Tag hat er auf das MDK-Gutachten verwiesen. Derzeit betragen die Kosten für sieben Stück bei 30 Tagen: 29,85 EUR. Mit einer pauschalen Leistung von 25.- EUR/Monat sei er einverstanden. * Zu den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln sei der Bedarf durch ärztliches Attest und durch die Vorlage von Rechnungen über einen längeren Zeitraum hinweg bereits nachgewiesen. Er benötige an Hilfsmitteln: o Bettschutzeinlagen, tägl. mind. 1 Stück, Kosten 25 Stück 10,77 EUR o Flächendesinfektionsmittel, ca. 500-750 ml/Monat, Kosten 250 ml á 1,95 EUR o Desinfektionsmittel, ca. 250 ml/Monat, Kosten 250 ml á 13,36 EUR o Einmalhandschuhe, ca. 200-250 Stück/Monat, Kosten 100 Stück á 4,99 EUR Monatlich ergäben sich somit Kosten in Höhe von 40,16 EUR. Die Kosten lägen somit über der pauschalen Leistung von 31.- EUR, mit der Einverständnis bestünde. Die Beklagte habe ab Februar 2009 nur einen Betrag von 288,75 EUR für Inkontinenzartikel erbracht.

Die Dres. W./H. haben mit Attest vom 16. September 2015 nochmals bestätigt, dass der Kläger an einer Harninkontinenz mit spontanem Urinabgang, schon bei leichter Erhöhung des abdominellen Drucks, leide. Inkontinenzeinlagen habe sich der Kläger immer selbst besorgt.

Der Kläger hat darauf hingewiesen, dass es vorliegend nicht um die Erstattung der Kosten bei Rezept-Verordnung gehe, sondern um den weitaus geringeren Pauschalbetrag.

Kläger und Beklagte haben sich mit Schriftsatz jeweils vom Februar 2016 mit einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren einverstanden erklärt, die Beigeladene mit Schriftsatz vom 10. Mai 2017.

Der Senat hat mit gerichtlichem Schreiben vom 3. April 2017 auf die Neufassung des [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) seit 1. Januar 2015 und auf die fehlende Sachdienlichkeit einer Klageerweiterung im Hinblick auf die Geltendmachung eines persönlichen Budgets hingewiesen, die Beteiligten nach dem Umfang der im Zeitraum seit 1. Februar 2009 bereits tatsächlich erstatteten Kosten angefragt und einen Vergleichsvorschlag unterbreitet. Dieser wurde vom Kläger, nicht jedoch von der Beklagten angenommen. Kleine Vorlagen zählten zu den aufsaugenden Inkontinenzhilfen und damit zu den Hilfsmitteln der Krankenversicherung nach dem SGB V und nicht zu den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln, die durch die Pflegekasse zur Verfügung gestellt würden. Zu den zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln würden saugende Bettschutzeinlagen zum einmaligen Gebrauch zählen. Die Verwendung dieser Bettschutzeinlagen werde aber weder im MDK-Gutachten erwähnt noch seitens des Klägers vorgetragen. Ein Nachweis, dass der Leistungsanspruch über ein halbes Jahr voll ausgeschöpft worden sei (gemäß dem Wortlaut des o.g. Rundschreibens), hierüber ein Nachweis durch entsprechende Belege erbracht worden sei und dies auch zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten sei, läge nicht vor. Schließlich käme rechtlich gemäß [§ 33 Abs. 1 SGB XI](#) eine Kostenerstattung vor der Antragsstellung mit Schreiben vom 10. Mai 2012 nicht in Betracht, zumal für diesen Zeitraum kein Nachweis über die monatlichen Ausgaben für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel erbracht worden sei. Nachgewiesen und erstattungsfähig seien nur Kosten für April 2013 (1,95 EUR), September 2014 (31.- EUR) und März 2015 (28,33 EUR).

Der Kläger beantragte sinngemäß,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Regensburg vom 16. September 2013 und den Bescheid der Beklagten vom 9. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Oktober 2012 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn - eine verzinsten Nachzahlung in Form eines persönlichen Budgets für Inkontinenzeinlagen für den Zeitraum seit Februar 2009 sowie künftig eine monatliche Leistung als persönliches Budget und - eine Nachzahlung in Höhe von monatlich 31.- EUR seit Februar 2009 zzgl. Zinsen und künftig eine Zahlung von monatlich 31.- EUR bzw. 40.- EUR ab 1. Januar 2015 für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel zu zahlen.

Die Beklagte beantragte,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beigeladene hat keinen eigenen Antrag gestellt.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf die Beklagtenakten, die Gerichtsakten des Sozialgerichts ([S 2 P 54/09](#) ER (Pflegestufe I); [S 2 P 55/09](#) (Pflegestufe I); [S 8 P 71/12](#) ER), die Gerichtsakten des Bayer. Landessozialgerichts ([L 2 P 38/09 B ER](#) (Pflegestufe II); [L 2 P 69/12 B ER](#); [L 4 KR 440/14 B ER](#) und [L 4 KR 9/15](#) RG (häusliche Krankenpflege); [L 4 KR 356/16 B ER](#)) sowie auf die Klage- und Berufungsakte verwiesen, die Gegenstand der Entscheidung waren.

Das Verfahren [S 8 KR 360/14 ER](#) bzw. [L 4 KR 440/14 B ER](#) betraf einen Antrag im Rahmen eines Verfahrens des einstweiligen Rechtsschutzes auf Leistungen der häuslichen Krankenpflege. Am 26. Juni 2014 beantragte der Kläger bei der Beigeladenen die Übernahme der Kosten für Behandlungspflege im Rahmen eines persönlichen Budgets. Mit Bescheid vom 1. Juli 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. September 2014 lehnte die Beigeladene den Antrag ab. Das Sozialgericht lehnte den Antrag mit Beschluss vom 8. Oktober 2014 ab. Die Beschwerde wies der Senat mit Beschluss vom 18. Dezember 2014 zurück. Die Zuerkennung eines persönlichen Budgets als Erstattungsleistung für aufgewendete Kosten in der Vergangenheit ([§ 17 Abs. 2 S. 4 SGB IX](#), [§ 37 SGB V](#)) im Rahmen des einstweiligen Rechtsschutzes komme nicht in Betracht, da ein aktueller Bedarf hierdurch nicht mehr befriedigt werden könnte. Im Übrigen scheitere der Anspruch daran, dass nicht erkennbar sei, in welchem Umfang häusliche Krankenpflege erforderlich sei. Der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach [§ 37 Abs. 1](#) und 2 SGB V setze zwingend eine ärztliche Verordnung voraus, die gemäß [§ 3 Abs. 3](#) der Häuslichen Krankenpflegerichtlinie (HKP) nur dann entbehrlich wäre, wenn eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderlichen Maßnahmen durchführen könnte. Da der Kläger aber gerade das Vorliegen eines gemeinsamen Haushalts mit seiner als Pflegeperson benannten Tochter bestreite, müsse damit auch zur Feststellung der HKP-Leistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets getrennter Haushalte beim Kläger und seiner Tochter teilen. Die Anhörungsrüge wies der Senat mit Beschluss vom 25. Februar 2015 zurück ([L 4 KR 9/15](#) RG).

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig und teilweise begründet. Es besteht ein Anspruch auf den Höchstbetrag nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) (erst) ab 10. Mai 2012. Hinsichtlich des beantragten persönlichen Budgets für Inkontinenzeinlagen ist die Klage unzulässig.

Der Senat kann ohne mündliche Verhandlung gemäß [§ 124 Abs. 2 SGG](#) entscheiden, da die Beteiligten einer Entscheidung im schriftlichen Verfahren zugestimmt haben.

Streitgegenständlich ist nur der Bescheid der Beklagten vom 9. August 2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29. Oktober 2012. Dabei ist die Beklagte als Pflegekasse der AOK Bayern zu unterscheiden von der Beigeladenen als Krankenkasse. Es handelt sich jeweils um selbstständige Körperschaften des öffentlichen Rechts. Nicht streitgegenständlich sind damit die Bescheide der Beigeladenen vom 9. August 2012 und 24. Mai 2012 sowie vom 1. Juli 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. September 2014.

1. Der Rechtsstreit ist auf Leistungen nach dem SGB XI gerichtet. Inhaltlich hat die Beklagte nur über die Gewährung des Höchstbetrags von 31.- EUR nach [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) entschieden. Ein Anspruch des Klägers auf ein persönliches Budget, der sich nach [§ 17 SGB XI](#) richtet, ist damit nicht Gegenstand der angegriffenen Verwaltungsakte. Dem klägerischen Berufungsantrag auf eine verzinste Nachzahlung in Form eines persönlichen Budgets für den Zeitraum seit Februar 2009 sowie künftig eine monatliche Leistung als persönliches Budget ist damit nicht statt zu geben, da die Klage insoweit unzulässig ist. Eine entsprechende Klageerweiterung ist vor diesem Hintergrund als nicht sachdienlich im Sinne des [§ 99 SGG](#) anzusehen und daher nicht zulässig. Insoweit wird ergänzend auf den Beschluss des Senats vom 18. Dezember 2014 (L 4 KR 440/14 B ER) verwiesen; anders als die Beigeladene in diesem Verfahren nach [§ 17 Abs. 2 S. 1 SGB XI](#) in Verbindung mit [§ 37 Abs. 3 SGB V](#) hat die Beklagte wie dargelegt in vorliegendem Verfahren nicht über einen Antrag auf Übernahme von Kosten im Rahmen eines persönlichen Budgets entschieden.

2. Der weitere klägerische Antrag, der auf eine Nachzahlung in Höhe von monatlich 31.- EUR seit Februar 2009 zzgl. Zinsen und auf eine künftige Zahlung von monatlich 31.- EUR bzw. 40.- EUR seit 1. Januar 2015 ([BT-Drs. 18/1798 S. 27](#)) für zum Verbrauch bestimmte Pflegehilfsmittel gerichtet ist, ist nur für die Zeit ab 10. Mai 2012 begründet.

Nach [§ 40 Abs. 1 S. 1 SGB XI](#) haben Pflegebedürftige Anspruch auf die Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu gewähren sind. Die Aufwendungen der Pflegekassen für zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel dürfen nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) in den vom 1. Juli 2008 bis 31. Dezember 2014 gültigen Fassungen monatlich den Betrag von 31.- EUR, seit 1. Januar 2015 von 40.- EUR nicht übersteigen. Ferner bestimmt [§ 78 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#): Die Spitzenverbände der Pflegekassen erstellen als Anlage zu dem Hilfsmittelverzeichnis nach [§ 128 SGB V](#) ein Verzeichnis der von der Leistungspflicht der Pflegeversicherung umfassten Hilfsmittel (Pflegehilfsmittel-Verzeichnis), soweit diese nicht bereits im Hilfsmittelverzeichnis nach [§ 28 SGB V](#) enthalten sind, und schreiben es regelmäßig fort. Dabei sind bestimmte aufgeführte Pflegehilfsmittel gesondert auszuweisen.

Vorrangig wäre die Beigeladene als Krankenkasse zuständig, wenn ein Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung oder zum Ausgleich einer Behinderung erforderlich ist; die Beklagte als Pflegekasse ist zuständig, wenn der Einsatz eines Hilfsmittels der Erleichterung der Pflege, der Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen oder der Ermöglichung einer selbstständigen Lebensführung für den Pflegebedürftigen dient (vgl. auch Udsching, SGB XI, 4. Aufl. 2015, § 40 Rn. 8). Hilfsmittel sind zum Verbrauch bestimmt, wenn sie wegen ihrer Beschaffenheit oder aus hygienischen Gründen nicht häufig, in der Regel nur einmal benutzt werden können wie z.B. Einmalhandschuhe oder Krankenunterlagen (Udsching, a.a.O., Rn. 21). Aber auch hier ist die Krankenversicherung zuständig, wenn die Hilfsmittel in der Regel dem Ausgleich einer Behinderung dienen, wie z.B. Inkontinenzartikel. Grundsätzlich sind auch die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel vom Sachleistungsprinzip umfasst. Die Regelung zur Kostenerstattung nach [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) stellt hiervon aber eine Ausnahme dar.

a) Ein vorrangiger Anspruch gegen andere Leistungsträger, hier die beigeladene Krankenkasse, scheidet aus. Die Krankenbehandlung umfasst gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) die Versorgung mit Hilfsmitteln und nach Nr. 4 die häusliche Krankenpflege. Ein derartiger Anspruch des Klägers gegen die beigeladene Krankenkasse besteht nicht.

(1) Der Senat hat bereits in seiner Entscheidung vom 18. Dezember 2014 ausgeführt, dass der Anspruch auf häusliche Krankenpflege nach [§ 37 Abs. 1](#) und 2 SGB V zwingend eine ärztliche Verordnung voraussetzt, die gemäß § 3 Abs. 3 der Häuslichen Krankenpflegerichtlinie (HKP) nur dann entbehrlich wäre, wenn eine im Haushalt des Versicherten lebende Person die erforderlichen Maßnahmen durchführen könnte. Da der Kläger aber gerade das Vorliegen eines gemeinsamen Haushalts mit seiner als Pflegeperson benannten Tochter bestreitet, müsste damit auch zur Feststellung der HKP-Leistungen im Rahmen eines persönlichen Budgets zunächst eine ärztliche Verordnung ausgestellt werden. Eine ärztliche Verordnung wurde aber nicht ausgestellt; dies wird bestätigt durch die Angaben der Dres. W./H. im Attest vom 16. September 2015, wonach sich der Kläger die Inkontinenzunterlagen immer selbst besorgte.

(2) Auch eine Leistung durch die Beigeladene über [§§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3, 33, 139 SGB V](#) in Verbindung mit dem Hilfsmittelverzeichnis kommt vorliegend nicht in Betracht. Zu den Hilfsmitteln gehören nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Dabei können allerdings die Hilfsmittelverzeichnisse wie dem der Pflegeversicherung oder auch der Krankenversicherung die Zugehörigkeit zum jeweiligen Leistungsumfang des Versicherungsträgers nicht rechtlich verbindlich festlegen; ihnen kommt keine normative Wirkung zu (siehe im Einzelnen: Bayer. Landessozialgericht, Urt. vom 26.07.2006, [L 2 P 30/04](#)). Bei den Hilfsmitteln ist zu unterscheiden: Zu den zum Verbrauch bestimmten Hilfsmitteln im Sinne des [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) zählen wie dargelegt z.B. Einmalhandschuhe oder Krankenunterlagen. Dienen die Hilfsmittel hingegen in der Regel dem Ausgleich einer Behinderung, fallen sie in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse. Hierzu zählen z.B. auch Inkontinenzartikel oder Katheter (Udsching, SGB XI, 4. Aufl., [§ 40 SGB XI](#), Rn. 21). Soweit davon auszugehen ist, dass es sich bei den vom Kläger selbst angeschafften Einlagen um derartige Inkontinenzmittel handelt, sind diese grundsätzlich im Hilfsmittelverzeichnis nach [§ 139 SGB V](#) erfasst. Für eine Hilfsmittelversorgung mit entsprechenden Inkontinenzvorlagen ist jedoch eine vertragsärztliche Verordnung erforderlich. Grundsätzlich erfolgt die Versorgung dann als Sachleistung. Unstreitig liegt eine ärztliche Verordnung aber nicht vor.

(3) Auch eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) durch die Beigeladene für verauslagte Kosten zur Beschaffung von Inkontinenzunterlagen scheidet aus. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gibt für den Ausnahmefall einen Kostenerstattungsanspruch, dass eine unaufschiebbare Leistung von der Krankenkasse nicht rechtzeitig erbracht wird oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Der Kläger beehrte von der Beigeladenen jedoch nicht eine Sachleistung, sondern von vornherein Kostenerstattung in Höhe des pauschalen Höchstbetrages von 31.- EUR bzw. 40.- EUR. Da Klageziel ausdrücklich der Höchstbetrag ist, scheidet [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) als Anspruchsgrundlage aus, da dieser Anspruch auf die Erstattung der insoweit tatsächlich angefallenen Kosten gerichtet ist, die zu belegen sind. Eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist vom Kläger auch nach eigenem Vorbringen nicht gewollt. Entsprechendes gilt für eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#).

(4) Mit nichtstreitgegenständlichen Bescheiden vom 24. Mai 2012 und 9. August 2012 lehnte die Beigeladene eine weitere Kostenerstattung

ab, nachdem allerdings für den Zeitraum vom Februar 2009 bis Mai 2012 Leistungen erbracht wurden. Diese Leistungsgewährung erfolgte jedoch ausdrücklich aus Kulanzgründen. Ein Vertrauensschutz für zukünftige Leistung ist damit ausgeschlossen.

b) Der Kläger hat nur einen (nachrangigen) Anspruch auf Kostenerstattung für die Vergangenheit gegen die Beklagte ab 10. Mai 2012.

Der Kläger macht Kosten zum einen für Inkontinenzartikel geltend, zum anderen für Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Desinfektionsmittel und Flächendesinfektionsmittel.

Unstreitig ist, dass auch insoweit eine ärztliche Verordnung jeweils nicht vorliegt. Auch wird keine Kostenerstattung analog [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geltend gemacht: Vielmehr ist das Klageziel gemäß dem zweiten Teil des Berufungsantrags eindeutig auf die Gewährung des Pauschalbetrags nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) gerichtet. Wie oben dargelegt ergibt sich vom Grundsatz eine Zuständigkeit der Beklagten für die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel im Rahmen der Pflege gemäß [§ 40 Abs. 1, 2 SGB XI](#), also für die Kosten für Einmalhandschuhe, Bettschutzeinlagen, Desinfektionsmittel und Flächendesinfektionsmittel - aber nicht für Inkontinenzartikel.

Gemäß [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) kann die Leistung auch in Form einer Kostenerstattung erbracht werden. Grundsätzlich ist auch für einen Anspruch auf Kostenerstattung der Aufwendungen nach [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) vom Anspruchsteller nachzuweisen, dass und in welcher Höhe Kosten angefallen sind. Üblicherweise geschieht dies durch die Vorlage von Zahlungsbelegen. Der Senat verkennt nicht, dass der Kläger dieser Nachweispflicht nur in geringem Umfang und vor allem erst im Rahmen des Berufungsverfahrens nach Setzung einer Frist gemäß [§ 106 a SGG](#) nachgekommen ist. Insbesondere fehlt es weiterhin an einem Nachweis durch Belege für den gesamten oder überwiegenden Zeitraum seit Februar 2009.

Die Kostenerstattung nach [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) eröffnet den Krankenkassen ein Ermessen ("kann"). Dabei ist jedoch eine entwickelte Verwaltungspraxis zu berücksichtigen. In einem Gemeinsamen Rundschreiben des Spitzenverbandes Bund der Pflegekassen zu den leistungsrechtlichen Vorschriften des Pflegeversicherungsgesetzes (Gem.RdSchr. v. 17. April 2014, 08f) ist zu [§ 40 SGB XI](#) geregelt, dass aus Gründen der Verwaltungspraktikabilität in Fällen, in denen ein monatlicher Bedarf an zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln in Höhe von mindestens 31.- EUR nachgewiesen ist, auf die monatliche Vorlage von entsprechenden Belegen verzichtet werden kann. Das Gemeinsame Rundschreiben zu den leistungsrechtlichen Vorschriften vom 17. April 2014 (in der Fassung vom 18. Dezember 2015) geht weiterhin von einem grundsätzlich notwendigen Nachweis des Verbrauchs aus, der als gegeben angesehen wird, "wenn beispielsweise im letzten halben Jahr der Leistungsanspruch stets voll ausgeschöpft wurde und dies auch zukünftig mit hoher Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist" (1.2. zu [§ 40 SGB XI](#)). D.h., die volle Ausschöpfung im letzten halben Jahr ist nur exemplarisch genannt und somit nicht unbedingte Voraussetzung für die Annahme der Verwaltungspraktikabilität. Ein monatlicher Bedarf an zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmitteln kann daher insbesondere auch durch ein entsprechendes Gutachtensergebnis nachgewiesen werden. Sofern z.B. aus einem Gutachten hervorgeht, dass die anfallenden Aufwendungen generell 40.-&201; EUR im Monat übersteigen, zahlen die Pflegekassen in der Regel aus Vereinfachungsgründen ohne weiteren Nachweis den Betrag aus (KassKomm-Leitherer, [§ 40 SGB XI](#), Rn. 22 mit Verweis auf: Rd.Schr. v. 28. Oktober 1996/ 09.07.1999, s. bei Udsching, SGB XI, 2. Aufl., S. 542; Gem.RdSchr. v. 17. April 2013 [Rn. 4] Nr. 1.2 Abs. 1 zu § 40).

Dementsprechend besteht die Verwaltungspraxis gemäß o.g. Gem.RdSchr, nach der aus Gründen der Verwaltungsvereinfachung im Rahmen des [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) auf die monatliche Vorlage von entsprechenden Belegen verzichtet wird. Grundsätzlich zahlen die Pflegekassen den Höchstbetrag dann ohne weiteren Nachweis den Betrag aus.

(1) Immerhin hat der Kläger nun im Berufungsverfahren Belege eingereicht für den Monat März 2015: Hieraus ergeben sich Kosten für Hygieneeinlagen in Höhe von 31,84 EUR, für Einmalhandschuhe in Höhe von 4,99 EUR, für Desinfektionsspray in Höhe von 3,50 EUR und 13,36 EUR sowie für Bettunterlagen von 19,84 EUR. Auf Inkontinenzeinlagen entfallen somit 31,84 EUR, auf zum Verbrauch bestimmte Hilfsmittel im Sinne des [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) 41,69 EUR. Ergänzend hat der Kläger dargelegt, dass er o mindestens 1 Bettschutzeinlage täglich benötigt, o im Monat mindestens 200 Stück Einmalhandschuhe verbraucht werden, o dass 250 ml Desinfektionsmittel pro Monat und o mindestens 500 ml Flächendesinfektionsmittel pro Monat benötigt werden. Monatlich ergäben sich somit nach diesen Angaben des Klägers Kosten in Höhe von 40,16 EUR.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 20. April 2017 statt 41,69 EUR nur 28,33 EUR als erstattungsfähig nachgewiesen angenommen; offensichtlich nicht anerkannt wurde Octenisept mit Sprühpumpe (13,36 EUR), das vorwiegend der Desinfektion von Wunden dient.

Dabei ist nach Ansicht des Senats aber auch zu berücksichtigen, dass der Kläger bzw. die Pflegeperson offensichtlich um einen kostengünstigen Einkauf bemüht ist und nicht bzw. nur ausnahmsweise einen Einkauf in einer Apotheke oder einem Sanitätsgeschäft tätigt. Es kann jedoch nicht generell verlangt werden, dass die Pflegehilfsmittel kostengünstig bei einem Discounter wie `Netto´ erworben werden.

(2) Im Berufungsverfahren hat der Kläger ferner folgende Belege vorgelegt, die jedoch nicht den Bedarf eines kompletten Monats abdecken: o 2 Belege vom Juni 2014, wohl Inkontinenzvorlagen 14 Stück, jeweils 1,99 EUR o 2 Belege vom Mai und Juli 2013, wohl Desinfektionsmittel, jeweils 13,36 EUR o 1 Beleg vom April 2013, Einmalhandschuhe mittel, 4,99 EUR o 1 Beleg vom April 2013, Flächendesinfektionsmittel, 1,95 EUR Dementsprechend hat sich die Beklagte diesbezüglich bereit erklärt, aufgrund dieser vorgelegten Nachweise einmalig den Betrag von 33,66 EUR für Desinfektionsmittel, Einmalhandschuhe und Flächendesinfektionsmittel zu erstatten. Die Gewährung des Höchstbetrages von damals 31.- EUR lehnte sie aber insoweit folgerichtig ab, da die Rechnungen in einem Zeitraum von 17 Monaten bezahlt worden sind.

(3) Es finden sich ferner Belege für September 2014, die ebenfalls entsprechende Ausgaben des Klägers in Höhe von 31,80 EUR belegen - nämlich für Desinfektionsmittel (13,36 EUR), Einmalhandschuhe und Hygieneartikel (4,99 EUR und 9,95 EUR) und Hygienespray (3,50 EUR). Die Beklagte geht hier mit Schriftsatz vom 20. April 2017 davon aus, dass für September 2014 der Betrag von 31.- EUR durch entsprechende Belege nachgewiesen ist.

(4) Darüber hinaus weist der Kläger wiederholt und insoweit zutreffend vor allem auf das Gutachten des MDK vom 8. August 2011 hin. Hieraus ergibt sich eindeutig, dass bei dem Kläger sowohl ein Hämorrhoidalleiden als auch ein Harnnachtsröpfeln bestehen. Der MDK hat in dem Pflegegutachten dargelegt, dass aufgrund der Neigung zu Hämorrhoidenblutung eine Versorgung mit kleinen Einlagen und Papiervorlagen erfolgt. Als Hilfsmittel, die genutzt werden, werden "kleine Inkontinenzeinlagen" aufgeführt. Im Rahmen der Bewertung des

täglichen Hilfebedarfs für die Grundpflege nach den damaligen [§§ 14, 15 SGB XI](#) gab der Gutachter an, das siebenmal täglich Hilfe für das Wechseln kleiner Vorlagen notwendig ist, wofür eine Hilfebedarf von sieben Minuten pro Tag angesetzt wurde.

Gegenüber dem im sozialgerichtlichen Verfahren eingeholten Gutachten des Dr. E. vom 21. Dezember 2009 ist durch das MDK-Gutachten eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes und eine Erhöhung des Pflegebedarfs belegt, was auch zur Anerkennung der Pflegestufe II gemäß diesem Gutachten ab Juli 2011 durch die Beklagte führte. Im Rahmen der Begutachtung durch Dr. E. bestand als Randdiagnose nur das Hämorrhoidalleiden; eine Harninkontinenz ist danach noch nicht belegt. Dr. E. gibt an, dass der Kläger wegen blutender Hämorrhoiden "täglich eine Einlage" benutzt. Es wird festgestellt, dass die Blasenentleerung selbstständig erfolgt. Auch Dr. E. hatte in der Anamnese angegeben, dass der Kläger wegen blutender Hämorrhoiden täglich eine Einlage benutzt. Die Notwendigkeit der Verwendung von zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel im Sinne des [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) ergibt sich aus dem Gutachten des Dr. E. somit noch nicht. Wegen der dargestellten Verschlechterung steht das Gutachten des Dr. E. aber nicht im inhaltlichen Widerspruch zu dem späteren Gutachten des MDK.

(5) Bestätigt wird dies ferner durch die ärztlichen Atteste der Allgemeinärzte Dres. W./H. vom 16. September 2015, wonach der Kläger an einer Harninkontinenz mit spontanem Urinabgang schon bei leichter Erhöhung des abdominellen Drucks leidet. Der Arzt bestätigte ferner im Attest vom 31. März 2015 eine Harninkontinenz Grad I, während er in dem Attest vom 28. September 2009 nur einen "V.a. Hämorrhoidenblutung" angab (siehe Verfahren S 2 P 55/09).

Hieraus ergibt sich nach Überzeugung des Senats, dass aufgrund der Hämorrhoidenblutungen und der neu hinzugekommenen Harninkontinenz sowohl Inkontinenzartikel - für die als Behandlungspflege allerdings ggf. die Beigeladene nach den Vorgaben des SGB V leistungspflichtig wäre - als auch Hilfsmittel zum Verbrauch im Rahmen der Pflege in Form von Einmalhandschuhen, Handdesinfektionsmitteln, Flächendesinfektionsmitteln und Bettschutzeinlagen/Krankenunterlagen notwendig sind. Dabei berücksichtigt der Senat, dass reine Inkontinenzunterlagen wie z.B. auch kleine saugende Vorlagen unter das Hilfsmittelverzeichnis (Gruppe 15) fallen. Aus dem Gutachten geht aber nicht nur hervor, dass der Kläger wegen der Hämorrhoidenblutungen mit "kleinen Einlagen" und "Papiervorlagen" bzw. wegen der Harninkontinenz mit "kleinen Inkontinenzunterlagen" versorgt wird, sondern dass er beim Urinieren wiederholt sich und die Umgebung verunreinigt. Zweimal pro Nacht tritt ein nächtliches Wasserlassen (Nykturie) auf. Nachreinigung und Bekleidung erfolgten durch die Pflegeperson. Der Bedarf fällt täglich an - dies ausgehend gemäß dem Gutachten des MDK ab Juli 2011. Zusätzlich übernimmt die Pflegeperson nach dem Gutachten des MDK vollständig die hauswirtschaftliche Versorgung einschließlich Wechseln/Waschen der Kleidung und Wäsche.

Vor dem Hintergrund dieses Pflegegutachtens und der vorliegenden Pflegesituation erscheint dem Senat das klägerische Vorbringen, dass neben den primär benötigten Inkontinenzartikeln auch ein täglicher Bedarf vor allem an Einmalhandschuhen, Händedesinfektionsmittel, Flächendesinfektionsmittel und Krankenunterlagen zum Bettschutz anfallen, ohne Weiteres schlüssig und nachvollziehbar - auch wenn, wie von der Beklagten vorgetragen, die Verwendung von Bettschutzeinlagen in dem MDK-Gutachten nicht ausdrücklich erwähnt wird. Tatsächlich hat die Beklagte auch für einzelne Monate einzelne Aufwendungen (insb. Einmalhandschuhe, Handdesinfektionsmittel, Flächendesinfektionsmittel und auch Bettunterlagen) erstattet bzw. als erstattungsfähig angesehen.

Der Senat gelangt deshalb unter maßgeblicher Berücksichtigung des Gutachtens des MDK und unter Einbezug der im Berufungsverfahren vorgelegten Belege zu der Überzeugung, dass die anfallenden Aufwendungen beim Kläger für zum Verbrauch bestimmter Pflegehilfsmittel seit Höherstufung in die Pflegestufe II ab 1. Juli 2011 generell 31.- EUR und ab 1. Januar 2015 auch 40.-&8201; EUR im Monat übersteigen. Gemäß der Verwaltungspraxis, an die sich die Beklagte gemäß [Art. 3 Grundgesetz \(GG\)](#) festhalten lassen muss, ist dieser monatliche Höchstbetrag vorliegend ohne weitere Nachweise zu zahlen. Für die Zeit davor ist ein derartiger Bedarf nach Überzeugung des Senats nicht nachgewiesen, da sich, wie dargelegt, die Pflegesituation, wie sie sich aus dem Gutachten des Dr. E. ergibt, noch anders darstellte, insbesondere die Harninkontinenz noch nicht bzw. bei Weitem noch nicht so stark ausgeprägt war.

Zutreffend weist die Beklagte darauf hin, dass Leistungen auch nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) nur auf Antrag zu gewähren sind. Dabei gilt für Leistungen nach den [§§ 36 ff SGB XI](#) allerdings nicht [§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB XI](#), sondern [§ 19](#) des Vierten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB IV) (so z.B. auch Udsching, a.a.O., § 33 Rn. 4). Der Kläger beantragte am 20. Februar 2009 zwar Pflegeleistungen, jedoch in Form von ambulanten Leistungen der Pflegeversicherung (hier als Pflegegeld). Ein Antrag auf Kostenerstattung für die zum Verbrauch bestimmten Hilfsmittel ging erst am 10. Mai 2012 bei der Beklagten ein. Auch wenn der Kläger diesen Antrag mit der Notwendigkeit der Verwendung von "Einlagen" begründete, ist dieser Antrag nicht an die Beigeladene, sondern an die Beklagte gerichtet. Es ist auch aus Empfängersicht eindeutig zu erkennen, dass der Antrag auf Leistungen nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) gerichtet ist; die ausdrückliche Benennung dieser Vorschrift ist nicht erforderlich. Der Kläger verweist auf "Hilfsmittel zum Verbrauch", auf den Betrag von "31 EUR" und auf die Pflegegutachten. Damit wurde ein wirksamer Antrag auf Leistungen nach [§ 40 Abs. 2 SGB XI](#) am 10. Mai 2012 gestellt und entgegen der Ansicht der Beklagten nicht erst mit Schreiben vom 26. Juni 2012, das im Übrigen an die Krankenkasse gerichtet war und als "letzte Mahnung" vom Kläger betitelt war.

Aufgrund des Antragsprinzips sind rückwirkende Leistungsgewährungen grundsätzlich ausgeschlossen.

Der Anspruch auf Verzinsung ergibt sich aus [§ 44](#) des Ersten Buchs Sozialgesetzbuch (SGB I).

Ein Anspruch auf Kostenübernahme für die Zukunft ist nicht gegeben. Der Anspruch nach [§ 40 Abs. 2 S. 2 SGB XI](#) stellt eine Ausnahme vom Sachleistungsprinzip dar. Er ist auf Kostenerstattung gerichtet. Ein gerichtlicher Ausspruch der Kostenübernahme für die Zukunft kann vor diesem Hintergrund nicht erfolgen, zumal sich der weitere Bedarf eines Versicherten an Pflegehilfsmitteln zukünftig ändern kann. Dementsprechend beantragte der Kläger zunächst zutreffend mit Schriftsatz vom 21. September 2013 die Erbringung des Höchstbetrages "bis aktuell". Insoweit wäre der Abschluss einer Kostenübernahmeerklärung zwischen dem Kläger und der Beklagten für die Zukunft oder ein neuer Antrag auf Kostenerstattung durch den Kläger erforderlich (zum Ganzen siehe auch: Udsching, a.a.O., Rn. 22).

Die Kostenregelung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und berücksichtigt, dass der Kläger brauchbare Belege erst im Rahmen des Berufungsverfahrens und weitere Unterlagen erst nach Fristsetzung durch den Senat gemäß [§ 106 a SGG](#) vorgelegt hat.

Da die Beigeladene keine Anträge gestellt hat, unterbleibt insoweit ein Kostenausspruch.

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2017-06-30