

L 6 U 88/22

Land
Niedersachsen-Bremen
Sozialgericht
LSG Niedersachsen-Bremen
Sachgebiet
Unfallversicherung
1. Instanz
SG Lüneburg (NSB)
Aktenzeichen
S 3 U 144/20
Datum
26.04.2022
2. Instanz
LSG Niedersachsen-Bremen
Aktenzeichen
L 6 U 88/22
Datum
17.08.2023
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Zum Versicherungsschutz eines Blutspenders beim Verzehr vom Blutspendedienst bereitgestellter Nahrungsmittel (offengelassen).
2. Eine Erstattung für eine nicht unaufschiebbare Zahnbehandlung scheidet zumindest für die bis zur Ablehnung von Heilbehandlungsleistungen entstandenen Kosten aus. Die Erstattung scheidet auch für die nach der Ablehnung entstandene Kosten aus, wenn es sich bei den Behandlungsschritten nicht um selbständige, von der bisherigen Behandlung abtrennbare Behandlungen handelt. Ein einheitlicher Behandlungsvorgang kann sich insbesondere aus einem mehrere Monate vor der Ablehnung aufgestellten Heil- und Kostenplan ergeben.
3. Wird eine zahnärztliche Heilbehandlung nicht vom Unfallversicherungsträger als Sachleistung in Anspruch genommen und besteht nach einer Selbstbeschaffung der Sachleistung kein Anspruch auf Kostenerstattung, scheidet auch die Erstattung von Reisekosten (als die Sachleistung ergänzende Leistung) aus, die für Wege zur Inanspruchnahme selbstbeschaffter Heilbehandlungsleistungen entstanden sind.

Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Lüneburg vom 26. April 2022 aufgehoben.

Die Klage wird abgewiesen.

Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand

Der Kläger begehrt von der beklagten Trägerin der gesetzlichen Unfallversicherung die Erstattung von Kosten für eine zahnärztliche Heilbehandlung und damit zusammenhängende Reisekosten, die im Anschluss an eine Blutspende erforderlich wurden.

Der 1965 geborene Kläger spendete am Freitag, den 13. April 2018 auf eine turnusmäßig versandte Einladung des Blutspendedienstes der Landesverbände des Deutschen Roten Kreuzes G., H., I., J. und K. gGmbH (im Folgenden: DRK) in einem Schulgebäude in L. (Landkreis M.) Blut. Dabei wurden den Blutspendern vom DRK in einem Nebenraum des Spenderaums verschiedene Lebensmittel angeboten, die von ihnen im Anschluss an ihre Spende eingenommen werden konnten. Hiervon machte der Kläger gemeinsam mit weiteren Spendern Gebrauch. Beim Essen eines Schwarzbrothäppchens biss er auf einen harten, im Einzelnen nicht identifizierten Gegenstand im Brot und erlitt dabei eine Schädigung eines Zahnes im Oberkiefer (Zahn 15). Am 27. April 2018 suchte er erstmals den Zahnarzt Dr N. auf und erhielt ab 17. Mai 2018 von der Zahnärztin Dr O. eine Wurzelkanalbehandlung und Zahnüberkronung des betroffenen Zahns. Für die auf Grundlage der Heil- und Kostenpläne der Dr O. Nr 12298 [Wurzelkanalbehandlung Zahn 15] und Nr 12301 [Extrusion Zahn 15]], jeweils in der Fassung vom 16. Juli 2018, sowie Nr 12303 [Kronenversorgung Zahn] in der Fassung vom 18. Juli 2018, durchgeführten zahnärztlichen Behandlungen entstanden dem Kläger ua nicht von dritter Seite erstattete Kosten in Höhe von insgesamt 2.575,87 Euro (Rechnungen Dr N. vom 17. Mai 2018 über 10,72 Euro [Behandlung am 27. April 2018], Dr O. vom 2. Januar 2019 über 1.767,08 Euro [Behandlungszeitraum 17. Mai bis 13. September 2018], Dr O. vom 9. Mai 2019 über 21,44 Euro [Behandlung am 16. Januar 2019], P. AG/O. vom 10. Februar 2020 über 791,64 Euro [Behandlungen am 24. Januar und 7. Februar 2020] = Gesamtsumme 2.590,88 Euro, abzüglich der Zahlung des privaten Krankenversicherers des Klägers in Höhe von 15,01 Euro). Zur Wahrnehmung von insgesamt 14 Behandlungsterminen zwischen dem 27. April 2018 und 3. Dezember 2020 legte der Kläger mit seinem Kraftfahrzeug insgesamt 1.362 Kilometer zurück.

Der Kläger teilte den Sachverhalt am 29. August 2018 dem DRK und am 4. Oktober 2018 der Beklagten mit. Die Beklagte lehnte nach

Einholung von Befundberichten und beratungszahnärztlichen Stellungnahmen des Zahnarztes Q. vom 19. September 2019 und 13. Oktober 2020 Leistungen für die zahnärztliche Versorgung des Klägers ab (Bescheid vom 17. Oktober 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 2020). Zur Begründung führte die Beklagte aus, dass der behandelte Zahn bereits durch Caries profunda zerstört gewesen sei. Die Nachbarzähne 14, 16 und 17 wiesen Approximalkaries aus. Es sei davon auszugehen, dass der Zahn 15 zum Unfallzeitpunkt bereits devital gewesen sei. Bei dem Biss auf den harten Gegenstand handele es sich um eine bedeutungslose Gelegenheitsursache.

Der Kläger hat am 21. Dezember 2020 Klage zum Sozialgericht (SG) Lüneburg erhoben. Er hat auf Anfrage des SG die Erstattung von Kosten für die zahnärztlichen Behandlungen mit 2.575,87 Euro beziffert und darüber hinaus die Fahrtkosten zu 14 Behandlungsterminen geltend gemacht. Das SG hat nach Befundberichten das zahnheilkundliche Gutachten des Dr med dent R. vom 29. Mai 2021 eingeholt. Diesem und den ergänzenden Stellungnahmen des Sachverständigen vom 1. August und 2. November 2021 ist die Beklagte mit den beratungszahnärztlichen Stellungnahmen des Herrn Q. vom 1. Juli, 6. September und 5. Dezember 2021 entgegengetreten.

Das SG hat den angefochtenen Bescheid aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, „das Ereignis nach der Blutspende vom 13.04.2018 als Arbeitsunfall im Rechtssinne anzuerkennen sowie [...] die sich hieraus ergebenden Entschädigungsleistungen zu gewähren, insbesondere die Übernahme der Kosten der Heilbehandlung für die Versorgung des Zahnes 15.“ (Urteil vom 26. April 2022). Zur Begründung hat es ausgeführt, der Kläger habe die Zahnverletzung anlässlich einer nach § 2 Abs 1 Nr 13 b SGB VII versicherten Tätigkeit erlitten. Der Versicherungsschutz umfasse die Einnahme eines nach der Blutentnahme gereichten Imbisses. Zwar stelle die Nahrungsaufnahme grundsätzlich eine private, unversicherte Tätigkeit dar, weil diese vorrangig den Belangen des Versicherten (Lebenserhaltung) diene. Eine Ausnahme gelte allerdings dann, wenn sich die Notwendigkeit des Essens oder Trinkens aus den besonderen Umständen der versicherten Tätigkeit ergebe. Nach einer Blutspende sei es allgemein üblich, dass den Spendern von der durchführenden Einrichtung ein Imbiss in Gestalt von Speisen und Getränken offeriert werde. Dieses Angebot diene insbesondere dem Zweck, den mit der Blutentnahme verbundenen Kraft- und Flüssigkeitsverlust auszugleichen, mögliche negative Auswirkungen derselben auf den Kreislauf des Spenders zu verhindern sowie einen sicheren Heimweg zu gewährleisten. Die Nahrungsaufnahme stehe mithin aufgrund der besonderen Umstände einer Blutspende in derart enger Beziehung zum Spendevorgang selbst, dass es gerechtfertigt erscheine, diese in den versicherten Risikobereich der gesetzlichen Unfallversicherung einzubeziehen. Darüber hinaus sei der Kläger im Zusammenhang mit der Blutspende äußeren Einwirkungen auf den Körper ausgesetzt gewesen, die zu einem Gesundheitsschaden geführt hätten, indem er beim anschließenden Imbiss auf einen harten Gegenstand gebissen habe, was zum Bersten des Zahnes 15 geführt habe. Entgegen der Annahme der Beklagten sei die Zahnschädigung mit der geforderten Wahrscheinlichkeit durch die äußere Einwirkung nach der Blutspende wesentlich mitverursacht worden und sei keinesfalls nur auf einen Vorschaden in Gestalt einer Karies zurückzuführen. Dies folge aus den Ausführungen des Sachverständigen Dr R.. Die Beklagte habe dem Kläger nach § 26 Abs 1 SGB VII die notwendige Heilbehandlung zur Behebung des Zahnschadens zu gewähren. Der Anspruch beinhalte gemäß § 27 Abs 1 Nr 3 SGB VII die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz. Der Verurteilung zur Leistungserbringung stehe nicht der Umstand entgegen, dass die Beklagte bislang konkludent das Vorliegen eines Arbeitsunfalls iS des § 8 SGB VII bestritten habe. Zwar sei ein abstrakter Antrag, den Träger der gesetzlichen Unfallversicherung zu verurteilen, Entschädigungsleistungen zu erbringen, nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts grundsätzlich unzulässig, wenn bereits ein Versicherungsfall abgelehnt wurde. Da allerdings die Frage der Gewährung von Leistungen aus der gesetzlichen Unfallversicherung im Bescheid vom 17. Oktober 2019 umfassend geprüft worden sei, habe eine inhaltliche Würdigung des geltend gemachten Leistungsanspruchs stattgefunden, welche aufgrund des auch insoweit durchgeführten, nach § 78 SGG erforderlichen Vorverfahrens einen kombinierten Antrag sowohl auf Feststellung eines Versicherungsfalls als auch auf Gewährung der sich hieraus ergebenden Leistungen zulässig erscheinen lasse.

Gegen das der Beklagten am 10. Mai 2022 zugestellte Urteil richtet sich ihre am 3. Juni 2022 eingelegte Berufung. Sie hält das Sachverständigengutachten des Dr R. nicht für überzeugend. Im Übrigen erscheine es aber fraglich, ob beim Verzehr eines Imbisses nach der Blutspende überhaupt Versicherungsschutz bestehe.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Lüneburg vom 26. April 2022 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Der Kläger beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Er hält das erstinstanzliche Urteil für zutreffend. Er hat auf Aufforderung des Senats Kopien diverser Rechnungen vorgelegt und die Summe der zu den Zahnbehandlungen gefahrenen Kilometer mitgeteilt. Auf weitere Aufforderung hat er Kopien eines Einladungsschreibens des DRK zu einer Blutspende und einen vom DRK verwendeten Anamnesebogen vorgelegt. Der Kläger vertritt die Ansicht, es könne ihm nicht angelastet werden, dass der Heil- und Kostenplan erst im Oktober 2018 bei der Beklagten eingegangen sei. Er habe sich hilfeschend an die ihm bekannten Stellen gewandt. Auf die Weiterleitung von Unterlagen habe er keinen Einfluss gehabt.

Der Senat hat die Beteiligten zunächst darauf hingewiesen, dass der Versicherungsschutz des Klägers während der Einnahme der Mahlzeit zweifelhaft sei (Verfügung vom 13. Februar 2021). Ergänzend hat er darauf aufmerksam gemacht, dass die Ablehnung der Kostenübernahme möglicherweise nicht geeignet gewesen sei, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen, weil es sich bei den späteren Behandlungsschritten nicht um selbstständige, von der bisherigen Behandlung abtrennbare Leistungen handele. Die vor der Ablehnung der Beklagten begonnene zahnärztliche Behandlung sei deshalb möglicherweise insgesamt auf die Beseitigung des Schadens am Zahn 15 durch Extrusion und Überkronung ausgerichtet gewesen (Verfügung vom 23. Juni 2023). Auf Anfrage des Senats haben die Beteiligten mit ihren Schriftsätzen vom 24. und 31. Juli 2023 einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung waren.

Entscheidungsgründe

Der Senat entscheidet gemäß [§ 124 Abs 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung, nachdem die Beteiligten dem zugestimmt haben.

Die nach [§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1 SGG](#) statthafte Berufung ist nach [§ 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegt und auch im Übrigen zulässig. Sie ist auch begründet.

Das SG hat mit seinem Urteil vom 26. April 2022 zu Unrecht den Bescheid der Beklagten vom 17. Oktober 2019 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 3. Dezember 2020 aufgehoben und die Beklagte verpflichtet, einen Versicherungsfall festzustellen sowie „die sich hieraus ergebenden Entschädigungsleistungen zu gewähren, insbesondere die Übernahme der Kosten der Heilbehandlung für die Versorgung des Zahnes 15.“. Der angefochtene Bescheid ist jedoch – jedenfalls im Ergebnis – rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Das angefochtene Urteil war daher aufzuheben und die Klage abzuweisen.

1. Streitgegenstand ist nicht – wovon das SG ausgegangen ist – die Feststellung eines Versicherungsfalles und der Anspruch des Klägers auf – letztlich nicht eingegrenzte – „Entschädigungsleistungen“. Im Kern begehrt der Kläger die Erstattung der von ihm für die Zahnbehandlung getragenen Kosten in Höhe von 2.575,87 Euro (hierzu 2.) sowie der ihm im Zuge der zahnärztlichen Behandlungen entstandenen Reisekosten in der gesetzlich erstattungsfähigen Höhe von 272,40 Euro (hierzu 3.) und die Aufhebung der entgegenstehenden Verwaltungsakte der Beklagten.

Die Beklagte hat mit dem angefochtenen Bescheid neben den ausdrücklich benannten zahnärztlichen Behandlungsleistungen konkludent auch abschlägig über die im Zusammenhang mit den zahnärztlichen Behandlungen anfallenden Reisekosten entschieden, auch wenn diese ihr der Höhe nach noch nicht bekannt waren. Versicherte haben Anspruch auf Reisekosten, die in Ausführung der Heilbehandlung entstehen, ua Wegstreckenentschädigung, nach den [§§ 26 Abs 2 Nr 4, 39 Abs 1 SGB VII](#) iVm [§§ 43 Abs 1 Satz 2, Abs 2 Nr 4 SGB VII](#) und [73 SGB IX](#). Sie sind von Amts wegen zu gewähren ([§ 19 Satz 2 SGB IV](#)). Es handelt sich nicht um eine eigenständige Leistung, sondern um eine ergänzende Leistung zur Heilbehandlung (*Römer in: Hauck/Noftz SGB VII, Stand: 2. EL 2023, § 43 Rn 3*). Dessen war sich die Beklagte bewusst. Folgerichtig stellte sie – was sich für sie zwingend aus der zugleich erfolgten Ablehnung der Kostenerstattung für die zahnärztliche Behandlung ergab – und für den Adressaten erkennbar mit der im Widerspruchsbescheid verwendeten Formulierung, ein Anspruch auf Leistungen bestehe daher „in Bezug“ auf die zahnärztliche Behandlung nicht (Seite 4), und die Bezugnahme auf „[§§ 26 ff.](#)“ SGB VII (Seite 2) klar, dass mit dem Ausgangsbescheid auch die die Heilbehandlung ergänzenden Leistungen abgelehnt wurden. Entsprechend hat sie nachfolgend auf die Aufforderung des SG zur Stellungnahme zum Schriftsatz des Klägers vom 10. August 2021 (Verfügung vom 16. August 2021), mit der der Kläger seine Erstattungsforderungen beziffert hatte, keine Einwendungen in Bezug auf die streitgegenständliche Relevanz der geltend gemachten Fahrtkosten erhoben.

2. Rechtsgrundlage des mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 1 Satz 1](#) Var 1, Abs 4, [§ 56 SGG](#)) verfolgten Erstattungsbegehrens ist die entsprechende Anwendung des [§ 13 Abs 3 SGB V](#).

Nach [§ 26 Abs 1 Satz 1 SGB VII](#) haben Versicherte nach Maßgabe der folgenden Vorschriften und unter Beachtung des SGB IX ua Anspruch auf Heilbehandlung. Die Heilbehandlung umfasst gemäß [§ 27 Abs 1 Nr 3 SGB VII](#) insbesondere die zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Zahnersatz. Die zahnärztliche Behandlung umfasst nach [§ 28 Abs 3 SGB VII](#) die Tätigkeit der Zahnärzte, die nach den Regeln der zahnärztlichen Kunst erforderlich und zweckmäßig ist. Diese Leistungen sind nach [§ 26 Abs 4 Satz 2 SGB VII](#) als Sach- und Dienstleistungen zur Verfügung zu stellen und daher grundsätzlich als "Naturalleistung" zu gewähren. Ein Anspruch auf Bewilligung von Heilbehandlungsleistungen setzt – als ungeschriebenes Tatbestandsmerkmal – voraus, dass die Heilbehandlung zur Behandlung der Folgen eines Versicherungsfalles erforderlich ist (*vgl BSG, Urteil vom 9. November 2010 - B 2 U 24/09 R - Rn 24; Urteil vom 22. März 2011 - B 2 U 4/10 R - Rn 23*).

Die Kostenerstattung für selbstbeschaffte Sachleistungen zur Heilbehandlung findet unter den Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) statt, der in der gesetzlichen Unfallversicherung entsprechend anwendbar ist (*BSG, Urteil vom 20. März 2007 - B 2 U 38/05 R - Rn 13 und Urteil vom 10. August 2021 - B 2 U 2/20 R - Rn 25 mwN*). Nach dem Wortlaut der Norm hat die Krankenkasse dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, die dadurch entstehen, dass sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Da der Kostenerstattungsanspruch stets auf die Zahlung eines bestimmten Geldbetrags gerichtet ist, ist er konkret zu beziffern und im Einzelnen aufzuschlüsseln, welche "Heilbehandlungskosten" aufgebracht wurden, worauf sie sich beziehen und welche Zahlungen ggf von Dritten (zB einem privaten Krankenversicherungsunternehmen bzw dem Haftpflichtversicherer eines Unfallgegners) geleistet wurden (*BSG, Urteil vom 10. August 2021, aaO*).

1. Die zahnärztliche Versorgung des Zahnes 15 war nicht als „unaufschiebbar“ anzusehen. Es sind keine Gründe ersichtlich, die es für den Kläger als unzumutbar hätten erscheinen lassen, den für die Regelversorgung vorgesehenen Beschaffungsweg einzuhalten. Insbesondere bestand weder im April/Mai 2018 noch zu irgendeinem späteren Zeitpunkt ein behandlungsbedürftiger Befund, der eine sofortige zahnärztliche Intervention erfordert hätte. Der Kläger hätte schon deshalb die Entscheidung der Beklagten abwarten müssen, weil die Vermittlung eingehender – dem Kläger offensichtlich nicht zur Verfügung stehender – Kenntnisse über den Umfang der für eine Überkronung notwendigen Behandlungsleistungen und der hieraus üblicherweise entstehenden Kosten notwendig war.

2. Alternativ kommt ein Erstattungsanspruch in Betracht, wenn der Leistungsträger (hier: die Beklagte) eine vom Versicherten (hier: dem Kläger) beantragte und ihm rechtlich zustehende Leistung (Primäranspruch) objektiv rechtswidrig verweigert hat und die Ablehnung für die Entstehung der Kosten ursächlich war. Diese Voraussetzungen sind jedoch ebenfalls nicht erfüllt.

Es muss hier nicht entschieden werden, ob – woran der Senat erhebliche Zweifel hegt – dem Kläger überhaupt eine zahnärztliche Behandlung zu Lasten der Beklagten zugestanden hat (hierzu nachfolgend aa.). Selbst wenn der Senat einen bestehenden Versicherungsschutz des Klägers beim Essen des Schwarzbrotts als gegeben unterstellt, scheitert der Erstattungsanspruch hier daran, dass der Kläger seine zahnärztliche Behandlung vor der Ablehnung der Beklagten begann (hierzu nachfolgend bb.).

1. Der Primäranspruch auf eine zahnärztliche Behandlung setzte – wie eingangs ausgeführt – voraus, dass diese zur Behandlung der Folgen eines Versicherungsfalles erforderlich war.

[§ 7 Abs 1 SGB VII](#) definiert als Versicherungsfälle Arbeitsunfälle und Berufskrankheiten. Nach [§ 8 Abs 1 SGB VII](#) sind Arbeitsunfälle Unfälle von Versicherten infolge einer den Versicherungsschutz nach [§§ 2, 3](#) oder [6 SGB VII](#) begründenden Tätigkeit (versicherte Tätigkeit; Satz 1).

Allein in Betracht kommt hier eine versicherte Tätigkeit iS des [§ 2 Abs 1 Nr 13 Buchst b SGB VII](#). Danach sind – unter anderem – Personen versichert, die „Blut [...] spenden oder bei denen Voruntersuchungen oder Nachsorgemaßnahmen anlässlich der Spende vorgenommen werden.“ Unfälle sind zeitlich begrenzte, von außen auf den Körper einwirkende Ereignisse, die zu einem Gesundheitsschaden oder zum Tod führen ([§ 8 Abs 1 Satz 2 SGB VII](#)). Ergänzend bestimmt [§ 12a SGB VII](#), dass als Versicherungsfall bei Versicherten nach [§ 2 Absatz 1 Nummer 13 Buchst b](#) auch der Gesundheitsschaden gilt, der über die durch – unter anderem – die Blutentnahme regelmäßig entstehenden Beeinträchtigungen hinausgeht und in ursächlichem Zusammenhang mit der Spende steht (Abs 1 Satz 1). Werden dadurch Nachbehandlungen erforderlich oder treten Spätschäden auf, die als Aus- oder Nachwirkungen der Spende oder des aus der Spende resultierenden erhöhten Gesundheitsrisikos anzusehen sind, wird vermutet, dass diese hierdurch verursacht worden sind (Abs 1 Satz 2). Dies gilt nicht, wenn offenkundig ist, dass der Gesundheitsschaden nicht im ursächlichen Zusammenhang mit der Spende steht (Abs 1 Satz 3 Halbsatz 1). Absatz 1 gilt ua auch bei Gesundheitsschäden im Zusammenhang mit den für die Spende von Blut erforderlichen Voruntersuchungen sowie Nachsorgemaßnahmen (Abs 2 Satz 1); diese Regelung findet auch Anwendung, wenn es nach der Voruntersuchung nicht zur Spende kommt (Abs 2 Satz 2).

1. Der Senat hat erhebliche Zweifel, dass es sich bei der zum Zahnschaden führenden Verrichtung des Klägers (Essen nach der Blutspende) um eine versicherte Tätigkeit iS des [§ 2 Abs 1 Nr 13 Buchst b SGB VII](#) handelte.

Die Einnahme des vom DRK bereit gestellten Essens war zunächst kein Teil der unmittelbaren Entnahme von Blut oder einer Voruntersuchung anlässlich der Blutspende. Einzig diskutabel erscheint deshalb, ob das für die Beschädigung des Zahnes 15 ursächliche Essen des Vollkornbrotts als „Nachsorgemaßnahme anlässlich der Spende“ einzuordnen ist.

Hiergegen spricht bereits, dass es sich bei den im Gesetz aufgezählten Handlungen (Blutspenden, Voruntersuchungen und Nachsorgemaßnahmen) begrifflich durchweg um solche handelt, die von Ärzten oder besonders ausgebildetem medizinischen Personal entweder selbst vorgenommen oder zumindest vorbereitet oder beaufsichtigt werden und die im unmittelbaren örtlichen, zeitlichen und sachlichen Zusammenhang mit der Blutspende stehen, wengleich der Schaden auch erst später eintreten kann (vgl [BT-Drucks 17/9773](#), 41 f; [Bieresborn in: jurisPK-SGB VII](#), 3. Aufl., [§ 2 SGB VII](#) (Stand: 30.06.2023), Rn 440 ff). Schon vor diesem Hintergrund begegnet es Bedenken, unter diesen Begriff eine – wie hier – nicht von medizinischem Personal überwachte, eigenständige Nahrungsaufnahme zu fassen.

Selbst wenn die Nahrungsaufnahme im Grundsatz als Nachsorgemaßnahme angesehen werden könnte, spräche aus Sicht des Senates gegen eine Einbeziehung in den Schutzbereich der gesetzlichen Unfallversicherung, dass eine Nahrungsaufnahme nach der Blutspende nicht medizinisch indiziert war. Es ergeben sich für den Senat keine Gründe, bei der Nahrungsaufnahme nach einer Blutspende andere Maßstäbe anzulegen, als bei einer solchen während eines Krankenhaus- bzw Rehabilitationsaufenthalts. Bei letzteren zählt die Nahrungsaufnahme idR zum unversicherten privaten Lebensbereich, außer wenn sie im Rahmen der Maßnahme ärztlich oder durch sonst in die Behandlung eingebundene Personen angeordnet oder zumindest unter Einbeziehung in einen Behandlungsplan empfohlen wurde ([BSG, Urteil vom 18. Juni 2013 - B 2 U 7/12 R -](#), Rn 17; [Urteil vom 23. Juni 2020 - B 2 U 12/18 R -](#), Rn 15; [aA für die Empfehlung Keller in: Hauck/Noftz, SGB VII](#), Stand: 2. EL 2023, § 8 Rn 187). Eine ausdrückliche oder auch nur konkludente ärztliche Anordnung zur Nahrungsaufnahme nach der Blutspende lag im Fall des Klägers jedoch nicht vor. Auch sonst ist keine medizinische Indikation für eine Nahrungsaufnahme nach der Blutspende ersichtlich. Der Senat vermag sie insbesondere nicht daraus zu entnehmen, dass im Anschluss an eine Blutspende häufig Nahrungsmittel zum Verzehr angeboten werden. Dieses Angebot der Blutspenden durchführenden Organisationen erfolgt – auch vor dem Hintergrund, dass die Blutspende entsprechend [§ 10 Abs 1 Satz 1 Transfusionsgesetz \(TFG\)](#) in der Regel nicht mit Geld vergütet wird – allein im Interesse einer Erhöhung der Spendebereitschaft in der Bevölkerung. Mit der Bereitstellung der Nahrungsmittel soll die Blutspende gerade nicht – wie der Kläger offenbar meint – entgolten werden. Vielmehr stellt sie vorrangig eine Anerkennung der Bereitschaft des Spenders dar, im Interesse der Allgemeinheit den mit dem Spenden von Blut verbundenen Eingriff in die körperliche Unversehrtheit sowie die damit verbundenen Risiken und Unannehmlichkeiten auf sich zu nehmen, sich zum Ort der Blutspende zu begeben sowie die hierfür und die Spendeentnahme selbst erforderliche Zeit aufzuwenden (vgl [OVG Rheinland-Pfalz, Urteil vom 19. Dezember 2013 - 6 A 10608/13 -](#), juris Rn 45; in diesem Sinne auch [BGH, Urteil vom 30. April 2009 - IZR 117/07 -](#), juris Rn 23). Sie hat eine jahrzehntelange Tradition und es liegt nahe, dass das gemeinsame Essen der Blutspenderinnen und -spender auch für die Gewinnung und Vertiefung sozialer Kontakte förderlich ist. Es steht zu vermuten, muss aber im Einzelnen nicht aufgeklärt werden, ob das Angebot von Nahrungsmitteln damit mittelbar auch die Spendebereitschaft erhöht. Selbst bei Unterstellung dieses Effekts, fehlte indes ein zureichender Anhaltspunkt dafür, dass der Gesetzgeber mit der Aufnahme des Versicherungstatbestandes nicht lediglich die unmittelbar mit der Blutspende einhergehenden Risiken, sondern auch die während einer anschließenden Nahrungsaufnahme bestehenden, gänzlich anders als

bei einer Blutspende gelagerten Risiken unter Versicherungsschutz stellen wollte.

Gegen eine medizinische Indikation zur Nahrungsaufnahme spricht auch Abschnitt 2.3.2 der von der Bundesärztekammer gemäß § 12a Abs 1 Satz 1 TFG erarbeiteten Richtlinie Hämotherapie (*Richtlinie zur Gewinnung von Blut und Blutbestandteilen und zur Anwendung von Blutprodukten in der Fassung der Gesamtnovelle 2017 und der Änderungen vom 17. Mai 2019*). Die Richtlinie Hämotherapie sieht keine Nahrungsaufnahme nach einer Blutspende vor, sondern lediglich das Angebot einer angemessenen Ruhemöglichkeit unter Aufsicht. Von einigem Gewicht erscheint dabei die gesetzgeberische Entscheidung, dass diese Empfehlung den Stand der medizinischen Wissenschaft repräsentiert. § 12a Abs 2 TFG bestimmt ausdrücklich, dass die Einhaltung des Standes der Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft und Technik vermutet wird, wenn die Richtlinie Hämotherapie beachtet worden ist.

2. Soweit das SG ausgeführt hat, dass sich die Notwendigkeit der Nahrungsaufnahme aus den besonderen Umständen des Blutspendens ergeben habe, könnte auch dem nicht ohne Weiteres gefolgt werden. Zwar kann die Nahrungsaufnahme ausnahmsweise im inneren Zusammenhang mit versicherter Tätigkeit stehen, wenn Umstände der verrichteten Tätigkeit die Nahrungsaufnahme wesentlich beeinflussen. Das ist nach der Rechtsprechung ua der Fall, wenn die versicherte Tätigkeit ein besonderes Hunger- oder Durstgefühl verursacht und deshalb die Nahrungsaufnahme notwendig gemacht hat, die ohne die versicherte Tätigkeit nicht, erst später oder in anderer Form notwendig geworden wäre (*stRSpr des BSG, zuletzt Urteil vom 18. Juni 2013 - B 2 U 7/12 R -, Rn 17; Urteil vom 31. August 2017 - B 2 U 11/16 R -, Rn 17 mwN*). Eine zwingende Notwendigkeit zu einer vorzeitigen Nahrungsaufnahme ist jedoch weder aus dem Vortrag des Klägers noch sonst zu erkennen. Der Kläger selbst hat solche Umstände ausdrücklich verneint.
2. Der Senat lässt die Frage eines bei der Nahrungsaufnahme nach der Blutspende bestehenden Versicherungsschutzes jedoch ausdrücklich unentschieden, weil der Erstattung der dem Kläger entstandenen Behandlungskosten der Beginn der zahnärztlichen Behandlung vor der Ablehnung der Beklagten entgegensteht und dieser auch die nach der Ablehnung entstandenen Kosten umfasst.
1. Eine rechtswidrige Ablehnung iS des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) setzt bereits nach ihrem Wortsinn voraus, dass der Erstattungspflichtige über die Versorgung vor deren Beschaffung entschieden hat. Weitergehend setzt die Vorschrift zusätzlich noch einen Kausalzusammenhang zwischen der Leistungsablehnung und dem Nachteil des Versicherten voraus. Dieser kann aber nur gegeben sein, wenn die Entscheidung des Unfallversicherungsträgers getroffen worden ist, bevor der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat. Entsprechend ist es erforderlich, dass der Unfallversicherungsträger vor der Beschaffung von der Notwendigkeit der Heilbehandlung erfährt. Diese Information erfolgt in der Praxis spätestens durch Übersendung eines zahnärztlichen Heil- und Kostenplans. In der Folge kann der Unfallversicherungsträger rechtzeitig seine Zuständigkeit, die Notwendigkeit und Geeignetheit einer Versorgung und auch die - im Fall des Klägers durchaus fragliche - Angemessenheit der entstehenden Kosten prüfen. Dem Unfallversicherungsträger ist für diese anzustellenden Ermittlungen und Erwägungen eine angemessene Zeitspanne eingeräumt, während der eine Beeinflussung durch vom Versicherten selbst unternommene Schritte hinsichtlich einer von ihm selbst ohne Absprache mit dem Leistungsträger gewählten Hilfsmittelversorgung unterbleibt.

Diese Voraussetzung ist ebenfalls nicht erfüllt. Der Kläger begann spätestens Ende Mai 2018 die Behandlung bei Dr O.. Selbst wenn man - wie der Kläger meint - bereits seine Kontaktaufnahme mit dem DRK im August 2018 als an den zuständigen Träger gerichtetes Leistungsbegehren interpretieren könnte, hätte selbst dessen Ablehnung hier nicht ursächlich für den Beginn der zahnärztlichen Behandlung des Zahnes 15 sein können.

2. Der Ausschluss der Kostenerstattung erfasst auch die Kosten für die zahnärztliche Heilbehandlung, die erst nach Erlass des Bescheides vom 17. Oktober 2019 entstanden sind (Rechnung P. AG/O. vom 10. Februar 2020 über 791,64 Euro [Behandlungen am 24. Januar und 7. Februar 2020]). Zwar stellt eine ablehnende Entscheidung über eine Kostenübernahme bei über längere Zeiträume laufenden Behandlungen nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) grundsätzlich eine Zäsur dar, so dass eine Erstattung für Leistungen in Betracht kommt, die nach der Ablehnung auf eigene Rechnung beschafft wurden. Jedoch gilt dies nach der ständigen Rechtsprechung des BSG allerdings nur dann, wenn die Ablehnung geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen (*BSG, Urteil vom 19. Juni 2001 - B 1 KR 23/00 R -, juris Rn 14; Urteil vom 19. Februar 2003 - B 1 KR 18/01 R -, juris Rn 12; Urteil vom 22. März 2005 - B 1 KR 3/04 R -, juris Rn 12; Urteil vom 3. August 2006 - B 3 KR 24/05 R -, Rn 22 mwN*). Nach Ansicht des BSG (*aaO*) kann dies nur angenommen werden, wenn es sich bei den späteren Behandlungsschritten um selbstständige, von der bisherigen Behandlung abtrennbare Leistungen handelt. Maßgeblich sei die Einheitlichkeit des Behandlungsvorgangs. Als einheitlichen Behandlungsvorgang hat das BSG ua die Versorgung mit implantatgestütztem Zahnersatz gewertet (*BSG, Urteil vom 19. Juni 2001, aaO*).

Der Senat folgt dieser Rechtsauffassung nach eigener Prüfung. Eine Erstattung der dem Kläger nach der Ablehnung der Beklagten entstandenen Kosten scheidet somit aus, weil die bereits mehrere Monate vor der Ablehnung begonnene zahnärztliche Behandlung von Anfang an auf die Beseitigung des Schadens am Zahn 15 durch Extrusion und Überkronung ausgerichtet war. Der Senat vermag insoweit nur einen einheitlichen Behandlungsvorgang zu erkennen, insbesondere nachdem die bis 2020 entstandenen Kosten der zahnärztlichen Behandlung - wie die übrigen Kosten - auf den bis Mitte Juli 2018 erstellten Heil- und Kostenplänen beruhen.

3. Rechtsgrundlage für die Erstattung der dem Kläger im Zusammenhang mit den zahnärztlichen Behandlungsleistungen entstandenen Kosten für die Fahrten mit dem eigenen Kraftfahrzeug ist [§ 43 Abs 1 Satz 2, Abs 2 Nr 4, Abs 5 SGB VII](#). Danach werden Reisekosten zur Ausführung der Heilbehandlung nach den Absätzen 2 bis 5 übernommen. Zu den Reisekosten gehören ua die Wegstreckenentschädigung. Das Nähere regeln die Verbände der Unfallversicherungsträger durch gemeinsame Richtlinien.

In Bezug auf die Erstattung der Reisekosten gilt nichts anderes als für die Erstattung der selbstbeschafften zahnärztlichen Heilbehandlung, so dass eine Erstattung aufgrund der vor der Ablehnung der Beklagten begonnenen zahnärztlichen Behandlung ausscheidet. Zwar liegt bei den streitgegenständlichen Reisekosten keine Selbstbeschaffung einer Sachleistung, sondern ein gesetzlich bestimmter Erstattungsanspruch in Geld vor (vgl LSG Sachsen-Anhalt, Urteil vom 17. Juni 2010 - [L 10 KR 1/09](#) -, juris Rn 23 ff). Bei der Erstattung von Reisekosten handelt es sich jedoch - wie bereits zuvor zu 1. ausführlich dargelegt - nicht um eine selbständige, sondern um eine die Heilbehandlung ergänzende Leistung. Bereits aus dieser gesetzlichen Konstruktion folgt, dass kein Anspruch auf Erstattung von Reisekosten besteht, wenn ein Versicherter weder eine ggf zustehende konkrete Sachleistung in Anspruch genommen hat, noch ihm eine Erstattung der Kosten für eine selbstbeschaffte Sachleistung zusteht (vgl LSG Baden-Württemberg, Beschluss vom 9. Dezember 2019 - [L 10 U 1119/15](#) -, juris Rn 25 ff). Der Ausschluss des Anspruchs auf Erstattung der Reisekosten unter den gegebenen Voraussetzungen folgt aber auch daraus, dass es andernfalls einer fiktiven Ermittlung der Höhe der zu erstattenden Reisekosten auf Grundlage der nicht in Anspruch genommenen Sachleistung bedürfte, was mit dem Wesen eines allein auf den konkret entstandenen Kosten fußenden Erstattungsanspruchs nicht in Einklang zu bringen ist.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 Abs 1 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft
Aus
Saved
2023-10-20