

Kostenerstattung für schwenkbaren Autositz: Krankenkasse darf Leistungsprüfung nicht auf Ansprüche nach „ihrem“ SGB (SGB V) beschränken

§§ 14 SGB IX aF, 53 SGB XII

1. Ein behinderter Mensch ist gerade auch dann auf die Nutzung eines Kraftfahrzeuges angewiesen, wenn dies seiner Teilhabe am Familienleben dient.

2. Der Reha-Träger muss einen möglichen Anspruch nach *allen* in Betracht kommenden Leistungsgesetzen prüfen. (Redaktionelle Leitsätze)

LSG Berlin-Brandenburg, Urteil vom 4.6.2019 – L 9 KR 363/17, BeckRS 2019, 13982

Sachverhalt

Der 1992 geborene Kläger ist multipel schwerstbehindert. Er begehrt über seine Pflegeeltern, die auch als seine Betreuer eingesetzt sind, Kostenerstattung für einen selbstbeschafften Autoschwenksitz. In der Pflegefamilie leben neben dem Kläger auch noch zwei leibliche minderjährige Töchter der Pflegeeltern.

Im Mai 2012 beantragten die Pflegeeltern bei der beklagten Krankenkasse die Übernahme der Kosten für den behindertengerechten Umbau ihres PKW. Diese lehnte den Antrag ab. Auf Anraten der Krankenkasse beantragten die Pflegeeltern im August 2012 zusätzlich auch eine Kostenübernahme beim Sozialhilfeträger. Dieses Verwaltungsverfahren wurde im Hinblick auf das gegenüber der beklagten Krankenkasse in Gang gesetzte Verwaltungsverfahren ruhend gestellt. Das Widerspruchsverfahren gegen die beklagte Krankenkasse blieb erfolglos.

Mit der im Dezember 2012 erhobenen Klage verfolgte der Kläger sein Begehren weiter. Die Pflegeeltern des Klägers ließen im November 2014 den beantragten Schwenksitz auf eigene Kosten einbauen. Das Klagebegehren wurde daraufhin auf eine Kostenerstattung umgestellt. Mit Urteil aus Juni 2017 wies das SG Cottbus die Klage mit der Begründung ab, die Voraussetzungen für einen Anspruch nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V würden nicht vorliegen.

Mit der Berufung rügt der Kläger, das SG hätte nicht ohne Beiladung des Sozialhilfeträgers entscheiden dürfen. Zudem würde ein Anspruch jedenfalls unter dem Aspekt der Eingliederungshilfe bestehen. Durch Beschluss des LSG aus September 2018 wurde der Sozialhilfeträger beigeladen.

Entscheidung

Die Berufung des Klägers hatte Erfolg. Das LSG hob zunächst hervor, dass die beklagte Krankenkasse nach § 14 Abs. 2 Satz 1 SGB IX als erstangegangener Reha-Träger, der den Antrag nicht innerhalb der 2-Wochen-Frist weitergeleitet hat, im Verhältnis zum Kläger nunmehr zur Prüfung *aller* in Betracht kommenden rehabilitationsrechtlichen Anspruchsrundlagen verpflichtet war.

Sodann erfolgte das Prüfprogramm zu den Ansprüchen. Nach Ansicht des 9. Senats lässt sich ein Anspruch gegen die Beklagte auf Kostenerstattung zwar nicht aus dem Krankenversicherungsrecht (SGB V) oder aus dem Recht der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI) ableiten, gleichwohl aber aus dem Recht der Eingliederungshilfe, konkret aus § 53 SGB XII. Die Voraussetzungen für den sozialhilferechtlichen Anspruch liegen vor, weil der Kläger im maßgeblichen Zeitpunkt der Anschaffung des Autoschwenksitzes auf ein Kraftfahrzeug „angewiesen“ war. In der relevanten Urteilspassage

zur Untermauerung dieser Ansicht heißt es wörtlich wie folgt:

„Weil der Kläger Teil der Familie ist, integriert die Fahrzeugnutzung ihn unmittelbar in das Familienleben; sie ist daher „unentbehrlich“ im Rechtssinne. Der Kläger kann insoweit nicht auf die Nutzung öffentlicher Verkehrsmittel verwiesen werden, so dass der Senat zu deren Verfügbarkeit auch keine weitere Sachaufklärung betreiben musste. Denn es wirkte geradezu desintegrierend, wenn er mit einer Begleitperson öffentliche Verkehrsmittel nutzen müsste, während der Rest der Familie zu gemeinsamen Unternehmungen mit dem PKW fährt. Gerade die gemeinsame Nutzung des Transportmittels dient dem Leben des Klägers in der familiären Gemeinschaft, an deren Bestehen der Senat keine Zweifel hat.“

Für die Praxis

Das Urteil des LSG zeigt, dass es sich immer „lohnt“, zur Begründung des geltend gemachten Anspruchs umfangreich vorzutragen und zu argumentieren, insbesondere wenn ein für den Reha-Träger „fremdes“ SGB betroffen ist – auch wenn der Weg hier besonders lang und beschwerlich war. Zur Erinnerung: zwischen dem Erstantrag aus Mai 2012 und der Entscheidung des LSG aus Juni 2019 lagen mehr als 7 Jahre!

Vom LSG wird nochmals die Bedeutung von § 14 SGB IX in der bis zum 31.12.2017 geltenden Fassung betont. Diese zentrale Verfahrensvorschrift soll verhindern, dass der behinderte Mensch sich vertiefend mit der Frage auseinandersetzen muss: „Wer ist denn nun für mein Anliegen zuständig?“ Er soll so gestellt werden, als hätte er gleichzeitig bei allen Reha-Trägern einen Antrag gestellt. Ziel des Gesetzgebers ist es, nur einen Ansprechpartner zu haben, der alle erforderlichen Leistungen aus einer Hand erbringt.

Die materiell-rechtlichen Auswirkungen der Vorschrift hängen vom Verhalten des erstangegangenen Reha-Trägers (hier: der Krankasse) in den ersten 2 Wochen nach Antragstellung ab. Hält er sich für unzuständig, ist der Antrag an den für zuständig gehaltenen Reha-Träger weiterzuleiten. Bei Versäumnis der 2-Wochen-Frist ist – wie im Fall des LSG – der Status als im Außenverhältnis leistender Reha-Träger unumstößlich fixiert. Die Prüfung der Ansprüche erfolgt dann „übergreifend“ nach *allen* in Frage kommenden Leistungsgesetzen (SGB III, SGB V, SGB IX, SGB XII). Dies bringt teilweise auch den Reha-Träger an seinen Leistungsgrenzen, da unterstellt werden kann, dass vertiefende Rechtskenntnisse eher im „eigenen“ SGB vorhanden sind.

Zusätzlich gibt es ab dem 1.1.2018 nunmehr auch die Möglichkeit der Genehmigungsfiktion, § 18 SGB IX. Die beantragte Leistung gilt danach bei Nichteinhaltung einer Frist von 2 Monaten als genehmigt. Rechtsfolge: Selbstbeschaffung möglich, Erstattung der Kosten zwingend! Diese neue Rechtsvorschrift musste das LSG nicht berücksichtigen.

Rechtsanwalt Dr. Jens-Torsten Lehmann, Cottbus ■