

BUNDESSOZIALGERICHT



Beschluss in dem Rechtsstreit

Az: B 3 P 1/14 BH

L 15 P 53/13 (LSG Niedersachsen-Bremen)
S 29 P 106/12 (SG Hannover)

.....,

Kläger und Antragsteller,

g e g e n

Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See
als Trägerin der Kranken- und Pflegeversicherung,
Pieperstraße 14-28, 44789 Bochum,

Beklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat am 19. März 2014 durch den
Vorsitzenden Richter Dr. H a m b ü c h e n , den Richter S c h r i e v e r
und die Richterin Dr. W a ß e r
beschlossen:

Der Antrag des Klägers, ihm für das Verfahren über die Beschwerde gegen die Nichtzulassung
der Revision im Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 8. Januar 2014
Prozesskostenhilfe zu gewähren und einen Rechtsanwalt beizuordnen, wird abgelehnt.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



Gründe :

I

- 1 Der Kläger begehrt von der beklagten Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See, die als Träger der Krankenversicherung (§ 4 Abs 2 iVm § 167 SGB V) im Rechtsverkehr als "Knappschaft-Bahn-See" auftritt und in dieser Eigenschaft auch die Pflegeversicherung für ihre Versicherten durchführt (§ 46 Abs 1 S 3 SGB XI), die Übernahme der Kosten für eine sechswöchige vollstationäre Heimpflege (19.12.2009 bis 1.2.2010) im Anschluss an einen Krankenhausaufenthalt. Den Rechnungsbetrag von 4246 Euro zahlt der Kläger nach eigenen Angaben seit August 2013 in monatlichen Raten von 100 Euro ab, die er aus seiner Altersrente finanziert. Demgemäß geht es bezüglich der bereits gezahlten Raten um einen Kostenerstattungsanspruch und bezüglich des noch offenen Restbetrages um einen Kostenfreistellungsanspruch.
- 2 Der im Jahre 1942 geborene, wohnungslose Kläger erlitt im August 2009 bei einer Verrenkung der rechten Schulter erhebliche Sehnenverletzungen, die operativ versorgt werden mussten. Der für Oktober 2009 geplante Eingriff erforderte ein intensives Nachbehandlungskonzept mit Ruhigstellung der Schulter für wenigstens sechs Wochen mit anschließender Krankengymnastik zur Mobilisation der Schulter. Da unter den Bedingungen der Obdachlosigkeit weder eine ausreichende Pflege sichergestellt noch eine risikolose Wundheilung gewährleistet war, empfahl der behandelnde Krankenhausarzt eine vollstationäre Pflege für sechs Wochen in unmittelbarem Anschluss an den Krankenhausaufenthalt, der in der Zeit vom 11. bis zum 15.10.2009 stattfand. Bereits am 27.8.2009 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Kostenübernahme für die bevorstehende "Unterbringung in einer Kurzzeitpflegeeinrichtung gemäß § 42 SGB XI". Die Kostenübernahme für den am 15.10.2009 begonnenen Aufenthalt im Pflegeheim F. in H. lehnte die Beklagte ab, weil auch eine Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI nur Versicherten gewährt werden könne, die mindestens der Pflegestufe I (§ 15 Abs 1 S 1 Nr 1 und Abs 3 S 1 Nr 1 SGB XI) zuzuordnen seien, also für wenigstens sechs Monate einen durchschnittlichen täglichen Hilfebedarf bei der Grundpflege von mehr als 45 Minuten aufwiesen. Dies sei beim Kläger nicht der Fall, weil sich sein täglicher Grundpflegebedarf nach gutachterlichen Stellungnahmen des Sozialmedizinischen Dienstes auf höchstens 13 Minuten belaufe (*Bescheid vom 21.10.2009, Widerspruchsbescheid vom 4.3.2010*). Die daraufhin am 31.3.2010 erhobene Klage, die "auf Zuerkennung von Leistungen der Pflegeversicherung" (so das SG) bzw auf "Bewilligung von Kurzzeitpflege im Jahr 2009 für vier Wochen" (so das LSG) gerichtet war, blieb erfolglos (*Gerichtsbescheid des SG vom 1.10.2010 - S 29 P 34/10 -, Urteil des LSG vom 27.4.2011 - L 15 P 55/10 -*). Die Kosten der Pflege übernahm zunächst - soweit ersichtlich - der Sozialhilfeträger.
- 3 Der unzureichende Heilungsverlauf und neue Beschwerden, die nach Ansicht des Klägers auf eine in die Verantwortung der Beklagten fallende zu kurze Pflegephase und zu schnelle Entlas-



sung in die Obdachlosigkeit zurückzuführen sind, machten schließlich eine weitere Operation der rechten Schulter erforderlich. Im Anschluss an den Krankenhausaufenthalt (9. bis 19.12.2009) hielt sich der Kläger - wie empfohlen - sechs Wochen lang (19.12.2009 bis 1.2.2010) zur vollstationären Pflege in dem Pflegeheim auf, das für den Aufenthalt 4246 Euro berechnete. Den Antrag vom 12.5.2011 auf Freistellung von diesen Kosten lehnte die Beklagte wiederum wegen Nichterfüllung der zeitlichen Voraussetzungen der Pflegestufe I ab (*Bescheid vom 26.4.2012, Widerspruchsbescheid vom 30.7.2012*). Das SG hat die Entscheidung der Beklagten bestätigt (*Gerichtsbescheid vom 2.7.2013*). Das LSG hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen (*Urteil vom 8.1.2014*), weil stationäre Pflegeleistungen auch bei lediglich vorübergehender Inanspruchnahme, wie es bei der Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI der Fall sei, nur Versicherten zustehe, die auf Dauer, also voraussichtlich für mindestens sechs Monate, erheblich pflegebedürftig (Pflegestufe I) seien (§ 14 Abs 1 iVm § 15 Abs 1 S 1 Nr 1 SGB XI), was beim Kläger nicht zutreffe.

- 4 Der Kläger beantragt die Bewilligung von Prozesskostenhilfe (PKH) für die Erhebung einer Nichtzulassungsbeschwerde und die Beordnung eines Rechtsanwalts für das Beschwerdeverfahren.

II

- 5 Es kann offenbleiben, ob der Kläger nach seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen in der Lage wäre, die Kosten für die Inanspruchnahme eines Rechtsanwalts ganz oder zumindest teilweise selbst aufzubringen. PKH kann ihm jedenfalls nicht bewilligt werden, weil die beabsichtigte Rechtsverfolgung keine Aussicht auf Erfolg hat (§ 73a SGG iVm § 114 ZPO). Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht ersichtlich.
- 6 1. Gemäß § 160 Abs 2 SGG ist die Revision nur zuzulassen, wenn
- die Rechtssache grundsätzliche Bedeutung hat, oder
 - die Entscheidung des LSG von einer Entscheidung des BSG, des Gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes oder des Bundesverfassungsgerichts abweicht und auf dieser Abweichung beruht oder
 - ein Verfahrensmangel geltend gemacht wird, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann; bestimmte Verfahrensmängel sind jedoch nur eingeschränkt oder gar nicht geeignet, die Zulassung der Revision zu begründen (§ 160 Abs 2 Nr 3 zweiter Halbs SGG).
- 7 2. Nach der im PKH-Verfahren gebotenen summarischen Prüfung der Erfolgsaussichten des beabsichtigten Rechtsmittels liegt keiner der Zulassungsgründe des § 160 Abs 2 SGG vor.



- 8 a) Der Rechtsstreit wirft keine Rechtsfragen von grundsätzlicher Bedeutung auf (§ 160 Abs 2 Nr 1 SGG).
- 9 aa) Das LSG hat zutreffend entschieden, dass ein Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung (*analog § 13 Abs 3 SGB V*) aus der sozialen Pflegeversicherung schon deshalb nicht besteht, weil jede Form stationärer Pflege nach dem SGB XI (vollstationäre Dauerpflege nach § 43 SGB XI, Tagespflege und Nachtpflege nach § 41 SGB XI sowie Kurzzeitpflege nach § 42 SGB XI) zumindest die Zuordnung des Versicherten zur Pflegestufe I (§ 14 Abs 1 iVm § 15 Abs 1 S 1 Nr 1 und Abs 3 S 1 Nr 1 SGB XI) voraussetzt. Erreicht ein Versicherter nicht den zeitlichen Mindestwert von "mehr als 45 Minuten" an täglich erforderlicher Grundpflege (sog Pflegestufe 0), scheidet ein Sachleistungsanspruch (§ 4 Abs 1 SGB XI) auf stationäre Pflege gegen einen Träger der sozialen Pflegeversicherung von vornherein aus, und dementsprechend kann auch kein - die Unaufschiebbarkeit der Leistung oder deren vorherige rechtswidrige Ablehnung voraussetzender - Kostenerstattungsanspruch aus der Selbstbeschaffung einer solchen stationären Pflege entstehen. Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass der Anspruch auf Kurzzeitpflege nach § 42 Abs 2 S 1 SGB XI ohnehin auf vier Wochen pro Kalenderjahr beschränkt ist, er also eine sechswöchige Übergangszeit nach einer stationären Behandlung zeitlich nur zu zwei Dritteln abdecken kann, und zudem der Höhe nach auf 1470 Euro (ab 1.7.2008), 1510 Euro (ab 1.1.2010) bzw 1550 Euro (ab 1.1.2012) begrenzt ist (§ 42 Abs 2 S 2 SGB XI). Übersteigen die angefallenen Kosten diese Beträge, muss der Rest vom Pflegebedürftigen selbst oder - nach Maßgabe der Vorschriften über die sozialhilferechtlichen Leistungen (*Hilfe zur Pflege nach § 61 SGB XII bzw Hilfe in sonstigen Lebenslagen nach § 73 SGB XII*) - vom Sozialhilfeträger getragen werden.
- 10 bb) Hier kam auch keine Eintrittspflicht der Beklagten als erstangegangener Rehabilitations-träger für sozialhilferechtliche Leistungen nach § 14 SGB IX in Betracht. Die Vorschriften über die Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen im SGB IX richten sich nur an die verschiedenen Rehabilitationsträger iS des § 6 SGB IX, zu denen zwar die Krankenkassen, nicht aber die Pflegekassen gehören. Die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See ist zwar nach § 167 SGB V Träger der Krankenversicherung und hat damit die Stellung einer Krankenkasse (§ 4 Abs 2 SGB V), sie hat hier aber nicht in dieser Funktion, sondern in der ihr angegliederten Funktion als Träger der Pflegeversicherung nach § 46 Abs 1 S 3 SGB XI und damit wie eine Pflegekasse gehandelt. Zum anderen ist § 14 SGB IX auch deshalb nicht anwendbar, weil es dort nur um Leistungen zur Teilhabe von behinderten Menschen geht und der Begriff der Behinderung nach § 2 Abs 1 SGB IX eine "mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate" andauernde Abweichung der körperlichen Funktion, geistigen Fähigkeit oder seelischen Gesundheit von dem altersgemäß typischen Zustand voraussetzt, durch den die "Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist". An einer solchen dauerhaften, auf die Schulterbeschwerden zurückzuführenden Teilhabebeeinträchtigung fehlt es nach den Feststellungen des LSG ebenfalls.



- 11 cc) Die Beklagte war schließlich auch in ihrer Funktion als Träger der Krankenversicherung nicht eintrittspflichtig, weil krankenversicherungsrechtliche Ansprüche auf stationäre medizinisch-pflegerische Nachsorge stets voraussetzen, dass die Behandlung - anders als hier - in einem Krankenhaus oder in einer medizinischen Rehabilitationseinrichtung stattfindet (§§ 39, 40 SGB V).
- 12 b) Das Berufungsurteil weicht auch nicht von der höchstrichterlichen Rechtsprechung ab, so dass der Zulassungsgrund der Divergenz ebenfalls nicht besteht (§ 160 Abs 2 Nr 2 SGG).
- 13 c) Das Berufungsverfahren weist ferner keine die Zulassung der Revision begründenden Verfahrensmängel iS des § 160 Abs 2 Nr 3 SGG auf. Insbesondere bestehen keine Hinweise darauf, dass das LSG seine Pflicht zur Aufklärung des Sachverhalts oder den Anspruch des Klägers auf rechtliches Gehör (§ 62 SGG) verletzt hat.
- 14 d) Ein Verfahrensfehler liegt auch nicht darin, dass das Klage- und Berufungsverfahren bei wörtlicher Betrachtung des Rubrums gegen die "Pflegekasse" bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See geführt worden ist. Die Klage ist - sachlich zutreffend - gegen die "Knappschaft-Bahn-See" und damit gegen die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See als Träger der Krankenversicherung (§ 4 Abs 2, § 167 SGB V) gerichtet worden, der auch die Durchführung der sozialen Pflegeversicherung für ihre Versicherten obliegt (§ 46 Abs 1 S 3 SGB XI). In dieser Weise ist auch die irreführende Bezeichnung "Pflegekasse" im Rubrum der vorinstanzlichen Entscheidungen auszulegen; das Verfahren ist also nicht gegen einen falschen Beklagten, sondern nur gegen einen von den Vorinstanzen unrichtig bzw missverständlich bezeichneten Beklagten geführt worden. Bei der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See handelt es sich um den derzeit einzigen Fall, in dem ein Rentenversicherungsträger die Krankenversicherung durchführt (§ 167 SGB V) und damit eine Kassenart sui generis darstellt (§ 4 Abs 2 SGB V zur Gliederung der Kassenarten in Deutschland), ohne eine herkömmliche Krankenkasse, also eine eigenständige, von einem anderen Rechtsträger unabhängige rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 4 Abs 1 SGB V) zu sein. Als Träger der Krankenversicherung führt die Deutsche Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See zugleich die soziale Pflegeversicherung durch (§ 46 Abs 1 S 3 SGB XI), steht also einer Pflegekasse gleich, ohne wiederum eine herkömmliche Pflegekasse, dh eine eigenständige rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 46 Abs 2 S 1 SGB XI) zu sein. Die Sonderregelung des § 46 Abs 1 S 3 SGB XI ist zwar zum 1.4.2007 durch Art 8 Nr 19 lit a des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26.3.2007 (BGBl I 378) ersatzlos gestrichen worden, woraus der 12. Senat des BSG seinerzeit geschlossen hat, ab 1.4.2007 gebe es gemäß der allgemeinen Regelung des § 46 Abs 1 S 2 SGB XI auch eine knappschaftliche Pflegekasse (Urteil vom 18.7.2007 - B 12 P 4/06 R - BSGE 99, 15 = SozR 4-3300 § 55 Nr 1). Der Gesetzgeber hat diese Sonderregelung aber bereits mit Wirkung ab 1.1.2008 durch Art 5a des Gesetzes



zur Änderung des Vierten Buchs Sozialgesetzbuch und anderer Gesetze vom 19.12.2007 (*BGBI I 3024*) wieder eingeführt und dabei in den Gesetzesmaterialien ausgeführt, bei der ersatzlosen Streichung der Sonderregelung zum 1.4.2007 habe es sich um ein redaktionelles Versehen gehandelt (*vgl. Beschlussempfehlung des Ausschusses für Arbeit und Soziales - 11. Ausschuss - vom 7.11.2007, BT-Drucks 16/6986 S 36*). Deshalb gibt es jedenfalls ab 1.1.2008 keine knappschaftliche Pflegekasse als eigenständige rechtsfähige Körperschaft des öffentlichen Rechts mehr (*vgl. Blöcher in: Schlegel/Voelzke, juris Praxiskommentar SGB XI, 2014, § 46 RdNr 10 und 12*). § 71 Abs 1 S 1 SGB IV bestimmt allerdings, dass der Haushaltsplan der Deutschen Rentenversicherung Knappschaft-Bahn-See getrennt nach knappschaftlicher Krankenversicherung, knappschaftlicher Pflegeversicherung, knappschaftlicher Rentenversicherung und allgemeiner Rentenversicherung aufzustellen ist. Dementsprechend ist auch die Aufbringung und Verwaltung der Mittel für die drei Versicherungszweige separat geregelt (*vgl. Koch in: Schlegel/Engelmann/Voelzke, juris Praxiskommentar SGB V, 2. Aufl 2012, § 167 RdNr 8 - 10*).



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)