
S 6 KR 500/99

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Freistaat Thüringen
Sozialgericht	Thüringer Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	6
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	1. Zu den Voraussetzungen einer Wiederaufnahme nach § 181 SGG . 2. Wird eine sog. Mini-Mum Liege, die vom Hersteller im Wesentlichen für den Einsatz in der Krankengymnastik nach den Methoden von Bobath und Voita konzipiert worden ist, fast ausschließlich als Pflegehilfsmittel benutzt, hat der Versicherte einen Anspruch auf Kostenerstattung analog § 13 Abs. 3 SGB V (vgl. BSG vom 24. September 2002 – Az.: B 3 P 15/01 R) von der zuständigen Pflegekasse.
Normenkette	-
1. Instanz	
Aktenzeichen	S 6 KR 500/99
Datum	15.10.2001
2. Instanz	
Aktenzeichen	L 6 KR 23/02
Datum	30.05.2005
3. Instanz	
Datum	-

Die Berufung der Beigeladenen gegen das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 15. Oktober 2001 wird zur¹/₄ckgewiesen.

Die Beigeladene hat die außergerichtlichen Kosten der Klägerin zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten noch um die Erstattung der restlichen Kosten von 2.610,00 DM (= 1.334,47 EUR) für eine zum Preis von 3.248,00 DM (1.660,68 EUR) selbstbeschaffte sog. Mini-Mum Therapieliege.

Die 1989 geborene Klägerin leidet auf Grund einer Trisomie 14 an einer schweren cerebralen Bewegungsstörung im Sinne einer plastischen Tetraplegie mit asymmetrischem Muster und hoher Hüftgelenksimbalance Luxation links mit schwerer sekundärer Pfannendysplasie sowie Lateralisation im Übergang zur Subluxation rechts bei hochgradiger Adduktorenspastik und Hüftbeuge- und Adduktorenkontrakturen beiderseits sowie neurogener rechts-/linkskonvexe Skoliose der Wirbelsäule mit erheblicher Progredienztendenz und einem cerebralen Anfallsleiden und Zustand nach postpartalem Atemnotsyndrom. Des Weiteren liegt eine Colitis ulcerosa vor, die in sechswöchigen Intervallen zu für ca. zwei Wochen anhaltenden Durchfallerscheinungen führen. Die Klägerin lebt bei ihrer Tante und wird von ihr im häuslichen Bereich pflegerisch in vollem Umfang versorgt. Sie erhält Leistungen der Sozialen Pflegeversicherung.

Im Juni 1998 beantragte sie bei der Beklagten die Bewilligung einer vom behandelnden Kinderarzt Dr. E. am 6. Mai 1998 verordneten Therapieliege Modell Mini-Mum T 1600 zu einem Preis von 3.879,04 DM (= 1.983,32 EUR) laut Kostenvoranschlag der B.GmbH vom 11. Juni 1998.

In der Stellungnahme nach Aktenlage des Arztes K. (Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Thüringen (MDK)) vom 13. Juli 1998 wird eine feststehende Vojta-Therapieliege befürwortet. Dr. K. vom MDK wies in seiner Stellungnahme vom 8. September 1998 darauf hin, dass die beantragte Liege nicht im Hilfsmittelkatalog verzeichnet und es der Beklagten überlassen sei, sich an der Kostenübernahme zu beteiligen.

Mit Bescheid vom 18. Januar 1999 erklärte sich die Beklagte bereit, einen Kostenzuschuss von 550,00 DM zzgl. Umsatzsteuer für die Anschaffung der beantragten Liege zu zahlen. Im Übrigen lehnte sie die Kostenübernahme mit der Begründung ab, diese sei laut "Leistungskatalog" der gesetzlichen Krankenkasse kein Hilfsmittel.

Am 25. Januar 1999 erwarb die Klägerin die Mini-Mum Therapieliege zu einem Preis von 3.248,00 DM (1.660,68 EUR) incl. 16 v.H. Umsatzsteuer.

Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 13. April 1999 zurück. Über den Betrag für eine Vojta-Therapieliege in Höhe von 638,00 DM (326,20 EUR) hinaus bestehe kein Anspruch auf Kostenerstattung für die selbst angeschaffte Therapieliege.

Während des Klageverfahrens hat die Klägerin nach Hinweis des Kammervorsitzenden bei der zuständigen Pflegekasse die Bewilligung eines Zuschusses zur angeschafften Therapieliege beantragt, den diese mit Bescheid vom

16. August 2000 ablehnte. Die Anschaffung der Mini-Mum Liege sei keine Maßnahme zur Verbesserung des Wohnumfeldes nach [Â§ 40 Abs. 4](#) des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI). Eine Versorgung mit Pflegehilfsmitteln nach [Â§ 40 Abs. 1 SGB XI](#) komme auch nicht in Betracht, weil es sich bei der Liege nicht um ein Pflegehilfsmittel handle. Ihre Leistungspflicht scheide grundsätzlich aus, weil die Liege dem Grunde nach vom MDK im Rahmen des [Â§ 33](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) empfohlen werde. Gegen den Bescheid hat die Klägerin kein Rechtsmittel eingelegt.

Mit Beschluss vom 2. März 2001 hat das Sozialgericht die Pflegekasse gemäß [Â§ 75 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) zum Rechtsstreit beigeladen.

Das Sozialgericht hat ein Sachverständigengutachten der Dr. M. vom 4. Mai 2001 eingeholt. Danach kann diese aufgrund ihrer schwersten geistigen Behinderung nicht sprechen. Es sei kein merkbares Sprachverständnis, kein gezieltes Handlungsvermögen und kein gezielter Extremitäteneinsatz vorhanden. Die schwerste Körperbehinderung ergebe sich aus Folgendem: Lähmung aller vier Extremitäten, kein gezieltes Greifvermögen, kein Geh- und Stehvermögen, kein selbstständiges Halten in Sitzposition / kein freies Sitzen, Blasen- und Mastdarmentleerung, schlaffe Lähmung der Unterschenkel und Füße mit einwärts gedrehter Spitzfußstellung, Colitis ulcerosa mit Cortisontherapie. Im Rahmen des Sozialen Pflegeversicherung bestehe ein vollständiger Grundpflegebedarf. Grundsätzlich sei auch die Versorgung mit einer höhenverstellbaren Therapieliege (Vojta-Liege) zur Durchführung von Krankengymnastik erforderlich. Aufgrund der konkreten häuslichen Situation, insbesondere des beengten Badezimmers biete die beantragte Mini-Mum Liege darüber hinaus den Vorteil, dass sich Kopf- und Fußteil mit einer jeweiligen Länge von 38 cm abklappen ließen, so dass die Liege im unbenutzten Zustand nur 127 cm lang sei. Dies diene in Entsprechung eines Wickeltisches der Pflegeererleichterung. Eine (alternative) Versorgung mit einem mobilen oder an der Decke installierten Liftersystem unter Benutzung einer nicht abklappbaren Therapieliege zur Transfererleichterung sei aufgrund der räumlichen und baulichen Verhältnisse nicht möglich. Eine feststehende Therapieliege erschwere den Transfer der Klägerin im Bad erheblich.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung des Sozialgerichts am 15. Oktober 2001 hat die Prozessbevollmächtigte der Klägerin beantragt, unter Abänderung des Bescheides vom 13. April 1999 die Beklagte zu verpflichten, die aufgewendeten Kosten für die Anschaffung einer elektrisch höhenverstellbaren und winkelverstellbaren Therapieliege Mini-Mum mit Zubehör in Höhe von 3.248,00 DM zu erstatten, hilfsweise die Beigeladene unter Aufhebung des Bescheides vom 16. August 2000 zur Kostenübernahme dieser Therapieliege zu verpflichten. Das Sozialgericht hat die Beigeladene im Sinn des Hilfsantrages unter Aufhebung ihres Bescheides vom 16. August 2000 verurteilt, der Klägerin die Kosten für die selbst beschaffte Therapieliege Mini-Mum zu erstatten.

Mit ihrer Berufung wendet sich die Beigeladene gegen das Urteil. Die Beklagte habe dem Grunde nach ihre vorrangige Zuständigkeit und dementsprechend die

Versorgung mit dem Hilfsmittel "Therapieliege" anerkannt. Das Sozialgericht habe die sich aus [Â§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) ergebende subsidiäre Leistungspflicht verkannt. Die Therapieliege diene sowohl der Erleichterung der Grundpflege und der Durchführung von aktivierender Pflege im Rahmen der Sozialen Pflegeversicherung als auch der Behandlungspflege im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung. Letzteres lässe unbeachtlich ihres Anteils an der Gesamtnutzung des Hilfsmittels die vorrangige Zuständigkeit der Beklagten aus.

Die Beigeladene beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nordhausen vom 15. Oktober 2001 abzuändern und die Klage hinsichtlich des Hilfsantrags abzuweisen

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich auf die Gründe des in erster Instanz ergangenen Urteils.

Die Beklagte hat keinen Antrag gestellt und sich zur Sache nicht geäußert.

Der Senat hat eine ergänzende Stellungnahme der Sachverständigen Dr. M. vom 15. Oktober 2004 (aufgrund eines weiteren Hausbesuchs bei der Klägerin) eingeholt. Danach müssen der erforderliche Windelwechsel und die Ganzkörperwäsche praktisch auf der Liege im Bad und nicht im Pflegebett außerhalb des Badezimmers erfolgen. Die Benutzung der Liege im Bad biete im Bereich der Hygiene Vorteile. Das vorhandene Pflegebett schränke den Aktionsradius einer Pflegeperson durch ein ringsherum 1,60 m hohes Gitter und einen ca. 1 m breiten Eingang stark ein. Aufgrund der beengten Wohnverhältnisse sei die Aufstellung einer (nicht klappbaren) Liege außerhalb des Badezimmers nicht möglich. Die Klägerin absolviere mit ihrer Pflegeperson auf der Liege im Bad nur allgemeine, der Bobath-Methode entnommene Bewegungsübungen. Eine Fachkraft für Physiotherapie führe Übungen nach Bobath nur zweimal wöchentlich in den Schulferien auf einer Matte auf dem Fußboden durch.

In der Sitzung vom 30. Mai 2005 haben die Beteiligten erklärt, dass der von der Beklagten mit Bescheid vom 18. Januar 1999 zugesagte aber bisher nicht ausgezahlte Kostenzuschuss in Höhe von 550,00 DM zzgl. Umsatzsteuer nicht im Streit stehe.

Zur Ergänzung des Tatbestandes wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Klarzustellen ist, dass Gegenstand des Verfahrens nur der Restbetrag von 1.610,00

DM (= 1.334,47 EUR) ist, nachdem sich die Beklagte bereits im Verwaltungsverfahren zur Zahlung von 550,00 DM zzgl. Umsatzsteuer bereits erklärt hatte. Dies hat das Sozialgericht nicht beachtet. In der Sitzung vom 30. Mai 2005 haben dies die Beteiligten ausdrücklich bestätigt.

Die Berufung der Beigeladenen ist statthaft und zulässig.

Der Senat konnte über deren Bescheid vom 16. August 2000 entscheiden, obwohl er entgegen der Ansicht des Sozialgerichts nicht gemäß [Â§ 96 Abs. 1 SGG](#) Gegenstand des vorliegenden Rechtsstreits geworden ist. Er ersetzt bzw. ändert den Bescheid der Beklagten vom 18. Januar 1999 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. April 1999 nicht. Eine (analoge) Anwendung des [Â§ 96 Abs. 1 SGG](#) kommt dann in Betracht, wenn bei dem Bescheiderlass bereits eine Beiladung erfolgt ist (was hier nicht der Fall ist).

Nachdem die Klägerin gegen den Bescheid vom 16. August 2000 kein Rechtsmittel eingelegt hat, ist er bindend geworden mit der Folge, dass die erst nach Eintritt der Bindungswirkung des Bescheides durch Beiladungsbeschluss des Sozialgerichts vom 2. März 2001 am Verfahren beteiligte Beigeladene nicht gemäß [Â§ 75 Abs. 5 SGG](#) zur Leistung verurteilt werden durfte (vgl. BSG, Urteile vom 21. Mai 1980 â Az.: 7 Rar 19/79 in SozR 1500 Â§ 181 Nr. 1, vom 13. August 1981 â Az.: [11 RA 56/80](#) in [SozR 1500 Â§ 75 Nr. 38](#) und vom 31. Mai 1988 â Az.: [2 RU 67/87](#), nach juris).

Der Senat konnte die Sache jedoch als Wiederaufnahmeverfahren nach [Â§ 181 SGG](#) behandeln. Will demnach das Gericht die Klage gegen einen Versicherungsträger ablehnen, weil es einen anderen Versicherungsträger für leistungspflichtig hält, obwohl dieser bereits den Anspruch endgültig abgelehnt hat oder in einem früheren Verfahren rechtskräftig befreit worden ist, so verstößt es den anderen Versicherungsträger und das Gericht, das über den Anspruch rechtskräftig entschieden hat, und gibt die Sache an das nächsthöhere Gericht ab. Vorliegend ist der Senat selbst zur Bestimmung des Leistungspflichtigen berufen, da er zur Überprüfung des bindend gewordenen Verwaltungsaktes der Beigeladenen vom 16. August 2000 im Falle seiner Anfechtung im Instanzenzug zuständig gewesen wäre (vgl. BSG, Urteil vom 27. April 1961 â Az.: [2 S 1/60](#) in [BSGE 14, S. 177](#); Rohwer-Kahlmann, Aufbau und Verfahren der Sozialgerichtsbarkeit, Kommentar zum Sozialgerichtsgesetz, Stand: März 2002, Â§ 181 Rdnr. 6). Die Beigeladene hat die Kostenübernahme unter Hinweis auf ihre nach ihrer Ansicht zur Beklagten gemäß [Â§ 40 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) subsidiäre Zuständigkeit abgelehnt.

[Â§ 181 SGG](#) ermöglicht in einem solchen Fall, die bindende bestandskräftige Entscheidung der Beigeladenen zu beseitigen, die im Widerspruch zur (beabsichtigten) Senatsentscheidung steht (vgl. BSG, Urteil vom 13. August 1981 â Az.: [11 RA 56/80](#), nach juris). Deren Berufung ist unbegründet, weil das Sozialgericht (allerdings nur im Ergebnis) zu Recht die Zuständigkeit der Beigeladenen festgestellt und sie zur Leistung verurteilt hat.

Die Klägerin hat analog [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) (vgl. BSG, Urteil vom 24. September 2002 – Az.: [B 3 P 15/01 R](#), nach juris) einen Anspruch auf Kostenerstattung. Danach sind Kosten für eine selbst beschaffte, notwendige Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Beigeladene als Pflegekasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

Nach [§ 40 Abs. 1 Satz 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 selbständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern (die hier nicht in Betracht kommen) zu gewährt sind. Der Anspruch auf Versorgung mit einem Pflegehilfsmittel setzt die Verneinung eines Anspruchs gegen die Beklagte voraus (vgl. BSG, Urteil vom 24. September 2002, a.a.O.).

Die Mini-Mum Liege ist – unstreitig – vom Hersteller im Wesentlichen für den Einsatz in der Krankengymnastik insbesondere nach den Methoden von Bobath und Vojta (Behandlung zentraler Bewegungsstörungen) konzipiert. Dazu bietet sie den Vorteil einer elektrischen Höhenverstellung und damit eine Transfererleichterung zwischen Rollstuhl und Liegefläche sowie dem Therapeuten eine rücken- und arbeitsgerechte Basis. Wegen ihrer kompakten Form und der abklappbaren Seitenteile passt sie auch in kleine Räume. Insoweit handelt es sich um einen der Heilmittelerbringung (vgl. Häfner in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, Stand: Mai 2003, [§ 32 SGB V](#) Rdnr. 18; Ziffer 17.A 2.5 KG-ZNS-Kinder der Heilmittel-Richtlinien i.d.F. vom 1. Dezember 2003/16. März 2004, Bundesanzeiger (BAnz) Nr. 106a vom 9. Juni 2004) im Sinne eines Zubehörs "dienenden" Gegenstand.

Ein Anspruch der Klägerin auf die Therapieliege als Hilfsmittel im Sinne des [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) besteht nicht. Demnach können Versicherte die Versorgung mit Hör- und Sehhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln beanspruchen, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, eine Behinderung auszugleichen oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Es ist bereits zweifelhaft, dass die Liege einer Zielsetzung der Hilfsmittelversorgung wie einer Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung ([§ 33 Abs. 1 Satz 1 Alt. 1 SGB V](#)) oder der Vorbeugung einer drohenden Behinderung bzw. dem Ausgleich einer Behinderung ([§ 33 Abs. 1 Satz 1 Alt. 2 SGB V](#)) dient. Denn sie sichert nicht den Erfolg der Krankenbehandlung, wie z.B. orthopädische Hilfsmittel in Gestalt von Stütz- und Halteapparaturen für geschädigte Körperteile (vgl. Häfner in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, a.a.O., [§ 33 SGB V](#) Rdnr. 7), sondern ist – wie dargelegt – ein Element der Krankenbehandlung. Insoweit kann nicht sie, sondern nur die mit ihr durchgeführte Heilmittelversorgung (neben der Heilung bzw. Beschwerdelinderung) dem Zweck der Vorbeugung einer drohenden Behinderung dienen. Gleiches gilt für die Zielsetzung des Behinderungsausgleichs. Fehlende Körperteile oder deren Funktionen werden durch die Liege nicht wiederhergestellt, ermöglicht, ersetzt, erleichtert oder ergänzt (vgl. Häfner in Kasseler Kommentar

Sozialversicherungsrecht, a.a.O., [Â§ 33 SGB V](#) Rdnr. 15). Im Übrigen erlaubt die Liege auch eine Nutzung durch nicht körperlich behinderte Versicherte, wie z.B. bei allgemeiner Krankengymnastik oder manueller Therapie (vgl. Ziffer 17.A 2.7 Heilmittel-Richtlinien).

Selbst wenn die Hilfsmiteleigenschaft des Therapieliege unterstellt wird, dürfte sie aufgrund der bei der Klägerin gegebenen Verhältnisse nicht von der Beklagten bewilligt werden (vgl. [Â§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Die Versorgung mit Hilfsmitteln der Krankenversicherung nach [Â§ 33 SGB V](#) steht unter dem Vorbehalt des Wirtschaftlichkeitsgebots nach [Â§ 12 Abs. 1 SGB V](#). Demnach müssen Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Das Hilfsmittel muss somit im Einzelfall zur Erreichung der durch die Hilfsmittelversorgung bestimmten Ziele erforderlich sein ([Â§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). D.h. es muss kein kostengünstigeres und gleich geeignetes Hilfsmittel zur Verfügung stehen (vgl. Häfner in Kasseler Kommentar Sozialversicherungsrecht, a.a.O., [Â§ 33](#) Rdnr. 18), was aber hier nicht zutrifft. Nach den von den Beteiligten nicht bestrittenen und vom Senat nicht bezweifelten Ausführungen der Sachverständigen Dr. M. wird die Behandlung nach der Bobath-Methode durch eine Fachkraft nur in den Schulferien in der Wohnung der Klägerin und zwar nicht auf der Mini-Mum Liege, sondern auf einer Fußbodenmatte durchgeführt. Die Liege wird allenfalls im Anschluss an im Bad stattfindende Maßnahmen zu Bewegungsübungen in Anlehnung an die Bobath-Methode genutzt. Diese Übungen können aber ebenfalls auf der Fußbodenmatte durchgeführt werden. Die Notwendigkeit einer Verbindung mit den Maßnahmen der Körperpflege im Bad ist für den Senat nicht ersichtlich und auch von der Klägerin nicht vorgetragen. Allein ein sich möglicherweise daraus ergebender zeitlicher Vorteil ist angesichts des Wirtschaftlichkeitsgebotes jedenfalls für die Versorgung mit der Therapieliege nicht ausreichend.

Die Zuständigkeit der Beklagten ist auch angesichts der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zur Abgrenzung einer Leistungspflicht der Krankenkassen gegenüber den Pflegekassen nicht gegeben. Bei Gegenständen, die sowohl den Zwecken der Hilfsmittelversorgung der Krankenversicherung als auch der Ermöglichung oder Erleichterung der Pflege dienen, ergibt sich eine Zuordnung nach ihrem überwiegenden Zweck. Besteht er ganz überwiegend darin, die Durchführung der Pflege zu ermöglichen oder zu erleichtern, so begründet allein die Tatsache, dass der Gegenstand auch dem Behinderungsausgleich dient, nicht die Leistungspflicht der Krankenkasse (vgl. BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 – Az.: [B 3 KR 30/02 R](#) in [SozR 4-2500 Â§ 33 Nr. 4](#) m.w.N.). Zwar ist diese Rechtsprechung anlässlich der vollstationären Unterbringung eines Versicherten in einem Pflegeheim und damit zu der Frage, ob der Heimträger bestimmte Pflegehilfsmittel bereit zu stellen hat, entwickelt worden. Der Senat sieht jedoch keinen Anlass, diesen Grundsatz für die Hilfsmittelversorgung bei sich im häuslichen Bereich befindlichen Versicherten nicht heranzuziehen. Denn die Kriterien für eine Zuordnung zur Krankenversicherung ([Â§ 33 SGB V](#)) gelten mangels entgegenstehender gesetzlicher Regelungen in gleicher Weise für den häuslichen und den Bereich der stationären Unterbringung. Überdies ist die vom BSG entwickelte Vorgehensweise geeignet, erhebliche praktische Schwierigkeiten

bei der Zuordnung als Folge des "Doppelcharakters" von Hilfsmitteln zu vermeiden. So werden bestimmte im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenversicherung geführte Gegenstände (z.B. Pflegebetten) auch im Pflegehilfsmittelverzeichnis (Produktgruppe 50 des Pflegehilfsmittelverzeichnisses vom 4. Oktober 2004, BAnz Nr. 227 vom 30. November 2004) verzeichnet, obwohl dies nach der gesetzlichen Regelung des [Â§ 78 Abs. 2 Satz 2 SGB XI](#) nicht möglich wäre (vgl. Vogel im Lehr- und Praxiskommentar, Soziale Pflegeversicherung, 2. Auflage 2003, Â§ 40, Rdnr. 9). Im Übrigen ist es nicht erheblich, dass ein Gegenstand nicht im Pflegehilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist. Dieses ist für den Leistungsanspruch des Versicherten nicht verbindlich (vgl. BSG, Urteil vom 11. April 2002 – Az.: [B 3 P 10/01 R](#) in [SozR 3-3300 Â§ 40 Nr. 9](#)).

Nach den Feststellungen der Sachverständigen Dr. M. dient die Therapieliege fast ausschließlich als Pflegehilfsmittel, auch indem sie die Pflege im Sinne eines "Wickeltisches" erheblich erleichtert. Die notwendige Ganzkörperwäsche muss aufgrund der Behinderung liegend erfolgen. Ebenso verhält es sich mit der weiteren Körperpflege und dem Windelwechsel sowie mit dem mit diesen Pflegeverrichtungen in direktem zeitlichen Zusammenhang stehenden Be- und Entkleiden. Durch die Höhenverstellbarkeit der Liege wird der Transfer zwischen Rollstuhl und/oder Badewanne erheblich erleichtert. Die Nutzung im Bad vereinfacht zudem den Zugang zum Waschwasser, bzw. zu den Pflege- und Reinigungs- bzw. Hygienemitteln. Aufgrund der Ausstattung des Pflegebettes mit einem hohen Gitter und einer Eingangstür ist der Bewegungsradius einer Pflegeperson bei Durchführung der Pflegegrundverrichtungen stark eingeschränkt. Der Windelwechsel führt zu einer Verschmutzung der Unterlage. Ihre anschließende Reinigung ist bei Benutzung der Therapieliege weniger aufwändig, als bei Einsatz des Pflegebettes.

Die Ausstattung mit der Therapieliege entspricht auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [Â§ 29 Abs. 1 SGB X](#). Ihre Verwendung ist notwendig. Insbesondere kommt, worauf die Sachverständige hinweist, wegen der beengten räumlichen Verhältnisse des Bades die Verwendung eines mobilen Badewannenlifters (keine Unterfahrmöglichkeit für die Stützen) nicht in Betracht. Die elektrische Höhenverstellung der Liege kompensiert die Funktion eines Lifters. Eine Verringerung der Standfläche der Liege durch Abklappen der Seitenteile ermöglicht, was sich aus der durch die Sachverständige im Rahmen ihres Gutachtens vom 4. Mai 2001 erstellten Raumskizze ergibt, erst den sinnvollen Gebrauch eines Rollstuhls bzw. den entsprechenden Transfer innerhalb des Badezimmers. Die Nutzung des Pflegebettes zur Körperpflege scheidet aus den vorgenannten Gründen ebenso wie der Gebrauch einer Therapieliege ohne klappbare Seitenteile im Wohnzimmer aus räumlichen und hygienischen Gründen aus.

Eine kostengünstigere Alternative zur Mini-Mum-Therapieliege, die deren Eigenschaften (elektrische Höhenverstellung und kompakte Bauart durch abklappbare Seitenteile) besitzen müsste, ist auch angesichts des Berufungsvortrages der Beigeladenen nicht ersichtlich.

Die Kostenentscheidung folgt aus [Â§Â§ 193, 183 Abs. 1 SGG](#).

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

Erstellt am: 20.10.2005

Zuletzt verändert am: 23.12.2024