
-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	22.09.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	03.09.1999

3. Instanz

Datum	10.02.2000
-------	------------

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 3. September 1999 aufgehoben. Der Rechtsstreit wird zu erneuter Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

Die Klägerin begehrt von der beklagten Krankenkasse einen Schieberollstuhl.

Die 1910 geborene Klägerin, die bei der Beklagten versichert ist, wird in einem zugelassenen Pflegeheim vollstationär gepflegt und bezieht auch Leistungen aus der gesetzlichen Pflegeversicherung. Sie leidet an Altersdemenz bei Verdacht auf Morbus Alzheimer, Herzinsuffizienz, Zustand nach Oberschenkelhalsbruch sowie Teileinsteifung der Hüft- und Kniegelenke; sie kann nur unsicher mit kleinen Schritten gehen und ist auf einen Rollstuhl angewiesen.

Ihr Antrag vom Juli 1997 auf einen vertragsärztlich verordneten Schieberollstuhl

mit Fußstützen und weiterem Zubehör wurde von der Beklagten abgelehnt (Bescheid vom 6. August 1997 ohne Rechtsmittelbelehrung). Im September 1997 stellte sie aufgrund einer weiteren vertragsärztlichen Verordnung erneut einen Antrag auf Gewährung eines individuell anzupassenden Rollstuhls. Die Beklagte lehnte nach Beiziehung eines Gutachtens und einer Auskunft eines Rollstuhllieferanten sowie nach Begutachtungen durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) auch diesen Antrag ab, da mangels individueller Anpassung keine ausschließliche Nutzung durch die Versicherte erfolge; der Rollstuhl diene vorrangig der Erleichterung der Pflege. Damit gehöre er zu den notwendigen Anlagegütern der Pflegeeinrichtung, die über den Pflegesatz abgegolten würden (Bescheid vom 7. November 1997 sowie Widerspruchsbescheid vom 22. Januar 1998).

Das Sozialgericht hat der Klage stattgegeben und die Beklagte zur Gewährung eines "Schieberollstuhls entsprechend dem Kostenvoranschlag der Firma R. S. GmbH vom 22. Juli 1997" verurteilt (Urteil vom 22. September 1998); das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 3. September 1999). Zur Begründung hat es ausgeführt, die Klägerin benötige den Rollstuhl zur Lebensbewältigung im Rahmen ihrer allgemeinen Grundbedürfnisse, und zwar zur Sicherung eines körperlichen Freiraums und Teilnahme am gesellschaftlichen Leben zur Vermeidung einer Isolation. Es sei unerheblich, daß sie den Rollstuhl nur mit Hilfe Dritter benutzen könne; auf die Notwendigkeit einer individuellen Anpassung komme es nicht an. Eine ausschließliche Benutzung durch die Klägerin sei hier gewährleistet. Die Verpflichtung von Pflegeheimen, Rollstühle vorzuhalten, schließe den Anspruch nicht aus. Bei der Abgrenzung der Risikobereiche von Kranken- und Pflegekassen sei die Subsidiarität der Pflegekassen bei häuslicher Pflege zu beachten, die der Gesetzgeber bei der stationären Pflege nicht unterschiedlich gewollt haben könne. Anders sei es nur bei einem "reinen" Pflegehilfsmittel. Auch eine überwiegende Zuordnung zum Bereich der "Pflegevereinfachung" sei hier nicht möglich.

Mit ihrer Revision macht die Beklagte geltend, der Rollstuhl diene schwerpunktmäßig der

Erleichterung der Pflege, könne auch nicht ausschließlich von der Klägerin benutzt werden und werde nicht individuell angepaßt. Die Pflegeheime hätten die notwendige bauliche und technische Infrastruktur zur Durchführung der Pflege bereitzustellen.

Die Beklagte beantragt, die Urteile des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 3. September 1999 und des Sozialgerichts Stuttgart vom 22. September 1998 abzuändern und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin ist nicht durch einen zugelassenen Prozeßbevollmächtigten vertreten.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

II

Die Revision der Beklagten ist im Sinne der Zurückverweisung der Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung begründet. Die Feststellungen des LSG reichen nicht zur Entscheidung der Frage aus, ob die Klägerin einen Anspruch gegen die Beklagte auf den begehrten Schieberollstuhl hat.

1. Die Klage ist zulässig, und zwar auch wie das LSG zu Recht angenommen hat auch gegen den Bescheid vom 6. August 1997. Es bestehen keine Bedenken dagegen, daß das LSG den zweiten Antrag der Klägerin zugleich als Widerspruch gegen diesen Bescheid angesehen hat. Da der Bescheid nicht mit einer Rechtsmittelbelehrung versehen war, war die Widerspruchsfrist am 16. September 1997 noch nicht abgelaufen ([Â§ 66 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#)).

2. Ein Anspruch der Klägerin auf einen Schieberollstuhl könnte sich aus [Â§ 33 Abs 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) ergeben. Nach dieser Norm haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [Â§ 34 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Versicherte, die aufgrund einer Krankheit oder Behinderung die Fähigkeit zum selbständigen Gehen und Stehen verloren haben, können hiernach zur Erhaltung ihrer Mobilität einen Rollstuhl als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen, soweit wie hier Gehhilfen einfacherer und preiswerterer Art (zB Gehstock, Krücken, Rollator) nicht ausreichen. Ein Rollstuhl ist kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, weil er von Gesunden nicht benutzt wird. Rollstühle werden auch nicht von der Regelung des [Â§ 34 Abs 4 SGB V](#) über den Ausschluß von Heil- und Hilfsmitteln von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis erfaßt.

a) Die Anwendung des [Â§ 33 SGB V](#) ist nicht dadurch ausgeschlossen, daß die Klägerin zum Kreis pflegebedürftiger Personen nach [Â§§ 14, 15 Sozialgesetzbuch Elftes Buch \(SGB XI\)](#) gehört und der Rollstuhl auch der Erleichterung ihrer Pflege dient. Nach [Â§ 40 Abs 1 Satz 1 SGB XI](#) haben Pflegebedürftige Anspruch auf 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 zu leisten sind. Ein Anspruch gegen die Pflegekasse auf Versorgung mit dem Rollstuhl als Pflegehilfsmittel scheidet schon deshalb aus, weil die Pflegekassen nur für die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln im häuslichen Bereich zuständig sind, nicht aber im stationären Bereich. Die Vorschrift des [Â§ 40 SGB XI](#)

gehört zum Dritten Abschnitt "Leistungen" und dort zum Ersten Titel "Leistungen bei häuslicher Pflege". Der hier einschlägige Dritte Titel "Vollstationäre Pflege", der nur aus der Vorschrift des [Â§ 43 SGB XI](#) besteht, enthält keine dem [Â§ 40 SGB XI](#) vergleichbare Regelung und verweist auch nicht darauf. Die Begrenzung auf die häusliche Pflege ist auch sachgerecht, weil individuelle Pflegehilfsmittel im Pflegeheim wegen der dort vorhandenen Ausstattung regelmäßig nicht benötigt werden.

b) Der Versorgungsanspruch nach [Â§ 33 SGB V](#) wird andererseits auch nicht dadurch ausgeschlossen, daß sich die Klägerin in einem Pflegeheim befindet und dort vollstationär gepflegt wird. Ihr pflegeversicherungsrechtlicher und heimvertraglicher Anspruch auf Pflege (Grundpflege), soziale Betreuung und medizinische Behandlungspflege ([Â§ 43 SGB XI](#)) steht dem krankenversicherungsrechtlichen Anspruch auf Versorgung mit einem eigenen Rollstuhl nicht entgegen, wenn sie das Hilfsmittel regelmäßig auch außerhalb des Pflegeheimes und des Heimgeländes benötigt, was hier ohne weitere Feststellungen nicht beantwortet werden kann (vgl unten). Der Heimträger hat lediglich für die Versorgung mit üblichen Hilfsmitteln innerhalb des Pflegeheimes und des Heimgeländes einzustehen.

aa) Der Versorgungsanspruch nach [Â§ 33 SGB V](#) ruht nicht schon wegen des Heimaufenthalts. Nach der bis zum 31. Dezember 1988 geltenden Rechtslage (vgl [Â§ 216 Abs 1 Nr 4 iVm Â§ 165 Abs 1 Nr 3 Reichsversicherungsordnung \(RVO\)](#)) ruhte allerdings der Anspruch eines der Pflichtversicherung zur Krankenversicherung der Rentner (KVdR) unterliegenden Rentners, eines Rentenantragstellers und eines anspruchsberechtigten Familienangehörigen auf Krankenhilfe, wenn er in einer Anstalt (zB Pflegeheime, psychiatrische Anstalten und Krankenhäuser) dauernd zur Pflege untergebracht war, in der er im Rahmen der gesamten Betreuung Krankenpflege erhielt. Der Anspruch auf Krankenhilfe, der auch die Hilfsmittelversorgung umfaßte, ruhte dabei aber nur insoweit, als sie in der Anstalt im Rahmen der durch den Pflegesatz abgegoltenen Leistungen tatsächlich sichergestellt war; im übrigen hatte die Krankenkasse einzutreten (BSGE 21, 244 = SozR Nr 1 zu [Â§ 216 RVO](#)). Es hing demnach vom Leistungsspektrum sowie von der Aufnahme entsprechender Leistungen in den Pflegesatz und den Heimvertrag ab, inwieweit die Ruhensvorschrift eingriff.

Eine dem [Â§ 216 Abs 1 Nr 4 RVO](#) entsprechende Vorschrift enthält das Krankenversicherungsrecht seit dem Inkrafttreten des Gesundheitsreformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I S 2477](#)) nicht mehr. Während in [Â§ 17 Abs 1 Nr 5](#) des Referentenentwurfs zum GRG vom 20. Januar 1988 die Ruhensvorschrift noch auf alle Versicherten ausgedehnt werden sollte, enthält die neue Ruhensvorschrift des [Â§ 16 SGB V](#) nur andere Ruhestatbestände. In der Begründung der Bundesregierung heißt es dazu, daß der [Â§ 216 Abs 1 Nr 4 RVO](#) nicht übernommen werden sollte, weil diese Regelung in der Praxis durch Änderungen der Pflegevertragsbedingungen unterlaufen werden konnte und zunehmend als Diskriminierung von Pflegebedürftigen angesehen wurde (BR-Drucks 200/88 S 165).

bb) Nach der ab dem 1. Januar 1989 geltenden Rechtslage sind die Krankenkassen also für die Versorgung eines Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich unabhängig davon verpflichtet, ob er in einer eigenen Wohnung oder in einem Heim lebt. Dieser Grundsatz erfährt jedoch beim "Versicherungsfall" der vollstationären Pflegebedürftigkeit, also bei der vollstationären Pflege in einem Pflegeheim ([§ 71 Abs 2 SGB XI](#)) oder in einer vollstationären Einrichtung der Behindertenhilfe ([§ 43a SGB XI](#)), weiterhin eine Einschränkung. Die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln endet nach der gesetzlichen Konzeption des SGB V und des SGB XI dort, wo bei vollstationärer Pflege die Pflicht des Heimträgers auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt. Bei vollstationärer Pflege hat der Träger des Heimes für die im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel zu sorgen, weil er verpflichtet ist, die Pflegebedürftigen ausreichend und angemessen zu pflegen, sozial zu betreuen und mit medizinischer Behandlungspflege zu versorgen ([§ 43 Abs 1, 2](#) und [§ 43a SGB XI](#)). Nach [§ 11 Abs 1 SGB XI](#) hat die Pflege in einem Pflegeheim ([§ 71 Abs 2 SGB XI](#)) nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erfolgen (Satz 1). Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten (Satz 2). Die Pflegeheime haben auch für die soziale Betreuung der Bewohner zu sorgen ([§ 43 Abs 2](#) und [§ 82 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#)). Die die Zulassung bewirkenden Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die den Anforderungen des [§ 71 SGB XI](#) genügen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten ([§ 72 Abs 3 Satz 1 SGB XI](#)). Auch die Sozialhilfeträger dürfen die Hilfe zur stationären Pflege nur in dafür geeigneten Einrichtungen erbringen ([§ 3, 8](#) und [§ 93](#) Bundessozialhilfegesetz (BSHG)). Die Heime müssen daher das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten. Einen geeigneten Anhaltspunkt für die von den Pflegeheimen vorzuhaltenden Hilfsmittel bietet ohne dass hier eine abschließende Beurteilung jedes einzelnen Hilfsmittels vorzunehmen ist zB die "Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der Krankenkassen/Pflegekassen zur Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln" vom 26. Mai 1997, solange Rechtsverordnungen über die Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln fehlen (vgl. [§ 83 Abs 1 Nr 1](#) und [§ 2 SGB XI](#)). Hierzu zählen zB alle Hilfsmittel, die bei Verwirrheitszuständen, Lähmungen und sonstigen Funktionseinschränkungen üblicher Art (zB bei Altersdemenz, Morbus Alzheimer, Folgen eines Schlaganfalls, Multipler Sklerose und Querschnittslähmungen) benötigt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung hat darüber hinaus nur solche Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die nicht der "Sphäre" der vollstationären Pflege zuzurechnen sind. Das sind im wesentlichen:

(1) individuell angepasste Hilfsmittel, die ihrer Natur nach nur für den einzelnen Versicherten bestimmt und grundsätzlich nur für ihn verwendbar sind (zB Brillen, Hörgeräte, sonstige Prothesen);

(2) Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses (zB Kommunikation oder Mobilität) außerhalb des Pflegeheims dienen. Das ist noch nicht der Fall, wenn es nur um das reine Spazierenfahren an der frischen Luft auf

dem Heimgelände geht. Die Sphäre des Heimes ist auch dann noch nicht verlassen, wenn es sich um gemeinsame Ausflüge der Heimbewohner oder um sonstige von der Heimleitung organisierte bzw verantwortete Aktivitäten außerhalb des Heimes (zB gemeinsamer Stadtbummel) handelt. Regelmäßige Aktivitäten des Pflegebedürftigen außerhalb des Heimes (Ausflüge, Spazierfahrten, Besuche in Cafés, Restaurants, Theater, Kinos usw), allein oder in Begleitung von Angehörigen, Freunden und Bekannten, unabhängig vom Pflegepersonal, können hingegen nicht mehr der Sphäre des Heimes und seinem Verantwortungsbereich zugerechnet werden.

Rollstühle sind danach Hilfsmittel, die bei vollstationärer Pflege grundsätzlich vom Heimträger zur Verfügung zu stellen sind. Denn Rollstühle gehören in aller Regel nicht zu den individuell angepassten Hilfsmitteln, für die stets die Krankenkassen zuständig sind. Das ist auch dann der Fall, wenn es sich um ein Serienfabrikat handelt, das auf bestimmte körperliche Gegebenheiten einstellbar ist, also nicht als Einzelstück angefertigt worden ist, das nur für einen bestimmten Versicherten verwendbar ist.

Im Rahmen des Heimvertrags hat der Heimträger daher dafür einzustehen, daß jeder Heimbewohner, der nicht mehr selbst gehen kann und auf einen Rollstuhl angewiesen ist, diesen auch zur Verfügung gestellt bekommt, damit er entweder aus eigenen Kräften oder mit Hilfe des Pflegepersonals oder Angehöriger sein Zimmer verlassen, andere Räume des Heimes (Bad, WC, Speisesaal, Aufenthaltsraum) aufsuchen und, um an die frische Luft zu kommen, auf dem Gelände des Heimes spazierenfahren kann, er also stets alle Orte erreichen oder dorthin gebracht werden kann, wo die verschiedenen Pflegeleistungen erbracht werden oder soziale Betreuung stattfindet. Der Heimträger hat deshalb die notwendige Anzahl an geeigneten Rollstühlen bereitzustellen; sie gehören bei vollstationärer Pflege zum notwendigen Inventar von Pflegeheimen. Die Kosten sind als Aufwendungen für abschreibungsfähige Anlagegüter ([§ 82 Abs 2 Nr 1 SGB XI](#)) über die öffentliche Investitionsförderung und ansonsten über die neben der Pflegevergütung zu zahlenden Kosten für zusätzliche Aufwendungen ([§ 82 Abs 3](#) und 4 SGB XI) abzudecken.

cc) Im vorliegenden Fall hat das LSG von seinem Rechtsstandpunkt aus zu Recht keine Feststellungen dazu getroffen, ob der Anspruch der Klägerin auf Bereitstellung eines heimeigenen Rollstuhls zur Befriedigung ihrer allgemeinen Grundbedürfnisse ausreicht. Nach der Schwere ihrer Krankheiten und Behinderungen ist zwar davon auszugehen, daß die Klägerin keine eigenen Aktivitäten entwickeln dürfte, um die Sphäre des Heimes (in dem oben dargestellten Sinne) zu verlassen. Es kann aber nicht ausgeschlossen werden, daß die Klägerin von Angehörigen, Freunden, früheren Nachbarn, Bekannten oder ehrenamtlichen Helfern besucht und, soweit es das Wetter zuläßt, zu Aktivitäten außerhalb des Heimes, insbesondere zu Spazierfahrten, mitgenommen wird. Wenn die Klägerin regelmäßig auch mit fremder Hilfe die Sphäre des Heimes verlassen würde, stünde ihr auch ein Anspruch gegen die Beklagte auf Versorgung mit einem Rollstuhl zu. Das LSG wird daher noch die erforderlichen Feststellungen zu treffen und auch über die Kosten

des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben.

Erstellt am: 27.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024