

---

-

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

### 1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	29.04.1998

### 2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	09.06.1999

### 3. Instanz

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

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 9. Juni 1999 aufgehoben. Der Rechtsstreit wird zu erneuter Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe:

I

Die Klägerin begehrt von der beklagten Krankenkasse einen Rollstuhl zur Benutzung in einem Behindertenheim.

Die 1935 geborene Klägerin leidet an geistiger Behinderung, chronischer Herzinsuffizienz und Fettleibigkeit; sie kann nicht mehr gehen. Sie lebt seit 1981 in einem Heim für geistig Behinderte und erhält Leistungen der vollstationären Pflege nach dem Bundessozialhilfegesetz (BSHG); die beigelegte Pflegekasse trägt gemäß [§ 43a](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) 10 vH des vereinbarten Heimentgelts bis zu einer Höchstgrenze von 500 DM monatlich.

Einen im März 1996 gestellten Antrag auf einen vertragsärztlich verordneten sog

---

Adaptivrollstuhl lehnte die Beklagte nach Einschaltung des medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK), der die Versorgung mit einem Schieberollstuhl zur Erleichterung der Pflege und zur Vorbeugung einer dauernden Bettlägerigkeit befürwortet hatte, ab (Bescheid vom 15. März 1996 und Widerspruchsbescheid vom 24. September 1996).

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage laut Antrag nur noch auf einen "Rollstuhl" gerichteten Klage nach Einholung von Arztberichten und einer ergotherapeutischen Stellungnahme sowie Vorlage eines Gutachtens des MDK stattgegeben (Urteil vom 29. April 1998) und ausgeführt, die Klägerin benötige den Rollstuhl zur Lebensbewältigung im Rahmen der allgemeinen Grundbedürfnisse. Der Rollstuhl habe Ersatzfunktion für das Gehen und erweitere die Bewegungsfreiheit; darauf, ob die Klägerin ihn selbständig bewegen könne, komme es nicht an. Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung der Beklagten zurückgewiesen (Urteil vom 9. Juni 1999) und sich insoweit der Begründung des SG angeschlossen. Im übrigen stehe nicht entgegen, daß der Rollstuhl auch der Erleichterung der Pflege diene, weil nicht dieser Gesichtspunkt, sondern die Krankenbehandlung (Kreislaufaktivierung und Geschwärvorbeugung) sowie die Teilnahme an Kommunikation und gesellschaftlichen Ereignissen im Vordergrund stehe. Der Anspruch der Klägerin gegen die Beklagte gehe einem möglichen Anspruch gegen die Pflegekasse vor.

Hiergegen richtet sich die Revision der Beklagten. Sie macht geltend, der Rollstuhl sei zwar erforderlich. Sie selbst sei aber nicht leistungspflichtig, weil der Rollstuhl weder von der Klägerin eigenständig benutzt werden könne noch individuell angepaßt werden müsse und daher überwiegend der Entlastung des Heims bei der Pflege diene. Mobiliar und Hilfsmittel gehörten zu den investiven Kosten eines Pflegeheimes.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Urteile des Landessozialgerichts Sachsen-Anhalt vom 9. Juni 1999 und des Sozialgerichts Stendal vom 29. April 1998 abzuändern und die Klage abzuweisen, hilfsweise, die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Berufungsgericht zurückzuverweisen.

Die Klägerin beantragt schriftsätzlich,

die Revision zurückzuweisen.

Die beigeladene Pflegekasse hat sich nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

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 Rollstuhl hat.

1. Die Klage ist zulässig. Das SG hat der auf einen "Rollstuhl" gerichteten Klage stattgegeben, das LSG hat die dagegen gerichtete Berufung der Beklagten zurückgewiesen. Es ist davon auszugehen, dass Streitgegenstand ein einfacher Schieberrollstuhl ist, der serienmäßig die Möglichkeit zu bestimmten Anpassungen etwa Breite, Sitzhöhe usw. hat (sog. Adaptivrollstuhl). Zwischen dem vertragsärztlich verordneten und ursprünglich beantragten "Adaptivrollstuhl" und dem zugesprochenen "Rollstuhl" besteht daher in der Sache kein Unterschied. Es handelt sich nicht um einen speziell für die Klägerin anzufertigenden Rollstuhl, der rechtlich anders zu behandeln wäre (vgl. unten). Die Art und Weise der Versorgung ob Übergabe des Rollstuhls oder Leihe kann offenbleiben und dem Ermessen der Beklagten überlassen werden.

2. Ein Anspruch der Klägerin auf den begehrten Rollstuhl könnte sich aus [§ 33 Abs 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (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 [§ 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 [§ 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 [§ 33 SGB V](#) ist nicht dadurch ausgeschlossen, dass die Klägerin zum Kreis pflegebedürftiger Personen nach [§§ 14, 15 SGB XI](#) gehört und der Rollstuhl auch der Erleichterung ihrer Pflege dient. Nach [§ 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 beigeladene 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; die Klägerin wird aber nicht in einem Haushalt gepflegt. Die Vorschrift des [§ 40 SGB XI](#) gehört zum Dritten Abschnitt "Leistungen" und dort zum Ersten Titel "Leistungen bei häuslicher Pflege". Die hier einschlägigen [§§](#)

---

[43](#) und [43a SGB XI](#), die im Dritten und Vierten Titel stehen, enthalten keine dem [Â§ 40 SGB XI](#) vergleichbare Regelung und verweisen auch nicht darauf. Vielmehr sind Leistungen der häuslichen Pflege bei Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung generell ausgeschlossen ([Â§ 36 Abs 1 Satz 2](#) 2. Halbsatz SGB XI). 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](#) 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, also nicht nur Rentner, ausgedehnt werden sollte, enthält die neue Ruhensvorschrift des [Â§ 16 SGB V](#) überhaupt keine einschlägige Regelung mehr. 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).

c) 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 zugelassenen Pflegeheim ([Â§ 71 Abs 2 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 ([Â§ 43 Abs 1, 2](#) und [Â§ 43a SGB XI](#)). Nach [Â§ 11 Abs 1 SGB XI](#) hat die Pflege in Pflegeeinrichtungen 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 MenschenwÃ¼rde zu gewährleisten (Satz 2). Die Pflegeheime haben auch fÃ¼r die soziale Betreuung der Bewohner zu sorgen ([Â§ 43 Abs 2 Satz 1](#) und [82 Abs 1 Satz 2 SGB XI](#)). Die die Zulassung bewirkenden VersorgungsvertrÃ¤ge dÃ¼rfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die den Anforderungen des [Â§ 71 SGB XI](#) genÃ¼gen und die GewÃ¤hr fÃ¼r eine leistungsfÃ¤hige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten ([Â§ 72 Abs 3 Satz 1 SGB XI](#)). Die Heime mÃ¼ssen daher das fÃ¼r die vollstationÃ¤re Pflege notwendige Inventar bereithalten. Einen geeigneten Anhaltspunkt fÃ¼r die von den zugelassenen Pflegeheimen vorzuhaltenden Hilfsmittel bietet â ohne daÃ hier eine abschlieÃende Beurteilung jedes einzelnen Hilfsmittels vorzunehmen ist â zB die "Gemeinsame Verlautbarung der SpitzenverbÃ¤nde der Krankenkassen/Pflegekassen zur Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln" vom 26. Mai 1997, solange Rechtsverordnungen Ã¼ber die Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln fehlen (vgl. [Â§ 83 Abs 1 Nrn 1 und 2 SGB XI](#)). Hierzu zÃ¤hlen zB alle Hilfsmittel, die bei VerwirrheitszustÃ¤nden, LÃ¤hmungen und sonstigen FunktionseinschrÃ¤nkungen Ã¼blicher Art (zB bei Altersdemenz, Morbus Alzheimer, Folgen eines Schlaganfalls, Multipler Sklerose und QuerschnittslÃ¤hmungen) benÃ¶tigt werden. Die gesetzliche Krankenversicherung hat darÃ¼ber hinaus nur solche Hilfsmittel zur VerfÃ¼gung zu stellen, die nicht der "SphÃ¤re" der vollstationÃ¤ren Pflege zuzurechnen sind. Das sind im wesentlichen:

(1) individuell angepaÃte Hilfsmittel, die ihrer Natur nach nur fÃ¼r den einzelnen Versicherten bestimmt und grundsÃ¤tzlich nur fÃ¼r ihn verwendbar sind (zB Brillen, HÃ¶rgerÃ¤te, sonstige Prothesen);

(2) Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen GrundbedÃ¼rfnisses (zB Kommunikation oder MobilitÃ¤t) auÃerhalb des Pflegeheims dienen. Das ist noch nicht der Fall, wenn es nur um das reine Spazierenfahren an der frischen Luft auf dem HeimgelÃ¤nde geht. Die SphÃ¤re des Heimes ist auch dann noch nicht verlassen, wenn es sich um gemeinsame AusflÃ¼ge der Heimbewohner oder um sonstige von der Heimleitung organisierte bzw verantwortete AktivitÃ¤ten auÃerhalb des Heimes (zB gemeinsamer Stadtbummel) handelt. RegelmÃ¤Ãige AktivitÃ¤ten des PflegebedÃ¼rftigen auÃerhalb des Heimes (AusflÃ¼ge, Spazierfahrten, Besuche in CafÃ©s, Restaurants, Theater, Kinos usw), allein oder in Begleitung von AngehÃ¶rigen, Freunden und Bekannten, unabhÃ¤ngig vom Pflegepersonal, kÃ¶nnen hingegen nicht mehr der SphÃ¤re des Heimes und seinem Verantwortungsbereich zugerechnet werden.

RollstÃ¼hle sind danach Hilfsmittel, die bei vollstationÃ¤rer Pflege in einem zugelassenen Pflegeheim grundsÃ¤tzlich vom HeimtrÃ¤ger zur VerfÃ¼gung zu stellen sind. Denn RollstÃ¼hle gehÃ¶ren in aller Regel nicht zu den individuell angepaÃten Hilfsmitteln, fÃ¼r die stets die Krankenkassen zustÃ¤ndig sind. Das ist auch dann der Fall, wenn es sich um ein Serienfabrikat handelt, das auf bestimmte

---

körperliche Gegebenheiten einstellbar ist (zB Adaptivrollstuhl), also nicht als ein 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 ([Â§ 82 Abs 2 Nr 1 SGB XI](#)) über die öffentliche Investitionsförderung und ansonsten über die neben der Pflegevergütung zu zahlenden Kosten für zusätzliche Aufwendungen ([Â§ 82 Abs 3](#) und [4 SGB XI](#)) abzudecken.

d) Im vorliegenden Fall ist allerdings nicht hinreichend geklärt, in welcher Art von Einrichtung die Klägerin untergebracht ist und auf welcher rechtlichen Grundlage ihre Pflege erfolgt. Nach den Feststellungen des LSG trägt die beigeladene Pflegekasse für die Klägerin 10 vH des nach dem BSHG vereinbarten Heimentgeltes bis zu einem Betrag von 500 DM monatlich. Es dürfte sich daher um genaueres wird das LSG noch zu ermitteln haben bei dem "Pflegeheim S." nicht um eine vollstationäre Pflegeeinrichtung iS der [Â§ 71 Abs 2, 72 Abs 1 SGB XI](#), sondern um eine Einrichtung iS der [Â§ 43a, 71 Abs 4 SGB XI](#) handeln, in welcher für die Klägerin auch Hilfe zur Pflege nach den [Â§ 68 ff BSHG](#) erfolgt, zu der die Pflegekasse finanziell den oben genannten Beitrag zu leisten hat.

Für die Pflege auf dieser rechtlichen Basis müssen die oben entwickelten Grundsätze eine Abwandlung erfahren. Gesetzliche Regelungen, aus denen zu folgern ist, dass für die typischen Pflegefälle benötigte Inventar vom Träger des jeweiligen Heims vorzuhalten ist, bestanden in diesem Bereich lange Zeit nicht. Selbst bei der Einführung der sozialen Pflegeversicherung durch das Pflege-Versicherungsgesetz (PflegeVG) vom 26. Mai 1994 ([BGBl I, 1014](#)) hat der Gesetzgeber in einem neuen [Â§ 93 Abs 7 BSHG](#) lediglich für zugelassene Pflegeeinrichtungen iS des [Â§ 72 SGB XI](#) klargestellt, dass sich die Leistungen nach dem SGB XI richten. Erst mit dem 1. SGB XI-ÄndG vom 14. Juni 1996 ([BGBl I, 830](#)) hat der Gesetzgeber in einem neuen [Â§ 68 Abs 2 BSHG](#) verdeutlicht, dass die Hilfe zur Pflege die häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und vollstationäre Pflege umfasst und dass sich der Inhalt der Hilfen nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in [Â§ 28 Abs 1 Nr 1, 5 bis 8 SGB XI](#) aufgeführten Leistungen bemisst. Dies bedeutet, dass die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem BSHG dem Standard des SGB XI zu entsprechen haben.

---

Das Gesetz zur Reform des Sozialhilferechts vom 23. Juli 1996 ([BGBl I, 1088](#)) hat die Instrumente zur Umsetzung dieses Grundsatzes geschaffen; da die entsprechenden Vorschriften (§§ 93 ff BSHG nF) am 1. August 1996 bzw am 1. Januar 1999 in Kraft getreten sind (Art 17) und die mündliche Verhandlung vor dem LSG am 9. Juni 1999 stattgefunden hat, sind sie für den vorliegenden Fall maßgeblich geworden. Nach den §§ 93 ff BSHG nF hat der Träger der Sozialhilfe mit den Trägern von Leistungen der Sozialhilfe geeigneten Einrichtungen (§ 93 Abs 1 BSHG) in umfangreichen Vereinbarungen die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen müssen die wesentlichen Leistungsmerkmale festzulegen, und zwar mindestens die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, den von ihr zu betreuenden Personenkreis, Inhalt, Umfang, Art, Ziel und Qualität der Leistung, die Qualifikation des Personals, die Pflicht zur Aufnahme und Betreuung von Hilfeempfängern, die erforderliche sachliche und personelle Ausstattung, die Vergütung nach Grundpauschalen, Maßnahmenpauschalen und den Investitionsbetrag, Grundsätze und Maßstäbe für die Wirtschaftlichkeit und die Qualitätssicherung sowie das Verfahren zur Durchführung von Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen (§§ 93 Abs 2, 93a Abs 1-3 BSHG nF). Soweit eine Vereinbarung nicht abgeschlossen ist, kann der Träger der Sozialhilfe nach § 93 Abs 3 BSHG nF, wenn dies nach der Besonderheit des Falles geboten ist, gleichwohl Hilfe durch diese Einrichtung gewähren; dazu muß der Träger der Einrichtung allerdings ein Leistungsangebot vorlegen, das die oben genannten Kriterien für eine Vereinbarung erfüllt und sich schriftlich verpflichtet, Leistungen entsprechend diesem Angebot zu erbringen. Soweit weder eine Vereinbarung iS der §§ 93 Abs 2, 93a BSHG noch ein Leistungsangebot nach § 93 Abs 3 BSHG vorliegt, darf der Träger der Sozialhilfe keine Leistungen gewähren (§ 3 Abs 2 BSHG). Für den Bereich der Pflege folgt aus dem oben Gesagten, daß der Träger der Sozialhilfe grundsätzlich nur Vereinbarungen treffen (oder Leistungsangebote akzeptieren) darf, durch die eine Pflege auf dem Standard des SGB XI sichergestellt wird.

Die in Betracht kommenden Einrichtungen von denen diejenigen iS des [§ 71 Abs 4 SGB XI](#) (vgl zu Begriff und Abgrenzungsschwierigkeiten Lachwitz in Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 4: Pflegeversicherung, Anhang RdNr vor A 394 (16ff) mwN) nur einen Teilbereich darstellen erfüllen allerdings sehr unterschiedliche Aufgaben, dienen unterschiedlichen Benutzerkreisen mit dementsprechenden Gestaltungskonzepten und sind daher auch in sachlicher Hinsicht sehr unterschiedlich auszustatten. Häufig werden sie überwiegend anderen Zwecken dienen und die Pflege nur am Rande mit durchführen, wie bereits aus den [§§ 43a, 71 Abs 4 SGB XI](#) hervorgeht. So stellt sich die Frage der Ausstattung mit Rollstühlen in einer Einrichtung, die im wesentlichen der Pflege Älterer und daher häufig gehbehinderter Menschen dient, völlig anders als in einem Heim für geistig Behinderte in jugendlichem Alter. Eine allgemeine Beschreibung des erforderlichen Inventars die dessen Kosten Teil der Vergütung des Trägers der Sozialhilfe an den Träger der Einrichtung sind (§ 93a Abs 2 BSHG) erscheint daher im Unterschied zu den zugelassenen Pflegeheimen iS der [§§ 71 Abs 2, 72 Abs 1 SGB XI](#) nicht möglich. Vielmehr wird man wie folgt unterscheiden müssen: Soweit dies den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit und Sparsamkeit entspricht, also insbesondere in Einrichtungen mit einer erheblichen

---

Zahl von Schwer- und Schwerstpflegebedürftigen, werden sich die Vereinbarungen mit dem Träger der Einrichtung hinsichtlich der sachlichen Ausstattung an den oben entwickelten Grundsätzen für Pflegeeinrichtungen in der [ÄSÄ§ 71 Abs 2](#), [72 Abs 1 SGB XI](#) zu orientieren haben. Wenn nach diesen Kriterien das Vorhalten bestimmter Hilfsmittel zum notwendigen Inventar einer Pflegeeinrichtung zählt, kommt daneben eine Leistungsverpflichtung der Krankenkasse nicht mehr in Betracht; dies folgt bereits aus dem Gesichtspunkt, daß öffentliche Finanzmittel (hier: Versichertenbeiträge) nicht noch einmal für Zwecke ausgegeben werden dürfen, die bereits anderweitig staatlich finanziert werden (dort steuerfinanzierte Leistungen des Sozialhilfeträgers). Dem steht der Grundsatz der Subsidiarität der Sozialhilfe nicht entgegen, weil der Sozialhilfeträger zu einer andersartigen und weitergehenden Leistung, nämlich der vollstationären Pflege, verpflichtet ist. Soweit die Einrichtungen allerdings Schwerpflegebedürftige und insbesondere Rollstuhlfahrer grundsätzlich nicht aufnehmen, kann weder vom Sozialhilfeträger noch vom Einrichtungsträger die Finanzierung des Vorhaltens von Rollstühlen nach den oben entwickelten Kriterien erwartet werden. Bei derartigen Einrichtungen ist es vielmehr wieder vorrangig Aufgabe der Krankenkassen, den ausnahmsweise etwa im Hinblick auf individuelle Wünsche (vgl. § 3 BSHG) dort untergebrachten Rollstuhlfahrer individuell mit dem Hilfsmittel auszustatten, auch wenn dieses nur zur Mobilität innerhalb der Sphäre des Heimes dienen soll.

Hier hat das LSG allerdings keine ausreichenden Feststellungen getroffen, die eine endgültige Entscheidung durch den Senat ermöglichen könnten. Das LSG wird daher noch zu ermitteln haben, um welche Art von Heim es sich handelt, welche Vereinbarungen (oder Leistungsangebote des Heimträgers) zwischen Sozialhilfeträger und Heim maßgeblich sind und welchen Betätigungen der Rollstuhl dienen soll. Nach den festgestellten schweren Behinderungen und Krankheiten der Klägerin werden zwar Rollstuhlfahrten außerhalb der Sphäre des Heimes aus eigener Kraft kaum in Betracht kommen. Es reicht aber aus, wenn dies mit fremder Hilfe, insbesondere durch Angehörige, Freunde, Bekannte oder ehrenamtliche Helfer, regelmäßig erfolgen kann; soweit dies der Fall ist, können die übrigen Feststellungen unterbleiben, weil die Krankenkasse dann ohnehin leistungspflichtig ist.

Das LSG wird auch über die Kosten des Revisionsverfahrens zu entscheiden haben.

Erstellt am: 27.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024