S 7 (9) KR 91/00

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	3
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Krankenversicherung Pflegeheim Abgrenzung der Leistungsverpflichtung bei Hilfsmittelversorgung Ausstattung einer geistig und körperlich Schwerbehinderten mit Lagerungsrollstuhl Beiladung von Versicherten und Heimträger keine verfassungswidrige Benachteiligung von Behinderten
Leitsätze	1. Die Abgrenzung der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung bei der Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen von der Vorhaltepflicht des Heimträgers hat danach zu erfolgen ob noch eine Krankenbehandlung und ein Behinderungsausgleich iS medizinischer Rehabilitation stattfindet oder aber ganz überwiegend die Pflege im Vordergrund steht weil eine Selbstbestimmung und gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr möglich ist. 2. Zur Verpflichtung der Krankenkasse eine geistig und körperlich schwerbehinderte zur aktiven Teilhabe am Gemeinschaftsleben nicht mehr fähige Pflegeheimbewohnerin mit einem sogenannten Lagerungsrollstuhl auszustatten.
Normenkette	SGB V § 13 Abs 3 S 1 F: 1998-12-19 SGB V § 33 Abs 1 S 1 F: 1988-12-20 SGB IX § 4 Abs 1 SGB XI § 28 Abs 4 SGB XI § 71 Abs 2

	SGB XI § 82 Abs 2 GG Art 3 Abs 3 S 2 SGG § 75 Abs 1 S 1 SGG § 75 Abs 2

1. Instanz

Aktenzeichen	S 7 (9) KR 91/00
Datum	28.01.2002

2. Instanz

Aktenzeichen	L 5 KR 33/02
Datum	26.02.2003

3. Instanz

Datum	22.07.2004

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 26. Februar 2003 aufgehoben und die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 28. Januar 2002 zurÃ¼ckgewiesen. Kosten sind in allen RechtszÃ¼gen nicht zu erstatten.

GrÃ¼nde:

I

Streitig ist die Versorgung der KlÃ¤gerin mit einem Faltrollstuhl mit verstellbarer RÃ¼ckenlehne und FuÃstÃ¼tzen (Lagerungsrollstuhl) sowie mit einer Fixationsweste fÃ¼r den OberkÃ¶rper auf Kosten der beklagten Krankenkasse.

Die 1912 geborene KlÃ¤gerin ist als Rentnerin bei der Beklagten krankenversichert. Sie leidet an fortgeschrittener Alzheimer-Demenz und an Beugekontrakturen aller ExtremitÃ¤ten, lebt in einem Pflegeheim und erhÃ¤lt Leistungen der Pflegeversicherung nach Pflegestufe III als HÃ¤rtefall.

Mit vertragsÃ¤rztlicher Verordnung der Dres. H beantragte die KlÃ¤gerin im September 1999 die Versorgung mit einem Lagerungsrollstuhl nebst Fixationsweste fÃ¼r den OberkÃ¶rper. Die Beklagte holte eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein und teilte der KlÃ¤gerin sodann im AnhÃ¶rungsverfahren mit, sie beabsichtige nicht, die Kosten fÃ¼r das begehrte Hilfsmittel zu Ã¼bernehmen. Dr. S informierte daraufhin die beklagte Krankenkasse, die KlÃ¤gerin sei wegen fortgeschrittener seniler Demenz bettlÃ¤gerig und werde zur Dekubitus- und Pneumonieprophylaxe regelmÃ¤Ãig in einen herkÃ¶mmlichen Faltrollstuhl gesetzt, aus dem sie jedoch wiederholt herausgefallen sei; deshalb sei sie auf einen Lagerungsrollstuhl angewiesen. ErgÃ¤nzend teilte das Pflegeheim der Beklagten auf Anfrage mit, die KlÃ¤gerin werde morgens nach dem Waschen in einen herkÃ¶mmlichen Faltrollstuhl gesetzt,

kÃ¶nne darin aber nicht Ã¼ber einen lÃ¤ngeren Zeitraum aufrecht sitzen. Deshalb sei ein Lagerungsrollstuhl mit Fixationsweste erforderlich; in diesem kÃ¶nne sie sich tÃ¤glich fÃ¼nf bis sechs Stunden aufhalten und auch wieder an gesellschaftlichen Veranstaltungen im Heim teilnehmen. In einer weiteren Stellungnahme des MDK fÃ¼hrte Dr. Sch hierzu aus, die KlÃ¤gerin sei nach dem Pflegegutachten nicht in der Lage, den Ã¼berwiegenden Teil des Tages sitzend im Rollstuhl zu verbringen; erst recht kÃ¶nne sie nicht mehr am gesellschaftlichen Leben teilnehmen. Mit dieser BegrÃ¼ndung lehnte die Beklagte die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r das begehrte Hilfsmittel ab (Bescheid vom 2. Dezember 1999, Widerspruchsbescheid vom 12. April 2000).

WÃ¤hrend des Klageverfahrens ist die KlÃ¤gerin im Juli 2001 durch ein Ã¶rtliches SanitÃ¤tshaus auf eigene Rechnung mit einem sog Multifunktionsrollstuhl versorgt worden, bei dem die SitzhÃ¶he, -breite und -tiefe sowie die RÃ¼ckenhÃ¶he jeweils individuell angepasst werden kann und eine zusÃ¤tzliche Begurtung dafÃ¼r sorgt, dass der Patient in eine aufrechte Sitzhaltung gebracht wird. Der Kaufpreis (2.351,25 EUR plus MWSt) ist der KlÃ¤gerin bis zum Abschluss dieses Verfahrens gestundet worden.

Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 28. Januar 2002). Dem Anspruch der KlÃ¤gerin stehe zwar nicht grundsÃ¤tzlich entgegen, dass sie in einem Pflegeheim lebe. Der Lagerungsrollstuhl mit Fixationsweste sei jedoch kein individuell angepasstes Hilfsmittel, da es sich um ein Serienmodell handele. Solche Hilfsmittel mÃ¼sse der HeimtrÃ¤ger zur VerfÃ¼gung stellen, auch wenn sie in der Pflegeeinrichtung nicht jederzeit von weiteren Heimbewohnern benutzt werden kÃ¶nnten. Zudem diene der begehrte Rollstuhl in erster Linie dem Transport der KlÃ¤gerin innerhalb der Pflegeeinrichtung und nicht der Befriedigung allgemeiner GrundbedÃ¼rfnisse auÃerhalb der HeimsphÃ¤re.

Auf die Berufung der KlÃ¤gerin hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG sowie die angefochtenen Bescheide aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die KlÃ¤gerin von den Kosten der Versorgung mit dem Rollstuhl in HÃ¶he von 2.351,25 EUR freizustellen (Urteil vom 26. Februar 2003). Vor der Selbstbeschaffung des Rollstuhls habe die Beklagte die begehrte Leistung zu Unrecht abgelehnt; deshalb stehe der KlÃ¤gerin nunmehr ein Freistellungsanspruch zu. Im vorliegenden Fall sei eine Leistungsverpflichtung der beklagten Krankenkasse gegeben, weil der Lagerungsrollstuhl wesentlich zur Befriedigung von GrundbedÃ¼rfnissen der KlÃ¤gerin diene. Diese kÃ¶nne zwar nicht mehr aktiv am Gemeinschaftsleben teilhaben, doch dÃ¼rfe darauf nicht entscheidend abgestellt werden. Auch geistig verwirrte und hirnorganisch geschÃ¤digte Versicherte hÃ¤tten Anspruch auf ein Zusammensein mit anderen; es sei nicht gerechtfertigt, die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fÃ¼r einen im individuellen Fall erforderlichen Rollstuhl zu bejahen, wenn der Versicherte noch aktiv am Heimleben teilnehmen und zurÃ¼ckzulegende Wege selbst bestimmen kÃ¶nne, sie aber zu verneinen, wenn diese geistige FÃ¤higkeit nicht mehr vorhanden sei. Lagerungsrollstuhl und Fixationsweste seien im Falle der KlÃ¤gerin zur Herstellung der MobilitÃ¤t und zur ErmÃ¶glichung des Aufenthalts in der Gemeinschaft erforderlich und deshalb von der beklagten Krankenkasse zu finanzieren. Diesem Anspruch stehe auch das

Wirtschaftlichkeitsgebot nicht entgegen.

Mit der Revision rÃ¼gt die Beklagte eine Verletzung von Â§ 33 Abs 1 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch â Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) und weiterer Vorschriften aus dem Recht der sozialen Pflegeversicherung (SGB XI). Die KlÃ¤gerin habe keinen Anspruch auf die begehrte Hilfsmittelversorgung und damit auch keinen Freistellungs- oder Erstattungsanspruch. Das LSG habe die vom Bundessozialgericht (BSG) im Hilfsmittelbereich aufgestellten Kriterien zur Abgrenzung zwischen der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung und der Vorhalteverpflichtung der HeimtrÃ¤ger verkannt. Es handele sich weder um ein individuell fÃ¼r die KlÃ¤gerin angefertigtes Hilfsmittel noch diene es zur Befriedigung von auÃerhalb der HeimsphÃ¤re liegenden GrundbedÃ¼rfnissen. Im vorliegenden Falle gehe es nicht darum, Ã¼ber das Recht der KlÃ¤gerin auf Zusammensein mit Anderen im Heim zu befinden, sondern allein um Abgrenzungskriterien dafÃ¼r, wann der Behinderungsausgleich iS des Â§ 33 SGB V und wann die Heimpflege im Vordergrund stehe. Nach der Rechtsprechung des BSG stehe die Heimpflege mit der Folge der Vorhaltepflicht des Pflegeheimes dann im Vordergrund, wenn eine selbstbestimmte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft nicht mehr mÃ¶glich sei. Dies sei hier der Fall, wie die Beweisaufnahme ergeben habe.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 26. Februar 2003 aufzuheben und die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Duisburg vom 28. Februar 2002 zurÃ¼ckzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,
die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

Die KlÃ¤gerin hÃ¤lt die angefochtene Entscheidung des LSG fÃ¼r zutreffend. Bei dem von ihr benutzen Lagerungsrollstuhl handele es sich um ein individuell hergestelltes Hilfsmittel, wie schon die UmrÃ¼stzeit von immerhin 60 bis 75 Min. erkennen lasse. Des ungeachtet sei er aber auch ein Hilfsmittel, welches ihr die Teilhabe am Gemeinschaftsleben ermÃ¶gliche. Diese kÃ¶nne sie noch durch Mimik bzw Reaktion nach Ansprache zum Ausdruck bringen. Mit Hilfe des Multifunktionsrollstuhls werde vermieden, dass sie in ihrem Zimmer isoliert werde und "verkÃ¼mmere".

II

Die Revision der Beklagten ist begrÃ¼ndet. Das LSG hat die beklagte Krankenkasse zu Unrecht zur Freistellung von den Kosten der Versorgung mit einem Lagerungsrollstuhl nebst Fixationsweste verurteilt. Die Beklagte hat die GewÃ¤hrung der Sachleistung zutreffend abgelehnt; der KlÃ¤gerin steht deshalb auch kein Kostenerstattungs- oder Freistellungsanspruch (Â§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V â vgl dazu BSG SozR 4-2500 Â§ 13 Nr 1 und SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 14) zu.

1. Die auch in der Revisionsinstanz von Amts wegen zu beachtenden

Sachurteilsvoraussetzungen liegen vor. Die Vorinstanzen haben allerdings weder die fÃ¼r die KlÃ¤gerin zustÃ¤ndige Pflegekasse noch den HeimtrÃ¤ger beigeladen. Zumindest letzteres hÃ¤tte jedoch nahe gelegen, weil die berechtigten Interessen des HeimtrÃ¤gers durch die zu treffende Entscheidung berÃ¼hrt werden (Â§ 75 Abs 1 Satz 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Es geht im vorliegenden Fall um die Abgrenzung der Leistungsverpflichtung von gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung und hier insbesondere um die Vorhaltepflicht des Pflegeheimes, die wiederum entscheidend vom jeweiligen Versorgungsauftrag sowie von den Leistungs- und QualitÃ¤tsvereinbarungen (Â§ 80a SGB XI) zwischen den in Â§ 85 Abs 2 SGB XI genannten Vertragsparteinen abhÃ¤ngt. Die Verneinung eines Anspruchs der KlÃ¤gerin aus Â§ 33 SGB V bzw eines entsprechenden Kostenerstattungs- oder Freistellungsanspruchs gegen die beklagte Krankenkasse kann im Falle vollstationÃ¤rer PflegebedÃ¼rftigkeit zu einem Anspruch gegen den HeimtrÃ¤ger fÃ¼hren, soweit die dafÃ¼r maÃgeblichen Voraussetzungen des Heimvertrages erfÃ¼llt sind. Allerdings kÃ¶nnte sich dieser Anspruch der KlÃ¤gerin gegen den HeimtrÃ¤ger auch nur aus dem privatrechtlichen Heimvertrag ergeben. Deshalb liegt kein Fall des Â§ 75 Abs 2 SGG (notwendige Beiladung) vor: Zum einen ist der HeimtrÃ¤ger an dem Ã¶ffentlich-rechtlichen RechtsverhÃ¤ltnis zwischen Versicherter und Krankenkasse nicht derart beteiligt, dass die Entscheidung auch ihm gegenÃ¼ber nur einheitlich ergehen kann, zum anderen ist der HeimtrÃ¤ger kein anderer VersicherungstrÃ¤ger, dessen Leistungsverpflichtung ersatzweise in Betracht kommt. Das Unterlassen einer einfachen Beiladung (Â§ 75 Abs 1 Satz 1 SGG) ist kein von Amts wegen zu beachtender Verfahrensmangel. Die Nachholung einer einfachen Beiladung ist im Revisionsverfahren nicht mehr mÃ¶glich (Â§ 168 SGG).

2. Anspruchsgrundlage fÃ¼r den geltend gemachten Freistellungsanspruch ist Â§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V in der Fassung des Gesetzes vom 19. Dezember 1998 (BGBl I 3853); das dort geregelte Recht auf Kostenerstattung umfasst auch den Anspruch auf Freistellung von einer Verbindlichkeit (vgl BSGE 89, 39 = SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 25; BSGE 85, 287 = SozR 3-2500 Â§ 33 Nr 37; BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nr 14). Die Voraussetzungen dieses Freistellungsanspruchs sind jedoch nicht erfÃ¼llt, weil die beklagte Krankenkasse weder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht noch eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Versicherte haben zwar nach Â§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V in der damals noch gÃ¼ltigen Fassung des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 (BGBl I S 2477) Anspruch auf Versorgung mit Seh- und HÃ¶rhilfen, KÃ¶rperersatzstÃ¼cken, orthopÃ¤dischen 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 GebrauchsgegenstÃ¤nde des tÃ¤glichen Lebens anzusehen oder nach Â§ 34 Abs 4 SGB V ausgeschlossen sind. Behinderte Versicherte wie die KlÃ¤gerin, die die FÃ¤higkeit zum selbststÃ¤ndigen Sitzen, Stehen und Gehen verloren haben, kÃ¶nnen deshalb zur Erhaltung ihrer MobilitÃ¤t grundsÃ¤tzlich einen Lagerungsrollstuhl mit Fixationsweste als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen (vgl BSG SozR 3-2500 Â§ 33 Nr 37).

a) Nach der seit dem 1. Januar 1989 geltenden Rechtslage sind die Krankenkassen

zur Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln grundsÃ¤tzlich unabhÃ¤ngig davon verpflichtet, ob sie in einer eigenen Wohnung oder in einem Pflegeheim leben. Dieser Grundsatz erfÃ¤hrt jedoch beim Versicherungsfall der vollstationÃ¤ren PflegebedÃ¼rftigkeit, also bei der vollstationÃ¤ren Pflege in einem Pflegeheim (Â§ 71 Abs 2 SGB XI), eine EinschrÃ¤nkung: Die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln endet nach der Konzeption des SGB V und des SGB XI dort, wo bei vollstationÃ¤rer Pflege die Pflicht des HeimtrÃ¤gers auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt (Urteil des Senats vom 10. Februar 2000, BSGE 85, 287 = SozR 3-2500 Â§ 33 Nr 37). Bei vollstationÃ¤rer Pflege hat der TrÃ¤ger des Heimes fÃ¼r die im Rahmen des Ã¼blichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmittel zu sorgen, weil er verpflichtet ist, die PflegebedÃ¼rftigen ausreichend und angemessen zu pflegen und sozial zu betreuen. Die Heime mÃ¼ssen das fÃ¼r die vollstationÃ¤re Pflege notwendige Inventar bereithalten.

In seiner Entscheidung vom 6. Juni 2002 (BSGE 89, 271 = SozR 3-2500 Â§ 33 Nr 43) hat der Senat zur Vorhaltepflicht der Pflegeeinrichtung ausgefÃ¼hrt, dass diese entscheidend vom jeweiligen Versorgungsauftrag und â□□ nach In-Kraft-Treten des Pflege-QualitÃ¤tssicherungsgesetzes (PQsG) vom 9. September 2001 (BGBl I S 2320) â□□ von der Leistungs- und QualitÃ¤tsvereinbarung (Â§ 80a SGB XI) abhÃ¤nge. Sie lasse sich nicht allgemein fÃ¼r Pflegeheime jeder Art beschreiben, sondern werde zB fÃ¼r Pflegeheime mit PflegebedÃ¼rftigen Ã¼berwiegend der Pflegestufe I anders aussehen als bei Pflegeheimen mit beatmungsbedÃ¼rftigen SchwerstpflegebedÃ¼rftigen. Soweit der Versorgungsvertrag, den die Pflegekassen mit dem HeimtrÃ¤ger abschlieÃ□en, nichts AusdrÃ¼ckliches zur Heimausstattung vorschreibe, sei lediglich die zur DurchfÃ¼hrung von Ã¼blichen MaÃ□nahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderliche Ausstattung vorzuhalten, weil sich dies aus dem Wesen jeder Pflegeeinrichtung ohne weiteres ergebe. Was im Einzelnen dazu gehÃ¶re und wie die Abgrenzung zu den von den Krankenkassen zu leistenden Hilfsmitteln in diesen Bereichen vorzunehmen sei, kÃ¶nne nur jeweils fÃ¼r konkrete GegenstÃ¤nde entschieden werden. Mit Urteil vom 28. Mai 2003 (BSG SozR 4-2500 Â§ 33 Nr 4) hat der Senat ausgefÃ¼hrt, dass auch solche GegenstÃ¤nde der Heimausstattung zuzurechnen seien, bei denen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen sei, ganz Ã¼berwiegend aber die Pflege im Vordergrund stehe, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl Â§ 1 Satz 1 SGB IX) nicht mehr mÃ¶glich sei, eine Rehabilitation damit nicht mehr stattfinde; ist das aber noch der Fall, bleibt die LeistungszustÃ¤ndigkeit der Krankenkasse wie bei der Behandlungspflege bestehen. Denn die Krankenkasse ist im Unterschied zur Pflegekasse RehabilitationstrÃ¤ger (vgl Â§ 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX); ihre Leistungsverpflichtung ist gegenÃ¼ber Leistungen der Pflegeversicherung vorrangig (Â§Â§ 5, 31, 40 Abs 1 SGB XI). Als Leistung der medizinischen Rehabilitation hat die Krankenkasse ua Hilfsmittel zu gewÃ¤hren (Â§ 26 Abs 1 Nr 6 SGB IX). Ã□bergeordnetes Ziel jeder Rehabilitation ist es aber, behinderten Menschen eine selbstbestimmte gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermÃ¶glichen oder zu fÃ¶rdern (Â§Â§ 1, 4 Abs 1 Nr 4 SGB IX). Soweit es dabei um den Ausgleich einer Behinderung sowie die Vermeidung oder Minderung von PflegebedÃ¼rftigkeit geht (Â§ 4 Abs 1 Nr 1 und Nr 2 SGB IX)

mÃ¼ssen Leistungen deshalb auf eine FÃ¶rderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sein, um als MaÃnahmen der Rehabilitation die Leistungspflicht der Krankenkasse zu begrÃ¼nden.

b) Unter BerÃ¼cksichtigung der vorstehend wiedergegeben Abgrenzungskriterien ist ein Freistellungsanspruch der KlÃ¤gerin nach Â§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V gegenÃ¼ber der Beklagten wegen der Selbstbeschaffung eines Lagerungsrollstuhls nebst Fixationsweste nicht gegeben. Dabei kommt es nicht entscheidend darauf an, ob es sich bei dem streitbefangenen Lagerungsrollstuhl um ein serienmÃ¤Ãig hergestelltes Modell mit individuell an die BedÃ¼rfnisse der KlÃ¤gerin angepassten Nutzteilen aus einem Baukastensystem des Herstellers handelt oder um ein BefÃ¶rderungsmittel, welches speziell fÃ¼r die KlÃ¤gerin angefertigt worden ist und nur von dieser benutzt wird. Ebenso wenig ist es allein ausschlaggebend, ob die KlÃ¤gerin mittels des Lagerungsrollstuhls nur im Pflegeheim und dem dazugehÃ¶rigen Garten oder aber gelegentlich auch zu Zielen auÃerhalb transportiert wird.

Entscheidend ist vielmehr, dass der KlÃ¤gerin eine verantwortungsbewusste Bestimmung Ã¼ber das eigene Schicksal nicht mehr mÃ¶glich ist, sie also wegen des Fehlens eigengesteuerter BestimmungsmÃ¶glichkeiten quasi zum "Objekt der Pflege" geworden ist (vgl GÃ¶tze in Hauck/Noftz, SGB IX â Band 1, Stand: April 2003, Â§ 1 RdNr 14 mwN). Eine Rehabilitation ist dann mangels Erfolgsaussichten nicht mehr mÃ¶glich, der Ist-Zustand der Behinderung nicht mehr behebbar. Nach den Feststellungen des LSG war es der KlÃ¤gerin schon Mitte 2001 nicht mehr mÃ¶glich, ihren Aufenthaltsort innerhalb oder gar auÃerhalb des Heimes selbst zu bestimmen, die im Ablauf des tÃ¤glichen Lebens anfallenden Verrichtungen eigenstÃ¤ndig und ohne Hilfestellung des Pflegepersonals zu erledigen oder aktiv am Gemeinschaftsleben im Heim teilzunehmen. Sie wurde vielmehr vom Pflegepersonal in den Lagerungsrollstuhl gesetzt und in den Gemeinschaftsraum geschoben, um dort mit anderen Menschen â passiv â zusammen sein zu kÃ¶nnen. Ein eigenstÃ¤ndiges und bewusstes Gestalten dieses Zusammenseins war fÃ¼r sie auf Grund der Behinderung ausgeschlossen. Zwar war die KlÃ¤gerin damals noch in der Lage, selbst EindrÃ¼cke wahrzunehmen, zu lachen und auf Ansprache zu reagieren; das bedeutet aber nur ein passives Reagieren, nicht ein Agieren.

Zu Unrecht hat es das LSG fÃ¼r den geltend gemachten Leistungsanspruch als irrelevant angesehen, ob sich die KlÃ¤gerin noch aktiv am Gemeinschaftsleben beteiligen kann oder nicht. Es geht vorliegend nicht darum, Ã¼ber die (selbstverstÃ¤ndliche) Berechtigung der KlÃ¤gerin auf ein Zusammensein mit anderen und die â passive â Teilhabe am Gemeinschaftsleben zu befinden, sondern allein um die Frage, wer den dafÃ¼r erforderlichen Lagerungsrollstuhl mit Fixationsweste zu finanzieren hat. Die vom Senat grundsÃ¤tzlich getroffene Abgrenzung, ob das Hilfsmittel Ã¼berwiegend dem Behinderungsausgleich dient (dann Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung) oder aber die Pflege den Schwerpunkt bildet (dann Vorhaltepflicht des HeimtrÃ¤gers), ist sach- und systemgerecht, wie sich insbesondere auch aus der Vorschrift des Â§ 28 Abs 4

SGB XI erschlieÃ□t. Danach soll die Pflege auch die Aktivierung der PflegebedÃ¼rftigen zum Ziel haben, um vorhandene FÃ¤higkeiten zu erhalten und, soweit dies mÃ¶glich ist, verlorene FÃ¤higkeiten zurÃ¼ckzugewinnen (Satz 1). Um der Gefahr der Vereinsamung der PflegebedÃ¼rftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die BedÃ¼rfnisse der PflegebedÃ¼rftigen nach Kommunikation berÃ¼cksichtigt werden (Satz 2). Diese sog aktivierende Pflege ist ein wesentlicher Bestandteil der sozialen Pflegeversicherung, wie sich ua aus Â§Â§ 6 Abs 2 und 11 Abs 2 SGB XI ergibt. Die BerÃ¼cksichtigung des Kommunikationsbedarfs ist vom Gesetzgeber zwar nicht in den Katalog des Â§ 14 Abs 4 SGB XI aufgenommen worden, bei der stationÃ¤ren Pflege gehÃ¶rt er aber als Bestandteil der sozialen Betreuung (Â§Â§ 41 Abs 2, 42 Abs 2 und 43 Abs 2 SGB XI) zu den Leistungen der Pflegeversicherung (vgl Udsching, SGB XI â□□ Soziale Pflegeversicherung, 2. Aufl 2000, Â§ 28 RdNr 11 mwN). Dieser Aufgabe wird der HeimtrÃ¤ger dadurch gerecht, dass er die KlÃ¤gerin mittels des Lagerungsrollstuhls in den Aufenthaltsraum des Pflegeheims transportiert und ihr Fahrten in den Garten ermÃ¶glicht.

c) Die hiermit vorgenommene Abgrenzung zwischen der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung und der Vorhaltepflicht des HeimtrÃ¤gers verstÃ¶Ã□t nicht gegen das verfassungsrechtliche Verbot der Benachteiligung behinderter Menschen aus Art 3 Abs 3 Satz 2 Grundgesetz (GG). Wie der Senat in anderem Zusammenhang bereits entschieden hat, ergeben sich aus dieser Verfassungsnorm keine weiter gehenden AnsprÃ¼che bei der Hilfsmittelversorgung (vgl Urteil vom 26. MÃ¤rz 2003, SozR 4-2500 Â§ 33 Nr 3 mit Anm Davy, SGb 2004, 315, 318 f). Zwar ist das Verbot einer Benachteiligung zugleich mit einem objektiv-rechtlichen Auftrag an den Staat verbunden, auf die gleichberechtigte Teilhabe behinderter Menschen hinzuwirken; dieser auch nach Inkrafttreten des SGB IX fortbestehende Auftrag zur Ausgestaltung des Sozialstaatsgebots begrÃ¼ndet indes keine konkreten LeistungsansprÃ¼che und damit kein einklagbares subjektives Recht des Einzelnen auf eine bestimmte Hilfsmittelversorgung. Von dieser PrÃ¤misse geht auch Davy (aaO) aus, weist dann jedoch darauf hin, dass aus dem Benachteiligungsverbot des Art 3 Abs 3 Satz 2 GG ein Recht auf Unterlassung von Benachteiligungen wegen einer Behinderung abzuleiten sei; dies werde von der Rechtsprechung des BSG nicht hinreichend beachtet (Ã¤hnlich Plantholz, PflR 2003, 6, 8 f). Dem ist entgegenzuhalten, dass es allein um die Abgrenzung geht, ob eine Leistungsverpflichtung der beklagten Krankenkasse aus Â§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V oder eine Vorhaltepflicht des HeimtrÃ¤gers besteht. Eine verfassungswidrige Benachteilung von Behinderten kann nicht bereits darin gesehen werden, dass sie â□□ auch abhÃ¤ngig von der Schwere der Behinderung â□□ in einem gegliederten System der sozialen Sicherung dem Leistungsbereich der Krankenversicherung oder der Pflegeversicherung, notfalls auch demjenigen der Sozialhilfe zugeordnet werden. Die LeistungszustÃ¤ndigkeit der Krankenkasse fÃ¼r Hilfsmittel lÃ¤sst sich jedenfalls nicht damit begrÃ¼nden, dass bei stationÃ¤rer Pflege die Leistungen der sozialen Sicherheit geringer ausfallen als bei ambulanter Pflege. Es ist zwar zutreffend, dass die vom HeimtrÃ¤ger vorzuhaltenden Hilfsmittel zum groÃ□en Teil von den PflegebedÃ¼rftigen refinanziert werden â□□ sei es Ã¼ber die PflegevergÃ¼tung bei VerbrauchsgÃ¼tern (Â§ 82 Abs 2 Nr 1 Halbsatz 2 SGB XI), soweit die HÃ¶chstsÃ¤tze der Pflegekassen nach Â§ 43 SGB XI Ã¼berschritten

werden, sei es Ã¼ber die gesonderte VergÃ¼tung von Investitionsaufwendungen nach Â§ 82 Abs 3 Satz 1 SGB XI, soweit diese durch Ã¶ffentliche FÃ¶rderung nach Â§ 9 SGB XI nicht gedeckt sind. Weil faktisch regelmÃ¤Ã□ig die HÃ¶chstsÃ¤tze der Pflegeversicherung Ã¼berschritten werden und die Ã¶ffentliche FÃ¶rderung durch die LÃ¤nder die Investitionskosten nicht oder nur unvollstÃ¤ndig abdeckt, verbleibt fÃ¼r einen Teil der PflegebedÃ¼rftigen ein privat zu finanzierender Eigenanteil, fÃ¼r den anderen, bedÃ¼rftigen Teil der Pflegeheimbewohner das Eintreten des SozialhilfetrÃ¤gers. Aber auch bei hÃ¤uslicher Pflege gibt es fÃ¼r Pflegehilfsmittel Leistungsbegrenzungen und Zuzahlungen fÃ¼r den Versicherten (vgl Â§ 40 Abs 2 und 3 SGB XI). Eine faktische Benachteiligung zumindest der sog Selbstzahler im Pflegeheim gegenÃ¼ber ambulant PflegebedÃ¼rftigen, die auf Hilfsmittel angewiesen sind, lÃ¤ge aber allein an UnzulÃ¤nglichkeiten im System der sozialen Pflegeversicherung, die mÃ¶glicherweise auch verfassungsmÃ¤Ã□ig verbÃ¼rgte Rechte tangieren; sie sind aber kein Grund, dafÃ¼r die gesetzliche Krankenversicherung gleichsam als AusfallbÃ¼rge solange eintreten zu lassen, bis diese UnzulÃ¤nglichkeiten behoben sind. Das Risiko der PflegebedÃ¼rftigkeit hat der Gesetzgeber â□□ von einer vorÃ¼bergehenden Einordnung von Leistungen bei SchwerpflegebedÃ¼rftigkeit in den Â§Â§ 53 ff SGB V aF abgesehen â□□ nunmehr eigenstÃ¤ndig in einem besonderem System abgesichert. Auch bei einer systemÃ¼bergreifenden Betrachtungsweise kommt eine Leistungsverpflichtung der Krankenversicherung fÃ¼r reine Pflegehilfsmittel sowohl bei ambulanter als auch stationÃ¤rer Pflege nicht mehr in Betracht.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 21.10.2004

Zuletzt verändert am: 20.12.2024