

L 4 P 4137/13

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Pflegeversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 5 P 1833/11
Datum
23.08.2013
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 P 4137/13
Datum
15.08.2014
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Ein Versicherter/eine Versicherte, der/die in einer Einrichtung nach [§§ 43a, 71 Abs. 4 SGB XI](#) untergebracht ist, hat keinen Anspruch auf ein "Gitterbett", das dem Schutz des/der Versicherten vor einem Herausfallen aus dem Bett und der damit verbundenen Verletzungsgefahr dienen soll.

Auf die Berufung der Beigeladenen zu 1) wird das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23. August 2013 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind in beiden Rechtszügen nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Versorgung mit einem Gitterbett zur Verwendung in einer von der Beigeladenen zu 2) getragenen stationären Pflegeeinrichtung als Sachleistung.

Die am 1990 geborene Klägerin ist Mitglied der beklagten Pflegekasse und der zu 1) beigeladenen Krankenkasse. Sie leidet an Tetrasomie 12 P, dem sogenannten Pallister-Killian-Syndrom, verbunden mit schwerer körperlicher und geistiger Retardierung ohne Sprachentwicklung. Sie robbt zu Hause sitzend auf dem Boden. Gleichzeitig leidet sie an Harn- und Stuhlinkontinenz. Ausweislich des Gutachtens der Pflegefachkraft F.-H., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), vom 15. Oktober 2009 (erstellt nach Begutachtung im häuslichen Umfeld) besteht ein täglicher Hilfebedarf bei den Grundpflegeverrichtungen von 281 Minuten. Von der Beklagten bezieht sie Leistungen der Pflegestufe III. Zu Hause hat sie im Erdgeschoss ein rollstuhlgerecht eingerichtetes Zimmer mit einem Spezial-Pflegebett, das nahezu bis zur Decke reicht und mit einem Gitter sowie mit einem Ein- und Ausstieg am Fußende mit elektrisch verstellbarem Bettrost versehen ist. Für die Versorgung der Klägerin mit diesem Spezial-Pflegebett übernahm die Beklagte Aufwendungen in Höhe von EUR 6.394,91.

Wegen der geplanten Aufnahme in das "Haus Lebensheimat Wohn- und Therapieheim für Behinderte" in L., einer Pflegeeinrichtung der Beigeladenen zu 2), wurde der Klägerin von der Arztpraxis Dr. D. und W. unter dem 29. Januar 2010 ein Pflegebett mit höhenverstellbarem Gitter zur Versorgung im Heim verordnet. Einen am 9. Februar 2010 eingereichten Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 8. März 2010 ab. Zur Begründung führte sie aus, eine Kostenübernahme scheide aus, da die Ausstattung von Pflegeheimen mit Pflegehilfsmitteln - um ein solches handle es sich hier, da es überwiegend in der Pflege eingesetzt werde - den Pflegeheimen obliege, deren Kosten mit dem Pflegesatz und den Investitionsaufwendungen abgegolten würden.

Mit am 31. März 2010 bei der Beklagten eingegangenem Widerspruch machte die Klägerin geltend, es bestehe eine "Pflicht der Krankenkasse", das begehrte Krankenbett als Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, unabhängig davon, ob sich der Versicherte dauerhaft in einer Pflegeeinrichtung aufhalte. Das Pflegeheim sei nicht zur Vorhaltung desselben verpflichtet, da es sich nicht um ein Pflegeheim i.S.d. [§ 71 Abs. 2](#) Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) handle, sondern um eine stationäre Einrichtung i.S.d. [§ 71 Abs. 4 SGB XI](#), und zwar i.S.d. der Eingliederungshilfe für Behinderte nach [§ 55](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII).

Die Klägerin wurde am 1. Mai 2010 in das Wohnheim für Erwachsene mit geistiger oder Mehrfachbehinderung in L. (Wohngemeinschaft D.), die über zwölf Plätze verfügt, aufgenommen. Dort hält sie sich seither regelmäßig unter der Woche auf; für Urlaube und in der Regel an den Wochenenden kehrt sie nach Hause zu ihren Eltern zurück. Die Beklagte übernimmt monatlich EUR 256,00 der Aufwendungen.

Die Einrichtung der Beigeladenen zu 2) bestätigte der Beklagten mit Schreiben vom 27. Mai 2010 die Angaben der Klägerin. Es legte der Beklagten seine Leistungsvereinbarung mit dem Sozialhilfeträger, dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald, samt der dazugehörigen Leistungsbeschreibung vor. In der Einrichtung würden 78 erwachsene Menschen mit einer geistigen Behinderung betreut, wobei lediglich zwei Personen schwerstpflegebedürftig seien.

Ausweislich der anschließend beauftragten Fachärztin für Innere Medizin E. des MDK vom 21. Juli 2010 erfolgt die Pflege der Klägerin nicht überwiegend im Bett. Die Klägerin sei nicht überwiegend bettlägerig. Im Auftrag der Beklagten fertigte Dr. C. vom MDK unter dem 30. Juli 2010 ein Gutachten nach Aktenlage. Er legte dar, die Klägerin habe mittlerweile gelernt, mit persönlicher Unterstützung an einem Rollator zu gehen, ansonsten sei sie rollstuhlpflichtig; den Rollstuhl könne sie jedoch nicht selbstständig fortbewegen. Die Versorgung mit einem Pflegebett und entsprechender Begitterung sei nachvollziehbar; für die Versorgung mit einem zweiten Pflegebett ergebe sich jedoch keine medizinische Begründung.

Auf Anfrage der Beklagten teilte ein Mitarbeiter der Wohngemeinschaft D. am 11. Januar 2011 mit, das behindertengerechte Bett benötige die Klägerin nur zum Schlafen. Sie sei tagsüber nicht bettlägerig. Es finde keine Pflege im Bett statt. Nachts sei die Klägerin sehr unruhig. Daher bestehe die Gefahr, dass sie aus dem Bett falle. Übergangsweise sei von einem Schreiner ein provisorisches Bettgitter angebracht worden. Ein Herausfallen habe bislang verhindert werden können.

Die Klägerin erhob am 7. April 2011 beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage mit dem Begehren, sie mit einem "Pflegebett" in der Wohngemeinschaft D. zu versorgen. Zur Begründung führte sie aus, seit Antragstellung sei mehr als ein Jahr vergangen; die Beklagte habe über ihren Widerspruch seit einem Jahr nicht entschieden. Die Beklagte sei leistungspflichtig, denn das Pflegebett gleiche mittelbar Behinderungen aus und sei als Hilfsmittel der Krankenversicherung einzuordnen, woran auch der Nebeneffekt einer Erleichterung der Pflege für ihre Pflegepersonen nichts ändere. Eine Doppelversorgung finde nicht statt, weil sie das bewilligte Spezial-Pflegebett im häuslichen Bereich nutze. Im Übrigen habe sie es inzwischen schon einmal geschafft, das vorhandene Schutzblech des Schreiners zu überklettern und aus dem Bett herauszufallen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 28. April 2011 wies der von der Beklagten gebildete Widerspruchsausschuss den Widerspruch der Klägerin zurück. Dieser führte aus, es sei Aufgabe der Behinderteneinrichtung der Klägerin ein Pflegebett zur Verfügung zu stellen. Das Bett diene ganz überwiegend der Pflegeerleichterung, weshalb auch die Krankenkasse nicht zur Kostenübernahme verpflichtet sei.

Die Klägerin führte die erhobene Klage fort und erhob fürsorglich Klage mit dem Begehren, den Bescheid der Beklagten vom 5. März 2010 und den Widerspruchsbescheid vom 28. April 2011 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, die Kosten eines Pflegebettes zu tragen.

Die Beklagte trat der Klage unter Hinweis auf die Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid entgegen. Sie sei zur Versorgung mit Hilfsmitteln bei Unterbringung in den Einrichtungen nach [§ 43a SGB XI](#) grundsätzlich nicht zuständig. Die Vorhaltepflcht hänge entscheidend vom jeweiligen Versorgungsvertrag ab. Die Einrichtung habe eine individuell angemessene bedarfsgerechte Ausstattung des Wohnraums der Klägerin vorzuhalten. Allenfalls bestehe eine Leistungspflicht der Beigeladenen zu 1).

Auf Anfrage des SG teilte die Gruppenleiterin der Wohngemeinschaft D. Benz unter dem 24. August 2012 mit, bei dem Bett der Klägerin handele es sich um ein solches, das bis zur Bettkante lediglich 40 cm hoch sei. Das provisorisch angebrachte Gitter habe eine "wirksame Höhe" von 22 cm. Es verfüge über keine spezielle Vorrichtung zur Pflegeerleichterung. Die Klägerin benutze ihr Bett ausschließlich zum Schlafen. Pflegerische Verrichtungen wie Windelwechsel und Körperwäsche erfolgten mit dem Rollator stehend am Waschbecken. Einzig der Wechsel von Hose, Strümpfen und Schuhen werde auf der Bettkante sitzend vorgenommen. Zum Einschlafen benötige die Klägerin je nach Tagesverfassung 30 Minuten bis zu mehreren Stunden. Gelegentlich wache sie nachts auf. Während dieser Zeit bewege sie sich kreuz und quer durchs Bett. Mehrfach sei festgestellt worden, dass die Beine der Klägerin über das Bettgitter hinausgehangen hätten. Das Gitter solle ein Schutz gegen das mögliche Herausstürzen aus dem Bett sein. Eine ausreichende Versorgung sei mit dem derzeitigen Bett nicht gewährleistet, da ihre Sicherheit gefährdet sei.

Die mit Beschluss des SG vom 20. August 2013 Beigeladene zu 1) trat der Klage ebenfalls entgegen.

In der mündlichen Verhandlung des SG am 23. August 2013 wies der Kammervorsitzende darauf hin, die Beklagte habe zu Recht ausgeführt, für die Gewährung von Pflegehilfsmitteln nur bei häuslicher Pflege verpflichtet zu sein, allerdings ein Anspruch auf Hilfsmittelversorgung nach [§ 33 SGB V](#) in Betracht komme. Die Klägerin begehrte daraufhin, die Verurteilung der Beigeladenen zu 1), sie für ihren Aufenthalt in der Einrichtung der Beigeladenen zu 2) mit einem für die fachgerechte Anbringung eines Gitters geeigneten Bett mit einem ab Matratzenoberkante mindestens 80 cm hohen Gitter mit wegklappbarem Fußende zu versorgen, und nahm die Klage gegen die Beklagte zurück.

Mit Urteil vom 23. August 2013 gab das SG dem auf seinen Hinweis geänderten Antrag der Klägerin statt und verurteilte die Beigeladene zu 1) zur Versorgung der Klägerin für ihren Aufenthalt in der Einrichtung der Beigeladenen zu 2) mit einem für die fachgerechte Anbringung eines Gitters geeigneten Bett mit einem ab Matratzenoberkante mindestens 80 cm hohen Gitter mit wegklappbarem Fußende. Zur Begründung legte es dar, die nach Erteilung des Widerspruchsbescheides höchst hilfsweise verfolgte Anfechtungs- und Verpflichtungsklage gegen die beklagte Pflegekasse sei unbegründet, denn Pflegehilfsmittel schuldeten die Pflegekassen grundsätzlich nur bei häuslicher Pflege der Versicherten. Die beklagte Pflegekasse sei im Übrigen nicht nach [§ 14](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) als erstangegangener Rehabilitationsträger dafür zuständig, umfassend über die Versorgung der Klägerin mit Hilfsmitteln, ggf. auch unter krankensicherungsrechtlichen Aspekten, zu entscheiden. Dies scheitere daran, dass die Pflegekassen nicht zu den in [§ 14 SGB IX](#) genannten Rehabilitationsträgern gehörten, wie sie im Einzelnen in [§ 6 SGB IX](#) aufgezählt seien. Die gegen die (zu 1) beigeladene Krankenkasse gerichtete Klage sei begründet. Diese habe nach [§ 75 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) verurteilt werden können, auch ohne dass von ihrer Seite eine Verbescheidung der Klägerin erfolgt sei. Bei der von der Klägerin verlangten Versorgung mit einem für die fachgerechte Anbringung eines Gitters geeigneten Bett, samt einem mindestens 80 cm über die Matratzenoberkante hinausreichenden umlaufenden Gitter mit wegklappbarem Fußende, handele es sich um die Versorgung mit einem Hilfsmittel im Sinne des [§ 33 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch \(SGB V\)](#). Bei der Klägerin gehe es bei der Versorgung mit Gitterbett um den Ausgleich einer Behinderung, nämlich der insbesondere durch ihre geistige Retardierung eingeschränkten Möglichkeit, gefahrlos einzuschlafen und gefahrlos zu schlafen. Da die

Klägerin schon zum Einschlafen oft lange brauche und dabei voller Unruhe durch ihr Bett robbe und versuche auszusteigen und da sie ferner des Nachts aufwache und dann in unstillbarem Drang versuche das Bett zu verlassen und ihre Umgebung zu erkunden, sei sie, auch wenn sie sich im Bett befinde, ständig gefährdet und in ihrem Grundbedürfnis auf erholsamen bzw. gefahrlosen Schlaf stark beeinträchtigt und behindert (zum Wechsel von Ruhen und Schlafen bzw. Aufstehen und Zubettgehen als notwendigen Grundbedürfnissen, s. a. Bayerisches Landessozialgericht [LSG], Urteil vom 29. Juni 2006 - [L 4 KR 253/03](#) -; in juris). Damit stelle das von der Klägerin begehrte Gitterbett ein Hilfsmittel i.S.d. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dar. Es handele sich dabei nicht um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, denn derartig speziell zugerichtete Betten würden im alltäglichen Leben nicht benötigt. Dass das begehrte Hilfsmittel auch die selbstständige Lebensführung fördern würde, weil die Klägerin dann ohne regelmäßige Überwachung durch einen Nachtpfleger auskäme (insoweit Erfüllung eines Zwecks nach [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#)), sei zwar nicht zu bestreiten, mache aber das Bett noch nicht zu einem reinen Hilfsmittel i.S.d. Pflegeversicherung, für das die Krankenversicherung von vornherein nicht einzustehen hätte. Der Anspruch der Klägerin auf die begehrte Versorgung scheitere nicht daran, dass eine vorrangige Pflicht des Heims zur Versorgung der Klägerin mit einem entsprechenden Hilfsmittel bestünde. Zwar bleibe die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig seien, von der Verpflichtung der von den Krankenkassen zur Verfügung zu stellenden Hilfsmitteln unberührt ([§ 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)), doch bestehe eine derartige Pflicht des Heims im Fall der Klägerin gerade nicht. Unbeschadet der rechtlichen Qualifizierung des Heims, in welchem sich die Klägerin aufhalte, und weiter unbeschadet der Frage, inwieweit aufgrund der vom Heim mit dem Sozialhilfeträger geschlossenen Vereinbarungen eine Pflicht des Heims zur Vorhaltung von pflegeerleichternden Gegenständen bestehe, sei das Heim, in dem die Klägerin untergebracht sei, nicht verpflichtet, das begehrte, zur Aufnahme eines hohen Gitters geeignete Bett mit der entsprechenden Gitterumrandung zur Verfügung zu stellen, denn der Sphäre der vollstationären Pflege, für die Pflegeheime grundsätzlich einzutreten hätten, könnten individuell angepasste Hilfsmittel, die ihrer Natur nach nur für den einzelnen Versicherten bestimmt und grundsätzlich nur für ihn verwendbar seien, nicht zugeordnet werden (Bundessozialgericht [BSG], Urteil vom 10. Februar 2000 - [B 3 KR 28/99 R](#) -; in juris). Sie blieben vielmehr von der gesetzlichen Krankenversicherung geschuldete Hilfsmittel. Um einen solchen Fall handele es sich bei der Bettversorgung für die Klägerin, denn ein derart hohes Bettgitter, wie es die Klägerin benötige, und das ein entsprechend technisch individuell gestaltetes Bett verlange, das zur Aufnahme eines derart hohen Gitters geeignet sei, stelle ein individuell im Einzelfall angepasstes Hilfsmittel dar, das in anderen üblicherweise in einem Heim der Eingliederungshilfe untergebrachten Pflegefällen so nicht benötigt werde und deshalb vom Heim auch nicht zur Verfügung gestellt werden müsse. Was das Heim allenfalls zur Verfügung stellen müsse, sei ein Bett mit einem im Behindertenbereich üblicherweise vorkommenden Gitter bzw. Schutz gegen Herausfallen, wie es der Klägerin vom Heim durch das mit vom Schreiner angefertigten Brettern versehene Bett bereits zur Verfügung gestellt worden sei. Dieses Bett sei jedoch zum Schutz ihres sicheren Schlafes offensichtlich nicht ausreichend; denn inzwischen habe es die Klägerin schon einmal geschafft, das vorhandene Schutzbrett des Schreiners zu überklettern und aus dem Bett herauszufallen.

Gegen das ihr am 2. September 2013 per Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil hat die Beigeladene zu 1) am 23. September 2013 Berufung beim LSG Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung führt sie aus, das SG verkenne die vorrangige Verpflichtung der stationären Pflegeeinrichtung zur Versorgung der Klägerin mit dem begehrten Bett. Maßgeblich sei nach der einschlägigen Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 10. Februar 2000 - [B 3 KR 17/99 R](#) -; in juris) die Leistungsvereinbarung zwischen dem Sozialhilfeträger und dem Träger der Einrichtung, in der sich die Klägerin aufhalte (Beigeladene zu 2) sowie der Rahmenvertrag. Diese sähen auch eine Einrichtung der Wohnräume mit Möbelstücken vor. Hierzu zähle auch ein Bett, welches dem Schlafen, Liegen und Ruhen diene. Entgegen der Ausführung des SG handele es sich bei dem begehrten Pflegebett nicht um ein individuell angepasstes Pflegemittel, da es als Serienfabrikat im Fachhandel erhältlich sei.

Die Beigeladene zu 1) beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 23. August 2013 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Ausführungen des SG in seinem Urteil für zutreffend. Die zitierte Leistungsvereinbarung sei ebenso wenig wie der Rahmenvertrag zur Beurteilung heranzuziehen, da die Beigeladene zu 2) keine Vereinbarungen mit den Kranken- bzw. Pflegekassen geschlossen haben. Selbst unter Berücksichtigung der Leistungsvereinbarung ergebe sich keine Verpflichtung der Beigeladenen zu 2), das begehrte Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. Auch sei das Bett in Kombination mit dem notwendigen Gitter ein speziell angepasstes Hilfsmittel, das der Leistungspflicht der Beigeladenen zu 1) unterliege.

Die Beklagte hat sich im Berufungsverfahren nicht geäußert und keinen Antrag gestellt.

Der mit Beschluss vom 12. Juni 2014 zu 2) beigeladene Träger der Einrichtung, in der sich die Klägerin aufhält, hat keinen Antrag gestellt, jedoch vorgetragen, bei der von der Klägerin besuchten Einrichtung handele es sich nicht um eine stationäre Pflegeeinrichtung, sondern vielmehr um eine vollstationäre Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen i. S. d. [§§ 43a, 71 Abs. 4 SGB XI](#). Es gehe nicht um Hilfe zur Pflege sondern um Eingliederungshilfe. In den Vereinbarungen nach [§ 75 ff. SGB XII](#) mit dem zuständigen Sozialhilfeträger werde die vorzuhaltende Ausstattung regelmäßig nicht konkretisiert. In der Regel werde aufgrund des Wirtschaftlichkeitsgebots lediglich ein Standardbett zur Verfügung gestellt.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach [§ 124 Abs. 2 SGG](#) erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorlegte Verwaltungsakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Beigeladenen, über die der Senat mit dem Einverständnis der

Beteiligten nach [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) durch Urteil ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Die Beigeladene wendet sich gegen die Verurteilung, die Klägerin mit einem für die fachgerechte Anbringung eines Gitters geeigneten Bettes mit einem ab Matratzenoberkante mindestens 80 cm hohen Gitter mit wegklappbarem Fußende zu versorgen. Es ist davon auszugehen, dass der Wert des begehrten Hilfsmittels einen Betrag von EUR 750,00 deutlich übersteigt. Der Senat folgt dies aus dem Umstand, dass für die Anschaffung eines entsprechenden Bettes in der Wohnung der Eltern der Klägerin EUR 6.394,91 aufgewendet werden mussten. Ein Wert des Beschwerdegegenstands von über EUR 750,00 im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) wird somit überschritten.

Die Berufung der Beigeladenen zu 1) ist auch begründet. Das SG hat die Beigeladene zu 1) zu Unrecht verurteilt, die Klägerin mit einem für die fachgerechte Anbringung eines Gitters geeigneten Bettes mit einem ab Matratzenoberkante mindestens 80 cm hohen Gitter mit wegklappbarem Fußende zu versorgen. Gegenüber der Beigeladenen zu 1) hat die Klägerin einen solchen Anspruch nicht (dazu unter 1.).

Einer Entscheidung in der Sache durch den Senat steht nicht entgegen, dass die Klägerin in der mündlichen Verhandlung des SG die Klage gegen die Beklagte zurücknahm und stattdessen die Verurteilung der Beigeladenen zu 1) begehrte. Die Klägerin verfolgte insoweit nur den Anspruch auf Gewährung des Gitterbettes als Sachleistung gegen die Beklagte nicht weiter, richtete aber diesen Anspruch nunmehr gegen die Beigeladene zu 1). Die Beigeladene zu 1) konnte nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) grundsätzlich verurteilt werden (vgl. BSG, Urteil vom 25. März 1966 - [12 RJ 600/62](#) -, in juris).

1. Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Sachleistungsanspruch gegen die Beigeladene zu 1) ist [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in der mit Wirkung vom 1. April 2007 in Kraft getretenen Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz) vom 26. März 2007 ([BGBl. I S. 378](#)). Danach 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, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Der Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich hängt bei stationärer Pflege nicht davon ab, in welchem Umfang eine Teilhabe am Leben der Gemeinschaft noch möglich ist; die Pflicht der stationären Pflegeeinrichtungen zur Vorhaltung von Hilfsmitteln und Pflegehilfsmitteln, die für den üblichen Pflegebetrieb jeweils notwendig sind, bleibt hiervon unberührt ([§ 33 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)).

Die Krankenkassen sind für die Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich unabhängig davon verpflichtet, ob diese in einer eigenen Wohnung oder in einem Heim leben. 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](#)), 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 3 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](#)). Die Heime müssen daher das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten (BSG, Urteil vom 10. Februar 2000 - [B 3 KR 17/99 R](#) -, in juris). Der Heimausstattung sind auch solche Gegenstände zuzurechnen, bei denen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen ist, ganz überwiegend aber die Pflege im Vordergrund steht, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl. [§ 1 Satz 1 SGB IX](#)) nicht mehr möglich ist und eine Rehabilitation damit nicht mehr stattfindet (BSG, Urteil vom 28. Mai 2003 - [B 3 KR 30/02 R](#) -, in juris). Welche Hilfsmittel im Einzelnen von der Einrichtung vorzuhalten sind ist insbesondere unter Heranziehung des jeweiligen Versorgungsauftrags sowie ggf. früher in Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen (vgl. [§ 80a SGB XI](#), gültig bis 30. Juni 2008), nunmehr in den in der jeweiligen Pflegesatzvereinbarung festgelegten wesentlichen Leistungs- und Qualitätsmerkmalen der Einrichtung (vgl. [§ 84 Abs. 5 SGB XI](#) in der seit 1. Juli 2008 geltenden Fassung des Art. 1 Nr. 50 Buchst. b) Pflege-Weiterentwicklungsgesetz vom 28. Mai 2008, [BGBl. I S. 874](#)) zu bestimmen (BSG, Urteil vom 6. Juni 2002 - [B 3 KR 67/01 R](#) -, in juris).

Die gesetzliche Krankenversicherung hat demgegenüber 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 (z. B. Brillen, Hörgeräte, Prothesen); (2) Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses (z. B. Kommunikation oder Mobilität) außerhalb der Einrichtung dienen (BSG, Urteil vom 10. Februar 2000 - [B 3 KR 17/99 R](#) -, in juris).

Dass die Klägerin nicht in einem vollstationären Pflegeheim im Sinne der [§§ 71 Abs. 2, 72 Abs. 1 SGB XI](#), sondern in einer Einrichtung im Sinne der [§§ 43 a, 71 Abs. 4 SGB XI](#) untergebracht ist, erfordert keine andere Beurteilung. Nach [§ 71 Abs. 4 SGB XI](#) sind stationäre Einrichtungen, in denen Leistungen zur medizinischen Vorsorge, zur medizinischen Rehabilitation, zur Teilhabe am Arbeitsleben oder am Leben in der Gemeinschaft, die schulische Ausbildung oder die Erziehung kranker oder behinderter Menschen im Vordergrund des Zwecks der Einrichtung stehen, sowie Krankenhäuser keine Pflegeeinrichtungen im Sinne des [§ 71 Abs. 2 SGB XI](#). Nach [§ 61 Abs. 2 SGB XII](#) umfasst die Hilfe zur Pflege häusliche Pflege, Hilfsmittel, teilstationäre Pflege, Kurzzeitpflege und stationäre Pflege. Der Inhalt der Leistungen bestimmt sich nach den Regelungen der Pflegeversicherung für die in [§ 28 Abs. 1 Nr. 1](#), 5 bis 8 SGB XI aufgeführten Leistungen; [§ 28 Abs. 4 SGB XI](#) gilt entsprechend. Danach müssen die Leistungen der Hilfe zur Pflege nach dem SGB XII dem Standard des SGB XI entsprechen. Dies rechtfertigt eine modifizierte Übertragung der oben dargestellten, für Pflegeheime im Sinne der [§§ 71 Abs. 2, 72 Abs. 1 SGB XI](#) entwickelten Grundsätze jedenfalls dann, wenn eine Verpflichtung zur Bereitstellung des begehrten Hilfsmittels von der getroffenen Leistungsvereinbarung erfasst wird (BSG, Urteil vom 10. Februar 2000 - [B 3 KR 17/99 R](#) -, in juris).

Diese Maßstäbe, denen der erkennende Senat sich anschließt, zugrunde gelegt, handelt es sich bei dem von der Klägerin benötigten Gitterbett um ein Hilfsmittel, das von der vollstationären Einrichtung der Hilfe für behinderte Menschen, in der die Klägerin sich unter der

Woche aufhält, vorzuhalten und der Klägerin zur Verfügung zu stellen ist. Anders, als vom SG angenommen, kommt es für die hier vorzunehmende Abgrenzung nicht entscheidend darauf an, ob es sich bei dem begehrten Gitterbett um ein serienmäßig hergestelltes und mehrfach verwendbares Modell oder um ein speziell für die Klägerin und ihre individuellen Bedürfnisse angefertigtes bzw. angepasstes Hilfsmittel handelt. Nach der Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 22. Juli 2004 - [B 3 KR 5/03 R](#) -; in juris) scheidet ein Sachleistungsanspruch gegen die zuständige Krankenkasse vielmehr aus, wenn der Versicherte wegen des Fehlens eingestellter Bestimmungsmöglichkeiten quasi zum "Objekt der Pflege" geworden ist und eine Rehabilitation mangels Erfolgsaussichten nicht mehr möglich, der Ist-Zustand der Behinderung also nicht mehr behebbar ist. Sind Hilfsmittel allein der "Sphäre" der vollstationären Pflege zuzurechnen und nach dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse notwendiges Inventar für die Pflege, sind diese vom Träger des Heimes zur Verfügung zu stellen. Hierzu zählen z. B. alle Hilfsmittel, die bei Verwirrheitszuständen, Lähmungen und sonstigen Funktionseinschränkungen üblicher Art (z. B. bei Altersdemenz, Morbus Alzheimer, Folgen eines Schlaganfalls, Multipler Sklerose und Querschnittslähmungen) benötigt werden (BSG, Urteil vom 10. Februar 2000 - [B 3 KR 17/99 R](#) -; in juris).

Das von der Klägerin begehrte Gitterbett dient hier allein den medizinisch-pflegerischen Erfordernissen bei der Unterbringung der Klägerin. Es ist nicht erforderlich, um die Realisierung einer Teilhabeleistung zu ermöglichen, sondern nur zum Schutz der Klägerin vor einem Herausfallen aus dem Bett und der damit verbundenen Verletzungsgefahr. Dieses Erfordernis ist ausschließlich der Sphäre des Heimträgers zuzurechnen, der für eine ordnungsgemäße Erfüllung des Versorgungsauftrags Sorge zu tragen hat.

Nach [§ 75 Abs. 3 SGB XII](#) hat der Träger der Sozialhilfe mit Einrichtungen nach [§ 13 SGB XII](#) Vereinbarungen, die den Grundsätzen der Wirtschaftlichkeit, Sparsamkeit und Leistungsfähigkeit entsprechen müssen, über den Inhalt, Umfang und Qualität der Leistungen (Leistungsvereinbarung), die Vergütung, die sich aus Pauschalen und Beträgen für einzelne Leistungsbereiche zusammensetzt (Vergütungsvereinbarung) und die Prüfung der Wirtschaftlichkeit und Qualität der Leistungen (Prüfungsvereinbarung) zu treffen. Nach [§ 76 Abs. 1 SGB XII](#) muss die Vereinbarung über die Leistung die wesentlichen Leistungsmerkmale festlegen, mindestens jedoch die betriebsnotwendigen Anlagen der Einrichtung, den von ihr zu betreuenden Personenkreis, Art, Ziel und Qualität der Leistungen, Qualifikation des Personals sowie die erforderliche rechtliche und personelle Ausstattung. In die Vereinbarung ist die Verpflichtung der Einrichtung aufzunehmen, im Rahmen des vereinbarten Leistungsangebotes Leistungsberechtigte aufzunehmen und zu betreuen. Die Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (vgl. Thüringer LSG, Urteil vom 28. Januar 2013 - [L 6 KR 955/09](#) -; in juris).

Eine entsprechende Vereinbarung ist hier zwischen dem Landkreis Breisgau-Hochschwarzwald als örtlich zuständigem Träger der Sozialhilfe und dem Beigeladenen zu 2) getroffen worden. Nach [§ 2 Abs. 2](#) dieser Vereinbarung erbringt der Beigeladene zu 2) stationäre Hilfe inklusive hausinternem tagesstrukturierendem Angebot für geistig und/oder mehrfachbehinderte Erwachsene. Die Leistungen umfassen nach [§ 2 Abs. 1](#) der Vereinbarung die Bereitstellung von Unterkunft und Verpflegung, die Maßnahmen zur Beratung, Betreuung, Förderung und Pflege, sowie die Bereitstellung der betriebsnotwendigen Anlagen einschließlich ihrer Ausstattung. Die geschuldete Qualität der Ausstattung richtet sich nach den Erfordernissen einer bedarfsgerechten Versorgung des jeweiligen Hilfeempfängers ([§ 2 Abs. 4](#) der Vereinbarung). Die Zurverfügungstellung eines für den Schutz der Klägerin objektiv erforderlichen Gitterbetts zählt danach zu den vom Heimträger geschuldeten Leistungen. Im Ergebnis scheidet deshalb ein Sachleistungsanspruch gegen die Beigeladene zu 1) aus.

2. Die Klägerin hätte keinen Anspruch gegen die Beklagte auf die begehrte Sachleistung. 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 ihnen eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Allerdings sind Leistungen der häuslichen Pflege bei Unterbringung in einer stationären Pflegeeinrichtung oder in einer Einrichtung im Sinne des [§ 71 Abs. 4 SGB XI](#) nach [§ 36 Abs. 1 Satz 2](#) 2. Halbs. SGB XI generell ausgeschlossen. Die Begrenzung auf die häusliche Pflege ist auch sachgerecht, weil individuelle Pflegehilfsmittel im Pflegeheim oder in einer Einrichtung nach [§ 71 Abs. 4 SGB XI](#) wegen der dort vorhandenen Ausstattung regelmäßig nicht benötigt werden (Thüringer LSG, Urteil vom 28. Januar 2013 - [L 6 KR 955/09](#) -; in juris).

3. Vorliegend geht es im Wesentlichen um die Abgrenzung der Leistungsverpflichtung von gesetzlicher Kranken- und sozialer Pflegeversicherung und hier insbesondere um die Vorhaltepflcht des Pflegeheimes, die wiederum entscheidend vom jeweiligen Versorgungsauftrag sowie von den Leistungs- und Qualitätsvereinbarungen zwischen den Vertragsparteien abhängt. Die Verneinung eines Anspruchs der Klägerin aus [§ 33 SGB V](#) kann im Falle vollstationärer Pflegebedürftigkeit zu einem Anspruch gegen den Heimträger führen, soweit die dafür maßgeblichen Voraussetzungen des Heimvertrages erfüllt sind. Allerdings könnte sich dieser Anspruch der Klägerin gegen den Heimträger auch nur aus dem privatrechtlichen Heimvertrag ergeben. Hierüber hat der Senat jedoch - trotz entsprechender Beiladung - nicht zu entscheiden.

4. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

5. Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor. Insbesondere ist eine grundsätzliche Bedeutung im Hinblick auf die genannte Rechtsprechung des BSG nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2014-10-14