

L 16 KR 204/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Köln (NRW)
Aktenzeichen
S 5 KR 46/06
Datum
05.09.2006
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 204/06
Datum
08.03.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Auf die Berufung der Kläger wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 05. September 2006 geändert. Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 14.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.01.2006 verurteilt, an die Kläger 599,- EUR zu zahlen, Zug um Zug gegen Übereignung des streitigen Rollstuhls an die Beklagte. Die Beklagte trägt die außergerichtlichen Kosten des Rechtsstreits. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist ein Anspruch auf Kostenerstattung (KE), in den sich der ursprünglich geltend gemachte Sachleistungsanspruch auf Versorgung des am 00.00.2006 verstorbenen Ehemanns bzw. Vaters der Kläger (im Folgenden: Versicherter) - nur noch - mit einem Multifunktionsrollstuhl gewandelt hat.

Der am 00.00.1918 geborene Versicherte lebte seit 2001 zusammen mit seiner Ehefrau, der am 00.00.1911 geborenen Klägerin zu 1. U N, in einem Doppelzimmer in der vollstationären Pflegeeinrichtung CBT (Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH) "Wohnhaus Q M" in C. Er war u. a. mit einem Standardschieberollstuhl versorgt; die Bewilligung war noch zu der Zeit erfolgt, als der Versicherte in seiner eigenen Wohnung außerhalb eines Heimes lebte und geistige Einschränkungen nennenswerter Art nicht vorlagen. In einem Pflegegutachten vom 24.09.2004 stellte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein aufgrund körperlicher Untersuchung des Versicherten am 09.09.2004 fest, dass die Voraussetzungen für eine Erhöhung der Pflegestufe von II nach III gegeben seien. In dem Gutachten heißt es unter anderen:

"Der Versicherte (87 kg) wird im Bett angetroffen. Rollstuhlmobilisation 3 mal max. 2 Std.; Lagerung notwendig; Transfere mit Hilfe. Sitzen nicht frei. Gehen nicht möglich. Stehen nur mit intensiver Hilfe. Treppensteigen nicht selbständig, auch nicht mit Hilfe möglich. Mäßige bis schwache Handkraft. Feinmotorik stark gemindert. Knöpfen nicht selbständig möglich. Trinken ebenso nicht ... Harn- und Stuhlinkontinenz. Toilettentraining nicht von Erfolg gekrönt ... Fortgeschrittene Demenz mit völligem Verlust von Handlungsmustern. Angehörige werden nicht immer erkannt. Nächtliche Unruhe jetzt gebessert. Der Versicherte bedarf umfangreicher Hilfe, jetzt in Form von vollständiger Übernahme; Anleitung und Beaufsichtigung fruchtet nicht ... Zu allen Qualitäten Orientierung gestört, innerhalb und außerhalb ... Kaum sinnvolle Beschäftigung möglich. Stimmung wechselhaft. Deutliche mnestiche Störungen im Lang- und Kurzzeitgedächtnis. Wahrnehmen und Denken verlangsamt, kann komplexe Aufgaben nicht umsetzen. Situations Anpassen nicht selbständig möglich. Bei der Wahrnehmung sozialer Bereiche des Lebens auf Umfeld angewiesen. Verständigung über den Hilfebedarf mit dem Versicherten nicht möglich ... Mit Besserung ist ganz sicher nicht zu rechnen."

Am 08.11.2005 beantragte die Fa. S-Zentrum E unter Vorlage zweier Verordnungen der Ärztin für Allgemeinmedizin C R vom 29.09.2005 und 14.10.2005 für den Versicherten dessen Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl mit Sitz- und Rückenverstellung, Begleiterbremse und therapeutischer Kopfstütze sowie mit einem Winterfußsack für den Rollstuhl. Nach dem eingereichten Kostenvoranschlag vom selben Tag lagen die Kosten für einen Invacare Rea 705 Silencio Care Multifunktionsrollstuhl mit Zubehör bei 1.950,89 EUR (abzügl. 10,00 EUR Zuzahlung) sowie für den Schlupfsack Wollpelz marine/bunt Senior bei weiteren 164,48 EUR (abzüglich 10,00 EUR Zuzahlung).

Mit Bescheid vom 14.11.2005 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme (KÜ) mit der Begründung ab, bei Unterbringung in der stationären Pflegeeinrichtung seien durch die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) nur solche Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die nicht in die Sphäre der vollstationären Pflege fielen. Dies seien im Wesentlichen individuell angepasste Hilfsmittel, wie Hörgeräte und Prothesen, die ihrer Natur nach nur für den einzelnen Versicherten bestimmt seien, sowie Hilfsmittel, die der Befriedigung des allgemeinen Grundbedürfnisses, z. B. der Kommunikation oder Mobilität, außerhalb des Pflegeheimes sowie regelmäßigen Aktivitäten des

Pflegebedürftigen außerhalb des Pflegeheimes unabhängig vom Pflegepersonal dienen. Das von dem Versicherten beantragte Hilfsmittel falle jedoch in den Zuständigkeitsbereich der Pflegeeinrichtung.

Zur Begründung des dagegen gerichteten Widerspruchs trug der Sohn des Versicherten, der Kläger zu 2., vor, der beantragte Multifunktionsrollstuhl diene nicht überwiegend der Erleichterung der Pflege, sondern der Befriedigung des allgemeinen Grundbedürfnisses der Mobilität außerhalb des Pflegeheims. Der Versicherte werde täglich (montags bis freitags von dessen Schwiegertochter J N-I, samstags und sonntags von dessen Tochter N N und dessen Sohn I-G N) zu ausgedehnten Spazierfahrten mit dem Rollstuhl im Freien begleitet. Der derzeitige Rollstuhl sei nicht mehr geeignet. Er verfüge nicht über eine eigene Bremsvorrichtung für den Schiebenden, habe keinen Schlupfsack als Kälteschutz und keine Kopfstütze. Die Armlehnen seien zu kurz bemessen. Falls eine Nachrüstung des vorhandenen Rollstuhls Marke Orthopädia 9050, Baujahr 1995, möglich sei, bestehe auch Einverständnis damit anstelle einer Neuversorgung.

Die Beklagte holte eine Stellungnahme des MDK (Dr. C, Facharzt für Chirurgie und Sozialmedizin) vom 08.12.2005 ein. Danach sei der Versicherte nicht in der Lage, aktiv am gesellschaftlichen Leben außerhalb des Pflegeheims teilzunehmen, er könne seinen Aufenthaltsort innerhalb des Heimes nicht selbst bestimmen. Der beantragte Rollstuhl werde vorrangig zur aktivierenden Pflege benötigt. Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 12.01.2006 als unbegründet zurück. Sie nahm dabei auf Entscheidungen des Bundessozialgerichts (BSG) vom 10.02.2000 (Az.: [B 3 KR 17/99 R](#), Sozialrecht -SozR- 3-2500 § 33 Nr. 36; [B 3 KR 24/99 R](#), Urteilssammlung für die GKV -USK- 2000, 59; [B 3 KR 25/99 R](#), USK 2000, 21; [B 3 KR 26/99 R](#), [SozR 3-2500 § 33 Nr. 37](#); [B 3 KR 28/99 R](#), Die Leistungen, Beilage 2000, 305) sowie vom 22.07.2004 (Az.: [B 3 KR 5/03 R](#), [SozR 4-2500 § 33 Nr. 5](#)) Bezug. Dem Versicherten sei keine Selbstbestimmung und Teilhabe am gesellschaftlichen Leben mehr möglich. Eine Rehabilitation sei nicht erreichbar.

Zur Begründung seiner am 10.02.2006 bei dem Sozialgericht Köln erhobenen Klage hat der Versicherte vortragen lassen, das beantragte Hilfsmittel sei aufgrund seiner Erkrankung medizinisch erforderlich, diene der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb des Pflegeheimes (frische Luft, Sonne, Abwechslung in der Natur, Mobilität unabhängig vom Pflegepersonal des Heimes) und könne, da es nicht der Erleichterung der Pflege diene, nicht der Sphäre des Pflegeheimes zugerechnet werden. Auch wenn er, der Versicherte, nur fremdbestimmt am gesellschaftlichen Leben teilhaben könne, so sei er jedoch sehr wohl zur Wahrnehmung von Veränderungen, die auf sein körperliches und emotionales Empfinden einwirkten, in der Lage. Seine langjährigen Bezugspersonen könnten trotz seiner eingeschränkten verbalen Artikulationsmöglichkeiten seine verbalen und non-verbalen Äußerungen verstehen und interpretieren. Trotz der bestehenden schweren geistigen Einschränkungen bestehe das Bedürfnis nach sozialen Kontakten. Das Gemeinschaftsleben und die täglichen Spaziergänge bei angemessener Wetterlage nehme er durchaus wahr. Eine Ablehnung der beantragten Versorgung diskriminiere ihn als Demenzkranken und stelle eine Ungleichbehandlung sowohl im Verhältnis zu nicht demenzkranken Heimbewohnern als auch zu Demenzkranken, die außerhalb von stationären Pflegeeinrichtungen lebten, dar. Der Träger des "Wohnhauses Q M" lehne im Übrigen eine Versorgung mit dem beantragten Rollstuhl ab. Es handele sich nach dessen Auffassung um ein individuell angepasstes Hilfsmittel, das im Wesentlichen außerhalb des Heimes eingesetzt und das zur individuellen Tagesgestaltung ausschließlich für die eigene Nutzung benötigt werde. Heimintern würden Rollstühle nur für eine punktuelle Nutzung innerhalb des Heimes zur Verfügung gestellt.

Der Versicherte hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 14.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.01.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für einen Multifunktionsrollstuhl nebst Schlupfsack, wie in der ärztlichen Verordnung vom 29.09.2005 und 14.10.2005 verordnet, zu übernehmen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung hat sie sich auf den ihrer Auffassung nach rechtmäßigen, angefochtenen Bescheid bezogen und ergänzend vorgetragen, dem Versicherten sei eine verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal und damit eine Rehabilitation nicht mehr möglich. Nach der insoweit eindeutigen Rechtsprechung des BSG bestehe in solchen Fällen keine Leistungspflicht der GKV, sondern des Trägers der stationären Pflegeeinrichtung. Sie hat sich in ihrer Auffassung durch den Inhalt der eingeholten medizinischen Unterlagen bestätigt gesehen.

Das Sozialgericht hat einen Befundbericht des Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. O aus L angefordert. Dieser hat am 29.03.2006 mitgeteilt, der Versicherte sei seit dem 25.01.2005 fortlaufend in seiner Behandlung. Er leide an einer organisch bedingten Persönlichkeits- und Verhaltensstörung. Ihm sei weder eine verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Leben möglich noch könne er seinen Aufenthaltsort inner- oder außerhalb des Heimes selbst bestimmen; die im Ablauf des täglichen Lebens anfallenden Verrichtungen könne er nicht eigenständig ohne Hilfestellung des Pflegepersonals erledigen oder aktiv am Gemeinschaftsleben im Heim teilnehmen. Es treffe zu, dass der Versicherte aufgrund des Fehlens eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten quasi zum "Objekt der Pflege", gegebenenfalls auch der aktivierenden Pflege, die die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtige, geworden sei. Gleiches hat die Ärztin für Allgemeinmedizin, bei der der Versicherte u. a. wegen Demenz, koronarer Herzkrankheit (KHK) und Blasenkarzinoms seit 2001 fortlaufend in Behandlung stand, in ihrem Befundbericht vom 05.05.2006 angegeben.

Mit Gerichtsbescheid vom 05.09.2006 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es auf die Entscheidungsgründe des Widerspruchsbescheides Bezug genommen und ergänzend ausgeführt, dass die vom BSG im Urteil vom 22.07.2004 ([a. a. O.](#)) aufgestellten Kriterien zur Abgrenzung der Leistungsverpflichtung der GKV bei der Hilfsmittelversorgung in Pflegeheimen im Sinne einer Vorhaltepflcht des Heimträgers erfüllt seien. Es liege bei dem Versicherten keine Krankenbehandlung vor. Auch handele es sich nicht um einen Behinderungsausgleich im Sinne medizinischer Rehabilitation; denn die den Versicherten behandelnden Ärzte hätten übereinstimmend gegenüber dem Gericht erklärt, dass diesem aufgrund seiner fortgeschrittenen Erkrankung eine verantwortungsbewusste Bestimmung über sein eigenes Schicksal nicht mehr möglich sei. Aufgrund des Fehlens eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten sei er quasi zum "Objekt der Pflege" geworden und eine Rehabilitation sei mangels Erfolgsaussichten nicht mehr möglich. Der Ist-Zustand der Behinderung sei nicht mehr behebbar.

Gegen den seinem Bevollmächtigten am 12.09.2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Versicherte am 09.10.2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt er ergänzend vor, dass die GKV auch dann eine Leistungspflicht, betreffend die in einer stationären Pflegeeinrichtung untergebrachten dementen Versicherten, treffe, wenn diese zwar an der aktiven, nicht aber an der passiven Teilnahme am Gemeinschaftsleben außerhalb des Pflegeheims gehindert seien. Eine Unterscheidung zwischen aktiver und passiver Teilnahme sei verfassungsrechtlich bedenklich.

Nach dem Tod des Versicherten am 00.00.2006 haben die Ehefrau des Versicherten, die mit ihm in einem Haushalt lebte, sowie seine Kinder I-J N und N N als Erben das Verfahren fortgeführt; mangels letztwilliger Verfügung des Versicherten ist die gesetzliche Erbfolge eingetreten. Sie tragen unter Vorlage entsprechender Nachweise ergänzend vor, dass am 31.10.2006 von einem gewerblichen Anbieter ein gebrauchter, ca. sieben oder acht Jahre alter Rollstuhl des Modells "Ortopedia 9.061 SB" zum Preise von 599 EUR angeschafft und bezahlt worden sei. Dies sei notwendig gewesen, da der Versicherte sonst sein Zimmer überhaupt nicht mehr hätte verlassen können. Der angeschaffte Rollstuhl, der nach dem Tod des Versicherten aufbewahrt werde und der Beklagten nach Ausgleich der Kosten übergeben werden könne, verfüge im Gegensatz zu dem früher von dem Versicherten genutzten Schieberollstuhl über eine größere Sitzbank von 51 cm; die Rückenlehnhöhe und die Kopf-/Nackenstützposition seien variabel; der Sitzwinkel und der Rückenlehnwinkel seien unabhängig von einander einstellbar. Der Rollstuhl entspreche der Verordnung von Frau Dr. R. Der "alte" Rollstuhl sei nicht mehr geeignet gewesen; denn die zu geringe Sitztiefe, die zu niedrige Sitzlehnenhöhe und der zu steile Sitzwinkel hätten immer wieder dazu geführt, dass der Versicherte - auf der Suche nach einer bequemen Sitzposition - bereits nach wenigen Minuten soweit nach vorne rutschte, so dass er von der Sitzfläche zu fallen gedroht habe.

Die Kläger beantragen,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Köln vom 05.09.2006 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 14.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.01.2006 zu verurteilen, ihnen 599,- EUR (für die Beschaffung eines gebrauchten Multifunktionsrollstuhls) zu erstatten, hilfsweise für den Fall des Unterliegens,

die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen,

hilfsweise für den Fall des Unterliegens,

die Revision zuzulassen.

Sie erachtet den angefochtenen Gerichtsbescheid als zutreffend. Hinsichtlich des angeschafften Rollstuhls weist sie darauf hin, dass dieser nicht mehr hergestellt werde und qualitativ wohl nicht mit dem beantragten Multifunktionsrollstuhl, auf den sich der Kostenvoranschlag beziehe, zu vergleichen sei.

Der Senat hat mit Beschluss vom 31.01.2007 die Caritas Betriebsführungs- und Trägergesellschaft mbH gemäß [§ 75 Abs. 1 SGG](#) zu dem Verfahren beigelegt. Deren Pflegedienstleiterin Frau O bzw. die weitere Mitarbeiterin Frau X-L haben im Termin zur mündlichen Verhandlung am 08.03.2007 angegeben, die Beigeladene betreue 165 Heimbewohner, davon 5 der Pflegestufe O, 47 der Pflegestufe I, 84 der Pflegestufe II und 29 der Pflegestufe III. Das Heim, in dem der Versicherte gelebt habe, verfüge über 15 Schieberollstühle, die für den Innenbereich geeignet seien sowie bei Heimbewohnern, die nicht so schwer seien wie der Versicherte und auch nicht dessen lange Beine hätten, auch für den Außenbereich. Der MDK habe in einem Prüfbericht vom 14.12.2006 die Erfüllung der Qualitätsmerkmale in struktureller und allgemeiner Hinsicht bestätigt. Für individuelle Bedürfnisse von Heimbewohnern ausgerüstete Rollstühle seien nicht vorhanden und müssten auch nicht vorgehalten werden. Diesem Umstand trage auch § 10 Nr. 8 des Heimvertrages mit den jeweiligen Bewohnern Rechnung. Danach oblägen dem Bewohner die Anschaffungs- bzw. Leihkosten für individuelle Hilfsmittel. Frau O hat weiter mitgeteilt, der Versicherte habe bei Einzug in ein Appartement im Pflegeheimbereich im Jahre 2001 die Pflegestufe I gehabt. Er sei noch mobil gewesen und habe trotz seiner gesundheitlichen Einschränkungen noch laufen und seine Ehefrau, die bereits auf den Rollstuhl angewiesen gewesen sei, nach draußen begleiten und schieben können. Im Laufe der Zeit habe sich der Gesundheitszustand des Versicherten wesentlich verschlechtert. Ab Anfang 2004 sei ihm die Pflegestufe II zugebilligt worden, ab August 2004 die Pflegestufe III. Eine Rückstufung in Pflegestufe II im Jahre 2005 sei auf den Widerspruch des Versicherten hin rückgängig gemacht worden. Maßgeblich für die Einstufung seien im Wesentlichen die Einschränkungen der Bewegungsfähigkeit und die ausgeprägte Demenz gewesen. Die Feststellungen im Gutachten des Pflegesachverständigen des MDK Nordrhein vom 09.09.2004 trafen zu; allerdings sei der Versicherte durchaus in der Lage gewesen, seine Bedürfnisse zu artikulieren. Das Pflegepersonal und die Angehörigen hätten aufgrund der täglichen Betreuung erkennen können, was er wollte, ob es ihm besser oder schlechter gegangen sei, auch wenn er selbst überwiegend nicht in der Lage gewesen sei, sich "vernünftig" auszudrücken. Nach 2004 habe er sich nicht mehr den ganzen Tag über zusammen mit seiner Frau im Appartement aufhalten können. Er habe morgens in der Tagesgruppe das Frühstück eingenommen und sei dort auch pflegerisch betreut worden. An den Nachmittagen habe er zusammen mit seiner Frau an den Tagesaktivitäten der Gruppe teilgenommen. Der Zustand des Versicherten sei wechselhaft gewesen und habe sich schleichend verschlechtert. Allerdings sei er bis zum Auftreten einer Lungenentzündung am 03.11.2006, die zu seinem Tode am 11.11.2006 geführt habe, immer wieder aktiv am Gemeinschaftsgeschehen beteiligt und sei darin eingebunden gewesen. Bis zuletzt habe er mit Freude an den Aktivitäten teilgenommen, auch gesungen und sich über seinen eigenen Namen lustig gemacht. Zuletzt sei er am 01.11.2006 in seinem neuen Multifunktionsrollstuhl im Gartenbereich gewesen. Der Transfer mit einem "normalen" Rollstuhl sei schwierig gewesen, da der Versicherte besondere lange Beine gehabt habe. Auch wegen seiner Körpergröße und seines Gewichts sei er immer heruntergerutscht. Es sei sinnvoll gewesen, ihn für längere Strecken mit einem auf seine Bedürfnisse zugeschnittenen Rollstuhl zu versorgen. Bei der Teilnahme an Aktivitäten der Tagesgruppe habe der Versicherte entweder in seinem eigenen Rollstuhl gesessen oder in einem heimeigenen sog. Reha-Sessel für den Innenbereich, der großzügig auf Liegepositionen habe verstellt, allerdings aufgrund der zu kleinen Räder nicht im Außenbereich habe eingesetzt werden können. Das Heim verfüge über einen großzügig gestalteten Außenbereich mit Sitzplätzen und Rundweg um das Haus, der bei gutem Wetter in vielfältiger Weise, auch über Angebote des Heimes, genutzt werde, zum Beispiel für Grillfeste und Kaffeetrinken. Über zahlreiche ehrenamtliche Helfer, das Pflegepersonal und Angehörige werde sichergestellt,

dass die Heimbewohner das Außengelände auch nutzen könnten. Zwar habe der Versicherte in der letzten Zeit nicht mehr an ausgeprägten Aktivitäten im Freien, wie Ballspielen, teilnehmen können. Es sei aber bis zuletzt wichtig für ihn gewesen, unter anderen Menschen zu sein. Er sei eine Art Gesellschaftsmensch gewesen. Früher habe er wohl berufsbedingt als Kaufmann viel mit Menschen zu tun gehabt. Es sei feststellbar gewesen, dass ihm die Teilnahme an Aktivitäten gut getan habe und sich seine emotionale Befindlichkeit verbessert habe, auch wenn er nur dabei gesessen habe. Er habe Freude an den Veranstaltungen gehabt. Das habe auch für die Ausfahrten mit dem Rollstuhl gegolten. Nach einer Ausfahrt sei er ausgeglichener gewesen und habe sich auch besser versorgen lassen. Aber auch, wenn er durch eine Aktivität überfordert gewesen sei, körperlich oder emotional, habe man dies bei der anschließenden Versorgung gemerkt.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung hat der Senat außerdem die Schwiegertochter des verstorbenen Versicherten, Frau J N-I, als Zeugin vernommen. Diese hat angegeben, dass der Versicherte ab dem Jahre 2004 nur noch sehr schlecht gehen können. Er sei auf einen Rollstuhl angewiesen gewesen. Zudem habe sein Gedächtnis zunehmend gelitten, wobei von seiner konkreten Tagesform abhängig gewesen sei, ob er Personen erkannt und Aspekte in seinem Umfeld wahrgenommen habe sowie ob er ruhiger oder unruhiger gewesen sei. In den letzten Lebensmonaten habe er nicht einmal mehr mit Hilfe gehen können. Seine Beweglichkeit sei stark eingeschränkt gewesen. Bis eine Woche vor seinem Tod sei er allerdings nicht bettlägerig gewesen. Er sei täglich von ihr oder anderen Familienmitgliedern mit dem Rollstuhl umher geschoben worden. Bei entsprechendem Wetter sei sie mit ihm im Innenhof des Heimes gewesen, wo er den Springbrunnen, aber auch die Vögel habe genießen können. Sie sei auch mit ihm in der Grünanlage rund um das Heim herum gegangen, aber auch im Außenbereich gewesen, d. h. über das Außengelände des Heimes hinaus auf dem nahe gelegenen Kinderspielplatz, einer Pferdekoppel bzw. im Naherholungszentrum. Die Ausflüge hätten dem Versicherten nach ihrer Beobachtung sehr gut getan. Sie habe immer wieder feststellen können, dass er ruhiger geworden sei, wenn er eine gewisse Zeit geschoben worden sei. Auch habe er - je nach seinem mentalen Zustand - während der Spaziergänge Geräusche aufgegriffen. Habe er lange an einer Stelle gestanden, so habe sich wiederum eine gewisse Unruhe eingestellt. Sie habe den Eindruck gehabt, dass sich insbesondere das Herumfahren des Versicherten und der damit verbundene Ortswechsel wohltuend auf seine emotionale Befindlichkeit ausgewirkt habe. Dies sei einfach gut für ihn gewesen. Dagegen sei habe er im gemeinsamen Appartement mit seiner Frau zu Unruhe geneigt, wenn er dort länger verblieben sei. Bis der neue Rollstuhl geliefert worden sei, hätten sie sich mit dem alten Rollstuhl beholfen. Allerdings sei dieser in höchstem Maße unzuverlässig gewesen; denn der Versicherte sei während der Fahrt nach wenigen Metern immer weiter heruntergerutscht. Es habe die Gefahr bestanden, dass er falle. Sie selbst und andere Familienangehörige hätten den Versicherten mit dem alten Rollstuhl nicht mehr transportieren können.

Der Sohn des Versicherten, Hans G N, hat ergänzend angegeben, sein Vater habe sich beim Herumfahren mit dem Rollstuhl von Fall zu Fall durchaus adäquat geäußert, wie "Fahr nicht so nah am Bürgersteig", "Pass doch auf, da kommt ein Hund" oder "Können wir weitergehen?".

Des Weiteren hat der Senat verschiedene Fotos des im Rollstuhl sitzenden Versicherten sowie des beschafften gebrauchten Rollstuhls, von der Beklagten zur Verfügung gestellte Unterlagen über den Verkäufer des gebrauchten Rollstuhls und zu dem im ursprünglichen Kostenvoranschlag vom 08.11.2005 beschriebenen Rollstuhl sowie den Heimvertrag des Versicherten mit der Beigeladenen und den von der Beigeladenen eingereichten sog. Abgrenzungskatalog für Hilfsmittelversorgung in vollstationären Einrichtungen zu den Akten genommen.

Wegen der weiteren Einzelheiten der Sach- und Rechtslage und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Prozess- sowie der Verwaltungsakte Bezug genommen, die ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung und Entscheidung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Kläger hat in dem aus dem Tenor ersichtlichen, den geänderten Verhältnissen angepassten Umfang Erfolg.

Bedenken gegen die Zulässigkeit der Berufung bestehen nicht. Diese ist fristgerecht eingelegt worden, vgl. [§ 152 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Kläger sind auch aktiv legitimiert. Sie sind nach den Erklärungen des Vertreters des Versicherten Erben ihres verstorbenen Ehemannes bzw. Vaters. Eine Sonderrechtsnachfolge gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) kommt nicht in Betracht, da es nicht um fällige Ansprüche auf laufende Geldleistungen geht, sondern um einen einmaligen Zahlungsanspruch an Stelle eines gegenstandslos gewordenen Sachleistungsanspruchs BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr. 7](#)). Zu Recht haben die Kläger gemäß [§ 99 Abs. 3 Nr. 3](#), [§ 153 Abs. 1 SGG](#) den ursprünglich gestellten Antrag auf KÜ, betreffend die Versorgung des Versicherten mit einem Multifunktionsrollstuhl und Fußsack, geändert und - nach Beschaffung eines gebrauchten Rollstuhl - umgestellt auf KE in Höhe von 599,- EUR. Da ein Sachleistungsanspruch auf Versorgung mit dem zunächst ebenfalls beantragten Fußsack nach dem Tode des Versicherten ins Leere gehen würde und ein solcher Fußsack zu dessen Lebzeiten auch nicht beschafft worden ist, haben die Kläger ebenfalls zu Recht diesen Anspruch im Berufungsverfahren nicht weiterverfolgt.

Die zulässige Berufung der Kläger ist auch begründet. Das Sozialgericht hat zu Unrecht mit Gerichtsbescheid vom 05.09.2006 die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 14.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.01.2006 ist rechtswidrig. Den Klägern steht ein Anspruch auf KE in Höhe von 599,- EUR für die Beschaffung eines gebrauchten Multifunktionsrollstuhls Zug um Zug gegen Übereignung des streitigen Rollstuhls an die Beklagte zu.

Anspruchsgrundlage für das Begehren der Klägerin ist [§ 13 Abs. 3 S. 1](#) - 2. Alt. SGB V. Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Deren Voraussetzungen sind erfüllt, weil die Beklagte die mit Leistungsantrag vom 08.11.2005 beantragte Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl zu Unrecht abgelehnt hatte und der Versicherte sich daraufhin die Leistung selbst beschaffen durfte. Er hat den sog. Beschaffungsweg eingehalten ("dadurch Kosten entstanden", vgl. [§ 13 Abs. 1 S. 1](#) - 2. Alt. SGB V); denn er ist am 31.10.2006 und damit erst tätig geworden, nachdem er den Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 14.11.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12.01.2006 und sogar die ablehnende Entscheidung des Sozialgerichts erhalten hatte. Der Versicherte wäre nicht einmal verpflichtet gewesen, auch nur den Erlass des Widerspruchsbescheides abzuwarten (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nrn. 11 und 22](#); [SozR 3-2500 § 33 Nrn. 37 und 45](#); [SozR 4-2500 § 33 Nr. 12](#)). Der Senat hat auch keine Zweifel, dass es sich bei dem beschafften Rollstuhl um das Hilfsmittel handelt,

auf das sich der o. g. ablehnende Bescheid der Beklagten bezieht. Zwar ist keine völlige Identität mit dem im Kostenvoranschlag vom 08.11.2005 beschriebenen Modell eines neuen Invacare Rea 705 Silencio Care Multifunktionsrollstuhls mit Zubehör gegeben. Der gebrauchte Rollstuhl entspricht jedoch in allen Merkmalen dem verordneten Hilfsmittel: Es liegt, wie auch die Beklagte einräumt, ein Multifunktionsrollstuhl mit Sitz- und Rückenverstellung, Begleiterbremse und therapeutischer Kopfstütze vor; die Versorgung mit einem solchen Hilfsmittel, unabhängig von Hersteller oder Alter des Rollstuhls, hatte die Beklagte aus generellen Erwägungen wegen der als vorrangig eingestuften Leistungsverpflichtung der stationären Pflegeeinrichtung abgelehnt. Dem steht nicht entgegen, dass im Betreff des Ablehnungsbescheides das konkret vom Versicherten ausgesuchte Modell erwähnt wird. In der Begründung stützt die Beklagte ihre Ablehnung ausschließlich auf Gründe, die mit dem konkreten Modell, dessen Vereinbarkeit mit der Verordnung im Übrigen gar nicht mehr geprüft wurde, nicht in Zusammenhang stehen. Dass sich der Versicherte bei der Selbstbeschaffung zum Zwecke der Kostenminimierung sinnvoller Weise mit einem gebrauchten Rollstuhl anstelle eines neuen Hilfsmittels zufrieden gegeben hat, steht dem geltend gemachten Anspruch auf KE schließlich ebenfalls nicht entgegen; dem Gesetz ist ein Anspruch auf Versorgung mit ausschließlich fabrikneuen Hilfsmitteln, vgl. [§ 33 SGB V](#), ohnehin nicht zu entnehmen.

Der Kostenerstattungsanspruch des [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) setzt nach ständiger Rechtsprechung des BSG weiter voraus, dass dem Betroffenen Kosten tatsächlich entstanden sind (BSG, Beschl. vom 20.07.2005, Az.: [B 1 KR 39/05 B](#), [www.juris.de](#); BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 4](#) m. w. N.). Dass dies der Fall ist, haben die Kläger durch Vorlage einer entsprechenden Rechnung vom 31.10.2006, gerichtet an den Versicherten, in der der Verkäufer zugleich den Erhalt des Rechnungsbetrages quittiert hat, nachgewiesen.

Die Beklagte hat die Leistung auch zu Unrecht abgelehnt. Versicherte haben nach [§ 33 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) in der Fassung des Art. 5 Nr. 9 nach Maßgabe des Art. 67 des Änderungsgesetzes zum Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX) und anderer Gesetze vom 19.06.2001 ([BGBl I 1046](#), mit Wirkung 01.07.2001) und des Art. 1 Nr. 20 lit. a D aa des Gesetzes zu Übergangsregelungen zur Neuorganisation der vertragsärztlichen Selbstverwaltung und Organisation der Krankenkassen vom 14.11.2003 ([BGBl I 2190](#), mit Wirkung ab 01.01.2004) 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 Abs. 4 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Behinderte Versicherte wie der verstorbene Versicherte, die die Fähigkeit zum selbständigen Stehen und Gehen verloren haben, können deshalb zur Erhaltung ihrer Mobilität grundsätzlich einen Multifunktionsrollstuhl als Hilfsmittel der GKV beanspruchen.

Nach der seit dem 1. Januar 1989 geltenden Rechtslage sind die Krankenkassen zur Versorgung von Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich unabhängig davon verpflichtet, ob sie in einer eigenen Wohnung oder in einem Pflegeheim leben. Dieser Grundsatz erfährt jedoch nach der Rechtsprechung des BSG ([SozR 4-2500 § 33 Nr. 5](#) m. w. N.) beim Versicherungsfall der vollstationären Pflegebedürftigkeit, also bei der vollstationären Pflege in einem Pflegeheim ([§ 71 Abs. 2 SGB XI](#)), eine Einschränkung: 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 vollstationärer Pflege die Pflicht des Heimträgers auf Versorgung der Heimbewohner mit Hilfsmitteln einsetzt (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr. 37](#)). 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 und sozial zu betreuen. Die Heime müssen das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr. 43](#); BSG [SozR 4-2500 § 33 Nr. 4](#)); zur neuen Rechtslage vgl. jetzt auch [§ 33 Abs. 1 S. 2 SGB V](#) in der Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26.03.2007 ([BGBl I 378](#)), folgend dem Gesetzesentwurf, vgl. [BT-Drs 16/3100](#) und [16/3950](#).

Auch nach den vom BSG (siehe insoweit [SozR 4-2500 § 33 Nr. 5](#) m. w. N.) gebildeten Abgrenzungskriterien ist ein Anspruch der Kläger auf KE nach [§ 13 Abs. 3 S. 1](#) – 2. Alt. SGB V gegenüber der Beklagten wegen der Selbstbeschaffung eines Multifunktionsrollstuhls gegeben; der Senat kann daher offen lassen, ob er diesbezüglich der Auffassung des BSG folgt. Mit dem BSG (a. a. O.) kommt es nicht entscheidend darauf an, dass es sich bei dem selbst beschafften Rollstuhl um ein serienmäßig hergestelltes Modell handelt. Ebenso wenig ist es allein ausschlaggebend, ob der verstorbene Versicherte mittels des Multifunktionsrollstuhls nur im Pflegeheim und dem dazugehörigen Garten oder aber auch zu Zielen außerhalb transportiert worden ist (siehe insoweit BSG, Urteile vom 10.02.2000, [a. a. O.](#)). Das nach der oben genannten Rechtsprechung aus dem Jahre 2004 entscheidende, anspruchsausschließende Merkmal liegt zur Überzeugung des Senates unter Berücksichtigung des Ergebnisses der Beweisaufnahme nicht vor, dass nämlich dem Versicherten zum Zeitpunkt der Entstehung des Anspruchs auf KE eine verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal nicht mehr möglich gewesen, er also wegen des Fehlens eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten quasi zum "Objekt der Pflege" (BSG a. a. O.) geworden und damit eine Rehabilitation mangels Erfolgsaussichten nicht mehr möglich, der Ist-Zustand der Behinderung nicht mehr behebbar gewesen ist. Zwar lagen bei dem Versicherten krankheitsbedingt unstreitig erhebliche Einschränkungen körperlicher und geistiger Art vor, die im Wesentlichen zu den in den oben erwähnten MDK-Pflegegutachten vom 09.09.2004 erwähnten Einschränkungen geführt haben und die von den behandelnden Ärzten bestätigt worden sind. Wie die Pflegedienstleiterin der Beigeladenen, die Zeugin und der Sohn des Versicherten jedoch glaubhaft und nachvollziehbar angegeben haben, konnte der Versicherte bis zuletzt noch sehr deutlich seinen Willen und seine Stimmung zum Ausdruck bringen, wenn dies auch nur für vertraute Personen, wie Angehörige und Pflegepersonal, nicht aber für einen nur einmalig den Versicherten untersuchenden Gutachter oder auch für die behandelnden Ärzte, die den Versicherten nur von Fall zu Fall haben sehen können, zu verstehen gewesen ist. Dies gilt auch im Hinblick darauf, dass es dem Versicherten schon seit Jahren nicht mehr möglich gewesen ist, die im Ablauf des täglichen Lebens anfallenden Verrichtungen eigenständig und ohne Hilfestellung des Pflegepersonals zu erledigen. Durch seine auftretende Unruhe, wenn er sich längere Zeit am selben Ort aufhielt, und seine geäußerte Freude, das Singen in Gemeinschaft und sein Wohlbehagen bei einem Ortswechsel sowie wenn er sich unter Menschen befand, hat er zur Überzeugung des Senates – soweit das Grundbedürfnis der Mobilität betroffen ist – seinen Aufenthaltsort innerhalb bzw. außerhalb des Heimes maßgeblich beeinflusst. Er hat nach übereinstimmenden Angaben der Pflegedienstleiterin, der Zeugin und des Sohnes deutlich erkennbar zum Ausdruck gebracht, wenn er mit dem Rollstuhl herumgefahren werden wollte. Wie zu Zeiten, als er noch nicht erkrankt war, hat er Freude dabei empfunden, Ortswechsel zu erfahren, unter Menschen zu gelangen, Geräusche aus der Umgebung aufzunehmen, und diese Freude auch deutlich geäußert, so dass die Angehörigen sich veranlasst gesehen haben, seinen Wünschen Rechnung zu tragen. Im Gegensatz zu der Klägerin in dem vom BSG im Jahre 2004 (a. a. O.) entschiedenen Fall ist der Versicherte vorliegend nicht nur auf passives Reagieren beschränkt gewesen. Die Zeugin hat sehr deutlich gemacht, dass er – zwar häufig nonverbal, aber doch eindeutig – seine Wünsche zum Ausdruck gebracht und die Pflegepersonen bzw. die Angehörigen damit zu einem bestimmten Verhalten – ihn im Rollstuhl herumzufahren, ihm Abwechslung zu bieten, ihn an die frische Luft zu führen – bewegt hat, zu dem sie sich ohne die Äußerungen des Versicherten nicht veranlasst gesehen hätten. Der Sohn des Versicherten hat auch – wie die Pflegedienstleiterin und die Zeugin – glaubhaft auf die wechselnde Verfassung seines Vaters

hingewiesen. Dass es auch immer wieder Stunden am Tage gegeben haben mag, in denen der Versicherte erschöpfter und damit weniger in der Lage gewesen ist, seine Gefühle und Wünsche zu äußern und sich eher einem Zustand wie in dem vom BSG entschiedenen Fall angenähert hat, kann nach Auffassung des Senates jedoch nicht dazu führen, dass ihm das Recht auf Verwirklichung des Grundbedürfnisses der Mobilität auch und gerade außerhalb der stationären Pflegeeinrichtung und ohne dessen Personal in Gänze abgesprochen werden kann. Dass die Angehörigen des Versicherten diesen bis zum Auftreten der zum Tode führenden Lungenentzündung, also auch nach Beschaffung des gebrauchten Rollstuhls, fast täglich - insbesondere auch außerhalb des Gebäudes bzw. der Gartenanlage des Pflegeheimes - umhergefahren haben, unterliegt dabei ebenso wenig Zweifeln wie die auch am 31.10.2006 noch bestandene medizinische Notwendigkeit der Beschaffung eines Rollstuhles der sich aus der ärztlichen Verordnung ergebenden Art. Alle vom Senat gehörten Personen haben übereinstimmend angegeben, dass der Versicherte aufgrund seines Gewichtes und seiner außergewöhnlich langen Beine mit dem vorhandenen Rollstuhl in keiner Weise ausreichend versorgt gewesen ist.

Der Senat folgt damit nicht der tatsächlichen Einschätzung durch das Sozialgericht, das aus den Angaben der von ihm befragten Ärzte - bei seinem Kenntnisstand folgerichtig - geschlossen hat, der Versicherte habe keinerlei eigene Möglichkeit mehr gehabt, das eigene Leben zu beeinflussen.

Wegen der vorrangigen Leistungsverpflichtung der Beklagten ist die Beigeladene zu einer Versorgung des Versicherten mit einem Multifunktionsrollstuhl der sich aus der ärztlichen Verordnung ergebenden Art nicht verpflichtet gewesen. Da mit dem Tod des Versicherten dessen Sachleistungsanspruch geendet hätte, sind die Kläger zur Herausgabe des selbst beschafften Rollstuhles an die Beklagte im Wege der Zug-um-Zug-Leistung verpflichtet.

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

Der Senat hat die Revision im Hinblick auf die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache, vgl. [§ 160 Abs. 2 Nr. 1 SGG](#), zugelassen.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2007-06-20