

S 18 KR 540/05 ER

Land

Freistaat Sachsen

Sozialgericht

SG Dresden (FSS)

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

18

1. Instanz

SG Dresden (FSS)

Aktenzeichen

S 18 KR 540/05 ER

Datum

11.10.2005

2. Instanz

Sächsisches LSG

Aktenzeichen

-

Datum

-

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Leitsätze

1. Ein am apallischen Syndrom leidender Versicherter, der zur eigengesteuerten Bestimmung seines Aufenthalts nicht im Stande ist, hat keinen Anspruch auf Bereitstellung eines Rollstuhls durch die Krankenkasse, damit Angehörige mit ihm Ausflüge außerhalb der Sphäre der Pflegeeinrichtung unternehmen können.
 2. Die Verpflichtung der gesetzlichen Krankenversicherung, auch vollstationär gepflegten Versicherten Mobilitätshilfen zur Verfügung zu stellen, beschränkt darauf, die aktive und selbstbestimmte Teilhabe des Versicherten am Leben in der Gemeinschaft zu fördern.
 3. Die Ermöglichung der bloßen passiven Teilnahme eines vollstationär gepflegten Versicherten am Gemeinschaftsleben ist als Maßnahme der Pflege vom Rehabilitationsauftrag der Krankenkassen auch dann nicht umfasst, wenn die dazu erforderlichen Hilfsmittel weder vom Träger der Pflegeeinrichtung noch von den Pflegekassen als Pflegehilfsmittel bereit gestellt werden müssen.
 4. Vergleiche Bundessozialgericht, Urteil vom 22.07.2004, Az. [B 3 KR 5/03 R](#), in Abgrenzung zu Bundessozialgericht, Urteil vom 10.02.2000, Az. [B 3 KR 26/99 R](#)
1. Der Antrag vom 29.09.2005 auf Erlass einer einstweiligen Anordnung wird abgelehnt.
 2. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I. Der Antragsteller verfolgt in der - zur Zeit im Vorverfahren anhängigen - Hauptsache einen Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhl als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung. Der 1964 geborene und bei der Antragsgegnerin gesetzlich gegen Krankheit versicherte Antragsteller leidet nach ausgeprägten Schädel-Hirn-Verletzungen in Folge eines Treppensturzes an einem remittierenden apallischen Syndrom. Er ist schwerstpflegebedürftig im Sinne der Pflegestufe III und wird in einer für die Versorgung von Wachkomapatienten ausgestatteten Einrichtung vollstationär gepflegt. Dem Rehabilitationsanschlussbericht der Klinik Schloss Pulsnitz vom 11.05.2005 zufolge ist er bei allen Aktivitäten des täglichen Lebens von Hilfe abhängig. Im Sitz benötige er Unterstützung zur Kopf- und Rumpfstabilisierung. Der Antragsteller sei in der Lage, Bewegungsaufträge für die rechte Hand umzusetzen, ein eindeutiger Ja-/Nein-Code zur Verständigung habe nicht vereinbart werden können. Unter Vorlage einer Hilfsmittelempfehlung der Rehabilitationsklinik P und eines Kostenvoranschlags der S GmbH Reha- und Medizintechnik beantragte der Antragsteller über seine behandelnden Ärzte und seine Vertreterin am 29.03.2005 die Versorgung mit einem Multifunktionsrollstuhl (Pos.-Nr. 18.50.02.xxxx des Hilfsmittelverzeichnisses) mit Trommelbremse für die Begleitperson, Arm-, Bein- und Kopfstütze, Therapietisch und Sitzkissen. Die Antragsgegnerin lehnte den Antrag mit Bescheid vom 27.06.2005 ab. Im Vordergrund stehe die Pflege. Eine selbständige Nutzung des Rollstuhls sei nicht möglich. Für die Bereitstellung eines geeigneten Rollstuhls sei die Pflegeeinrichtung zuständig. Es bestehe keine Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Gegen die Ablehnung legte die Vertreterin des Antragstellers am 21.07.2005 mit Schreiben vom 11.07.2005 Widerspruch ein, über den die Antragsgegnerin bislang noch nicht entscheiden hat. Die Antragsgegnerin habe nicht berücksichtigt, dass es sich wegen der erforderlichen Zurüstungen um ein individuell angepasstes Hilfsmittel handle, welches in Abgrenzung zu den von der Pflegeeinrichtung vorzuhaltenden Pflegehilfsmitteln von der Krankenkasse bereitzustellen sei. Der Rollstuhl werde darüber hinaus zur Krankenbehandlung benötigt, denn der Transport im Rollstuhl diene der Kreislaufstabilisierung und dem Aufbau der Belastungsfähigkeit. Die äußere Reizeinwirkung wirke sich förderlich aus. Auch wenn der Antragsteller den Rollstuhl nicht selbständig nutzen und oder seinen Aufenthaltsort selbständig bestimmen kann, so könne damit die bestmögliche Teilhabe am Leben in der Gesellschaft erreicht werden. Am 29.09.2005 beantragte der Antragsteller durch den von seiner Vertreterin beauftragten Prozessbevollmächtigten beim Sozialgericht Dresden, ihm auf Grund einer einstweiligen Anordnung einen individuell angepassten Pflege- bzw. Krankenrollstuhl zu gewähren. Dem Anspruch auf Versorgung mit dem Rollstuhl stehe nicht entgegen, dass dieser auch der Erleichterung der Pflege diene. Der Rollstuhl werde auch außerhalb des Pflegeheims und des Heimgeländes benötigt, namentlich für Spazierfahrten in Begleitung, um so die Grundbedürfnisse Mobilität und Aufrechterhaltung gesellschaftlicher Kontakte zur Vermeidung von Vereinsamung zu

verwirklichen. Ein Abwarten bis zur Entscheidung in der Hauptsache sei dem Antragsteller nicht zumutbar, weil erst die Bereitstellung des Rollstuhls ihm die Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ermögliche. Die vorläufige Bereitstellung des Rollstuhls bis zur Entscheidung in der Hauptsache nehme auch nicht die Hauptsache endgültig vorweg, während die Anschaffung des Rollstuhls auf eigene Kosten dem Antragsteller vor der abschließenden Entscheidung nicht zugemutet werden könne. Die Antragsgegnerin ist dem Antrag entgegen getreten. Durch ein Abwarten bis zur abschließenden Entscheidung über den Leistungsantrag entstehe dem Antragsteller kein irreparabler gesundheitlicher Schaden. Die Versorgung des Antragstellers mit einem Rollstuhl sei Aufgabe der Pflegeeinrichtung. Dass Wachkomapatienten betreut und Reizen ausgesetzt werden sollen, stelle eine besondere Anforderung an die aktivierende Pflege dieser Patienten dar, weshalb die für die Versorgung Schwerstpflegebedürftiger eingerichtete Pflegeeinrichtung auch die entsprechenden Hilfsmittel vorhalten müsse. Um ein individuell nach Maß angepasstes Hilfsmittel handle es sich bei dem begehrten Rollstuhl und den Zubehörteilen nicht, sondern um Serienfabrikate. Aufgabe der Krankenkasse sei die Bereitstellung eines Rollstuhls nur zum Zweck der aktiven und selbstbestimmten Teilhabe. Nicht ausreichend sei hierfür die nur passive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben, wenn der Betroffene von Angehörigen spazieren gefahren oder zu sonstigen Aktivitäten gebracht werde.

II. Der Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung ist zulässig, hat jedoch keinen Erfolg. 1. Gemäß [§ 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) kann das Gericht der Hauptsache auf Antrag eine einstweilige Anordnung in Bezug auf den Streitgegenstand treffen, wenn die Gefahr besteht, dass durch eine Veränderung des bestehenden Zustandes die Verwirklichung eines Rechts des Antragstellers vereitelt oder wesentlich erschwert werden könnte (Sicherungsanordnung). Einstweilige Anordnungen sind auch zur Regelung eines vorläufigen Zustandes in Bezug auf ein streitiges Rechtsverhältnis zulässig, wenn eine solche Regelung zur Abwendung wesentlicher Nachteile nötig erscheint (Regelungsanordnung). Der Erlass einer einstweiligen Anordnung setzt gemäß [§ 86b Abs. 2 Satz 4 SGG](#) in Verbindung mit [§ 920 Abs. 2 Zivilprozessordnung \(ZPO\)](#) voraus, dass ein Anordnungsanspruch und ein Anordnungsgrund vom Antragsteller glaubhaft gemacht werden. Bei der Prüfung des Anordnungsanspruchs in Verfahren des vorläufigen Rechtsschutzes, in denen Leistungsansprüche eines Versicherten gegen eine gesetzliche Krankenkasse streitig sind, dürfen die Sozialgerichte sich nicht schlechthin auf die summarische Prüfung der Erfolgsaussichten eines Rechtsbehelfes im Hauptsacheverfahren beschränken. Kann eine endgültige Klärung des materiellrechtlichen Anspruches erst durch umfangreiche Ermittlungen herbeigeführt werden kann, hat das Gericht eine Folgenabwägung vorzunehmen. [Artikel 19 Abs. 4 Satz 1](#) des Grundgesetzes (GG) verlangt von den Sozialgerichten bei der Prüfung der Erfolgsaussichten in der Hauptsache immer dann, wenn dem Versicherten ohne die Gewährung vorläufigen Rechtsschutzes schwere und unzumutbare, anders nicht abwendbare Nachteile drohen, zu deren nachträglicher Beseitigung die Entscheidung in der Hauptsache nicht mehr in der Lage wäre, grundsätzlich eine eingehende Prüfung der Sach- und Rechtslage, die sich von der im Hauptsacheverfahren nicht unterscheidet. Sind die Sozialgerichte jedoch durch eine Vielzahl anhängiger entscheidungsreifer Rechtsstreitigkeiten belastet oder besteht die Gefahr, dass die dem vorläufigen Rechtsschutzverfahren zu Grunde liegende Beeinträchtigung des Lebens, der Gesundheit oder der körperlichen Unversehrtheit des Versicherten sich jederzeit verwirklichen kann, verbieten sich zeitraubende Ermittlungen im vorläufigen Rechtsschutzverfahren. In diesem Fall hat sich die Entscheidung an einer Abwägung der widerstreitenden Interessen zu orientieren (Bundesverfassungsgericht Beschlüsse vom 22.11.2002, Az. [1 BvR 1586/02](#), und vom 19.03.2004, Az. [1 BvR 131/04](#)). Dabei ist in Anlehnung an die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zu [§ 32](#) des Bundesverfassungsgerichtsgesetzes (BVerfGG) eine Folgenabwägung vorzunehmen, bei der die Erwägung, wie die Entscheidung in der Hauptsache ausfallen wird, regelmäßig außer Betracht zu bleiben hat. Abzuwägen sind statt dessen die Folgen, die eintreten würden, wenn die Anordnung nicht erginge, obwohl dem Versicherten die streitbefangene Leistung zusteht, gegenüber den Nachteilen, die entstünden, wenn die begehrte Anordnung erlassen würde, obwohl er hierauf keinen Anspruch hat. Hierbei ist insbesondere die in [Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 GG](#) durch den Verfassungsgeber getroffene objektive Wertentscheidung zu berücksichtigen. Danach haben alle staatlichen Organe die Pflicht, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des Lebens, der Gesundheit und der körperlichen Unversehrtheit zu stellen. Für das vorläufige Rechtsschutzverfahren vor den Sozialgerichten bedeutet dies, dass diese die Grundrechte der Versicherten auf Leben, Gesundheit und körperliche Unversehrtheit zur Geltung zu bringen haben, dabei aber die ebenfalls der Sicherung des [Art. 2 Abs. 2 Satz 2 GG](#) dienende Pflicht der gesetzlichen Krankenkassen (vgl. insbesondere [§§ 1, 2 Abs. 1](#) und 4 SGB V), ihren Versicherten nur wirksame und hinsichtlich der Nebenwirkungen unbedenkliche Leistungen zur Verfügung zu stellen, sowie die verfassungsrechtlich besonders geschützte finanzielle Stabilität der gesetzlichen Krankenversicherung nicht aus den Augen verlieren dürfen. Besteht die Gefahr, dass der Versicherte ohne die Gewährung der umstrittenen Leistung vor Beendigung des Hauptsacheverfahrens stirbt oder er schwere oder irreversible gesundheitliche Beeinträchtigungen erleidet, ist ihm die begehrte Leistung regelmäßig zu gewähren, wenn das Gericht nicht auf Grund eindeutiger Erkenntnisse davon überzeugt ist, dass die begehrte Leistung unwirksam oder medizinisch nicht indiziert ist oder ihr Einsatz mit dem Risiko behaftet ist, die abzuwendende Gefahr durch die Nebenwirkungen der Behandlung auf andere Weise zu verwirklichen. Besteht die Beeinträchtigung des Versicherten dagegen im Wesentlichen nur darin, dass er die begehrte Leistung zu einem späteren Zeitpunkt erhält, ohne dass sie dadurch für ihn grundsätzlich an Wert verliert, weil die Beeinträchtigung der in [Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 GG](#) genannten Rechtsgüter durch eine spätere Leistungsgewährung beseitigt werden kann, dürfen die Sozialgerichte die begehrte Leistung im Rahmen der Folgenabwägung versagen. Nur durch eine an diesen Grundsätzen orientierte Vorgehensweise bei der Folgenabwägung wird dem vom Gesetzgeber in allen Prozessordnungen vorgesehenen Vorrang des nachgehenden Rechtsschutzes vor dem vorläufigen Rechtsschutz sowie dem sich aus [Artikel 20 Abs. 3 GG](#) abzuleitenden Grundsatz Rechnung getragen, dass die Leistungsgewährung vor Abschluss des Hauptsacheverfahrens die Ausnahme und nicht die Regel sein soll. 2. Nach diesen Maßstäben kann dem Antrag nicht stattgegeben werden. Der Antragsteller hat keinen Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhl als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung gerichteten Anordnungsanspruch. Als Grundlage für einen Anspruch kommt hier allein [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Danach haben Versicherte unter anderem Anspruch auf Versorgung mit den 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. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Die Bereitstellung des begehrten Rollstuhls unterfällt nicht den Aufgaben der Hilfsmittelversorgung durch die Krankenkassen nach [§ 33 Abs. 1 SGB V](#). a) Der Versorgungsanspruch nach [§ 33 SGB V](#) wird nicht dadurch ausgeschlossen, dass der Antragsteller in einem Pflegeheim vollstationär gepflegt wird. Die Krankenkassen sind zur Versorgung eines Versicherten mit Hilfsmitteln grundsätzlich unabhängig davon verpflichtet, ob er in einer eigenen Wohnung oder in einem Heim lebt. Dieser Grundsatz erfährt jedoch bei der vollstationären Pflege in einem Pflegeheim im Sinne des [§ 71 Abs. 2](#) des Sozialgesetzbuchs (SGB) Elftes Buch (XI) ? Soziale Pflegeversicherung ? eine Einschränkung. Bei vollstationärer Pflege endet die Pflicht der gesetzlichen Krankenversicherung zur Versorgung der Versicherten mit Hilfsmitteln dort, wo die Pflicht des Heimträgers auf Versorgung der Heimbewohner mit den im Rahmen des üblichen Pflegebetriebs notwendigen Hilfsmitteln einsetzt. Der Träger des Heimes hat 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](#) und 2 SGB XI). Nach [§ 11 Abs. 1 SGB XI](#) hat die Pflege in einem Pflegeheim nach

dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse zu erfolgen, Inhalt und Organisation der Leistungen haben eine humane und aktivierende Pflege unter Achtung der Menschenwürde zu gewährleisten. Die Pflegeheime haben auch für die soziale Betreuung der Bewohner zu sorgen (§ 43 Abs. 2 und § 82 Abs. 1 Satz 2 SGB XI). Die die Zulassung bewirkenden Versorgungsverträge dürfen nur mit Pflegeeinrichtungen abgeschlossen werden, die den Anforderungen des § 71 SGB XI genügen und die Gewähr für eine leistungsfähige und wirtschaftliche pflegerische Versorgung bieten (§ 72 Abs. 3 Satz 1 SGB XI). Die Heime müssen daher das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten. Zu den von den Pflegeheimen vorzuhaltenden Hilfsmitteln zählen zum Beispiel 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. Die gesetzliche Krankenversicherung hat darüber hinaus nur solche Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen, die nicht der Sphäre der vollstationären Pflege zuzurechnen sind. Das sind im Wesentlichen 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), sowie Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses (z.B. Kommunikation oder Mobilität) außerhalb des Pflegeheims dienen. Bei dem beantragten Rollstuhl einschließlich des Zubehörs handelt sich nicht um ein individuell angepasstes Hilfsmittel. Der Rollstuhl und die Zurüstungen werden als vertretbare Sache im Sinne des § 91 des Bürgerlichen Gesetzbuchs (BGB) serienmäßig gefertigt und können außer vom Antragsteller ebenso gut auch von anderen Behinderten genutzt werden. Gerade zu diesem Zweck sind Armauflagen, Beinstützen, Sitztiefe, Rückenhöhe, Sitzwinkel und evtl. Kopfstützen des beantragten Rollstuhls verstellbar. Für einen von vorn herein ausschließlich der Person des Antragstellers individuell angepassten Rollstuhl im Sinne eines Einzelstücks als Maßanfertigung besteht vor diesem Hintergrund ohnehin kein Bedarf. Für die Bereitstellung des Rollstuhls hat die Antragsgegnerin deshalb nur dann einzustehen, wenn dieser der Befriedigung allgemeiner Grundbedürfnisse außerhalb des Heimbereichs dient. Der Heimträger hat lediglich für die Versorgung mit üblichen Hilfsmitteln innerhalb des Pflegeheimes und des Heimgeländes einzustehen. Nicht der Finanzierungsverantwortung der Krankenkassen unterliegt die Bereitstellung von Rollstühlen, wenn es nur um das reine Spazierenfahren an der frischen Luft auf dem Heimgelände geht. Die Sphäre des Heimes ist auch dann noch nicht verlassen, wenn es um gemeinsame Ausflüge der Heimbewohner oder um sonstige von der Heimleitung organisierte bzw. verantwortete Aktivitäten außerhalb des Heimes (z.B. ein gemeinsamer Stadtbummel) geht. Regelmäßige Aktivitäten des Pflegebedürftigen außerhalb des Heimes wie Ausflüge, Spazierfahrten, Besuche in Cafe, Restaurant, Theater, Kino u.s.w. allein oder in Begleitung von Angehörigen, Freunden und Bekannten, unabhängig vom Pflegepersonal, können hingegen nicht mehr der Sphäre des Heimes und seinem Verantwortungsbereich zugerechnet werden. Das Bundessozialgericht hat aus diesen Gründen in seiner Entscheidung vom 10.02.2000, Az. B 3 KR 26/99 R, einen Anspruch auf Versorgung mit einem Rollstuhl durch die Krankenkasse bejaht, weil die Klägerin jenes Verfahrens täglich von einem ihrer drei Kinder oder ihrem Lebensgefährten besucht und, soweit es das Wetter zulässt, zu Aktivitäten außerhalb des Heimes, insbesondere zu Spazierfahrten, mitgenommen wurde und somit regelmäßig ? wenn auch mit fremder Hilfe ? die Sphäre des Heimes verlassen hat, um die allgemeinen Grundbedürfnisse Mobilität und gesellschaftlicher Kontakt zur Vermeidung von Vereinsamung zu befriedigen. b) Eine Einschränkung des Anspruchs auf Hilfsmittelversorgung ergibt sich indessen aus dem Zweck der Hilfsmittelversorgung durch die gesetzliche Krankenversicherung. Wenn § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V die Versorgung des Versicherten mit einem Hilfsmittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung davon abhängig macht, dass dieses einer drohenden Behinderung vorbeugt oder eine Behinderung ausgleicht, so handelt es sich um eine spezialgesetzliche Ausgestaltung der den Krankenkassen obliegenden Pflichten als Träger der Rehabilitation gemäß § 6 Abs. 1 Nr. 1 in Verbindung mit § 26 Abs. 1 Nr. 6 des Sozialgesetzbuchs (SGB) Neuntes Buch (IX) ? Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen ?. Übergeordnetes Ziel jeder Rehabilitation ist es, behinderten Menschen eine selbstbestimmte gleichberechtigte Teilhabe am Leben in der Gesellschaft zu ermöglichen oder zu fördern (§ 1, § 4 Abs. 1 Nr. 4 SGB IX). Soweit es dabei um den Ausgleich einer Behinderung sowie die Vermeidung oder Minderung von Pflegebedürftigkeit geht (§ 4 Abs. 1 Nr. 1 und Nr. 2 SGB IX) müssen Leistungen deshalb auf eine Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ausgerichtet sein, um als Maßnahmen der Rehabilitation die Leistungspflicht der Krankenkasse zu begründen. Das Bundessozialgericht hat hieraus in seinem Urteil vom 22.07.2004, Az. B 3 KR 5/03 R, den Schluss gezogen, dass die Krankenkasse für die Leistung zuständig ist, wenn ein Hilfsmittel überwiegend der Selbstbestimmung und Teilhabe dient. Dagegen seien Gegenstände, bei denen zwar noch ein gewisser Behinderungsausgleich zu erkennen ist, bei denen aber ganz überwiegend die Pflege im Vordergrund steht, weil eine Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft (vgl. § 1 Satz 1 SGB IX) insoweit nicht mehr möglich ist und eine Rehabilitation damit nicht mehr stattfindet, der Heimausstattung zuzurechnen. Der Senat hat es als entscheidend angesehen, ob dem Versicherten eine verantwortungsbewusste Bestimmung über das eigene Schicksal noch möglich oder ob er wegen des Fehlens eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten quasi zum "Objekt der Pflege" geworden ist. Es gehe nicht um die selbstverständliche Berechtigung des Versicherten auf ein Zusammensein mit anderen und die ? passive ? Teilhabe am Gemeinschaftsleben, sondern um die Frage, ob dieser sich noch aktiv am Gemeinschaftsleben beteiligen kann oder nicht. Konkret hat er darauf abgestellt, dass es der Klägerin in dem der Beurteilung unterliegenden Verfahren nicht mehr möglich gewesen sei, ihren Aufenthaltsort innerhalb oder gar außerhalb des Heimes selbst zu bestimmen, die im Ablauf des täglichen Lebens anfallenden Verrichtungen eigenständig und ohne Hilfestellung des Pflegepersonals zu erledigen oder aktiv am Gemeinschaftsleben im Heim teilzunehmen; sie sei vielmehr vom Pflegepersonal in den Lagerungsrollstuhl gesetzt und in den Gemeinschaftsraum geschoben worden, um dort mit anderen Menschen ? passiv ? zusammen sein zu können. Ein eigenständiges und bewusstes Gestalten dieses Zusammenseins sei auf Grund der Behinderung ausgeschlossen gewesen. Dass die Klägerin noch in der Lage gewesen sei, Eindrücke wahrzunehmen, zu lachen und auf Ansprache zu reagieren, hat der Senat nicht als ausreichend erachtet. Die Entscheidung des Bundessozialgerichts betrifft unmittelbar nur die Ausstattung von Versicherten mit Hilfsmitteln zur Verwendung innerhalb der Pflegeeinrichtung und damit die Reichweite der den Anspruch des Versicherten auf Versorgung mit Krankenhilfsmitteln nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V einschränkende Vorhaltpflicht des Pflegeheimträgers. Die tragenden Gründe des Urteils grenzen indessen darüber hinaus allgemein den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 33 Abs. 1 SGB V gegenüber nicht rehabilitativen Leistungen ? egal, ob diese von der gesetzlichen Pflegeversicherung, den Betroffenen selbst bzw. ihren Angehörigen oder den Trägern der Sozialhilfe erbracht werden ? ab. Denn ob die Bereitstellung eines Hilfsmittels der Verwirklichung einer eigenverantwortlichen Lebensgestaltung und damit der Rehabilitation dient oder sich mangels eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeit als Maßnahme der Pflege darstellt, richtet sich allein nach den Fähigkeiten und Bedürfnissen des Patienten zur und nach Teilhabe und nicht nach dem Aufenthaltsort des Versicherten oder der ? hiervon erst abhängigen ? Zuweisung der Finanzierungsverantwortung. Ist der Versicherte auf Grund seiner Behinderung nicht zur aktiven und selbstbestimmten Teilhabe im Stande, sondern darauf angewiesen, dass ihm unter Berücksichtigung seiner vermuteten Bedürfnisse die Teilnahme am Leben in der Gemeinschaft passiv ermöglicht wird, indem er zu Gemeinschaftserlebnissen, Spazierfahrten u.s.w. innerhalb und außerhalb des Heimbereichs mitgenommen wird, um Vereinsamung zu vermeiden und die Wiederherstellung der kommunikativen Grundfunktionen zu unterstützen, so handelt es sich bei diesen Aktivitäten von vorn herein nicht um Leistungen der Rehabilitation im Sinne des § 33 Abs. 1 SGB V, sondern um (aktivierende) Pflege im Sinne von § 28 Abs. 4, § 6 Abs. 2 und § 11 Abs. 2 SGB XI. Gemäß § 28 Abs. 4 SGB XI soll die Pflege auch die Aktivierung des Pflegebedürftigen zum Ziel haben, um vorhandene Fähigkeiten zu erhalten und, soweit dies möglich ist, verlorene Fähigkeiten zurückzugewinnen; um der Gefahr der

Vereinsamung des Pflegebedürftigen entgegenzuwirken, sollen bei der Leistungserbringung auch die Bedürfnisse des Pflegebedürftigen nach Kommunikation berücksichtigt werden. Mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber nicht nur positiv den Versorgungsauftrag der gesetzlichen Pflegeversicherung ausgefüllt, sondern zugleich negativ solche Leistungen aus dem Bereich der Behandlungspflege und der medizinischen Rehabilitation einschließlich der diesen Zielen dienenden Hilfsmittelversorgung nach [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) durch die gesetzliche Krankenversicherung ausgeschlossen. c) Wie sich aus den mit dem Antrag vorgelegten Krankenunterlagen ergibt, ist der Antragsteller nach derzeitigem Stand noch nicht wieder in der Lage, seinen Aufenthaltsort innerhalb oder außerhalb des Heimes selbst zu bestimmen oder einen Rollstuhl, ggf. in Begleitung, zu bedienen. Er ist vielmehr darauf angewiesen, dass Angehörige und Pflegepersonal ihm zwischenmenschliche Kontakte verschaffen und seinen Aufenthalt mit Rücksicht auf seinen mutmaßlichen oder hypothetischen Willen bestimmen. Die beabsichtigte Nutzung eines Rollstuhls für Fahrten innerhalb oder außerhalb des Heimbereichs stellt sich unter diesen Voraussetzungen nicht als aktive Teilhabe, sondern als passive Teilnahme am gesellschaftlichen Leben dar. Zum jetzigen Zeitpunkt kann die passive Mobilisierung im Rollstuhl deshalb noch nicht der Förderung der Selbstbestimmung und gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft dienen. Eine Rehabilitation mit dem Ziel der Reintegration ist im gegenwärtigen Stadium noch nicht Erfolg versprechend. Zwar kann der Ist-Zustand der Behinderung nicht als unbehebbar angesehen werden. Seine Behebung bis zur Rehabilitationsreife, d.h. bis der Antragsteller in der Lage sein wird, seinen Aufenthaltsort mit einem Rollstuhl selbst bestimmen zu können, ist jedoch derzeit ausschließlich eine Aufgabe der weiteren Krankenbehandlung und der aktivierenden Pflege. So wie die Ermöglichung menschlicher Kontakte und Fahrten in einem Rollstuhl innerhalb des Pflegeheims und im Heimgelände mangels eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeiten des Antragstellers der aktivierenden Pflege im Verantwortungsbereich des Einrichtungsträgers zuzurechnen sind, so ist unter diesen Umständen auch das Unternehmen von Spazierfahrten mit Hilfe von Angehörigen außerhalb des Heimgeländes originär eine Pflegehandlung. Ein hierzu eingesetzter Rollstuhl erfüllt die Funktion eines Pflegehilfsmittels. Allein das regelmäßige Verlassen des Pflegeheimgeländes ändert daran nichts. Die Versorgung mit dem Rollstuhl dient auch nicht im Sinne des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) der Sicherung der Krankenbehandlung. Die mit der Einbeziehung des Antragstellers in das gesellschaftliche Leben durch Fahrten im Rollstuhl angestrebte Beeinflussung des Krankheitsverlaufs hält sich im Rahmen der aktivierenden Pflege im Sinne des [§ 28 Abs. 4 SGB XI](#). Sie stellt weder selbst eine Maßnahmen der Behandlungspflege dar noch ist sie sonst integraler Bestandteil eines ärztlich verantworteten Therapiekonzepts, sondern Ausdruck pflegerischer Fürsorge in der Verantwortung der Angehörigen. d) Die Bereitstellung des Rollstuhls auf Grundlage des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung scheidet mithin aus. Dem Antragsteller steht auch kein anderer Anspruch gegen die Antragsgegnerin zur Seite, auf den der Antrag mit Erfolg gestützt werden könnte. Die Antragsgegnerin war auch nicht in ihrer Eigenschaft als Trägerin der Pflegeversicherung im Hinblick auf einen evtl. Anspruch auf Bereitstellung des begehrten Rollstuhls als Pflegehilfsmittel nach [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) zum Verfahren beizuladen. Die Pflegekassen sind nur für die Versorgung der Versicherten mit Pflegehilfsmitteln im häuslichen Bereich, nicht aber im stationären Bereich zuständig. Dies ergibt sich aus der Systematik des Gesetzes. [§ 40 SGB XI](#) ist im Dritten Abschnitt (Leistungen) des Vierten Kapitels (Leistungen der Pflegeversicherung) des Elften Buchs Sozialgesetzbuchs, dort im Ersten Titel (Leistungen der häuslichen Pflege), verankert. Da der Antragsteller vollstationär versorgt wird, sind jedoch nicht die Vorschriften über die häusliche Pflege, sondern die Regelungen über die stationäre Pflege einschlägig. Der diese Regelungen enthaltende Dritte Titel (Vollstationäre Pflege) des Dritten Abschnitts enthält keine dem [§ 40 SGB XI](#) vergleichbare Regelung und verweist auch nicht darauf (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 10.02.2000, Az. [B 3 KR 26/99 R](#)). Die Antragsgegnerin ist damit nicht zur Leistung verpflichtet. Sie hat lediglich im Rahmen ihres Sicherstellungsauftrages als Trägerin der Pflegeversicherung zu überwachen, dass in ihrem Versorgungsgebiet Pflegeheime für Schwerstpflegebedürftige betrieben werden, die so ausgestattet sind, dass auch Wachkomapatienten Leistungen in angemessener Qualität erbracht werden können (vgl. [§§ 12, 72, 75, 78](#) und [§ 80a Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB XI](#)). Dies hat allerdings zur Konsequenz, dass für die Bereitstellung eines Rollstuhls für vollstationär gepflegte Versicherte, die wegen ihrer Behinderung zur eigengesteuerten Bestimmung ihres Aufenthalts nicht im Stande sind, weder die Antragsgegnerin als Trägerin der Krankenversicherung nach [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) noch die Antragsgegnerin als Trägerin der Pflegeversicherung nach [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) noch der Träger der Pflegeeinrichtung im Rahmen seiner Vorhaltepflcht einzustehen haben, wenn die Fahrten sich über das Heimgelände hinaus erstrecken. Eine verfassungswidrige Benachteiligung dieser Behinderten kann darin nicht gesehen werden. Es ist zwar zutreffend, dass vergleichbar Behinderte in häuslicher Pflege möglicherweise auf Grundlage des [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) mit einem Rollstuhl als Pflegehilfsmittel ausgestattet und dadurch faktisch auch in den Stand versetzt werden, über das unmittelbare häusliche Umfeld hinaus im Rollstuhl gefahren zu werden. Eine Ungleichbehandlung liegt auch im Vergleich mit hinsichtlich ihres Aufenthalts zu autonomen Entscheidungen fähigen Pflegeheiminsassen vor, denen die Krankenkasse für regelmäßige Ausflüge über den Heimbereich hinaus auf Grundlage des [§ 33 Abs. 1 SGB V](#) einen Rollstuhl zur Verfügung zu stellen hat. Es ist indessen von Verfassung wegen nicht zu beanstanden, dass Behinderten abhängig von der unterschiedlichen Schwere der Behinderung und der vom bzw. mit Wirkung für den Versicherten frei gewählten Versorgungsform in einem gegliederten System der sozialen Sicherung auch Leistungen in unterschiedlicher Ausgestaltung und verschiedenem Umfang zugewiesen werden. Die Besserstellung von vollstationär gepflegten Behinderten mit der Fähigkeit zur eigenverantwortlichen Aufenthaltsbestimmung bei der Versorgung mit Rollstühlen ist durch deren Fähigkeit zur aktiven Teilhabe im Wege der Rehabilitation gerechtfertigt. Die faktische Besserstellung der häuslich Gepflegten ändert nichts daran, dass auch ihnen bei fehlender eigengesteuerter Bestimmungsmöglichkeit der Rollstuhl nur als Pflegehilfsmittel und nicht als Rehabilitationsmittel zur Erweiterung der Mobilität bereit gestellt wird. Das Bundessozialgericht hat in seinem Urteil vom 16.09.1999, Az. [B 3 KR 8/98 R](#), das Ziel des durch die Hilfsmittelversorgung nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) angestrebten Behinderungsausgleichs, um das Grundbedürfnis des Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums zu verwirklichen, auf die Fähigkeit konkretisiert, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen, um bei einem kurzen Spaziergang an die frische Luft zu kommen oder um die üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind, um so ein selbständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Hinsichtlich der Verwirklichung dieser für die Bereitstellung von Mobilitätshilfen allein ausschlaggebenden Ziele ist ein zur eigenverantwortlichen Aufenthaltsbestimmung nicht mehr fähiger Behinderter, der häuslich gepflegt wird, gerade wegen seiner Behinderung im Ergebnis nicht besser gestellt als ein vollstationär im Heim gepflegter Versicherter mit vergleichbarer Behinderung. Denn eine selbstbestimmte Fortbewegung ist beiden über den unmittelbaren häuslichen Nahbereich einerseits und über den Heimbereich hinaus andererseits ebenso wenig möglich wie innerhalb dieser räumlichen Grenzen. Eine Erweiterung des durch Bereitstellung eines Rollstuhls erschlossenen Bewegungsradius über diesen engen Bereich hinaus lässt sich auch nicht mit dem Ziel der Vermeidung von Vereinsamung begründen. Es ist nicht ersichtlich, dass Pflegebedürftige, die zu einer eigenverantwortlichen Aufenthaltsbestimmung nicht im Stande sind, dieses Ziel durch Ausflüge über den häuslichen Nahbereich oder das Heimgelände hinaus effektiver verwirklichen könnten als in ihrer Fortbewegung Behinderte ohne eine solche Funktionseinschränkung. Auch diese können die Bereitstellung von Mobilitätshilfen nicht für das Zurücklegen von Entfernungen über einen kurzen Spaziergang und die Erledigung der Alltagsgeschäfte hinaus beanspruchen, ohne dass aus dieser Beschränkung eine relevante Vereinsamungsgefahr resultieren würde. Hinzu kommt, dass die wesentlichen Alltagsgeschäfte, insbesondere Versorgung und Krankenbehandlung, bei vollstationärer Unterbringung bereits im Heim sichergestellt sind. Letztlich lässt sich die Leistungszuständigkeit der Krankenkasse für

Hilfsmittel jedenfalls nicht damit begründen, dass bei stationärer Pflege die Leistungen der so-zialen Sicherheit geringer ausfallen als bei ambulanter Pflege. Auch bei einer systemübergrei-fenden Betrachtungsweise kommt eine Leistungsverpflichtung der Krankenversicherung für reine Pflegehilfsmittel sowohl bei ambulanter als auch stationärer Pflege nicht in Betracht. 3. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 183 Satz 1](#) in Verbindung mit [§ 193 Abs. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2005-12-11