

**L 8 P 35/17**

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
Hessisches LSG  
Sachgebiet  
Pflegeversicherung  
Abteilung  
8  
1. Instanz  
SG Kassel (HES)  
Aktenzeichen  
S 12 P 99/16  
Datum  
02.06.2017  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
L 8 P 35/17  
Datum  
15.08.2019  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 P 15/19 B  
Datum  
14.04.2020  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 2. Juni 2017 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Kostenerstattung für eine Hilfsmittelversorgung der Klägerin innerhalb der Privaten Pflegepflichtversicherung in Höhe von EUR 1.131,69 im Streit.

Die 1952 geborene Klägerin ist beim Beklagten neben der Privaten Krankenversicherung (PKV) in der Privaten Pflegeversicherung (PPV) beihilfekonform zu einem Prozentsatz von 30 v.H. pflichtversichert. Dem Versicherungsvertrag liegen die Allgemeinen Versicherungsbedingungen für die private Pflegeversicherung (Bedingungsteil MB/PPV) in Verbindung mit dem Tarif PV mit der Tarifstufe PVB zugrunde. Die Klägerin bezog zunächst seit September 2008 Leistungen nach der Pflegestufe II und dann auf der Grundlage eines Pflegegutachtens vom 30. Dezember 2013 seit Dezember 2013 Leistungen nach der Pflegestufe III. Im Rahmen der Begutachtung war eine Versorgung der Klägerin mit einem individuell nach Maß angepassten Rollstuhl für den Innen- und Außenbereich empfohlen worden; jedoch ausdrücklich nicht als Leistung der PPV. Bereits im Juli 2013 war die Klägerin mit einem Standardrollstuhl versorgt worden.

Unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung des Chefarztes der Neurologischen Abteilung der Klinik Hoher Meißner, Fachklinik für Physikalisch-Rehabilitative Medizin und Schmerzbehandlung, Bad Sooden-Allendorf, Dr. C. vom 20. September 2013 und eines Kostenvoranschlages des Sanitätshauses D. GmbH & Co. KG, D-Stadt vom 8. Oktober 2013 über EUR 4.961,34 beantragte die Klägerin am 9. Oktober 2013 die Übernahme der Kosten für einen Adaptivrollstuhl Easy 300.

Mit Schreiben vom 25. Oktober 2013 teilte der Beklagte der Klägerin mit, entsprechende Aufwendungen allein bis zu einem Rechnungsbetrag von EUR 620,00 mit dem (50 v.H. umfassenden) tariflichen Prozentsatz (ihrer Krankenversicherung) zu erstatten. Diese Begrenzung sei im Abschnitt II.E. des Tarifes für Krankenfahrstühle ausdrücklich festgelegt. Sie ergebe sich aus § 1 Abs. 2 der Allgemeinen Versicherungsbedingungen (MB/KK), wonach Aufwendungen, die sich im notwendigen Rahmen bewegten, erstattungsfähig seien, wenn keine medizinischen Gründe die höheren Aufwendungen erforderlich machten. In diesem Tarif sei auch erläutert, dass Aufwendungen für Hilfsmittel aus derselben Gruppe - bei Vorliegen der medizinischen Notwendigkeit - nur einmal im Kalenderjahr erstattet würden.

Mit Schreiben vom 29. Oktober 2013 bat Dr. C. um Kostenübernahme und führte aus, dass der Adaptivrollstuhl mit angepasstem Sitzkissen zur pflegerischen Versorgung im häuslichen Umfeld erforderlich sei. Die Klägerin benötige ihn, um von einem Zimmer zum anderen transferiert zu werden, beispielsweise vom Schlafzimmer ins Bad oder vom Bad in den Wohnraum. Im Zimmer könne sie sich damit fortbewegen, so dass eine selbstständige Lebensführung im direkten häuslichen Bereich realisiert werde. Ohne dieses Hilfsmittel wäre sie auf die komplette Versorgung im Pflegebett angewiesen. Eine im Rahmen ihrer Möglichkeiten selbstständige Lebensführung wäre damit verhindert.

Mit Schreiben vom 10. Dezember 2013 bat die Klägerin den Beklagten um erneute Prüfung. Mit Schreiben vom 8. Januar 2014 teilte der Beklagte mit, dass weitere Leistungen als im Schreiben vom 25. Oktober 2013 erwähnt, nicht erbracht werden könnten. Die Klägerin erwarb daraufhin den Adaptivrollstuhl Easy 300 für EUR 4.805,65 (Rechnung vom 13. Februar 2014), wovon der Beklagte EUR 310,00 laut

Leistungsabrechnung vom 20. März 2014 übernahm.

Am 29. Dezember 2016 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht Kassel erhoben und die Ansicht vertreten, Anspruch auf Kostenerstattung in Höhe von 30 % (EUR 1.131,69) für die Anschaffung eines individuell angepassten Adaptivrollstuhls – wie verordnet – als Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege zu haben, nachdem die Beihilfe 70 % der Kosten übernommen habe. Der Rollstuhl diene nicht dem Behinderungsausgleich, denn dieser sei auch mit dem vorhandenen Standardrollstuhl erreichbar. Der Rollstuhl diene auch nicht der Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung, denn diese erfolge nicht im Rollstuhl.

Das Sozialgericht hat nach Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 2. Juni 2017 die Klage abgewiesen, da der Beklagte eine über EUR 310,00 hinausgehende Kostenerstattung für den angeschafften Adaptivrollstuhl zu Recht abgelehnt habe. Bei dem Rollstuhl handle es sich nicht um ein Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege (alleinig oder schwerpunktmäßig), sondern um ein Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich und damit der Krankenversicherung.

Gegen den am 7. Juni 2017 zugestellten Gerichtsbescheid hat die Klägerin am 6. Juli 2017 Berufung beim Hessischen Landessozialgericht eingelegt.

Die Klägerin ist weiterhin der Ansicht, der Adaptivrollstuhl diene der Linderung erheblicher Beschwerden sowie der Ermöglichung und Erleichterung der Pflege und nicht der Krankenbehandlung oder dem Behinderungsausgleich, welcher bereits durch den Standardrollstuhl erreicht worden sei.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 2. Juni 2017 aufzuheben und den Beklagten zu verurteilen, an die Klägerin EUR 1.131,69 nebst Zinsen in Höhe von 4 % seit dem 1. Juni 2014 zu zahlen.

Der Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Beklagte verteidigt den angefochtenen Gerichtsbescheid.

Der Senat hat mit Beweisordnung vom 23. Januar 2018 ein Gutachten bei Herrn Dr. med. E. eingeholt. Nach ambulanter Untersuchung der Klägerin im häuslichen Umfeld diagnostizierte der Gutachter einen Verschleiß der Wirbelsäule, eine Entkalkung der Knochen (Osteoporose), Funktionsstörungen der Wirbelsäule mit Schmerzreaktion, eine rechtsbetonte spastische Lähmung mit Geh- und Stehfähigkeit bei Entzündungsreaktion des Rückenmarks im Halsbereich (cervikale Myelitis), ein Schmerzsyndrom sowie ein Kunstgelenk rechts nach OP im August 2012. Er kam zu dem Ergebnis, dass der laut Rechnung vom 13. Februar 2014 ausgelieferte Adaptivrollstuhl dem Ausgleich der Behinderungen der Klägerin diene. Er diene der Befriedigung von Grundbedürfnissen des täglichen Lebens, sichere aber auch den Erfolg der Heilbehandlung und therapiere auch eine zunehmende Behinderung. Der Adaptivrollstuhl sei nicht als Hilfsmittel der Pflege in dem Sinne anzusehen, dass er ausschließlich oder überwiegend der Pflege diene.

Der Senat hat mit Beschluss vom 19. September 2018 die Berufung gemäß [§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) auf den Berichterstatter / die Berichterstatterin übertragen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Verwaltungs- und Gerichtsakte Bezug genommen, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung war.

Entscheidungsgründe:

Gem. [§ 153 Abs. 5 SGG](#) kann die Entscheidung durch die Berichterstatterin zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern ergehen, da der Senat durch Beschluss die Berufung auf die Berichterstatterin übertragen hat.

Die gemäß [§ 151 Abs. 1 und 2 SGG](#) form- und fristgerecht erhobene Berufung ist zulässig, konnte in der Sache jedoch keinen Erfolg haben. Der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Kassel vom 2. Juni 2017 ist nicht zu beanstanden. Es hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung von EUR 1.131,69 nebst Zinsen in Höhe von 4 % für die Anschaffung eines Adaptivrollstuhls gemäß [§ 4 A Abs. 7 Satz 1 MB/PPV i.V.m. § 40 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Elftes Buch \(SGB XI\)](#).

Der Klägerin steht der geltend gemachte versicherungsvertragliche Anspruch nicht zu. Gemäß [§ 178b Abs. 4 Versicherungsvertragsgesetz \(VVG\)](#) haftet der Versicherer im Falle der Pflegebedürftigkeit im vereinbarten Umfang für Aufwendungen, die für die Pflege der versicherten Person entstehen (Pflegekostenversicherung) oder er leistet das vereinbarte Tagegeld (Pflegetagegeldversicherung). Der Leistungsumfang der hier vorliegenden Pflegekostenversicherung bestimmt sich demgemäß nach den im Versicherungsvertrag vereinbarten Konditionen. Für die "Leistungen der häuslichen Pflege" ist die Regelung des [§ 4 A Abs. 7 Satz 1 MB/PPV](#) maßgeblich. Danach haben versicherte Personen gemäß Nr. 4 des Tarifs PV (entsprechend [§ 40 Abs. 1 Satz 1 Halbsatz 1 SGB XI](#)) Anspruch auf Ersatz von Aufwendungen für Pflegehilfsmittel oder deren leihweise Überlassung, wenn und soweit die Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden der versicherten Person beitragen oder ihr eine selbständigere Lebensführung ermöglichen und die Versorgung notwendig ist. Nach Nr. 4 der Tarifbedingungen im Tarif PV mit der Tarifstufe PVB erstattet der Versicherer die im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung aufgeführten Pflegehilfsmittel. Im Pflegehilfsmittelverzeichnis der privaten Pflegepflichtversicherung sind als Pflegehilfsmittel zur Erleichterung der Pflege unter Ziffer 1.6 lediglich Rollstühle mit Sitzkantelung (HMV-Nummer 50.45.07.0001-2999) und unter Ziffer 1.12 lediglich Standardschieberrollstühle (HMV-Nummer 18.50.01.0001-2999) aufgeführt. Bei dem streitgegenständlichen Adaptivrollstuhl mit der HMV-Nummer 18.50.03.0044 handelt es sich nicht um einen Rollstuhl zur Erleichterung der Pflege laut Pflegehilfsmittelverzeichnis, sondern um ein Kranken-/Behindertenfahrzeug als Hilfsmittel der Krankenversicherung. Ein Anspruch auf Ausstattung mit einem Adaptivrollstuhl besteht hiernach nicht. Die zum Vertragsinhalt gewordenen Versicherungsbedingungen sind auch

verbindlich, weil sie nicht gegen höherrangiges Recht verstoßen.

Nach Nr. 4 der Tarifbedingungen im Tarif PV mit der Tarifstufe PVB sind im Einzelfall Aufwendungen für im Pflegehilfsmittelverzeichnis nicht aufgeführte Pflegehilfsmittel nur dann erstattungsfähig, wenn die Voraussetzungen in § 4 Abs. 7 Satz 1 Halbsatz 2 erfüllt sind und die Pflegehilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Dabei können Pflegehilfsmittel grundsätzlich nur im Hinblick auf solche Betätigungen beansprucht werden, die für die Lebensführung im häuslichen Umfeld erforderlich sind. Von der Erstattung aus der Pflegeversicherung ausgeschlossen sind Pflegehilfsmittel, die nicht alleine oder jedenfalls schwerpunktmäßig der Pflege, sondern vorwiegend dem Behinderungsausgleich dienen. Dies entspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), wonach es sich nur dann um ein reines Pflegehilfsmittel handelt, das der gesetzlichen Krankenversicherung nicht zugerechnet werden kann, wenn es im konkreten Fall allein oder doch jedenfalls schwerpunktmäßig der Erleichterung der Pflege dient (BSG, Urteil vom 10. November 2005, [B 3 P 10/04 R](#), Rn. 16 juris).

Nach dem vom Senat eingeholten Gutachten des Herrn Dr. med. E. steht zur Überzeugung des Senats fest, dass der streitgegenständliche Adaptivrollstuhl nicht (schwerpunktmäßig) der Erleichterung der Pflege dient. Der Sachverständige führte schlüssig und nachvollziehbar aus, dass der vorhandene Adaptivrollstuhl, für dessen Anschaffung die Klägerin Kostenerstattung begehrt, die spastisch bedingte Geh- und Stehfähigkeit und die aufgehobene Bewegungsfähigkeit der rechten Extremitäten, mithin die Behinderungen der Klägerin, ausgleicht, wenn auch nur unzureichend. Im Weiteren führte der Sachverständige aus, welche Eigenschaften ein die Behinderungen der Klägerin optimal ausgleichender Adaptivrollstuhl aufweisen müsste, damit die Klägerin ihre Grundbedürfnisse des täglichen Lebens besser erfüllen könnte. Weder der vorhandene, noch ein neuer Adaptivrollstuhl dienen aber ausschließlich oder überwiegend der Erleichterung der Pflege. Der Senat hat keine Bedenken, dem Votum des Sachverständigen Dr. E. zu folgen. Dieses lässt entgegen der Ansicht der Klägerin keine Widersprüche erkennen. Der Sachverständige hat nach ambulanter Untersuchung der Klägerin und Inaugenscheinnahme der Örtlichkeiten klargestellt, dass der vorhandene Adaptivrollstuhl die Behinderungen der Klägerin ausgleicht und weiteren vorbeugt, dies aber nur unzureichend kann und der Behinderungsausgleich durch einen besser angepassten Rollstuhl optimiert werden könnte. Die gleiche Situation stellte sich bei der Begutachtung im Dezember 2013 durch Medicproof, wo festgestellt worden war, dass der vorhandene Standardrollstuhl nicht ausreichend, sondern ein individuell angepasster Rollstuhl erforderlich sei – dies aber ausdrücklich nicht als Leistung der PPV. Der Klägerin ist zwar einzuräumen, dass ein Adaptivrollstuhl geeignet ist, zur Erleichterung der Pflege beizutragen und vor allem eine selbstständigere Lebensführung zu ermöglichen. Dies ergibt sich auch aus dem Gutachten des Herrn Dr. E. Zudem gab Dr. C. in seiner Stellungnahme vom 29. Oktober 2013 an, der Adaptivrollstuhl würde zum Transfer bzw. zur Fortbewegung im Haus und damit zur pflegerischen Versorgung und zur selbständigeren Lebensführung anstelle einer kompletten Versorgung im Pflegebett benötigt. Dies macht ihn aber noch nicht zu einem Hilfsmittel der Pflegeversicherung, weil diese Eigenschaften auch mehr oder weniger allen Hilfsmitteln zukommen, die dem Behinderungsausgleich dienen und deshalb als Hilfsmittel von der gesetzlichen Krankenversicherung gemäß [§ 33 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) zu leisten sind. Die Erfüllung des Grundbedürfnisses auf Sitzen und Fortbewegung, auch ohne fremde Hilfe, verringert zwangsläufig den allgemeinen Pflegebedarf und erleichtert damit die Pflege. Entscheidend ist aber der Schwerpunkt, ob das Hilfsmittel allein oder doch jedenfalls schwerpunktmäßig der Erleichterung der Pflege dient, wie oben bereits dargestellt (BSG, a.a.O., Rn. 16 juris).

Auch die Regelung des [§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) begründet keine andere Entscheidung. Das Gesetz schreibt in [§ 23 Abs. 1 Satz 2 SGB XI](#) vor, dass ein Vertrag der privaten Pflegeversicherung ab dem Zeitpunkt des Eintritts der Versicherungspflicht für den Versicherungsnehmer und seine Angehörigen, für die in der sozialen Pflegeversicherung nach [§ 25 SGB XI](#) eine Familienversicherung bestünde, Vertragsleistungen vorsehen muss, die nach Art und Umfang den Leistungen des Vierten Kapitels ([§§ 28 bis 45 SGB XI](#)) gleichwertig sind. Dabei tritt an die Stelle der Sachleistungen eine der Höhe nach gleiche Kostenerstattung ([§ 23 Abs. 1 Satz 3 SGB XI](#)). Diesen Bedingungen werden vorliegend die Regelungen des § 4 Abs. 7 MB/PPV gerecht. Maßstab für die Frage der Gleichwertigkeit des Leistungsanspruchs ist [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#). Danach haben Pflegebedürftige der sozialen Pflegeversicherung Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbstständigere Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Ein Adaptivrollstuhl ist kein Hilfsmittel der sozialen Pflegeversicherung, und zwar unabhängig davon, ob er ausschließlich oder überwiegend zu Hause oder außerhalb genutzt wird.

Diese Grundsätze gelten selbst dann, wenn im konkreten Fall die Krankenversicherung nicht oder nur zum Teil eintritt. Nach [§ 40 Abs. 1 Satz 1 SGB XI](#) besteht zwar der Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, "soweit" die Hilfsmittel nicht von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Diese Gesetzesfassung bedeutet aber nicht, dass zwischen der Krankenversicherung und der Pflegeversicherung ein Vorrang-Nachrang-Verhältnis besteht in der Weise, dass ein Überschneidungsbereich bestünde, in dem grundsätzlich beide Leistungsträger für Hilfsmittel zuständig sind, wobei die Leistungspflicht der Pflegekasse vergleichbar der Sozialhilfe subsidiär eintritt, wenn im Einzelfall kein vorrangiger Versicherungsschutz besteht. Es kommt nur die Zuständigkeit des einen oder des anderen Leistungsträgers in Betracht, obwohl sich nach dem gesetzlichen Tatbestand die Anwendungsbereiche von [§ 33 SGB V](#) und [§ 40 SGB XI](#) zu überschneiden scheinen. Doppelte Zuständigkeiten für Sozialleistungen sind nur ausnahmsweise anzunehmen und jeweils ausdrücklich angeordnet. [§ 13 SGB XI](#) regelt den Nachrang der Pflegeversicherung gegenüber bestimmten Entschädigungsleistungen und den grundsätzlichen Vorrang gegenüber den Fürsorgeleistungen. Bei Leistungen der Eingliederungshilfe, die ebenfalls zu den Fürsorgeleistungen zählen, ordnet [§ 13 Abs. 3 Satz 3 SGB XI](#) ausdrücklich ihre Gleichrangigkeit mit der Möglichkeit von Überschneidungen mit Leistungen der Pflegeversicherung an. Die Leistungsträger sollen dann den zuständigen Leistungsträger bestimmen und Kostenteilung vereinbaren ([§ 13 Abs. 4 SGB XI](#)). Im Verhältnis zur Krankenversicherung ergibt sich aus [§ 13 SGB XI](#) kein Überschneidungsbereich. [§ 13 Abs. 2 SGB XI](#) stellt dies mit der Erwähnung von [§ 37 SGB V](#) nur noch besonders klar. Welcher Leistungsträger im Einzelnen für Hilfsmittel zuständig ist, richtet sich im Zweifel nach dem Schwerpunkt der Zweckbestimmung. Der gesetzliche Wortlaut von [§ 40 SGB XI](#) ("soweit") ist nur gewählt worden, um deutlich zu machen, dass es auch hier nach Inkrafttreten der Pflegeversicherung bei der bisherigen Leistungsverpflichtung anderer Leistungsträger (mit Ausnahme der Sozialhilfe) bleiben sollte (BSG, Urteil vom 10. November 2005, [B 3 P 10/04 R](#), Rn. 15-18 juris).

Wäre die Klägerin gesetzlich krankenversichert, hätte sie einen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung gemäß [§ 33 SGB V](#) gegen die Krankenkasse. Dass die Klägerin im Rahmen der privaten Krankenversicherung nur einen beschränkten Leistungsanspruch bei der Hilfsmittelversorgung hat (die vom Beklagten gezahlten EUR 310,-), ist Folge des eigenverantwortlich ausgehandelten Vertragsabschlusses. Diese Versorgungslücke ist nicht durch Eintreten der privaten Pflegeversicherung zu schließen. [§ 23 SGB XI](#) verlangt nicht, dass privat

pflegeversicherte Personen im Ergebnis gesetzlich Krankenversicherten gleichzustellen sind. Es wird lediglich eine Gleichwertigkeit der Vertragsleistungen der privaten Pflegeversicherung mit denen der sozialen Pflegeversicherung vorgeschrieben. Aus der sozialen Pflegeversicherung wäre der begehrte Adaptivrollstuhl aber nicht zu leisten; das Hilfsmittelverzeichnis der Pflegekassen enthält dieses Hilfsmittel nicht.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für eine Zulassung der Revision gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2020-05-28