

B 3 KR 67/01 R

Land
Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht
Bundessozialgericht
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
3
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
-

Datum
11.10.2001
2. Instanz
-

Aktenzeichen
-

Datum
-

3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

B 3 KR 67/01 R

Datum
06.06.2002

Kategorie
Urteil

Auf die Revision der Klägerin wird das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 11. Oktober 2001 abgeändert. Unter Aufhebung des Bescheides vom 6. Juli 2000 und des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 2001 wird die Beklagte verurteilt, der Klägerin 1.032,34 Euro zu zahlen. Die Beklagte hat der Klägerin die Kosten für beide Instanzen zu erstatten.

Gründe:

I

Die im Jahre 1915 geborene Klägerin ist bei der beklagten Krankenkasse kranken- und bei der beigeladenen Pflegekasse (Beigeladene zu 1) pflegeversichert. Sie leidet an einem demenziellen Abbauprozess mit Nahrungsverweigerung, wird im Pflegeheim der Beigeladenen zu 2) vollstationär gepflegt und erhält von der Beigeladenen zu 1) Leistungen aus der sozialen Pflegeversicherung.

Zur Ermöglichung der künstlichen Ernährung wurde bei der Klägerin im Rahmen einer stationären Behandlung im Januar/Februar 2000 eine Magensonde unter Durchstoßung der Bauchdecke (PEG) angelegt. Im Juni 2000 beantragte die Klägerin eine ärztlich verordnete Ernährungspumpe als Hilfsmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung, weil bei einem bloßen Schwerekräftsystem Erbrechen mit Gefahr einer Lungenentzündung eintrete. Die Beklagte lehnte den Antrag unter Hinweis auf eine Vorhaltpflicht des Heimes ab (Bescheid vom 6. Juli 2000 und Widerspruchsbescheid vom 3. Mai 2001).

Die - nach inzwischen erfolgter Selbstbeschaffung des Hilfsmittels (Typ Compact Standard) - auf Kostenerstattung in Höhe von 2.019,08 DM gerichtete Klage ist vom Sozialgericht (SG) unter Zulassung der Sprungrevision abgewiesen worden (Urteil vom 11. Oktober 2001). Das SG hat ausgeführt, eine Ernährungspumpe müsse vom jeweiligen Pflegeheim vorgehalten werden. Es handele sich um ein Hilfsmittel, das zur Ermöglichung bzw Erleichterung der Nahrungszufuhr bei in Pflegeheimen vorkommenden Funktionseinschränkungen typischer Art wie Verwirrheitszuständen oder Lähmungen diene, nicht nur für einen einzelnen Versicherten verwendbar oder bestimmt und auch nicht zur Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses außerhalb des Pflegeheimes einsetzbar sei.

Mit ihrer (Sprung-)Revision rügt die Klägerin die Verletzung von [§ 33 Abs 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Das SG habe die Urteile des Bundessozialgerichts (BSG) vom 20. Februar 2000, die Hilfsmittel zur Mobilität betreffen, in unzulässiger Weise auf andere Hilfsmittel übertragen. Eine Ernährungspumpe sei kein Hilfsmittel, das typischerweise bei "Verwirrheitszuständen, Lähmungen und sonstigen Funktionseinschränkungen üblicher Art" zum Einsatz komme. Vielmehr werde sie vorwiegend bei Patienten mit funktionsbeeinträchtigtem Magen oder Darm, bei Diabetikern und sogar bei Kindern eingesetzt sowie ausschließlich von einem einzelnen Versicherten genutzt. Das Hilfsmittel sei notwendig, um eine weitere Verschlechterung des Allgemeinzustandes zu verhindern. Es sei damit eine Leistung zur Krankenbehandlung. Dass das Hilfsmittel auch die Pflege ermögliche und erleichtere, trete demgegenüber zurück. Nach [§ 31 Abs 2 SGB V](#) iVm [Ziff 17 Abs 1](#) der Arzneimittelrichtlinien (AMRL) sei die Sondennahrung selbst eine Leistung der Gesetzlichen Krankenversicherung, der aus Gründen der Akzessorietät auch die Anwendungshilfe zugeordnet werden müsse. Vom Heimträger könne nur das Vorhalten von solchen Hilfsmitteln verlangt werden, die für typische Grundpflegehandlungen erforderlich seien. Auch die öffentliche Investitionsförderung könne nur derartige Hilfsmittel erfassen. Ein Hilfsmittelausschluss für die stationär gepflegten Versicherten im Unterschied zu ambulant gepflegten Personen würde einen Verstoß gegen den Gleichheitssatz des Grundgesetzes darstellen. Für eine entsprechende Einschränkung des [§ 33 SGB V](#) fehle es auch an einer gesetzlichen Grundlage.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gelsenkirchen vom 11. Oktober 2001 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 6. Juli

2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 3. Mai 2001 zu verurteilen, ihr die Kosten für eine Ernährungspumpe in Höhe von 1.032,34 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

Die Beigeladenen haben keinen Antrag gestellt.

II

Die Revision ist zulässig, insbesondere sind die Voraussetzungen der Sprungrevision gegeben. Das SG hat die Sprungrevision im Urteil zugelassen ([§ 161 Abs 1 Satz 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG)). Die Klägerin hat dem erkennenden Senat eine von ihrem Anwalt beglaubigte Ablichtung einer gerichtlich beglaubigten Abschrift der erstinstanzlichen Niederschrift, die die Zulassung der Sprungrevision und die Zustimmung der Beklagten zur Einlegung der Sprungrevision enthält, vorgelegt. Damit ist die Schriftform gewahrt. Dass dafür auch eine unbeglaubigte Fotokopie der Zustimmungserklärung des Gegners genügt, hat der Senat bereits entschieden ([BSGE 20, 154](#), 155 = SozR Nr 17 zu [§ 161 SGG](#)). Hier liegt im Unterschied dazu eine beglaubigte Fotokopie vor, allerdings nicht von der Urschrift des Protokolls, das die Zustimmungserklärung enthält, sondern wiederum nur von einer mit dem Gerichtssiegel beglaubigten Abschrift des Protokolls, die aber im Rechtsverkehr die Urschrift ersetzt (Thomas/Putzo, ZPO, 23. Aufl 2001, § 170 RdNr 1). Eine beglaubigte Abschrift des Sitzungsprotokolls wurde in der Rechtsprechung des BSG bereits für ausreichend gehalten (BSGE GrS 12, 230 = SozR Nr 14 zu [§ 161 SGG](#)). Dem Bedürfnis nach Rechtssicherheit, dem das Schriftformerfordernis dienen soll, wird aber auch mit der über den Rechtsanwalt laufenden Beglaubigungskette ausreichend Rechnung getragen.

Auch gegen die Zulässigkeit des im Revisionsverfahren gestellten Antrags bestehen keine Bedenken. Im Verwaltungsverfahren hatte die Klägerin die Ernährungspumpe zunächst als Sachleistung beantragt. Nach den Feststellungen des SG hat sich die Klägerin die Ernährungspumpe noch während des Widerspruchsverfahrens selbst beschafft. Im Klageverfahren hat die Klägerin ihren ursprünglichen Antrag von "Neubescheidung" zunächst auf Freistellung von den Kosten (vgl dazu [BSGE 88, 204](#), 205 = [SozR 3-2500 § 33 Nr 41](#) und [BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 37](#)) und zuletzt auf Kostenerstattung umgestellt; darin lagen sachdienliche Klageänderungen, die im Revisionsverfahren nur noch präzisiert worden sind. Der Kostenerstattungsantrag war bereits mit Hilfe des im Widerspruchsverfahren eingereichten Kostenvorschlags bestimmbar, ist im Revisionsverfahren dann zunächst auf DM beziffert und in der mündlichen Verhandlung auf Euro umgestellt worden.

Die Revision ist auch begründet. Die Klägerin hat gegen die Beklagte einen Anspruch auf Erstattung der Anschaffungskosten der Ernährungspumpe in Höhe von 1.032,34 Euro (2.019,08 DM). Nach [§ 13 Abs 1 SGB V](#) idF des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 ([BGBl I, 2266](#)) darf die Krankenkasse anstelle einer Sachleistung Kosten erstatten, soweit das SGB V das vorsieht; nach Abs 3 sind einem Versicherten Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Krankenkasse eine Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Dasselbe folgt seit dem 1. Juli 2001 auch aus der allgemeinen Regelung des [§ 15 Abs 1 Satz 4](#) Sozialgesetzbuch Neuntes Buch (SGB IX), der eine Kostenerstattungspflicht unter diesen Voraussetzungen für alle Rehabilitationsträger vorsieht, wozu auch die Krankenkassen zählen ([§ 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX](#)). [§ 13 Abs 3 Satz 2 SGB V](#) verweist für selbstbeschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nunmehr auf [§ 15 SGB IX](#), und zwar auch hinsichtlich der erleichterten Voraussetzungen.

Hier hatte die Beklagte vor der Selbstbeschaffung die Leistung abgelehnt, ferner eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht. Die Feststellungen des SG reichen für die rechtliche Schlussfolgerung aus, dass die Ernährungspumpe für die Klägerin notwendig und ihre Beschaffung unaufschiebbar war, weil sie auf natürlichem Wege keine Nahrung mehr zu sich nehmen konnte und ein weniger aufwändiges Gerät auf reiner Schwerkraftbasis die erforderliche Genauigkeit bei der Dosierung nicht gewährleistet hätte. Einwendungen werden von der Beklagten insoweit auch nicht mehr erhoben.

Die Beklagte hat die somit notwendige (Sach-)Leistung der Ernährungspumpe als Hilfsmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung zu Unrecht verweigert. Nach [§ 33 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) idF des Gesundheits-Reformgesetzes (GRG) vom 20. Dezember 1988 ([BGBl I, 2477](#); vgl jetzt auch die [§§ 31 Abs 1, 26 Abs 2 Nr 6 SGB IX](#)) haben Versicherte einen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg einer 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](#) durch Rechtsverordnung ausgeschlossen sind. Hier geht es um ein "anderes Hilfsmittel", das erforderlich ist, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, die mit dem operativen ärztlichen Eingriff - dem Anbringen von Magensonde und -fistel zum Passieren der Bauchwand (PEG = perkutane endoskopische Gastrostomie, vgl Psyhyrembel, Klinisches Wörterbuch, 259. Aufl 2002, Stichwörter "Fistel 2.", "Gastrostomie" und "PEG") - begann und mit der Sondenernährung fortgesetzt wurde. Das die natürlichen Funktionen der Organe zur Nahrungsaufnahme ersetzende Hilfsmittel ist kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens und nicht durch Rechtsverordnung ausgeschlossen; im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß [§ 128 SGB V](#) (abgedruckt in: Hilfsmittelkatalog, herausgegeben von den Spitzenverbänden der Krankenkassen, Stand Juli 2001, Bd II, Abschnitt 3, Applikationshilfen, Untergruppe Ernährungspumpen) ist es vielmehr ausdrücklich aufgeführt.

Die Beklagte verweigert die Kostenerstattung - wie zuvor die Sachleistung - auch nicht wegen Verneinung von Tatbestandsmerkmalen des [§ 33 SGB V](#), sondern allein unter Hinweis auf eine nach ihrer Auffassung hinsichtlich Ernährungspumpen bestehende (vorrangige) Vorhaltepflcht des Heimträgers (Beigeladener zu 2) sowie auf die dazu ergangene Rechtsprechung des Senats. In mehreren Urteilen vom 10. Februar 2000 (vgl vor allem [BSGE 85, 287](#) = [SozR 3-2500 § 33 Nr 37](#)) hat der Senat bei Rollstühlen die Pflicht der Krankenkassen zur Hilfsmittelgewährung nach [§ 33 Abs 1 SGB V](#) einerseits von der Pflicht der Heimträger zur Vorhaltung von Inventar und Pflegehilfsmitteln nach den [§§ 71, 72 SGB XI](#) andererseits abgegrenzt. Er hat dabei zunächst festgestellt, dass die Leistungspflicht der Krankenkasse - entgegen dem früheren Recht - grundsätzlich nicht davon abhängt, ob der Versicherte zu Hause oder in einer Pflegeeinrichtung wohnt. Bei einer weiten Auslegung des Hilfsmittelbegriffs - wie bislang im ambulanten Bereich - würde dies allerdings dazu führen, dass auch typisches Inventar von Pflegeeinrichtungen als Hilfsmittel der Gesetzlichen Krankenversicherung einzuordnen und - entgegen der Absicht des Gesetzgebers - von dieser zu finanzieren wäre. Als Beispiel seien Pflegebetten und reine Transportmittel wie einfache Schieberollstühle erwähnt. Auch diese Gegenstände gleichen mittelbar noch Behinderungen aus, nämlich die fehlende Fähigkeit des Betroffenen, sich im Bett

selbstständig zu bewegen und das Bett zu verlassen. Dass damit gleichzeitig auch die Pflege erleichtert wird, hat nach der ständigen Rechtsprechung des BSG einer Einordnung als Hilfsmittel der Krankenversicherung bislang nicht entgegengestanden (vgl BSG SozR 2200 § 182 b Nr 9; [BSGE 51, 268](#), 271 f = SozR 2200 § 182b Nr 20; BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 7](#) und 13). Es ist bei Gelegenheit zu prüfen, ob diese Rechtsprechung im ambulanten Bereich nach In-Kraft-Treten des SGB XI in vollem Umfang aufrechterhalten werden kann oder einer Differenzierung bedarf.

Bei einer Pflege in einer stationären Pflegeeinrichtung kann die Leistungspflicht der Krankenversicherung jedenfalls nicht so weit gehen. Der erkennende Senat hat in den genannten Urteilen vom 10. Februar 2000 ([aaO](#)) eine erste Abgrenzung wie folgt umrissen:

"Die Pflicht der gesetzlichen KV 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 ... Die Heime müssen daher das für die vollstationäre Pflege notwendige Inventar bereithalten. Einen geeigneten Anhaltspunkt für die von den Heimen vorzuhaltenden Hilfsmittel bietet - ohne dass hier eine abschließende Beurteilung jedes einzelnen Hilfsmittels vorzunehmen ist - zB die "Gemeinsame Verlautbarung der Spitzenverbände der KKn/Pflegekassen zur Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln" vom 26.5.1997, solange Rechts-VOen über die Ausstattung von Pflegeheimen mit Hilfsmitteln fehlen ... Hierzu zählen zB alle Hilfsmittel, die bei Verwirrheitszuständen, Lähmungen und sonstigen Funktionseinschränkungen üblicher Art (zB bei Altersdemenz, Morbus Alzheimer, Folgen eines Schlaganfalls, Multipler Sklerose und Querschnittslähmungen) benötigt werden. Die gesetzliche KV hat darüber hinaus 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 (zB Brillen, Hörgeräte, Prothesen); (2) Hilfsmittel, die der Befriedigung eines allgemeinen Grundbedürfnisses ... außerhalb des Pflegeheims dienen ..."

Diese Ausführungen, die der Senat im Zusammenhang mit der Verpflichtung der Krankenkassen zur Rollstuhlversorgung gemacht hat, sind zum Teil missverstanden worden und bei dieser Gelegenheit zu präzisieren. Insbesondere der Ausdruck "Heimsphäre" ist nicht rein räumlich dahin zu verstehen, dass damit alle Hilfsmittel aus der Leistungspflicht der Krankenkasse herausfielen, die nur innerhalb des Heimes verwendet werden. Das ergibt sich schon daraus, dass der Senat ausdrücklich individuell angepasste Hilfsmittel ausgenommen hat, und zwar unabhängig davon, wo sie benutzt werden. Der Ausdruck "Heimsphäre" soll vielmehr nur bildhaft beschreiben, was zur Vorhaltepflcht der Pflegeeinrichtung gehört, die wiederum entscheidend vom jeweiligen Versorgungsauftrag und nach In-Kraft-Treten des Pflege-Qualitätssicherungsgesetzes (PQsG) vom 9. September 2001 ([BGBl I, 2320](#)) von der Leistungs- und Qualitätsvereinbarung ([§ 80a SGB XI](#)) abhängt. Sie lässt sich daher nicht allgemein für Pflegeheime jeder Art beschreiben, sondern wird zB für Pflegeheime mit Pflegebedürftigen überwiegend der Pflegestufe I anders aussehen als bei Pflegeheimen mit beatmungsbedürftigen Schwerstpflegebedürftigen oder Apallikern.

Soweit der Versorgungsvertrag, den die Pflegekassen mit dem Heimträger abschließen, nichts Ausdrückliches zur Heimausstattung vorschreibt, ist lediglich die zur Durchführung von üblichen Maßnahmen der Grundpflege und der hauswirtschaftlichen Versorgung erforderliche Ausstattung vorzuhalten, weil sich dies aus dem Wesen jeder Pflegeeinrichtung ohne weiteres ergibt. Was im Einzelnen dazu gehört und wie die Abgrenzung zu den von den Krankenkassen zu leistenden Hilfsmitteln in diesen Bereichen vorzunehmen ist, ist hier nicht zu entscheiden und kann auch nur jeweils für konkrete Gegenstände entschieden werden. Es spricht einiges dafür, auch solche Gegenstände der Heimausstattung 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, eine Rehabilitation damit nicht mehr stattfindet. Soweit der Senat in seinen Urteilen vom 10. Februar 2000 ([aaO](#)) ausgeführt hat, jeder Behinderte, der auf einen Rollstuhl angewiesen ist, das Heim aber nicht mehr verlässt, sei vom Heimträger damit auszustatten, ist dies in der Weise einzuschränken, dass davon Menschen ausgenommen sind, die ihre Wege und Aufenthaltsorte zumindest innerhalb des Heimes noch selbst bestimmen.

Für Hilfsmittel, die der Durchführung von Behandlungspflege dienen, kann eine Vorhaltepflcht des Heimträgers nicht bejaht werden, sofern der jeweilige Versorgungsvertrag bzw die Leistungs- und Qualitätsvereinbarung nichts anderes besagen. Die Verpflichtung des Heimträgers zur Bereitstellung der erforderlichen Hilfsmittel ergibt sich hier insbesondere nicht daraus, dass die Pflegeeinrichtung kraft Gesetzes auch die Behandlungspflege selbst erbringen muss. Die Gewährleistung von Behandlungspflege ist stets Aufgabe der Krankenversicherung gewesen; sie ist nur bei stationärer Pflege vorübergehend und voraussichtlich letztmalig verlängert bis zum 31. Dezember 2004 ([§§ 43 Abs 2, 3](#) und [5, 43b SGB XI](#) idF des Pflegeleistungsergänzungsgesetzes vom 14. Dezember 2001, [BGBl I, 3728](#)) den Pflegekassen zugeordnet worden. Aus dieser Ausnahmeregelung lässt sich für die Zuständigkeit zur Beschaffung der erforderlichen Hilfsmittel nichts herleiten; ein faktisch zwingender Zusammenhang besteht ebenfalls nicht.

Eine Vorhaltepflcht des Heimträgers für Ernährungspumpen besteht auch nicht deshalb, weil die Notwendigkeit einer künstlichen Ernährung in Pflegeheimen nicht selten eintritt, sie vielmehr häufig Folge von Altersdemenz im Spätstadium, Lähmungen durch Schlaganfälle oder Nervenleiden ist, also Erkrankungen, wie sie in normalen Pflegeheimen eher die Regel sind. Gleichwohl stellt der Einsatz einer Ernährungspumpe keine routinemäßige Pflegemaßnahme dar, deren Erforderlichkeit aufgrund von Erfahrungswerten vom Heimträger vorausgeschätzt werden und Grundlage für die wirtschaftliche Vorhaltung einer oder mehrerer Ernährungspumpen sein könnte. Vielmehr handelt es sich jeweils um ärztlich angeordnete und überwachte Maßnahmen, die regelmäßig mit einem körperlichen Eingriff verbunden und deren Ziel die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen sind. Auch wenn sie Maßnahmen der Grundpflege ersetzen (Hilfe bei der Nahrungsaufnahme) und möglicherweise die Pflege erleichtern, weil der Personalaufwand in zeitlicher Hinsicht verringert wird, handelt es sich nicht um Maßnahmen der Grundpflege, sondern einer fachlich qualifizierten Behandlungspflege. Die Ernährungspumpe ist damit Hilfsmittel im Sinne von [§ 33 SGB V](#), weil sie vorrangig der Sicherstellung der ärztlichen Behandlung dient und die Erleichterung der Pflege demgegenüber zurücktritt.

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

Rechtskraft

Aus

Login
FSB
Saved
2003-08-26