

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 25/2011 –

04.10.2011

Anspruch eines gehunfähigen Versicherten auf Versorgung mit einer elektrisch betriebenen Treppensteighilfe für einen Rollstuhl BSG, Urt. v. 07.10.2010, B 3 KR 13/09 R

von Rechtsanwalt Jörg Hackstein, Lünen

I. Thesen des Autors

- 1. Die Unterscheidung zwischen Hilfsmitteln zum unmittelbaren und mittelbaren Behinderungsausgleich verstößt gegen das Willkürverbot und gegen § 10 SGB I.**
- 2. Für die Versorgung eines Versicherten mit Hilfsmitteln im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) kommt es nach der gesetzgeberischen Intention auf die individuellen Lebensumstände an.**

- ständig, die sich aus der Wohnsituation ergebenden Hürden, die sich für einen gehunfähigen Versicherten ergeben, zu beseitigen.**
- 3. Ein gehunfähiger Versicherter hat in der Regel keinen Anspruch gegen die Krankenkasse auf Versorgung mit einer elektrisch betriebenen mobilen Treppensteighilfe für seinen Rollstuhl.**

III. Der Sachverhalt

II. Wesentliche Aussagen des Urteils

- 1. Bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV kommt es nicht auf die konkreten Wohnverhältnisse des einzelnen Versicherten an, sondern generell auf einen an durchschnittlichen Wohn- und Lebensverhältnissen orientierten Maßstab.**
- 2. Die GKV ist im Rahmen der Hilfsmittelversorgung nach dem geltenden Recht grundsätzlich nicht dafür zu-**

Das Bundessozialgericht (BSG) hatte über ein Revisionsverfahren einer im Jahr 1952 geborenen Versicherten zu entscheiden, die von ihrer gesetzlichen Krankenkasse eine sogenannte elektrisch betriebene Treppensteighilfe als Hilfsmittel verlangte. Mit diesem im Hilfsmittelverzeichnis gelisteten Produkt können mit dem Rollstuhl sowie mit Hilfe einer Begleitperson Treppen überwunden werden. Die Versicherte benötigte die Treppensteighilfe, um die Wohnungen mehrerer ihrer Freunde und Verwandten zu erreichen, ebenso für die ein- bis zweimal jährlich anfallenden Besuche bei ihrem Frauenarzt und

ihrem Zahnarzt sowie für ihren wöchentlichen Kirchgang, denn hierbei müsse sie Treppen überwinden. Im Übrigen müsse sie Treppenstufen auch dann überwinden, wenn sie in den Garten ihres Hauses oder in den Keller wolle, in dem neben eigenen Räumen auch eine vermietete Kellerwohnung liege.

Der Antrag wurde von der Krankenkasse abgelehnt. Die dagegen erhobene Klage beim Sozialgericht hatte Erfolg. In dem anschließenden Berufungsverfahren hat das zuständige Landessozialgericht die Entscheidung abgeändert und die Klage abgewiesen. Die hiergegen gerichtete Revision wies das BSG als unbegründet zurück.

IV. Die Entscheidung

Der Senat kam zu dem Ergebnis, dass der Antrag der Versicherten auf Ausstattung mit einer Treppensteighilfe gemäß § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V nicht begründet ist. Die Ausstattung mit Hilfsmitteln im Sinne des § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V setzt grundsätzlich voraus, dass es sich bei diesen um eine Leistung der medizinischen Rehabilitation handelt. Um eine solche handelt es sich, wenn Zweck der Leistung die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolgs ist, um ein selbständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Nur hierfür sei die GKV zuständig. Bei der Treppensteighilfe handele es sich grundsätzlich um ein Hilfsmittel, das dem Behinderungsausgleich im Sinne des § 33 Abs. 1 S. 1 Alt. 3 SGB V diene. Nach Ansicht des Senats bestehen beim Behinderungsausgleich zweierlei Zielrichtungen: Einerseits der Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktion selbst, wie es beispielsweise bei Prothesen der Fall ist (sogenannter unmittelbarer Behinderungsausgleich). Andererseits können Hilfsmittel den Zweck haben, die direkten und indirekten

Folgen der Behinderung auszugleichen (sogenannter mittelbarer Behinderungsausgleich). Im Rahmen des mittelbaren Behinderungsausgleiches sei die GKV nur für einen Basisausgleich der Folgen der Behinderung eintrittspflichtig. Ein Hilfsmittel sei nur zu leisten, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Hierzu zähle u. a. das Erschließen eines gewissen körperlichen Freiraums. Der dazugehörige Basisausgleich erfasse die Fähigkeit, 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 möglicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind (z. B. Supermarkt, Arzt, Apotheke, Geldinstitut).

Bei der beantragten Treppensteighilfe handele es sich um ein Hilfsmittel zum mittelbaren Behinderungsausgleich, weil damit nicht das Gehen selbst ermöglicht werde, sondern lediglich die Folgen der Funktionsbeeinträchtigung der Beine ausgeglichen werden. Das insoweit betroffene Grundbedürfnis auf Erschließung eines körperlichen Freiraums werde zwar grundsätzlich durch Rollstühle geleistet, stoße aber dort an seine Grenzen, wo Treppen zu bewältigen seien. Hier könne eine Treppensteighilfe dem Grunde nach eine geeignete Hilfe sein, sofern dies vom Maßstab der medizinischen Rehabilitation gedeckt sei. Hieran fehle es im vorliegenden Fall jedoch, weswegen der Versicherten kein Anspruch nach § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V zustehe. Die beklagte Krankenkasse sei nicht verpflichtet, die Versicherte zur Überwindung der Kellertreppe im Haus sowie der zum Garten führenden Treppe mit einer Treppensteighilfe zu versorgen. Denn die GKV sei nicht für solche Hilfsmittel eintrittspflichtig, die ein dauerhaft behinderter Versicherter allein wegen seiner individuellen Wohnsitua-

tion benötige. Der Gesetzgeber habe für den Ausgleich von Behinderungsfolgen im Bereich der Mobilität durch die Einführung eines Anspruchs auf Zuschüsse für wohnumfeldverbessernde Maßnahmen in § 40 Abs. 4 SGB XI eine Systementscheidung getroffen. Er habe die Unterscheidung zwischen der behindertengerechten Anpassung der Wohnsituation einerseits und der Versorgung mit Hilfsmitteln zur Bewältigung oder Minderung von Behinderungsfolgen andererseits aufgegriffen und Erstere der Leistungspflicht der Pflegekassen unterstellt. Diese gesetzgeberische Entscheidung könne durch die Gerichte nicht korrigiert werden, auch wenn zuzugestehen sei, dass die Höhe des Zuschusses nicht mehr zeitgemäß sei. Bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV komme es daher nicht auf die konkreten Wohnverhältnisse des einzelnen Versicherten an, sondern auf einen generellen, an durchschnittlichen Wohn- und Lebensverhältnissen orientierten Maßstab. Besonderheiten der Wohnung und des Umfelds, die anderswo – etwa nach einem Umzug – regelmäßig so nicht vorhanden sind und einem allgemeinen Wohnstandard nicht entsprechen, seien nicht zu berücksichtigen. Eine Treppensteighilfe sei hinsichtlich des häuslichen Einsatzes kein von der konkreten Wohnsituation unabhängiges Hilfsmittel, weil es in einer treppenlosen Wohnumgebung nicht erforderlich sei.

Die Versicherte könne den Anspruch gemäß § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V auch nicht darauf stützen, dass sie die Treppensteighilfe benötige, um die Wohnungen von Verwandten und Freunden, Arztpraxen sowie die Kirche aufsuchen zu können. Heutzutage sei festzustellen, dass Gebäude mit Publikumsverkehr in aller Regel einen ebenerdigen Zugang haben und bei Mehrgeschossigkeit ein Fahrstuhl vorhanden sei. Die Herstellung der Barrierefreiheit öffentlicher oder ziviler Bauten sei zudem gesetzlich der Verantwortung der Eigentümer zugewiesen und damit der

Zuständigkeit der GKV entzogen (vgl. Behindertengleichstellungsgesetz). Angesichts dieser grundlegend geänderten rechtlichen Bewertung und der daraus folgenden tatsächlichen Situation geht das BSG nunmehr davon aus, dass im Nahbereich der Wohnung üblicherweise keine Treppen mehr zu überwinden sind und die Herstellung der Barrierefreiheit weiterhin voranschreitet. Deshalb stehe den Versicherten in der Regel kein Anspruch gegen die GKV auf Gewährung einer Treppensteighilfe zu.

Bei den von der Versicherten geltend gemachten Besuchen von Verwandten und Freunden und ebenso dem Kirchgang handle es sich nicht um medizinische Rehabilitation, sondern um die Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft, für die die GKV aber nicht zuständig sei. Das Aufsuchen von Ärzten sei zwar grundsätzlich Teil der medizinischen Rehabilitation. Im vorliegenden Fall gehe es aber lediglich um den ein- bis zweimal jährlich aufzusuchenden Frauen- bzw. Zahnarzt. Insoweit sei die Versicherte aus Wirtschaftlichkeitsgründen zumutbar auf einen Fahrdienst zu verweisen.

V. Würdigung/Kritik

Unabhängig von der Frage, ob die Entscheidung des BSG in dem konkret zu entscheidenden Fall im Ergebnis richtig sein mag, macht der Senat einige grundsätzliche Ausführungen, denen in wesentlichen Teilen nicht zugestimmt werden kann.

Zunächst setzt das BSG seine Rechtsprechung fort, in der zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich unterschieden wird. Während die GKV bei Ersterem einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits unter Berücksichtigung des aktuellen Stands des medizinischen und technischen Fortschritts schuldet, soll sie bei Zweitem nur für den Basisausgleich eintrittspflichtig sein. Für Betroffene macht es im Hinblick auf den Hilfs-

mittelanspruch daher einen immensen Unterschied, ob es um einen unmittelbaren oder (nur) um einen mittelbaren Behinderungsausgleich geht. Eine gesetzliche Grundlage für diese Unterscheidung gibt es jedoch nicht. Sie beruht lediglich auf der Rechtsprechung des BSG. Ob das Gericht zu einer derart prägenden Systementscheidung befugt ist, muss bezweifelt werden. Gemäß Art. 20 Abs. 3 GG sind die Gerichte an Recht und Gesetz gebunden. Die den Hilfsmittelanspruch regelnde Norm des § 33 SGB V jedenfalls sieht die Unterscheidung nach unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich nicht vor, sondern spricht lediglich von Behinderungsausgleich. Zwar sind die Gerichte zur Auslegung von Gesetzen sowie zur Ausfüllung von Gesetzeslücken befugt. Vorliegend dürften aber die Grenzen der richterlichen Rechtsfortbildung überschritten sein. Für eine die Hilfsmittelversorgung derart beeinflussende Unterscheidung bedarf es einer expliziten gesetzlichen Regelung. Dass für solche grundsätzlichen Systementscheidungen die Legislative und nicht die Judikative zuständig ist, wird im Zusammenhang mit der Regelung des § 40 SGB XI selbst vom BSG in dem vorliegenden Urteil unterstellt. Die Unterscheidung zwischen unmittelbarem und mittelbarem Behinderungsausgleich ist darüber hinaus willkürlich und nicht mit dem Leitbild von § 10 SGB I „unabhängig von der Ursache der Behinderung“ zu vereinbaren. Es bestehen keine objektiven Gründe dafür, zwischen dem Ausgleich der ausgefallenen oder beeinträchtigten Körperfunktionen einerseits und dem Ausgleich der direkten und indirekten Folgen der Behinderung andererseits zu unterscheiden. In der Konsequenz führt dies dazu, dass z. B. ein auf einen Rollstuhl angewiesener Querschnittsgelähmter schlechter als ein Beinamputierter gestellt wird, obgleich es bei beiden um den Ausgleich des Funktionsdefizits „Gehen“ geht. Während der Beinamputierte nach der Rechtsprechung

des BSG Anspruch auf einen möglichst weitgehenden Ausgleich des Funktionsdefizits und die Ausstattung mit Hilfsmitteln nach dem aktuellen Stand des medizinischen und technischen Stands hat, muss die GKV bei einem Querschnittsgelähmten lediglich für den Basisausgleich sorgen. Ein sachlicher Grund, warum querschnittsgelähmte gegenüber beinamputierten Versicherten anders behandelt und damit benachteiligt werden, besteht nicht. Damit verstößt diese Unterscheidung gegen das Willkürverbot und gegen das Leitbild des § 10 SGB I. Im Übrigen billigt § 2 Abs. 1 S. 2 SGB V jedem Versicherten ohne Unterschied Leistungen unter Berücksichtigung des technischen Fortschritts zu. Dies scheint nach der Rechtsprechung des BSG bei Hilfsmitteln nur für den unmittelbaren Behinderungsausgleich zu gelten.

Dem BSG kann weiterhin nicht darin gefolgt werden, dass es bei der Hilfsmittelversorgung durch die GKV allein auf einen generellen, an durchschnittlichen Wohn- und Lebensverhältnissen orientierten Maßstab ankommt. Hiergegen spricht bereits sehr deutlich der Wortlaut von § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V, der von der Erforderlichkeit „im Einzelfall“ spricht. Wenn es indes um den Einzelfall geht, dann muss auch auf die individuellen, nicht aber auf die durchschnittlichen Wohn- und Lebensverhältnisse abgestellt werden.

Die Entscheidung des BSG erscheint in diesem Punkt auch nicht stringent. Einerseits wird ausgeführt, dass zum von der GKV grundsätzlich erfassten Grundbedürfnis der Erschließung des körperlichen Freiraums die Fähigkeit gehört, sich in der eigenen Wohnung zu bewegen und die Wohnung zu verlassen. Andererseits wird festgestellt, dass Hilfen bei der Bewältigung von Hürden, wie einer Treppe im Hausflur (Treppenhaus), die überwunden werden muss, um in die Wohnung zu gelangen, nach dem geltenden Recht grundsätzlich nicht in den Verantwor-

tungsbereich der GKV fallen. Dabei entspricht eine Treppe im Hausflur durchaus dem **allgemein üblichen durchschnittlichen Wohnstandard**. In welcher Weise der Betroffene sein Grundbedürfnis auf Verlassen der Wohnung im Falle derartiger Hürden noch zu Lasten der GKV befriedigen kann, ist nicht nachvollziehbar.

Abgesehen davon lässt sich mit dem Hinweis auf § 40 Abs. 4 SGB XI keine gesetzgeberische Grundentscheidung in der vom BSG genannten Form begründen. Vielmehr sind mit der Einführung der Pflegeversicherung die Leistungspflichten der Krankenkassen für Hilfsmittel gleich geblieben, die Pflegekassen leisten nur ergänzend¹. Bereits der Wortlaut der Vorschrift geht davon aus, dass die Leistungen der Pflegekasse subsidiär sind. Dabei wird auf die häusliche Pflege und die Pflegebedürftigkeit abgestellt, Voraussetzungen, die dem Hilfsmittelanspruch nach § 33 SGB V fremd sind.

Das Abstellen auf die durchschnittlichen Wohn- und Lebensverhältnisse widerspricht nicht nur dem Wortlaut des § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V, sondern ebenso den Grundsätzen der §§ 33 SGB I und 9 SGB IX. Auch wenn diese Vorschriften keinen individuellen Anspruch gewähren, darf die Auslegung nicht im Widerspruch zu den vom Gesetzgeber normierten Inhalten stehen². Beide Vorschriften stellen auf die individuellen Verhältnisse ab, was vom BSG mit dieser Rechtsprechung negiert wird.

Abschließend sei noch der Hinweis auf die Hilfsmittelrichtlinie gestattet, die nach § 1 HMRI für die Beteiligten in der Hilfsmittelversorgung verbindlich ist. Ziel ist es, eine

Hilfsmittelversorgung auf der Grundlage realistischer, für den Versicherten alltagsrelevanter Anforderungen zu ermitteln. Dabei sind die individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt als Voraussetzung für das angestrebte Behandlungsziel zu berücksichtigen, vgl. § 6 HMRI. Gegen diese Intention des Richtliniengebers stellt sich das BSG im Rahmen der Hilfsmittelversorgung, indem es auf die durchschnittlichen Verhältnisse abstellt.

Letztlich fehlen jegliche nachvollziehbare Kriterien für durchschnittliche Verhältnisse. Sind nicht das Reihenhaus oder die Doppelhaushälfte mit der Treppe vom Erd- zum Obergeschoss auch durchschnittlicher Standard? Was sind die durchschnittlichen Lebensverhältnisse bei Mobilitätshilfsmitteln? Ist Maßstab das in der Regel ebenerdige Norddeutschland oder sind es die Mittelgebirge mit durchschnittlichen Steigungen von x Prozent? Was ist mit Unterschieden zwischen Stadt und Land? An der notwendigen Bestimmtheit der Auslegung fehlt es somit.

Im Ergebnis mag die Versicherte in dem Verfahren aufgrund des dargestellten Sachverhaltes tatsächlich keinen Anspruch gehabt haben. Trotzdem sind die dargestellten Ausführungen in dem Urteil des BSG vom 7. Oktober 2010 nicht überzeugend.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

¹ BSG, Urt. v. 12.06.2008, B 3 P6/07 R, RN 30 zum Deckenlifter.

² Eichenhofer, SGB 06/11, S. 301 ff.