

Bundessozialgericht

Urteil

Sozialgericht Hannover
Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen
Bundessozialgericht B 3 KR 15/02 R

Auf die Revision des Klägers werden die Urteile des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 24. April 2002 und des Sozialgerichts Hannover vom 26. April 2001 geändert. Die Beklagte wird verurteilt, den Kläger von den Kosten für eine Dekubitus-Matratze in Höhe von 1.129,69 EUR freizustellen. Die Beklagte hat die außergerichtlichen Kosten des Klägers in allen Rechtszügen zu erstatten. Im Übrigen sind Kosten nicht zu erstatten.

Gründe:

I

Der Kläger begehrt die Freistellung von den Kosten für eine Dekubitus-Matratze.

Der Kläger ist der Sohn und Rechtsnachfolger der bei der Beklagten krankenversichert gewesenen Elisabeth S. Die Versicherte ist Anfang des Jahres 2001 verstorben. Sie erhielt von der Pflegekasse der AOK Niedersachsen seit August 1999 Leistungen bei stationärer Pflege, die im Pflegeheim " L " vollstationär durchgeführt wurde. Träger des Pflegeheims ist die beigeladene P GmbH. Die die Versicherte behandelnde Ärztin stellte die Diagnose "Dekubitus" und verordnete der Versicherten am 14. März 2000 eine elektrische Dekubitus-Matratze. Die Beklagte lehnte eine Kostenübernahme ab, weil eine Leistungspflicht der Krankenkasse (KK) nur bestehe, wenn der Dekubitus bereits bei der Aufnahme in ein Heim vorhanden sei. Das sei bei der Versicherten nicht der Fall gewesen (Bescheid vom 26. April 2000). Der Widerspruch der Versicherten blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 3. Juli 2000). Die erforderliche Wechseldruckmatratze hat sie selbst käuflich erworben; den Kaufpreis von 2.202,49 DM hat das Sanitätshaus einstweilen gestundet.

Das Sozialgericht hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 26. April 2001); das Landessozialgericht (LSG) die Berufung zurückgewiesen (Urteil vom 24. April 2002). Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt, die Wechseldruckmatratze sei grundsätzlich ein geeignetes Mittel, um die durch Krankheit oder Behinderung fehlende natürliche Fähigkeit auszugleichen, durch Wechseln der Körperlage Druckgeschwüre zu verhindern. Der Anspruch gegen die Beklagte aus § 33 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) sei jedoch ausgeschlossen, weil der Träger des Pflegeheims bei vollstationärer Pflege alle Hilfsmittel bereitzustellen habe, die zur sachgerechten Durchführung der in zugelassenen Pflegeheimen gewöhnlich anfallenden Pflegeleistungen erforderlich seien.

Mit der vom LSG zugelassenen Revision rügt der Kläger eine Verletzung von § 33 SGB V. Entgegen der Auffassung des LSG scheitere die Leistungspflicht der Beklagten nicht daran, dass das Pflegeheim vorrangig leistungspflichtig sei. Ein Leistungsausschluss der KK könne allenfalls dann bestehen, wenn sich aus vertraglichen Vereinbarungen des Heimträgers mit der Pflegekasse eine Vorhaltepflcht des Heimträgers für Dekubitus-Matratzen herleiten lasse. Eine entsprechende Verpflichtung sei der Träger des Heims, in dem die verstorbene Versicherte gepflegt worden sei, jedoch nicht eingegangen. Das Pflegeheim habe deshalb auch keine Wechseldruckmatratzen bereitgehalten. Eine Leistungspflicht des Pflegeheims könne in Bezug auf die hier benötigte Wechseldruckmatratze auch nicht aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) abgeleitet werden, wonach das Pflegeheim das für die Durchführung der Pflege üblicherweise erforderliche Inventar bereithalten müsse. Dies könne sich nur auf die typischen Maßnahmen der Grundpflege beziehen, nicht aber auf Hilfsmittel für Maßnahmen der medizinischen Behandlungspflege. Soweit auch die Behandlungspflege in die Leistungspflicht der Pflegeversicherung falle, würden nur die Aufwendungen für die erforderlichen Dienstleistungen erfasst, nicht aber die Kosten der zur Durchführung der Behandlungspflege erforderlichen Hilfsmittel. Andernfalls wäre eine ausdrückliche gesetzliche Regelung erforderlich gewesen, wie sie etwa in § 2 Abs 1 Satz 1 Bundespflegesatzverordnung existiere.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 24. April 2002 sowie das Urteil des Sozialgerichts Hannover vom 26. April 2001 aufzuheben, den Bescheid der Beklagten vom 26. April 2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 3. Juli 2000 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, den Kläger von der Pflicht zur Zahlung von 1.129,69 EUR freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision des Klägers gegen das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 24. April 2002 zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die im Revisionsverfahren Beigeladene schließt sich dem Antrag des Klägers an.

II

Die Revision des Klägers ist zulässig und begründet. Die beklagte KK hat den Kläger von den Kosten der Wechseldruckmatratze, mit der seine zwischenzeitlich verstorbene Mutter im Pflegeheim " L " versorgt worden ist, in Höhe von 1.129,69 EUR (2.209,49 DM: 1,95583) freizustellen.

Nach dem Tode der Versicherten ist der Kläger Rechtsinhaber des verfolgten Anspruchs geworden; eine vorrangige Sonderrechtsnachfolge kommt nicht in Betracht (§ 56 Abs 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I)). Ansprüche auf Geldleistungen erlöschen schon dann nicht, wenn im Zeitpunkt des Todes des Berechtigten ein Verwaltungsverfahren (§ 59 Satz 2 SGB I), und damit erst recht nicht, wenn bereits ein Gerichtsverfahren anhängig ist.

Zwar macht der Kläger hier nicht unmittelbar einen Geldleistungsanspruch, sondern einen Befreiungsanspruch geltend, der in der Weise zu erfüllen ist, dass die Beklagte die noch offene Forderung des Lieferanten unmittelbar (als Dritte iS von § 267 Bürgerliches Gesetzbuch (BGB)) bezahlt. Der Anspruch steht aber den im SGB vorgesehenen Geldleistungsansprüchen (vgl §§ 11, 47 SGB I) so nahe, dass er hinsichtlich der Vererblichkeit eine Gleichbehandlung rechtfertigt (vgl hierzu im Einzelnen: Urteil des Senats vom 6. Juni 2002, B 3 KR 67/01 R, zur Veröffentlichung vorgesehen).

Nach § 13 Abs 3 SGB V idF des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl I, S 2266) hat die KK an Stelle einer Sachleistung Kosten zu erstatten, soweit sie 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 KK zählen (§ 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX). § 13 Abs 3 Satz 2 SGB V verweist für selbst beschaffte Leistungen zur medizinischen Rehabilitation nunmehr auf § 15 SGB IX. Hat ein Versicherter, wie hier, die Forderung des Hilfsmittelerbringers noch nicht erfüllt, kann er die Bezahlung seiner Schuld durch die KK verlangen (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 37, S 212).

Die Beklagte hatte hier vor der Selbstbeschaffung die Leistung abgelehnt und zugleich eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht. Nach den Feststellungen der Vorinstanzen war die Lagerung der Versicherten auf einer Wechseldruckmatratze nach ärztlicher Einschätzung erforderlich, weil sie an einem akuten Dekubitus (Durchliege- bzw Druckgeschwür) Stufe II litt. Die Beklagte ist der Verordnung der Wechseldruckmatratze durch die behandelnde Ärztin nicht wegen fehlender medizinischer Erforderlichkeit entgegen getreten; sie hat zudem auch die konkrete Ausführung nicht als unwirtschaftlich angesehen. Sie begründet ihre Leistungsverweigerung vielmehr allein damit, dass trotz bestehender medizinischer Notwendigkeit die Leistungspflicht der KK entfalle, weil es sich um ein Hilfsmittel handle, das von dem Pflegeheim vorzuhalten sei, um seiner Verpflichtung nachkommen zu können, eine dem allgemein anerkannten Stand medizinisch-pflegerischer Erkenntnisse entsprechende Pflege zu erbringen. Diese Rechtsauffassung der Beklagten widerspricht § 33 SGB V; sie findet auch im Regelungskonzept der sozialen Pflegeversicherung und bei der Abgrenzung der Pflege- von der gesetzlichen Krankenversicherung keine Grundlage.

Nach § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V (idF des Gesundheitsreformgesetzes vom 20. Dezember 1988, BGBl I, S 2477; vgl jetzt auch die §§ 31 Abs 1, 26 Abs 2 Nr 6 SGB IX) haben Versicherte einen Anspruch gegen ihre KK 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 zum einen erforderlich ist, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern, und zum anderen auch dem Ausgleich einer Behinderung dient, die hier in der ausgefallenen Fähigkeit des Körperlagewechsels besteht; hiervon ist auch das LSG im angefochtenen Urteil zutreffend ausgegangen. Eine Wechseldruckmatratze ist kein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens und nicht durch Rechtsverordnung ausgeschlossen; im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 128 SGB V sind Wechseldruckmatratzen in Produktgruppe 11 als Liegehilfen zur Be- und Nachbehandlung ausdrücklich aufgeführt.

Der Anspruch des Klägers auf Freistellung von der Verbindlichkeit gegenüber dem Hilfsmittelerbringer ist nicht deshalb ausgeschlossen, weil die verstorbene Versicherte in einem Pflegeheim mit der Wechseldruckmatratze versorgt werden musste. Der Senat hat in den Urteilen zur Versorgung von Pflegebedürftigen in stationären Einrichtungen mit Rollstühlen (Urteile vom 10. Februar 2000, vgl vor allem BSGE 85, 287 = SozR 3-2500 § 33 Nr 37) und mit Ernährungspumpen (Urteile vom 6. Juni 2002, B 3 KR 67/01 R ua, zur Veröffentlichung vorgesehen) bereits deutlich gemacht, dass die Pflicht der KK zur Leistung von Hilfsmitteln, die der Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung oder dem Behinderungsausgleich dienen - entgegen dem früheren Recht - grundsätzlich nicht schon deshalb ausgeschlossen ist, weil sich der Versicherte dauerhaft in einer Pflegeeinrichtung aufhält. Die Leistungspflicht der KK umfasst allerdings nicht alle Gegenstände, die - neben anderen Zwecken - auch dem Ausgleich einer Behinderung dienen. Andernfalls müsste auch typisches Inventar von Pflegeeinrichtungen als von der KK zu leistendes Hilfsmittel angesehen werden. Besteht der Verwendungszweck eines Gegenstands ganz überwiegend darin, die Durchführung der Pflege zu ermöglichen oder zu erleichtern, so begründet allein die Tatsache, dass er auch zum Behinderungsausgleich eingesetzt wird, noch nicht die Leistungspflicht der KK. Als Beispiele für diese Kategorie von Gegenständen wurden bereits im Urteil vom 6. Juni 2002 (B 3 KR 67/01 R) genannt: der einfache Schieberollstuhl, der primär Transportfunktionen innerhalb des Heimes erfüllt, sowie das Pflegebett. Der Senat hat im selben Urteil bereits klargestellt, dass Hilfsmittel, die zur Durchführung von

Behandlungspflege erforderlich sind, grundsätzlich in die Leistungspflicht der KK fallen und nicht vom Pflegeheim vorzuhalten sind. Die Verpflichtung der Pflegekassen, für einen vorübergehenden Zeitraum Maßnahmen der Behandlungspflege in stationären Einrichtungen im Rahmen des Pflegesatzes für allgemeine Pflegeleistungen mit zu finanzieren, berührt die sich aus § 33 SGB V ergebende Pflicht zur Beschaffung der erforderlichen Hilfsmittel nicht.

Dekubitus-Matratzen können allerdings nicht generell einer der genannten Kategorien zugeordnet werden. Denn sie dienen bei unterschiedlicher Konstruktion und Beschaffenheit zum einen der Behandlung akuter Druckgeschwüre und damit der Behandlungspflege und zum anderen nur zur Vermeidung derartiger Gesundheitsstörungen. Ob die Dekubitusvorsorge ebenfalls der Behandlungspflege zuzuordnen oder eine reine Pflegemaßnahme ist, ist im Schrifttum umstritten (vgl Igl/Welti, VSSR 1995, 117, 140, mwN).

Soweit Dekubitus-Matratzen unter pflegerischen Gesichtspunkten allein zur Prophylaxe eingesetzt werden, steht der Aspekt der Pflege ganz im Vordergrund, obgleich sie auch in diesem Zusammenhang in bestimmtem Umfang dem Behinderungsausgleich dienen, eben weil sie eine krankheits- oder behinderungsbedingt eingeschränkte Fähigkeit zum Körperlagewechsel kompensieren sollen. Die Leistungspflicht der KK kann in derartigen Fällen nicht durch den mit Einführung des SGB IX neu in den § 33 Abs 1 SGB V aufgenommenen weiteren Zweck der Hilfsmittelversorgung begründet werden, "einer drohenden Behinderung vorzubeugen". Allgemein bestand eine Leistungspflicht der Krankenversicherung zur Vorbeugung einer drohenden Behinderung oder Pflegebedürftigkeit auch schon vor Einführung des SGB IX nach § 11 Abs 2 Satz 1 SGB V. Diese Regelungen bedürfen im Hinblick auf die Gesamtkonzeption von Kranken- und Pflegeversicherung einer teleologischen Reduktion in dem Sinne, dass die Behinderung nicht nur allgemein, sondern konkret und unmittelbar drohen muss. Denn jede nach pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen durchgeführte Pflege muss sachnotwendig darauf ausgerichtet sein, weitere Behinderungen, eine Erhöhung des pflegerischen Hilfebedarfs oder eine Zunahme von Beschwerden auf Grund des die Pflegebedürftigkeit begründenden Gesamtzustands zu vermeiden. Von daher müsste bei weiter Auslegung nicht nur ein Großteil der die Pflege erleichternden Hilfsmittel, sondern auch der Teil des Aufwands für pflegerische Dienstleistungen, der den genannten Zwecken dient, der Krankenversicherung zugeordnet werden. Eine derart weit gehende Leistungspflicht der Krankenversicherung hat der Gesetzgeber nach der Feststellung von Pflegebedürftigkeit erkennbar nicht beabsichtigt. Von diesem Zeitpunkt an fallen alle Maßnahmen, die der Grundpflege zuzuordnen sind, in die Zuständigkeit der Pflegeversicherung, auch soweit sie vorbeugenden Charakter haben. Dies wird für den Bereich der ambulanten Pflege etwa durch § 37 Abs 2 Satz 4 SGB V klargestellt, der Grundpflege als Leistung der KK nach Eintritt von Pflegebedürftigkeit ausschließt. Dass für die stationäre Pflege eine hiervon abweichende Abgrenzung beabsichtigt war, ist nicht erkennbar.

Wird die Dekubitus-Matratze allerdings im Zuge eines ärztlichen Behandlungskonzepts zur Behandlung von oder zur Nachsorge nach akuten Dekubitalgeschwüren eingesetzt, so steht der Aspekt der Behandlungspflege im Vordergrund und begründet deshalb die Leistungspflicht der KK. In diesen Fällen kann die KK dem Anspruch des Versicherten auch nicht entgegen halten, der Dekubitus sei durch einen Pflegefehler in der Einrichtung entstanden. Sie kann die durch Fehlbehandlung verursachten Mehraufwendungen, wie bei einer Falschbehandlung im Krankenhaus oder durch andere Leistungserbringer, nur im Wege des Regresses gegen den Verursacher geltend machen (vgl § 116 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X)). Außerdem muss beim Auftreten eines Druckgeschwürs nicht notwendigerweise ein Pflegedefizit zu Grunde liegen. Der Entstehung eines Druckgeschwürs kann nach medizinisch-pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen zwar in der Regel durch bewegungsfördernde Maßnahmen entgegen gewirkt werden; dieses Ziel ist aber nicht bei allen Pflegebedürftigen erreichbar. Einschränkungen bestehen vor allem bei Personen, deren gesundheitliche Situation eine konsequente Anwendung der erforderlichen prophylaktischen Maßnahmen nicht zulässt (Schiemann/Moers, Nationaler Expertenstandard Dekubitusprophylaxe in der Pflege, in: Igl/Schiemann ua, Qualität in der Pflege, Stuttgart, New York 2002, S 205, 206, 219; Seel, Die Pflege des Menschen, 3. Aufl., Hagen 1998, S 344 ff). Die Leistungspflicht der KK entsteht in solchen Fällen nicht erst dann, wenn es um die Behandlung eines akuten Druckgeschwürs geht, sondern stets, wenn nach ärztlicher Einschätzung die Entstehung eines Dekubitusses ohne den Einsatz einer speziellen Dekubitus-Matratze unmittelbar droht. Für die erforderliche Prognose stehen standardisierte Parameter zur Verfügung (zB die so genannte Norton- und die Seilerskala, vgl Seel, aaO, S 346), die eine verlässliche Beurteilung der Frage zulassen, in welchen Fällen insbesondere der Einsatz einer so genannten Wechseldruckmatratze zur Vermeidung eines krankhaften Zustandes erforderlich ist. Im Rahmen der Dekubitusprophylaxe und -behandlung werden mehrere Schweregrade pathologischer Hautveränderungen unterschieden, mit denen auf Seiten der einzusetzenden Hilfsmittel unterschiedliche Arten von Dekubitus-Matratzen korrespondieren. Zur Vorhaltepflcht eines Pflegeheims gehören von allen Systemen nur diejenigen, die allgemein der Prophylaxe dienen und lediglich eine druckreduzierende Weichlagerung ermöglichen (Stufe 0). Ist aus medizinischer oder pflegewissenschaftlicher Sicht dagegen wie im vorliegenden Fall ein so genanntes Wechseldrucksystem (Stufen 1 bis 4) erforderlich, so handelt es sich um ein Hilfsmittel, das der Krankenbehandlung dient und deshalb dem Versicherten von der KK zur Verfügung zu stellen ist. Die unberechtigte Leistungsverweigerung der Beklagten verpflichtet sie deshalb zur Kostenfreistellung des Klägers.

Die Kostenentscheidung folgt, soweit es um die Erstattung der außergerichtlichen Kosten des Klägers geht, aus § 193 Abs 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG), im Übrigen aus § 193 Abs 4 SGG iVm § 184 Abs 1 SGG (idF des 6. SGG-ÄndG vom 17. August 2001, BGBl I S 2144). Danach kommt ein Kostenerstattungsanspruch der Beigeladenen nicht in Betracht, obwohl sie als Beigeladene nicht zu den Gebührenschauldern iS von § 184 Abs 1 SGG gehört. § 193 Abs 4 SGG ist dahingehend auszulegen, dass sich die Erstattungsberechtigung hinsichtlich der außergerichtlichen Kosten auf die in § 183 SGG genannten natürlichen Personen beschränkt (vgl dazu auch Beschluss des Senats vom 8. Juli 2002 - B 3 P 3/02 R -, zur Veröffentlichung vorgesehen).