

BUNDESSOZIALGERICHT



Im Namen des Volkes

Urteil

in dem Rechtsstreit

Az: B 3 KR 14/97 R

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozeßbevollmächtigte:

.....,

g e g e n

Hamburg-Münchener Krankenkasse,
Schäferkampsallee 16, 20357 Hamburg,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat ohne mündliche Verhandlung am 6. August 1998 durch den Vorsitzenden Richter Dr. L a d a g e , die Richter Dr. U d s c h i n g und S c h r i e v e r sowie die ehrenamtlichen Richter Dr. G a s s e r und L e i t e für Recht erkannt:

Die Revision des Klägers gegen das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 9. September 1997 wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.



JLaw – Gesetze und Urteile
Kostenlos
Über 200 Gesetze
Über 100.000 Urteile
[\(mobile App\)](#)



[JLaw – für Android](#)



[JLaw – für iOS](#)

G r ü n d e :

I

Streitig ist ein Anspruch des Klägers gegen die beklagte Krankenkasse auf Kostenerstattung für den Einbau eines Treppenlifts.

Der 1959 geborene Kläger ist verheiratet und hat ein Kind. Aufgrund einer Krebserkrankung wurde 1993 die linke Beckenschaufel nebst Hüftgelenk entfernt und eine Beckenteilprothese sowie eine Hüftendoprothese eingesetzt. Zudem besteht eine inkomplette Läsion des Plexus lumbosakralis. Die Gehfähigkeit des Klägers ist erheblich eingeschränkt; er kann noch ungefähr 50 m mit Gehhilfen gehen. Das Versorgungsamt hat nach dem Schwerbehindertengesetz einen Grad der Behinderung von 80 vH festgesetzt sowie die Merkzeichen "G", "aG" und "B" zuerkannt.

Der Kläger, der eine Rente wegen Erwerbsunfähigkeit bezieht, bewohnt ein eigenes Einfamilienhaus. Im Erdgeschoß befinden sich ua das Wohnzimmer und die Küche, im Obergeschoß die Schlafzimmer und das Badezimmer. Die verbindende Treppe ist viertelgewendelt. Der Kläger konnte sie 1994 ohne eigene Gefährdung und ohne Gefahr der Verschlimmerung seiner Behinderung nicht mehr allein bewältigen. Seine Ehefrau, die teilzeitbeschäftigt ist, kann ihn nicht allein hinauf- oder hinuntertragen. Der Kläger entschloß sich deshalb zum Einbau eines Treppenlifts. Er entschied sich für das Angebot der Firma L. L. und A. GmbH vom 19. Juli 1994 über 22.500 DM. Unter Hinweis auf die Verordnung eines Treppenlifts durch seinen Hausarzt beantragte er am 30. August 1994 die Übernahme dieser Kosten. Die Beklagte lehnte den Antrag ab (Bescheid vom 13. September 1994, Widerspruchsbescheid vom 21. April 1995). Sie vertrat die Ansicht, die behinderungsgerechte Herrichtung einer Wohnung werde von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfaßt. Der Treppenlift wurde am 2. November 1994 installiert. Den Rechnungsbetrag hat der Kläger im Dezember 1994 beglichen.

Das Sozialgericht (SG) hat der Klage stattgegeben (Urteil vom 19. September 1996). Das Landessozialgericht (LSG) hat auf die Berufung der Beklagten das erstinstanzliche Urteil geändert und die Klage abgewiesen (Urteil vom 9. September 1997). Es ist der Auffassung, bei dem Treppenlift handele es sich nicht um ein Hilfsmittel iS des § 33 Abs 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Eine Kostenerstattung nach § 13 Abs 3 SGB V scheide schon aus diesem Grunde aus. Die Frage, ob die sonstigen Voraussetzungen dieser Vorschrift erfüllt sind, könne daher offenbleiben.

Mit der Revision rügt der Kläger eine Verletzung der §§ 13 Abs 3 und 33 Abs 1 SGB V. Er hält die Beklagte für verpflichtet, die von ihm aufgetragenen Kosten für den Einbau des Treppenlifts zu erstatten, da dieses Gerät ein Hilfsmittel zur Erhöhung seiner behinderungsbedingt eingeschränkten Mobilität innerhalb seines Hauses sei.



Der Kläger beantragt,

das Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichts vom 9. September 1997 zu ändern und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Itzehoe vom 19. September 1996 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurückzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einverstanden erklärt.

II

Die Revision des Klägers ist nicht begründet. Das LSG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 13. September 1994 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 21. April 1995 ist rechtmäßig.

Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch richtet sich nach § 13 Abs 3 SGB V i d F des Gesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl I S 2266). Danach hat die Krankenkasse Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, daß sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alternative) oder daß sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (2. Alternative). Die Kostenerstattungspflicht der Krankenkasse hängt in beiden Alternativen ua davon ab, daß die vom Versicherten selbst beschaffte Leistung von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfaßt wird. Das ist hier nicht der Fall. Ein Treppenlift ist kein Hilfsmittel i S des § 33 SGB V.

Nach § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte als Teil der Krankenbehandlung (§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGB V) Anspruch auf Versorgung mit Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der 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 (Heil- und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenem therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis) ausgeschlossen sind. Durch die Einbeziehung auch aller nicht ausdrücklich genannten geeigneten, aber nicht näher definierten "anderen Hilfsmittel" in den Leistungskatalog hat der Gesetzgeber verdeutlicht, daß er von einem umfassenden Hilfsmittelbegriff ausgeht (Schneider in: Schulin, Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Bd 1 Krankenversicherungsrecht, § 22 RdNr 274). Die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) hat dies dahin ausgelegt, daß für



den hier interessierenden Bereich des Behinderungsausgleichs der Hilfsmittelbegriff erfüllt ist, wenn fehlende Körperteile ersetzt oder beeinträchtigte bzw ausgefallene Körperfunktionen ganz oder teilweise wiederhergestellt, ermöglicht, ersetzt, ergänzt oder wesentlich erleichtert werden (BSG SozR 2200 § 182b Nrn 12, 29 mwN; BSG SozR 3-2500 § 33 Nrn 7, 15, 16 mwN; st Rspr), und zwar auch dann, wenn eine technische Hilfe nur unter Einschaltung Dritter genutzt werden kann (BSG SozR 2200 § 182b Nr 20 Krankenlifter; BSG SozR 3-2200 § 182b Nr 2 Notrufanlage; BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 7 Rollstuhlboy). Die ausgefallene oder beeinträchtigte Körperfunktion (zB Gehen, Stehen, Sitzen, Treppensteigen, Greifen, Sehen, Hören) muß dabei nicht unmittelbar ersetzt oder verbessert werden; es genügt auch der indirekte Ausgleich über eine andere Körperfunktion (BSGE 50, 77 = SozR 2200 § 182b Nr 17 Blattwendegerät; BSG SozR 2200 § 182b Nr 25 Kopfschreiber, Nr 26 Schreibtelefon; BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 7 Rollstuhlboy, Nr 16 Lese-Sprechgerät, Nr 18 Farberkennungsgerät). Es kommt auch nicht darauf an, ob das Hilfsmittel unmittelbar am Körper des Behinderten ausgleichend wirkt, wie es zB bei Prothesen, Brillen, Kontaktlinsen, Hörgeräten und orthopädischen Schuhen der Fall ist, oder ob der Ausgleich indirekt auf andere Weise erzielt wird (BSGE 50, 77 = SozR 2200 § 182b Nr 17; st Rspr). Allerdings hat die Rechtsprechung immer die Einschränkung gemacht, daß Hilfsmittel, die nicht unmittelbar an der Behinderung ansetzen, sondern bei deren Folgen auf beruflichem, gesellschaftlichem oder auch nur privatem, dh die Freizeitinteressen betreffendem Gebiet, grundsätzlich nicht als Hilfsmittel der Krankenversicherung anzuerkennen seien und insoweit zwischen Hilfsmitteln der Krankenversicherung und solchen der Eingliederungshilfe zu unterscheiden sei (vgl zu einer elektrischen Schreibmaschine bei einer Phokomelie der oberen Gliedmaßen: BSG SozR 2200 § 187 Nr 1 und zu einer Blindenschrift-Schreibmaschine: BSG SozR 2200 § 182b Nr 5). Soweit elementare Grundbedürfnisse des täglichen Lebens betroffen sind, fällt der Ausgleich der Folgen der Behinderung auf den genannten Gebieten aber in die Leistungspflicht der Krankenversicherung, wie zum Clos-o-mat entschieden (BSG SozR 2200 § 182b Nr 10; stRspr).

Das LSG hat im Hinblick auf diese Entwicklung die Revision zugelassen, obwohl bereits vom BSG einmal entschieden worden ist, daß ein Treppenlift kein Hilfsmittel der Krankenversicherung ist (BSG SozR 2200 § 182b Nr 23). Der Senat kommt nach erneuter Überprüfung zu einer Bestätigung dieser Entscheidung, sieht sich aber veranlaßt, die maßgeblichen Gesichtspunkte deutlicher hervorzuheben und sich auch teilweise von anderen Entscheidungen aus heutiger Sicht zu distanzieren.

Zunächst ist hervorzuheben, daß die gesetzliche Krankenversicherung allein die Aufgabe hat, die Gesundheit der Versicherten zu erhalten, wiederherzustellen oder zu bessern, und zwar durch Krankenbehandlung (einschließlich Vorsorgemaßnahmen) und durch medizinische Rehabilitation (§§ 1 und 11 SGB V). Sonstige übergreifende Aufgaben wie etwa die soziale Eingliederung oder die berufliche Rehabilitation sind ihr hingegen nicht zugewiesen, wodurch sie sich von anderen Zweigen der Sozialversicherung und von der Sozi-



alhilfe unterscheidet. Für einen Behinderten nützliche Mittel fallen im Bereich des Behinderungsausgleichs nur dann als Hilfsmittel in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn sie Körperfunktionen im Bereich der Grundbedürfnisse ganz oder weitgehend ausgleichen, und zwar in behinderungsspezifischer Weise, so daß Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens auch dann nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherung fallen, wenn sie im Einzelfall für einen Behinderten nützlicher sind als für einen Gesunden. Bei einem Treppenlift läßt sich unter diesen Gesichtspunkten allerdings feststellen, daß er einmal geeignet ist, eine Körperfunktion bei einem Grundbedürfnis zu ersetzen, nämlich dem Treppensteigen, das im Alltagsleben von vergleichbarer Bedeutung ist wie Gehen, Stehen oder Sitzen. Auch wirkt dieses Mittel behindertenspezifisch, weil es in der Regel nicht - wie etwa ein Fahrstuhl - auch von Gesunden benutzt wird und damit nicht als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens einzuordnen ist. Damit sind aber noch nicht alle Voraussetzungen für ein Hilfsmittel im Sinne der Krankenversicherung erfüllt.

Aus der Gegenüberstellung der in § 33 Abs 1 SGB V ausdrücklich genannten Hilfsmittel, nämlich der Seh- und Hörhilfen, der Körperersatzstücke und der orthopädischen Hilfsmittel, einerseits und der nicht näher konkretisierten "anderen Hilfsmittel" andererseits folgt ferner, daß nur solche technischen Hilfen als Hilfsmittel im Sinne dieser Vorschrift anzuerkennen sind, die - wie die ausdrücklich genannten Hilfen - vom Behinderten getragen oder mitgeführt, bei einem Wohnungswechsel auch mitgenommen und benutzt werden können, um sich im jeweiligen Umfeld zu bewegen, zurechtfinden und die elementaren Grundbedürfnisse des täglichen Lebens zu befriedigen. Das Hilfsmittel soll die Körperfunktionen des Behinderten ersetzen, ergänzen oder verbessern, die für die möglichst selbständige Durchführung der Alltagsverrichtungen notwendig sind. Der Behinderte wird dadurch den Erfordernissen der Umwelt angepaßt, nicht aber das Umfeld an die Bedürfnisse des Behinderten angeglichen. Andernfalls ließe sich die Leistungspflicht der Krankenkassen nur schwerlich eingrenzen und würde nicht nur den behinderungsgerechten Umbau eines Hauses umfassen, sondern sich auch auf die Herrichtung der Zufahrtswege oder noch weitergehende Umgestaltungen des Wohnumfeldes erstrecken. Der Einwand, für einen Gehbehinderten sei zumindest die selbständige Beweglichkeit innerhalb der eigenen Wohnung von grundlegender Bedeutung, ist zwar zutreffend, aber dennoch nicht geeignet, aus diesem Grunde die Leistungspflicht der Krankenkasse zu begründen. Denn er besagt nur, daß damit ein Grundbedürfnis betroffen ist, ändert aber nichts an der Erkenntnis, daß es sich beim Einbau eines Treppenlifts um die Anpassung des Wohnumfeldes handelt, die nur deshalb aus der Sicht des Klägers notwendig geworden ist, weil in seiner Wohnung eine Treppe zu überwinden ist. Für einen Versicherten mit gleicher Behinderung, der in einer ebenerdigen Wohnung wohnt, ergibt sich diese Notwendigkeit nicht. Die Hilfsmitelegeinschaft eines Geräts hängt aber nicht von den jeweiligen Wohnverhältnissen ab. Daß nach dem Gesetz das Hilfsmittel "im Einzelfall" erforderlich sein muß, besagt nicht, daß bereits die Frage, ob ein nützliches Mittel ein Hilfsmittel iS der Krankenversicherung ist, nach allen Umständen des Einzelfalls zu beurteilen wäre, son-



dern nur, daß Anspruch auf ein Hilfsmittel insoweit besteht, als es nach den individuellen (körperlichen und geistigen) Verhältnissen des Versicherten erforderlich ist (BSG SozR 2200 § 182b Nr 17). Fest in ein Haus oder eine Wohnung eingebaute technischen Hilfen fallen folglich nicht in den Anwendungsbereich des § 33 Abs 1 SGB V. Von daher kann die in der Entscheidung des erkennenden Senats vom 17. September 1986 - 3 RK 5/86 - (SozR 2200 § 182b Nr 33) zum insoweit inhaltsgleichen § 182b Reichsversicherungsordnung (RVO) vertretene Auffassung nicht mehr aufrechterhalten werden, eine Klingelleuchte könne für einen Schwerhörigen selbst dann ein in die Leistungspflicht der Krankenversicherung fallendes Hilfsmittel sein, wenn sie mit dem Gebäude fest verbunden ist. Die für den Bereich des Bundesversorgungsgesetzes (BVG) ausdrücklich niedergelegte Regelung, daß "unbewegliche Gegenstände" nicht geliefert werden und damit von der Versorgung mit Hilfsmitteln ausgeschlossen sind (vgl § 18 Abs 1 Orthopädieverordnung), gilt daher in entsprechender Weise auch für die gesetzliche Krankenversicherung.

Der Ausschluß fest eingebauter technischer Hilfen von der Leistungspflicht der Krankenkassen erlaubt aber nicht den Umkehrschluß, daß alle nicht fest eingebauten, also in diesem Sinne "beweglichen" Hilfen zwangsläufig von § 33 Abs 1 SGB V erfaßt werden. Insoweit bleibt auch hier maßgeblich, ob die Hilfe der "Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung" oder dem "Ausgleich einer Behinderung" durch eine Verbesserung oder - bei völligem Ausfall - durch einen Ersatz von Körperfunktionen dient. Damit scheiden alle Maßnahmen, die sich im Gegensatz dazu als Beseitigung eines den Behinderten störenden äußeren Hindernisses darstellen, aus dem Anwendungsbereich des § 33 Abs 1 SGB V aus. Insoweit kommt lediglich die Möglichkeit in Betracht, daß notwendige Aufwendungen für solche Ausstattungsmaßnahmen bei Bedürftigkeit des Behinderten nach § 29 Abs 1 Nr 3 Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil (SGB I) iVm § 40 Abs 1 Nr 6a Bundessozialhilfegesetz (BSHG) vom zuständigen Sozialhilfeträger zu tragen sind. Den Ausschluß der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bei Maßnahmen zur Anpassung bzw Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes hat der Gesetzgeber zuletzt dadurch bestätigt, daß er im vergleichbaren Bereich der sozialen Pflegeversicherung eine differenzierte Regelung vorgesehen hat, ohne zugleich eine Änderung des SGB V vorzunehmen. Nach § 40 Abs 1 Satz 1 Elftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XI) haben Pflegebedürftige einen Anspruch auf Versorgung mit Pflegehilfsmitteln, die zur Erleichterung der Pflege oder zur Linderung der Beschwerden des Pflegebedürftigen beitragen oder ihm eine selbständige Lebensführung ermöglichen, soweit die Hilfsmittel nicht wegen Krankheit oder Behinderung von der Krankenversicherung oder anderen zuständigen Leistungsträgern zu leisten sind. Diese Leistungspflicht der Pflegekassen für Pflegehilfsmittel wird ergänzt durch die als Ermessensleistung ausgestaltete subsidiäre Möglichkeit zur Zahlung finanzieller Zuschüsse bis zur Höhe von 5.000 DM "für Maßnahmen zur Verbesserung des individuellen Wohnumfeldes des Pflegebedürftigen", wenn dadurch im Einzelfall die häusliche Pflege ermöglicht oder erheblich erleichtert oder eine möglichst selbständige Lebensführung des Pflegebedürftigen wiederhergestellt wird (§ 40 Abs 4 SGB XI). Der Gesetzgeber hat hier also zwischen Hilfsmitteln und Maßnahmen zur Ver-



besserung des Wohnumfeldes unterschieden. Dann kann nicht angenommen werden, daß er diese Unterscheidung bei den Hilfsmitteln der Krankenversicherung nicht gelten lassen will, wie sie bereits die frühere Rechtsprechung vorgenommen hat (BSG SozR 2200 § 182b Nrn 23, 29).

Nach diesen Abgrenzungskriterien fällt der Einbau eines Treppenlifts nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Anders als eine Treppenraupe ermöglicht ein Treppenlift einem Behinderten nur die Überwindung einer bestimmten Treppe. Durch den Einbau des Treppenlifts wird nur ein der Mobilität des Gehbehinderten entgegenstehendes lokales Hindernis überwunden, nicht aber das Treppensteigen ermöglicht. Dementsprechend ist auch schon von der zu § 182b RVO ergangenen Rechtsprechung eine Treppenraupe als Hilfsmittel eingestuft worden (BSG SozR 2200 § 182b Nr 29), während sie dies für einen Treppenlift abgelehnt hat (BSG SozR 2200 § 182b Nr 23), und zwar unabhängig davon, ob der Treppenlift in die Wohnung fest eingebaut worden und damit zivilrechtlich zum Bestandteil des Gebäudes geworden ist oder ob es sich um eine zwar demontierbare und an anderer Stelle wiederverwendbare, aber nicht seiner Funktion nach transportable Einrichtung handelt.

Da der Treppenlift also kein in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fallendes Hilfsmittel iS des § 33 SGB V ist, kann die Frage offenbleiben, ob der Leistungsanspruch auch deshalb unbegründet ist, weil dem Kläger ein Umzug in ein eingeschossiges Haus persönlich und finanziell zuzumuten gewesen wäre, um so die erst zur Leistungspflicht führende Notwendigkeit des Einbaus des Treppenlifts zu vermeiden (vgl § 12 SGB V - Wirtschaftlichkeitsgebot -). Ebenso kann offenbleiben, ob die sonstigen Voraussetzungen des § 13 Abs 3 SGB V, vor allem die - außer in den Fällen der Notbeschaffung wegen Eilbedürftigkeit erforderliche - ausreichende Beteiligung der Krankenkasse (Abwarten der Entscheidung über den Leistungsantrag) vor Erteilung des Auftrages zum Einbau des Treppenlifts (vgl BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11), erfüllt sind und ob es insoweit unschädlich ist, daß ein Versicherter vor der Selbstbeschaffung der Leistung nur die erste ablehnende Verwaltungsentscheidung, nicht aber den Widerspruchsbescheid abwartet.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

