

L 8 KR 40/07

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Frankfurt (HES)
Aktenzeichen
S 21 KR 3101/03
Datum
01.12.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 8 KR 40/07
Datum
24.04.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

1. Die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst die Versorgung mit einem Hilfsmittel, wenn Grundbedürfnisse des täglichen Lebens eines behinderten Versicherten betroffen sind. Zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens zählt auch die "elementare Bewegungsfreiheit" eines behinderten Versicherten im Sinne eines Basisausgleichs. In diesem Zusammenhang kann im Einzelfall ein Leistungsanspruch eines gehbehinderten Versicherten auf Versorgung mit einem Therapiedreirad bestehen.

2. Die Versorgung eines gehbehinderten Versicherten mit einem Therapiedreirad ist von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung weder generell ausgeschlossen noch generell erfasst. Das Ermöglichen des Radfahrens für einen behinderten Versicherten gehört nicht zu den Leistungspflichten der gesetzlichen Krankenversicherung.

3. Die Wegstrecke, die ein gesunder Versicherter zu Fuß gewöhnlich zurücklegt bestimmt nicht das Mindestmaß des Leistungsanspruchs des behinderten Versicherten, da er keine vollständige Gleichstellung von der gesetzlichen Krankenversicherung verlangen kann. Diese Wegstrecke stellt vielmehr eine Begrenzung des Versorgungsanspruchs des behinderten Versicherten auf das Notwendige dar. Auf die Berufung der Beklagten wird das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. Dezember 2006 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um den Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit einem Therapiedreirad.

Die bei der Beklagten versicherte Klägerin ist im Jahr 1974 geboren. Bei ihr besteht eine spastische Spinalparalyse mit Paraspastik beidseitig mit ataktischer Gangstörung.

Die Beklagte versorgte die Klägerin mit orthopädischen Maßschuhen und einem Rollator.

Im Mai 2003 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Versorgung mit einem Therapiedreirad unter Vorlage einer Hilfsmittelverordnung der K.-Klinik und eines Kostenvoranschlages in Höhe von 2.287,72 EUR.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 22. Mai 2003 die Kostenübernahme ab. Ein Fahrrad sei ein Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens. Dies gelte auch für Fahrräder mit einer behindertengerechten Ausstattung. Lediglich gehbehinderten Kindern und Jugendlichen unter 18 Jahren könne im Einzelfall ein Therapiedreirad als Hilfsmittel bewilligt werden. Dies geschehe nicht nur zum Ausgleich einer Gehbehinderung, sondern auch mit dem Ziel der günstigen Beeinflussung der Koordination bzw. des Gleichgewichtssinns in der Entwicklungsphase.

Die Klägerin begründete ihren dagegen eingelegten Widerspruch im Wesentlichen wie folgt: Bei dem beantragten Therapiedreirad handele es sich nicht um einen Gegenstand des täglichen Lebens. Durch die Nutzung des Therapiedreirades könne vielmehr der Erfolg der durchgeführten Heilbehandlung gesichert werden durch das grobmotorische Muskeltraining, die Förderung der Koordination zwischen Armen und Beinen, das Ausdauertraining und durch die Unterstützung der krankengymnastischen Behandlung. Mit dem Therapiedreirad solle auch ihre Mobilität verbessert werden. Zudem solle der Gebrauch des Therapiedreirades eine Verschlimmerung der Behinderung

verhüten, mildern bzw. ausgleichen. Deshalb habe die Reha-Einrichtung K.-Klinik das Therapiedreirad verordnet.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 1. August 2003 als unbegründet zurück. Dazu führte sie ergänzend aus, das beantragte Therapiedreirad sei nicht erforderlich, um den Erfolg einer Krankenbehandlung zu sichern oder einer drohenden Behinderung vorzubeugen. Die physikalische Therapie stehe zur Sicherung der Mobilität, als Muskeltraining und zur Förderung der Koordinationsfähigkeit zur Verfügung. Diese Therapie sei zudem mit geringeren Kosten verbunden. Ein Hilfsmittel sei darüber hinaus nur erforderlich, wenn es für allgemeine Grundbedürfnisse benötigt werde. Radfahren zähle nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht zu den Grundbedürfnissen, für die die Krankenkasse ein Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen habe.

Dagegen hat die Klägerin am 25. August 2003 Klage vor dem Sozialgericht Frankfurt am Main erhoben.

Sie stützt den geltend gemachten Anspruch auf eine ärztliche Bescheinigung von Dr. D. vom 24. November 2003 und vom 7. Juli 2005 nebst einer erneuten Verordnung eines Therapiedreirades vom 7. Juli 2005. Nach dieser ärztlichen Bescheinigung sei sie nicht in der Lage, eine Gehstrecke ohne Gehilfe zu bewältigen (Gehstrecke 0 Meter), mit Gehilfe – Gehstock – könne sie fünf Meter Gehstrecke bewältigen und mit einem Rollator könne sie etwa 30 Minuten auf ebener Strecke unterwegs sein (mit kleineren Pausen). Mit der ärztlichen Bescheinigung vom 7. Juli 2005 begründe Dr. D. seine Verordnung auf der Grundlage der Ausstattung und des Preises des Therapiedreirades "Kettwiesel". Nach dem Urteil des Senats vom 20. Juli 2006 (Az.: L [8/14 KR 376/04](#)) stehe ihr der geltend gemachten Anspruch zu.

In der mündlichen Verhandlung vor dem Sozialgericht hat die Klägerin ausgeführt, sie bewege sich am Arbeitsplatz und in der Wohnung mit dem Rollator. Mit diesem mache sie auch kleinere Spaziergänge auf ebener Strecke. Bei diesen Spaziergängen bewältige sie eine Strecke von unter einem Kilometer. Die Beinmuskulatur sei ihr Hauptproblem. Wegen der Spastik, seien die Muskeln dort verkürzt. Einmal in der Woche habe sie Krankengymnastik und absolviere auf eigene Kosten einmal in der Woche eine medizinische Trainingstherapie an Geräten.

Das Sozialgericht Frankfurt am Main hat mit Urteil vom 1. Dezember 2006 die Beklagte antragsgemäß verurteilt, die Klägerin mit dem Therapiedreirad der Marke "Kettwiesel" auszustatten. Dazu hat es zusammengefasst ausgeführt, die Klägerin habe den geltend gemachten Anspruch aus [§§ 33, 34](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Gestützt auf die Argumentation des Urteils des Senats vom 20. Juli 2006 (Az.: L [8/14 KR 376/04](#)) seien die Voraussetzungen im Falle der Klägerin für einen Anspruch auf Versorgung mit einem Therapiedreirad erfüllt. Zwar falle danach das Ermöglichen des Radfahrens nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse gegenüber ihren behinderten Versicherten, auch wenn dieser ein handelsübliches Fahrrad nicht nutzen könne. Die Krankenkasse habe jedoch eine möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion sicherzustellen, damit der behinderte Mensch ein selbständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern könne. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation sei nicht von der gesetzlichen Krankenkasse, sondern von anderen Sozialleistungssystemen zu leisten. Auf der Grundlage der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehöre zu den Grundbedürfnissen die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens wie Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, elementare Körperpflege, das selbständige Wohnen sowie das Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums. Eine elementare Bewegungsfreiheit sei als Grundbedürfnis anzusehen. Sei die Fähigkeit des Gehens, Laufens, Stehens etc. durch eine Behinderung beeinträchtigt, so richte sich die Notwendigkeit eines Hilfsmittels in erster Linie danach, ob der Bewegungsradius des Versicherten in dem Umfang erweitert werde, den ein Gesunder üblicherweise noch zu Fuß zurücklege. Es bestehe keine Notwendigkeit für die Versorgung mit einem Hilfsmittel im Sinne von [§ 33 Abs. 1 SGB V](#), wenn dem Behinderten ein größerer Bewegungsradius ermöglicht werde als ein gesunder Versicherter zu Fuß noch zurücklege. Diese Voraussetzungen seien bei der Klägerin erfüllt, da sie nach ihren glaubhaften Ausführungen mit dem Rollator nur eine Gehstrecke von unter einem Kilometer zurücklegen könne. Nach dem Attest von Dr. D. vom 24. November 2003 könne sich die Klägerin wegen ihres ataktischen Ganges allenfalls 30 Minuten mit einem Rollator fortbewegen. Dies sei anhand der übermittelten Befunde nachvollziehbar. Mit dem beantragten Therapiedreirad werde die Klägerin in die Lage versetzt, eine Strecke von drei Kilometern zurückzulegen. Nach dem Urteil des Senats vom 20. Juli 2006 werde eine Strecke von drei Kilometern üblicherweise von einem gesunden Versicherten noch zu Fuß zurückgelegt. Die Klägerin habe den geltend gemachten Anspruch auf dieses Hilfsmittel, da sie erst mit diesem in die Lage versetzt werde, das Grundbedürfnis der körperlichen Mobilität zu befriedigen. Auch die Verordnung und die Ausführungen von Dr. D. in der ärztlichen Bescheinigung vom 7. Juli 2005 seien nachvollziehbar und konkretisieren den Anspruch der Klägerin auf ein Therapiedreirad der Marke "Kettwiesel".

Gegen das am 23. Januar 2007 zugestellte Urteil hat die Beklagte am 14. Februar 2007 Berufung eingelegt.

Sie ist der Auffassung, die Klägerin habe keinen Anspruch auf das beantragte Therapiedreirad. Es sei weder geeignet noch erforderlich, den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern. Auch die Möglichkeit, sich mit einem Fahrrad fortzubewegen, rechtfertige nicht die Kostenübernahme, da dies in den eigenverantwortlichen Bereich der Klägerin falle.

Die Beklagte beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main vom 1. Dezember 2006 aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, das Sozialgericht habe zutreffend entschieden. Erst mit dem Therapiedreirad werde es ihr möglich, den Bewegungsradius eines gesunden Fußgängers zu erreichen. Somit werde ihr Grundbedürfnis auf Bewegung erst durch das beantragte Therapiedreirad gedeckt. Dazu verweist sie ergänzend auf die ärztliche Bescheinigung von Dr. D. vom 11. April 2008 zu dem ihr möglichen Bewegungsradius.

Der Senat hat die Klägerin im Erörterungstermin am 21. Februar 2008 im Beisein ihres Ehemannes und in der mündlichen Verhandlung am 24. April 2008 nochmals persönlich angehört. Wegen des Ergebnisses dieser Anhörung und des übrigen Sach- und Streitstandes wird ergänzend auf den Inhalt der Gerichts- und Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Beklagten ist zulässig und hat auch in der Sache Erfolg.

Das Urteil des Sozialgerichts Frankfurt am Main konnte keinen Bestand haben, da die Klägerin keinen Anspruch gegen die Beklagte nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) 3. Variante SGB V auf Versorgung mit einem Therapiedreirad besitzt.

Wie der Senat im Anschluss an sein Urteil vom 20. Juli 2006 (Az. L [8/14 KR 376/04](#)) mit Urteil vom 13. September 2007 (Az. [L 8 KR 247/06](#)) entschieden hat, ist nach seiner Überzeugung ein behindertengerechtes Fahrrad als Hilfsmittel von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung weder generell ausgeschlossen noch generell erfasst. Ob eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht, ist vielmehr nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Urteil vom 23. Juli 2002, [B 3 KR 3/02 R](#)), der sich der Senat angeschlossen hat, für jeden Einzelfall nach den gesetzlichen Vorgaben der [§§ 33, 34 SGB V](#) zu prüfen. Danach fällt die Ermöglichung des Fahrradfahrens für einen behinderten Menschen, der ein handelsübliches Fahrrad nicht benutzen kann, nicht von vorne herein in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung. Der gesetzlichen Krankenversicherung obliegt allein die medizinische Rehabilitation (Reha) und damit die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktionen einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, damit der Versicherte ein möglichst selbstständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu kann. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Reha, die auch die Versorgung mit einem Hilfsmittel umfassen kann, ist ggf. Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Die Einführung des Sozialgesetzbuchs Neuntes Buch (SGB IX) "Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen" hat daran nichts geändert. Daraus folgt, dass die Förderung der Selbstbestimmung des behinderten Menschen und seiner gleichberechtigten Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft durch Versorgung mit Hilfsmitteln nur dann in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung fällt, wenn sie die Auswirkungen der Behinderung nicht nur in einem bestimmten Lebensbereich (Beruf/Gesellschaft/Freizeit), sondern im gesamten täglichen Leben ("allgemein") beseitigt oder mildert und damit ein "Grundbedürfnis des täglichen Lebens" betrifft (vgl. dazu Bundessozialgericht, Urteil vom 6. August 1998 - [B 3 KR 3/97 R](#) = SozR 3 2500 § 33 Nr. 29; [SozR 3-2500 § 33 Nr. 5](#), 27 und 32 sowie zuvor bereits: SozR 2200 § 182b Nrn. 12, 30, 34, 37 jeweils m. w. N.).

Nach dieser Rechtsprechung des Bundessozialgerichts gehören zu derartigen Grundbedürfnissen die allgemeinen Verrichtungen des täglichen Lebens wie Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrungsaufnahme, Ausscheidung, elementare Körperpflege, das selbstständige Wohnen sowie die Erschließung eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums, die auch die Aufnahme von Informationen, die Kommunikation mit anderen sowie das Erlernen eines lebensnotwendigen Grundwissens (Schulwissens) umfassen (siehe Bundessozialgericht in SozR 3-2500 § 33 Nr. 29 m. w. N.). Die "elementare Bewegungsfreiheit" ist als Grundbedürfnis anzusehen ([SozR 3-2500 § 33 Nr. 7](#) - Rollstuhlboy). Dieses Grundbedürfnis wird bei Gesunden durch die Fähigkeit des Gehens, Laufens, Stehens etc. sichergestellt.

Die Klägerin kann ihren Anspruch nicht darauf stützen, dass sie erst mit dem beantragten Therapiedreirad in die Lage versetzt werde, den Bewegungsradius mit eigener Kraft zu erreichen, den ein gesunder Versicherter zu Fuß zurücklegt. Denn die gesetzliche Krankenversicherung ist nicht verpflichtet, ihre behinderten Versicherten mit Hilfsmitteln auszustatten, um ihnen grundsätzlich den Bewegungsradius eines gesunden Versicherten zu ermöglichen, den diese üblicher Weise zu Fuß zurücklegen. Der von der Klägerin angeführte Bewegungsradius eines gesunden Versicherten wurde von der Rechtsprechung als Grenze der Notwendigkeit einer Hilfsmittelversorgung gemäß [§ 12 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) entwickelt. Dies bedeutet jedoch nicht im Umkehrschluss, dass jeder Versicherte einen Anspruch auf ein Hilfsmittel besitzt, das ihm den Bewegungsradius eines Gesunden ermöglicht. Denn mit dieser Definition wurde eine Höchst- nicht jedoch eine Mindestgrenze des Leistungsanspruchs des Versicherten bzw. der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung definiert.

Der Umstand, dass die Klägerin in dieser Zeit lediglich eine Strecke von unter einem Kilometer bzw. nur 30 Minuten (mit Pausen) zu ebener Erde und nicht wie ein gesunder Versicherter eine Strecke von bis zu drei Kilometer zurücklegen kann, begründet nicht den geltend gemachten Anspruch auf ein Therapiedreirad. Denn die Klägerin kann von der Beklagten nicht eine völlige Gleichstellung mit einem gesunden Versicherten beanspruchen. Wie das Bundessozialgericht in seinem Urteil vom 16. September 2004 Az.: [B 3 KR 15/04 R](#) - ausgeführt hat, hat die gesetzliche Krankenversicherung das Grundbedürfnis des "Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums" nur im Sinne eines Basisausgleichs der Behinderung sicherzustellen und nicht im Umfang eines vollständigen Gleichziehens und den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Versicherten. Diesen Basisausgleich sieht der Senat vorliegend als erfüllt an. Die Ausstattung der Klägerin mit einem Rollator ist notwendig, ausreichend und zweckdienlich, um ihr einen kurzen Spaziergang "an der frischen Luft" von 30 Minuten zu ermöglichen. Welche Wegstrecke sie in dieser Zeit zurücklegen vermag, sieht der Senat im vorliegenden Fall nicht als entscheidungserheblich an. Die Klägerin ist durch die Nutzung des von der Beklagten zur Verfügung gestellten Rollators in der Lage, das "Grundbedürfnis der elementaren Bewegungsfreiheit" zu befriedigen. Sie ist mit diesem Rollator in der Lage, sich bis zu 30 Minuten selbständig zu bewegen.

Der Senat stützt diese Annahme auf die Ausführungen der Klägerin nicht nur im erstinstanzlichen Verfahren, sondern auch auf die - un widersprochenen - Ausführungen ihres Ehemannes im Rahmen Erörterungstermin am 21. Februar 2008 und auf die Ausführungen der Klägerin in der mündlichen Verhandlung am 24. April 2008. Diese werden auch bestätigt durch das im Berufungsverfahren vorgelegte Attest von Dr. D. vom 11. April 2008.

Da der Senat die glaubhaften Angaben der Klägerin zu der ihr möglichen Wegstrecke seiner Entscheidung zugrunde gelegt hat, bedurfte es dazu keiner Beweiserhebung.

Soweit die Klägerin ihren Bewegungsradius über diesen Basisausgleich hinaus an den eines Gesunden angleichen will, obliegt dies nicht der Leistungsverpflichtung der gesetzlichen Krankenkasse.

Dieser Entscheidung stehen die Entscheidungen des Senats vom 20. September 2006 Az.: L [8/14 KR 376/04](#) - und vom 13. September 2007 - Az.: [L 8 KR 247/06](#) nicht entgegen. Den Klägern dieser Rechtsstreite war ein selbstständiges Gehen bzw. Bewegen außerhalb der Wohnung überhaupt nicht (trotz Versorgung mit Unterarmstützen) bzw. beschränkt auf maximal 100 Meter mit Gehstöcken bzw. Rollstuhl möglich.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-10-31