

LANDESSOZIALGERICHT NIEDERSACHSEN-BREMEN

L 4 KR 124/02

S 6 KR 17/00 (Sozialgericht Braunschweig)

IM NAMEN DES VOLKES

URTEIL

In dem Rechtsstreit

A.,

vertreten durch B.,

Kläger und Berufungskläger,

Prozessbevollmächtigte:

Rechtsanwälte C.,

g e g e n

Deutsche Angestellten Krankenkasse - Hauptverwaltung -,
Nagelsweg 27 - 35, 20097 Hamburg,

Beklagte und Berufungsbeklagte,

hat der 4. Senat des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen
ohne mündliche Verhandlung am 24. August 2005 in Celle
durch die Richterin Schimmelpfeng-Schütte - Vorsitzende -,
den Richter Schreck, den Richter Goos
sowie die ehrenamtlichen Richter Urbeteit und Bergmann

für Recht erkannt:

Das Urteil des Sozialgerichts Braunschweig vom 25. Juli 2002 und der mündliche Bescheid der Beklagten vom 11. März 1999 sowie der Bescheid vom 18. August 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Januar 2000 werden aufgehoben.

Die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger 10.244,59 Euro zu erstatten.

Die Beklagte hat dem Kläger die außergerichtlichen Kosten beider Rechtszüge zu erstatten.

T A T B E S T A N D

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Kostenerstattung für den behindertengerechten Umbau eines Kraftfahrzeuges.

Der 1989 geborene Kläger ist Tetraspastiker. Er erhält Leistungen nach der Pflegestufe III von der Pflegeversicherung. Er ist u.a. mit einem Therapiefahrrad und einem Elektro-Rollstuhl versorgt.

Seit August 1996 befindet sich der Kläger aus medizinischen Gründen in einem Internat. An den Wochenenden und in den Schulferien ist er bei seinen Eltern zu Hause in D..

Im November 1998 baten die Eltern des Klägers um Auskunft bei der Beklagten, ob und unter welchen Voraussetzungen und ggfs. in welcher Höhe die Anschaffung eines behindertengerechten Fahrzeugs von der Beklagten finanziell unterstützt werden könne. Das Sozialamt des Landkreises D. habe sie an die Krankenkasse verwiesen. Mit Schreiben vom 16. Dezember 1998 teilte die Beklagte den Eltern des Klägers mit, dass eine Kostenbeteiligung bei der Anschaffung eines behindertengerechten Fahrzeuges nicht möglich sei. Mit Schreiben vom 23. Januar 1999 teilten die Eltern des Klägers der Beklagten mit, dass es nicht um die Anschaffung eines neuen Fahrzeuges im Allgemeinen gehe. Aus ihrer Sicht käme z.B. als fördernde Hilfe für den Ausgleich der Behinderung in Betracht ein Zuschuss zum Erwerb und Umbau eines behindertengerechten Kleinbusses oder die Förderung des Erwerbs durch Gewährung eines zinslosen Darlehens. Die Beklagte teilte daraufhin telefonisch am 11. März 1999 mit, dass ein behindertengerechtes Kfz. grundsätzlich nicht in den Leistungsbereich der gesetzlichen Krankenversicherung falle, ebenso wenig wie Kfz.-Zusatzgeräte. Mit weiterem Schriftsatz vom 30. März 1999 übersandten die Eltern des Klägers ein Angebot der E. über den Einbau eines AMF-Hubmatik-Kassettenlifts inklusive Montage in Höhe von 16.881,48 DM. Die Beklagte forderte daraufhin u.a. den Befundbericht des behandelnden Facharztes für Orthopädie Dr. F. vom Krankenhaus G. in H. an. Danach sei der Kläger in hohem Maße steh- und gehbehindert. Ein Transport sei

in der Sitzschale erforderlich. Zugleich sei er auf ein Stützniefer angewiesen. Die Beklagte holte weiterhin das Gutachten vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Niedersachsen – MDKN – (Dr. I.) vom Juni 1999 ein. Dr. I. führte darin aus, dass der begehrte und im Kostenvoranschlag aufgeführte AMF-Hubmatik-Kassettenlift, die 4-Punkt-Rollstuhlhalterung und weitere Umbauten am Auto keine Hilfsmittelleigenschaften i.S.d. § 33 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) besitzen würden. Denn auch die Fähigkeit, öffentliche Verkehrsmittel zu benutzen, sei keine körperliche Grundfunktion, die durch Mittel der gesetzlichen Krankenversicherung herzustellen wäre, sondern, ebenso wie das Autofahren, der sozialen oder beruflichen Eingliederung Behinderter zuzuordnen sei, für die andere Sozialleistungsträger zuständig seien.

Nachdem die Eltern des Klägers ein stattgebendes Urteil des Sozialgerichts (SG) Hannover eingereicht hatten, holte die Beklagte ein weiteres Gutachten des MDKN (Dr. I.) vom Juli 1999 ein. Dieser führte erneut die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) an, die die klare Aussage enthalten würde, dass behindertengerechte PKW-Umbauten keine Kassenleistung darstellen würden. Im Juli 1999 haben sich die Eltern des Klägers den Hubmatik-Kassettenlift für 20.036,88 DM angeschafft (vgl. Rechnung vom 23. Juli 1999). Mit Bescheid vom 18. August 1999 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für den Einbau ab. Es handele sich nicht um ein Hilfsmittel i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V, da das Produkt nicht dem unmittelbaren Ausgleich einer Behinderung diene, sondern lediglich das Einladen eines Rollstuhls in einen PKW vereinfache. Da grundsätzlich Ein- und Umbauten am PKW keine Hilfsmittel i.S.d. § 33 Abs. 1 SGB V seien, gelte dieses auch für eine Rollstuhlhalterung in einem Großraum-PKW. Den dagegen erhobenen Widerspruch der Eltern des Klägers wies der Widerspruchsausschuss bei der Beklagten zurück (Widerspruchsbescheid vom 14. Januar 2000).

Hiergegen hat der Kläger, vertreten durch seine Eltern, Klage erhoben, die am 9. Februar 2000 beim SG Braunschweig eingegangen ist.

Mit Urteil vom 25. Juni 2002 hat das SG die Klage abgewiesen. Das BSG habe in einem vergleichbaren Fall bereits entschieden, dass die behindertengerechte Ausstattung eines Kfz. zwar weitgehend die beeinträchtigte Funktion der Glied-

maßen ausgleiche, sie aber nicht unmittelbar am Körper ansetze, sondern am zu bedienenden Gerät. Dieser mittelbare Ausgleich wäre deshalb nur dann zur Begründung der Leistungspflicht der Krankenkassen ausreichend, wenn er der Befriedigung eines Grundbedürfnisses dienen würde. Dies sei beim Kläger jedoch nicht der Fall. Die Umrüstung des Kfz. mindere zwar die Folgen der Behinderung im beruflichen (Schule), gesellschaftlichen (z.B. Teilnahme an privaten und öffentlichen Veranstaltungen) und im Freizeitbereich (z.B. Restaurantbesuche, Theater); das eigenständige Führen eines Kfz. sei aber kein Grundbedürfnis i.S.d. gesetzlichen Krankenversicherung. Auch das Grundbedürfnis der Erschließung „eines gewissen körperlichen Freiraums“ führe nicht zu einem anderen Ergebnis i.S. einer Ausgleichspflicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung. Soweit von der Rechtsprechung des BSG die „Bewegungsfreiheit“ als Grundbedürfnis anerkannt worden sei, sei dabei lediglich auf diejenigen Entfernungen abgestellt worden, die ein Gesunder zu Fuß zurücklege. Soweit überhaupt die Frage eines größeren Radius über das zu Fuß Erreichbare hinaus aufgeworfen worden sei, seien zusätzlich qualitative Momente verlangt worden. So habe das BSG bereits entschieden, dass wegen der zu fördernden Integration des behinderten Menschen in seiner jugendlichen Entwicklungsphase diejenigen Entfernungen als Maßstab zu nehmen seien, die ein Jugendlicher mit dem Fahrrad zurücklege. Mitnahme im PKW gehöre nicht zu den Grundbedürfnissen eines behinderten Versicherten. Soweit die grundlegende Organfunktion – wie hier das Gehen und Stehen des mehrfach behinderten Klägers – nicht möglich sei, seien diese im Rahmen der hier grundsätzlich möglichen Rollstuhlbenutzung auszugleichen. Die Funktionsdefizite seien im Rahmen des technisch Machbaren und wirtschaftlich Vertretbaren ganz oder teilweise herzustellen oder zu ersetzen. Dagegen gehe es jedoch nicht um die Fähigkeit, ein schnelleres und bequemeres Fortbewegungsmittel, wie z.B. das Kfz., mitbenutzen zu können. Da der Kläger u.a. mit einem Elektro-Rollstuhl ausgestattet sei, komme die Übernahme des Kassetten-Hubliftes nicht in Betracht.

Gegen das dem Kläger am 5. Juli 2002 zugestellte Urteil hat dieser Berufung eingelegt, die am 1. August 2002 beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen eingegangen ist. Der Umbau des Kleinbusses und damit die behindertengerechte Ausstattung des Kfz. diene unmittelbar einem Grundbedürfnis des Klägers i.S.d.

§ 33 SGB V. Ohne die entsprechende Umrüstung des Kfz. wäre der Kläger nicht in der Lage, von seinen Eltern mit dem PKW transportiert zu werden. Nur mit den entsprechenden Vorrichtungen könne der gewisse körperliche Freiraum des Klägers gewährleistet werden. Dies gelte um so mehr, als der Kläger noch Jugendlicher sei. Der Radius des Elektro-Rollstuhls sei nicht ausreichend, um am gesellschaftlichen Leben und der Kommunikation mit Freunden teilnehmen zu können. Der Kläger wohne in einer Kleinstadt, Freunde, kulturelle Veranstaltungen, Sportveranstaltungen, Verwandte etc. könnten mit dem Elektro-Rollstuhl nicht ausreichend besucht werden.

Der Kläger beantragt nach seinem schriftlichen Vorbringen,

das Urteil des SG Braunschweig vom 25. Juni 2002 sowie den mündlichen ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 11. März 1999 und 18. August 1999 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 14. Januar 2000 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger 20.036,68 DM (10.244,59 Euro) zu erstatten.

Die Beklagte beantragt nach ihrem schriftlichen Vorbringen,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Die Beteiligten haben einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Rechtsstreits wird auf die Gerichts- sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen, die Gegenstand der Beratung gewesen sind.

ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE

Der Senat konnte im Einverständnis der Beteiligten gem. § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die zulässige Berufung des Klägers ist begründet. Das Urteil des SG Braunschweig vom 25. Juni 2002 sowie der angefochtene Bescheid der Beklagten sind nicht zutreffend. Der Kläger hat einen Anspruch auf Kostenerstattung für den behindertengerechten Umbau des PKW in Form eines Hubmatik-Kassettenlifts nebst Rollstuhlhalterung und Rasterschienen.

§ 13 Abs. 3 SGB V in der hier anzuwendenden Fassung des Gesetzes vom 21. Dezember 1992, BGBl I 2266 – gültig ab 1. Januar 1993 (aF) bestimmt: „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.“ Diese Regelung galt für den gesamten streitigen Zeitraum.

Nach der Rechtsprechung des BSG muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Voraussetzung 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistungserbringung; bei Voraussetzung 2: Rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen, ohne den die Bedingung des § 13 Abs. 1 Satz 1 SGB V für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt ist. Das bedeutet einmal, dass die Krankenkasse nur für solche Leistungen aufzukommen hat, die sie auch bei rechtzeitiger bzw ordnungsgemäßer Bereitstellung der geschuldeten Behandlung hätte gewähren müssen. Des weiteren bedeutet es, dass Kosten für eine selbst beschaffte Leistung, soweit diese nicht unaufschiebbar war, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hatte; ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen oder deren Entscheidung abzuwarten (vgl. Urteil des BSG

in SozR 3-2500 § 13 SGB V Nr. 15). Dies entspricht auch der ständigen Rechtsprechung des erkennenden Senats (vgl. u.a. Senatsurteil vom 18. Mai 2005, Az: L 4 KR 83/04).

Eine unaufschiebbare Leistung i. S. einer Notfallbehandlung lag bei dem Kläger nicht vor. Davon kann nach der Rechtsprechung des BSG nur ausgegangen werden, wenn aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung des Patienten notwendig ist und ein Vertragsarzt bzw –behandler nicht in der gebotenen Eile herbeigerufen oder aufgesucht werden kann (vgl. Urteil des BSG vom 1. Februar 1995, Az: 6 RK 9/94 in SozR 3-2500 § 76 Nr. 2).

Der Kläger hat den in § 13 Abs 3 SGB V vorgesehenen Beschaffungsweg eingehalten.

Die Beklagte hat die begehrte Leistung bereits in dem Telefonat vom 11. März 1999 und darüber hinaus im Bescheid vom 18. August 1999 zu Unrecht abgelehnt. Nach dem Telefonat vom 11. März 1999 war ein weiteres Abwarten des schriftlichen Bescheides für den Kläger nicht mehr zumutbar, weil von vornherein feststand, dass dem Kläger die Leistung verweigert würde (vgl zur Frage des Zuwartens: Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, Kommentar, Stand April 2005, § 13 SGB V, Rdnr 29 m.w.N.)

Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V stellen die Krankenkassen den Versicherten die im dritten Kapitel genannten Leistungen unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes (§ 12 SGB V) zur Verfügung, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden. Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). § 12 Abs. 1 SGB V bestimmt, dass die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen.

Die Aufwendungen der Eltern des Klägers für das begehrte Hilfsmittel darf sich der Kläger selbst zurechnen.

Das BSG hat in seiner Entscheidung vom 16. September 2004, Az.: B 3 KR 19/03 R (bislang unveröffentlicht) entschieden, dass einer volljährigen Versicherten, die im Wachkoma lag, die Versorgung mit einem schwenkbaren Autositz zusteht. Das BSG führt darin aus, dass Anspruchsgrundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V ist. Die dortige Versicherte war anspruchsberechtigt, den Aufwand ihrer Eltern wie eigene Aufwendungen geltend zu machen, da diese im Rahmen ihrer familiären Fürsorge gehandelt hätten. Für die Annahme eines rechtswidrigen Fürsorge- und Beistandsverhältnisses fehle es an tatsächlichen Feststellungen des LSG, ebenso wie zum Rechtsgrund des Versicherungsverhältnisses. Doch selbst wenn bei volljährigen Versicherten kein rechtlich begründetes Fürsorge- und Beistandsverhältnis nachgewiesen sei, dürfe dem Versicherten nicht entgegen gehalten werden, dass nicht er selbst, sondern die Eltern in Erfüllung einer moralischen Verpflichtung aus dem Familienbund das von der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) verweigerte Hilfsmittel beschafft hätten. Diese Ausdehnung des Erstattungsanspruchs bei einer „Schadensverlagerung“ auf besonders eng mit dem oder der Versicherten verbundene Familienmitglieder sei auch unter Berücksichtigung der Entstehungsgeschichte des § 13 SGB V geboten, und zwar unabhängig davon, ob hier die Versicherung als Familienversicherung nach § 10 SGB V bestanden habe oder nicht. Nach der Rechtslage vor Inkrafttreten des SGB V sei Anspruchsberechtigter im Rahmen der Familienversicherung immer nur das Mitglied, also der Stammversicherte; nur ihm hätten auch Erstattungsansprüche zugestanden. Durch das Gesundheitsreformgesetz vom 20. Dezember 1988 (BGBl I, S. 2477) sei in § 10 SGB V die Familienversicherung neu geregelt und den mitversicherten Familienangehörigen ein eigener Versicherungsanspruch eingeräumt – die Angehörigen sollten nunmehr eigene Ansprüche haben und dem Versicherten gleichgestellte Mitglieder der GKV werden -. Gleichzeitig habe der bislang nur durch die Rechtsprechung des BSG begründete Erstattungsanspruch aus § 13 SGB V seine legislatorische Verfestigung erfahren. Als „Versicherte“ könnten jetzt die Familienversicherten auch Erstattungsansprüche geltend machen, ohne – wie früher – auf den Stammversicherten angewiesen zu sein. Diese Ausgestaltung der Familienversicherung mit

eigenem Versichertenstatus dürfe aber nicht dazu führen, dass Erstattungsansprüche nur noch und ausschließlich von dem betroffenen Familienmitglied geltend gemacht werden könnten, soweit es eigene Aufwendungen gehabt habe. Dies hätte zur Folge, dass Erstattungsansprüche gänzlich ausgeschlossen wären, wenn familienhafte Bande bestünden und das von der GKV zu Unrecht verweiger- te Hilfsmittel von den Eltern oder einem anderen nahen Familienangehörigen be- schafft worden sei. Mit der Rechtsänderung sollte eine Besserstellung der Recht- stellung der Familienversicherten einhergehen, nicht aber gleichzeitig eine Be- nachteiligung des Familienverbunds eintreten.

Darüber hinaus ist der vom Kläger begehrte behindertengerechte Umbau des Kfz. durch Einbau eines Hubmatik-Kassettenlifts etc. entgegen der Ansicht der Beklag- ten ein geeignetes Hilfsmittel i.S.d. § 33 SGB V. Nach § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.d.F. des Gesetzes vom 1. November 1996 (in Kraft getreten am 1. Januar 1997, BGBl I, 1631) 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 Kran- kenbehandlung zu sichern oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens an- zusehen oder nach § 34 Abs. 4 SGB V durch Rechtsverordnung ausgeschlossen sind.

Der Hubmatik-Kassettenlift nebst Zubehör ist kein allgemeiner Gebrauchsgegen- stand des täglichen Lebens, sondern eine speziell für Behinderte entwickelte Vor- richtung, die es ermöglicht, ohne nennenswerten körperlichen Kraftaufwand auch schwere Rollstühle in einen PKW zu verladen. Er ist nicht durch Rechtsverord- nung nach § 34 Abs. 4 SGB V ausgeschlossen. Das Nichtaufführen im Hilfsmittel- verzeichnis nach § 128 SGB V steht einer Gewährung ebenfalls nicht entgegen (vgl Wagner, a.a.O. § 33 SGB V Rdnr 24 m.w.N.). Der Hubmatik-Kassettenlift ist für den Kläger erforderlich, um eine Behinderung auszugleichen.

Der in § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V genannte Zweck des Behinderungsausgleichs eines von der gesetzlichen Krankenkasse zu leistenden Hilfsmittels bedeutet auch nach Inkrafttreten des SGB XI nicht, dass nicht nur die Behinderung als solche,

sondern auch sämtliche direkten und indirekten Folgen der Behinderung auszugleichen wären. Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist nach wie vor allein die medizinische Rehabilitation, also die möglichst weitgehende Wiederherstellung der Gesundheit und der Organfunktion einschließlich der Sicherung des Behandlungserfolges, um ein selbständiges Leben führen und die Anforderungen des Alltags meistern zu können. Eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation bleibt Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme. Ein Hilfsmittel ist von der gesetzlichen Krankenversicherung daher nur dann zu gewähren, wenn es die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben beseitigt oder mildert und damit ein Grundbedürfnis des täglichen Lebens betrifft. Nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil des BSG vom 23. Juli 2002 in SozR 3-2500 § 33 Nr. 46) gehören zu den Grundbedürfnissen des täglichen Lebens wie das Gehen, Stehen, Greifen, Sehen, Hören, Nahrung aufnehmen, Ausscheiden, (elementare) Körperpflege, selbständiges Wohnen sowie Erschließen eines gewissen körperlichen und geistigen Freiraums.

Das hier in Betracht kommende Grundbedürfnis des „Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums“ hat die Rechtsprechung bislang nur i.S. eines Basisausgleichs der Behinderung selbst und nicht i.S.d. vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten des Gesunden verstanden. So hat das BSG in seiner Entscheidung vom 8. Juni 1994, Az.: 31 RK 13/93 in SozR 3-2500 § 33 Nr. 7 – Rollstuhlboy – zwar die Bewegungsfreiheit als Grundbedürfnis bejaht, aber dabei nur auf diejenigen Entfernungen abgestellt, die ein Gesunder zu Fuß zurücklegt. Im Urteil vom 16. September 1999, Az.: B 3 RK 8/98 R in SozR 3-2500 § 33 Nr. 31 – Rollstuhl-Bike – hat das BSG die Rechtsprechung präzisiert und auf die Fähigkeit abgestellt, 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 – üblicherweise im Nahbereich der Wohnung liegenden – Stellen zu erreichen, an denen Alltagsgeschäfte zu erledigen sind. Soweit überhaupt die Frage eines größeren Radius über das zu Fuß Erreichbare hinaus aufgeworfen ist, sind bisher immer zusätzliche qualitative Momente verlangt worden. So hat das BSG in seiner Entscheidung vom 16. April 1998, Az. B 3 KR 9/97 R in SozR 3-2500 § 33 Nr. 27 – Rollstuhl-Bike für Jugendliche – zwar diejenigen Entfernungen als Maßstab genommen, die ein Jugendli-

cher mit dem Fahrrad zurücklegt; das Hilfsmittel ist aber nicht wegen dieser – rein quantitativen – Erweiterung, sondern wegen der dadurch geförderten Integration des Behinderten in seiner jugendlichen Entwicklungsphase zugesprochen worden. Ganz ähnlich war schon in der Entscheidung vom 2. August 1999, Az.: 11 RK 7/98 in SozR 3-2200 § 152b Nr. 13 – Faltrollstuhl – nicht die für einen Schüler angesprochene „Fortbewegung auch in Orten außerhalb seines Wohnortes“, sondern die Ermöglichung des Schulbesuches der maßgebliche Gesichtspunkt gewesen.

Diese Rechtsprechung ist nach Inkrafttreten des SGB XI nach Ansicht des BSG nicht zu modifizieren (vgl. Urteil des BSG vom 26. März 2003, Az.: B 3 KR 23/02 R in SozR 4-2500 § 33 Nr. 3). Das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung habe sich dadurch nicht wesentlich geändert, und dieses Leistungsrecht bleibe maßgebend.

Wie das BSG in seinem Urteil vom 16. September 2004 (a.a.O.) ausgeführt hat, besteht nach § 33 Abs. 1, Satz 1, 3. Alternative SGB V ein Anspruch auf das begehrte Hilfsmittel, weil es erforderlich war, um das Gebot eines möglichst weit gehenden Behinderungsausgleichs zu erfüllen. Gegenstand des Behinderungsausgleichs sind zwar zunächst solche Hilfsmittel, die auf den Ausgleich der Behinderung selbst gerichtet sind, also zum unmittelbaren Ersatz der ausgefallenen Funktionen dienen. Der in § 33 Abs. 1, Satz 1 SGB V genannte Zweck des Behinderungsausgleichs umfasst jedoch auch solche Hilfsmittel, die die direkten und indirekten Folgen der Behinderung ausgleichen.

Der Kläger ist als Tetrapastiker erheblich in seinen Körperfunktionen behindert. Diese Behinderungen schränken ihn in seiner Lebensbetätigung beträchtlich ein. Bereits aus diesem Grunde konnte er nicht zu Hause, sondern nur in dem Internat in H. ausreichend beschult werden. Nach den Ausführungen im Befundbericht des Orthopäden Dr. F. vom Krankenhaus G. in H. ist ein Transport des Klägers nur in der Sitzschale möglich. Mangels Geh- und Stehfähigkeit kann er weder ein Fahrzeug besteigen, noch ohne Zusatzvorrichtung in einem regulären Autositz sitzen.

Hinsichtlich des Grundbedürfnisses des „Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraumes“ hat, wie das BSG in seiner Entscheidung vom 16. September 2004 (a.a.O.) ausführt, bereits der 8. Senat des BSG entschieden, dass ein schwenkbarer Autositz ein Hilfsmittel i.S.d. § 182 b Reichsversicherungsordnung – RVO – (heute: § 33 SGB V) ist, wenn einem Versicherten dadurch ermöglicht wird, einen Pkw zu benutzen und damit die Unfähigkeit auszugleichen, zu gehen und ein Fortbewegungsmittel zu besteigen (vgl. Urteil des BSG in SozR 3-2500, § 33 Nr. 3 Satz 3). Ergänzend hat der 8. Senat allerdings ausgeführt, es müsse in jedem Einzelfall gesondert festgestellt werden, ob ein Versicherter dieses Hilfsmittel zur Befriedigung seines körperlichen Freiraums trotz des Vorhandenseins von der Beklagten bereits zur Verfügung gestellter Leistungen tatsächlich benötige. Dieser Rechtsprechung hat sich der 3. Senat im Urteil vom 16. September 2004 (a.a.O.) angeschlossen. Ein schwenkbarer Autositz kann danach grundsätzlich als Hilfsmittel geeignet sein, wenn er behinderungsbedingte Beeinträchtigungen eines Versicherten ausgleichen kann. Dies gilt sowohl für das Grundbedürfnis des Erschließens eines gewissen körperlichen Freiraums als auch für das Bedürfnis, bei Krankheit oder Behinderung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen. Diese Wertung stehe nicht im Widerspruch zu früheren Entscheidungen des 3. Senates des BSG, wonach die behindertengerechte Ausstattung eines Kraftfahrzeuges nicht als Hilfsmittel der GKV zu leisten sei. Das BSG hat in einer weiteren Entscheidung vom 16. September 2004 mit dem Az B 3 KR 15/04 R (bislang unveröffentlicht) erneut bekräftigt, dass die Verpflichtung der Krankenkassen, Versicherte zum Ausgleich einer Behinderung mit Hilfsmitteln zu versorgen, auch nach Inkrafttreten des SGB XI nicht zwingend die Ausrüstung eines Pkw mit einer Ladevorrichtung (Rollstuhl-Ladeboy) umfasse, die es einem gehbehinderten Menschen ermöglichen solle, seinen Rollstuhl mit dem Pkw zu transportieren. In beiden vom BSG am 16. September 2004 entschiedenen Fällen zu ähnlichen Hilfsmitteln sei es aber nur darum gegangen, mit dem Hilfsmittel selbst ständig größere Strecken als allein mittels des Rollstuhls zurückzulegen und damit den eigenen Aktionsradius zu erweitern. Beim Sachverhalt im Urteil des BSG zum Az B 3 KR 19/03 R (a.a.O.) stehe indes im Vordergrund, dass das Hilfsmittel dazu diene, bei Krankheit oder Behinderung den Arzt oder Therapeuten aufsuchen zu können. Die Rechtsprechung des BSG habe das jeweils in Betracht kommende Grundbedürfnis nach Fortbewegung bislang immer nur im Sinne eines Basisausgleichs der

Behinderung selbst und nicht im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten des Gesunden verstanden. Im Fall B 3 KR 19/03 R (a.a.O.) sei diese Einschränkung jedoch ohne Bedeutung, weil die dortige Versicherte als Wachkomapatientin mit multiplen Behinderungen einen eigenen körperlichen Freiraum überhaupt nicht mehr wahrnehmen können und die Fortbewegung ausschließlich den Besuch bei Ärzten und Therapeuten dienen sollte. Der Weg dorthin sei für die Versicherte durch die Benutzung des Pkw erheblich erleichtert worden, weil ihr durch den Transport im vertrauten Fahrzeug und in Gegenwart der Eltern Angstzustände genommen und zusätzliche spastische Anfälle vermieden worden seien. Nur der schwenkbare Autositz habe es ihr ermöglicht, unter Hilfestellung des Vaters, das Fahrzeug zu besteigen und dort sicher transportiert zu werden.

Aus diesem zusätzlichen qualitativen Moment leitet das BSG folglich den Anspruch der dortigen Klägerin gegenüber der dortigen Beklagten ab. Ein solches qualitatives Moment liegt bei dem hiesigen Kläger auch vor. Der Kläger befindet sich von Montag mit Freitag in einem Internat. Ein direkter Kontakt zu seinen Eltern ist ihm daher in diesem Zeitraum verwehrt. Es erscheint dem Senat jedoch in höchstem Maße sinnvoll und notwendig, einem zum Zeitpunkt des Erwerbs des Hilfsmittels ca. 9-jährigen Jungen den Kontakt zu den Eltern zu ermöglichen. Dieser Kontakt fällt, genau wie der Arztbesuch in der Entscheidung des BSG mit dem Az. B 3 KR 19/03 R (a.a.O.), in den Bereich der Grundbedürfnisse. Die Orientierung an den Eltern ist für einen zum Zeitpunkt des Erwerbs des Hilfsmittels 9-jährigen Jungen für die weitere Entwicklung zwingend notwendig. Denn jedes Kind hat ein Recht auf Entwicklung zur Persönlichkeit. Dabei stehen dem Kind primär die Eltern zur Seite, um diesem Grundrecht ihres Kindes Rechnung zu tragen (vgl. Di Fabio, in Maunz Dürig, Grundgesetz, Kommentar, Stand Februar 2005, Art 2 Abs 1 Rdnr 208).

Die Sicherstellung dieses Grundbedürfnisses des Klägers in Form des Kontaktes zu den Eltern ist am Sinnvollsten nur mit dem eigenen Pkw der Eltern nebst Hubmatik-Kassettenlift und Zubehör möglich.

Das begehrte Hilfsmittel war auch erforderlich in dem Sinne, dass kein kostengünstigeres und zumindest gleich geeignetes Hilfsmittel zur Verfügung stand. Zum Einen sind keine Anhaltspunkte dafür vorhanden, dass der Kläger ein preiswerteres Modell zum Einbau in den Pkw hätte erwerben können. Die Beklagte hat dies weder bestritten noch hat sie dem Kläger – wofür sie im Rahmen der Beratungspflicht verpflichtet gewesen wäre – eine günstigere Variante mitgeteilt. Andere, gleichwerte Alternativen sind für den Senat nicht ersichtlich. Die von der Beklagten zur Verfügung gestellten vorhandenen Hilfsmittel reichten zum Zurücklegen der langen Wege von H. bis D. nicht aus. Entsprechende Fahrten durch Krankentransport wären allemal teurer gewesen. Eine Fahrt mit der Bahn war gleichfalls nicht möglich. Diese Einschätzung wird besonders daran deutlich, dass der Kläger aus medizinischen Gründen ein Stützmieler tragen muss und ein Sitzen nur in der Sitzschale in Betracht kommt. Diese Sitzschale ist am Rollstuhl fixiert, so dass z.B. eine Fahrt mit dem Zug und das mehrmalige Umsteigen zwischen dem Ort des Internates in H. und dem Wohnort der Eltern in D. nicht möglich ist. Darüber hinaus wird der umgerüstete Pkw auch zu Hause in D. vom Kläger dringend benötigt, um dort z.B. in den Ferien zu Ärzten zu gelangen oder sonstige Grundbedürfnisse zu befriedigen.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG).

Ein gesetzlicher Grund, die Revision zuzulassen, liegt nicht vor (§ 160 Abs 2 SGG).

RECHTSMITTELBELEHRUNG UND ERLÄUTERUNG ZUR PROZESSKOSTENHILFE I. RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann nicht mit der Revision angefochten werden, weil sie gesetzlich ausgeschlossen und vom Landessozialgericht nicht zugelassen worden ist.

Gegen dieses Urteil steht den Beteiligten die Revision nur zu, wenn sie nachträglich vom Bundessozialgericht zugelassen wird. Zu diesem Zweck kann die Nichtzulassung der Revision durch das Landessozialgericht mit der Beschwerde angefochten werden.

Die Beschwerde ist von einem bei dem Bundessozialgericht zugelassenen Prozessbevollmächtigten **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils schriftlich beim Bundessozialgericht, 34114 Kassel, einzulegen. Die Beschwerdeschrift muss bis zum Ablauf der Monatsfrist beim Bundessozialgericht **eingegangen sein**.

Als Prozessbevollmächtigte sind nur zugelassen:

- a) die Mitglieder und Angestellten von Gewerkschaften, von selbstständigen Vereinigungen von Arbeitnehmern mit sozial - oder berufspolitischer Zwecksetzung, von Vereinigungen von Arbeitgebern, von berufsständischen Vereinigungen der Landwirtschaft und von in § 14 Abs. 3 Satz 2 SGG genannten Vereinigungen, die kraft Satzung oder Vollmacht zur Prozessvertretung befugt sind,
- b) Personen, die als Angestellte juristischer Personen, deren Anteile sämtlich im wirtschaftlichen Eigentum einer der vorgenannten Organisationen stehen, handeln, wenn die juristische Person ausschließlich die Rechtsberatung und Prozessvertretung der Mitglieder der Organisation entsprechend deren Satzung durchführt und wenn die Organisation für die Tätigkeit der Bevollmächtigten haftet,
- c) jeder bei einem deutschen Gericht zugelassene Rechtsanwalt.

Behörden, Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts sowie private Pflegeversicherungsunternehmen brauchen sich nicht durch einen Prozessbevollmächtigten vertreten zu lassen.

Die Beschwerde ist innerhalb von **zwei Monaten** nach Zustellung des Urteils von einem zugelassenen Prozessbevollmächtigten - bei Behörden sowie Körperschaften und Anstalten des öffentlichen Rechts auch durch einen bevollmächtigten Bediensteten - schriftlich zu begründen.

In der Begründung muss

- die grundsätzliche Bedeutung der Rechtssache dargelegt
- oder die Entscheidung des Bundessozialgerichts, des gemeinsamen Senats der obersten Gerichtshöfe des Bundes
- oder des Bundesverfassungsgerichts, von der das Urteil abweicht
- oder ein Verfahrensmangel, auf dem die angefochtene Entscheidung beruhen kann, bezeichnet werden.

Als Verfahrensmangel kann eine Verletzung der §§ 109 und 128 Abs. 1 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) nicht und eine Verletzung des § 103 SGG nur gerügt werden, soweit das Landessozialgericht einem Beweisantrag ohne hinreichende Begründung nicht gefolgt ist.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**. An die Stelle der Frist von zwei Monaten zur **Beschwerdebegründung** tritt eine Frist von **vier Monaten**.

II. ERLÄUTERUNGEN ZUR PROZESSKOSTENHILFE

Für die Beschwerde gegen die Nichtzulassung der Revision kann ein Beteiligter, der nicht schon durch einen Bevollmächtigten der unter I. a und b genannten Gewerkschaften, Vereinigungen oder juristischen Personen vertreten ist, Prozesskostenhilfe zum Zwecke der Beiordnung eines Rechtsanwalts beantragen.

Der Antrag kann von dem Beteiligten persönlich gestellt werden; er ist beim Bundessozialgericht entweder schriftlich einzureichen oder mündlich vor dessen Geschäftsstelle zu Protokoll zu erklären. Die Hausanschrift des Bundessozialgerichts lautet: Graf-Bernadotte-Platz 5, 34119 Kassel.

Dem Antrag sind eine Erklärung des Beteiligten über seine persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse (Familienverhältnisse, Beruf, Vermögen, Einkommen und Lasten) sowie entsprechende Belege beizufügen; hierzu ist der für die Abgabe der Erklärung vorgeschriebene Vordruck zu benutzen. Der Vordruck kann von allen Gerichten und ggf. durch den Schreibwarenhandel bezogen werden.

Der Antrag auf Bewilligung von Prozesskostenhilfe und die Erklärung über die persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnisse - ggf. nebst entsprechenden Belegen - müssen bis zum Ablauf der Frist für die Einlegung der Beschwerde (ein Monat nach Zustellung des Urteils im Inland, drei Monate nach Zustellung des Urteils im Ausland) beim Bundessozialgericht eingegangen sein.

Mit dem Antrag auf Prozesskostenhilfe kann ein zur Vertretung bereiter Rechtsanwalt benannt werden.

Ist dem Beteiligten Prozesskostenhilfe bewilligt worden und macht er von seinem Recht, einen Rechtsanwalt zu wählen, keinen Gebrauch, wird auf seinen Antrag der beizuordnende Rechtsanwalt vom Bundessozialgericht ausgewählt.

Die VRn am LSG Schimmelpfeng-Schütte
ist wegen Sonderurlaubs an der Unterschrift
verhindert.

Schreck

Goos

Schreck

Der Beschwerdeschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

Das Bundessozialgericht bittet darüber hinaus um je zwei weitere Abschriften.