

# SOZIALGERICHT HANNOVER



Eingegangen

07. NOV. 2011

Bernd Adomat  
Rentenberater u. Sozialrechtsbeistand

Az.: S 2 KR 209/09

## IM NAMEN DES VOLKES

Verkündet am: 31.10.2011

Freitag, Justizsekretärin  
als Urkundsbeamter der Geschäftsstelle

## URTEIL

In dem Rechtsstreit

xxxxxxx

Klägerin,

Proz.-Bev.: Bernd Adomat - Rentenberater -,  
Wilhelm-Raabe-Straße 4, 31787 Hameln,

g e g e n

Barmer GEK vertr. d. d. Vorstand,  
Gottlieb-Daimler-Straße 19, 73529 Schwäbisch Gmünd,

Beklagte,

hat die 2. Kammer des Sozialgerichts Hannover auf die mündliche Verhandlung vom 31. Oktober 2011 durch den Richter Löffelholz und die ehrenamtlichen Richter Illner und Lindig für Recht erkannt:

**1. Der Bescheid vom 06.11.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.02.2009 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, der Klägerin Kosten in Höhe von 5.950 Euro zu erstatten.**

**2. Die Beklagte hat der Klägerin deren notwendige außergerichtliche Kosten zu erstatten.**

## **Tatbestand**

Die Klägerin begehrt Kostenerstattung für den Einbau eines Schwenk- Hubsitzes in das Fahrzeug ihrer Eltern.

Die am 29.10.1998 geborene Klägerin leidet an Zerebralparese und einer Tetraspastik rechtsbetont. Für die Klägerin besteht die Pflegestufe II, sie ist nicht eigenständig gehfähig und lediglich stark eingeschränkt stehfähig; sie bedarf der Umsetzhilfe, wobei hingegen eine eingeschränkte Möglichkeit zur Fortbewegung mittels Rollstuhl besteht. Die Klägerin ist mit einem Rollstuhl, einem Therapiestuhl, einem E- Rollstuhl und einem Therapedreirad sowie weiteren Hilfsmitteln versorgt. Die Klägerin nimmt einmal wöchentlich jeweils Krankengymnastik und Logopädie in Anspruch; jährlich erfolgen ca. 20 bis 25 Besuche beim Hausarzt sowie 6-8 Besuche im Annastift Hannover sowie 6-8 Besuche zur Anpassung der genutzten Hilfsmittel. Am 21.10.2008 stellten die Eltern der Klägerin einen Antrag auf Umbau des elterlichen Fahrzeugs; eine ärztliche Verordnung wurde beigelegt. Mit Stellungnahme vom 03.11.2008 verneinte der MDK die medizinische Indikation des begehrten Hilfsmittels. Mit Bescheid vom 06.11.2008 lehnte die Beklagte die Versorgung ab. Gegen diesen Bescheid erhoben die Eltern der Klägerin mit der Begründung Widerspruch, es sei eine große Anzahl an Fahrten erforderlich; ein Behindertentransport sei nicht möglich, da sonst vermehrte Spastiken auftreten. Mit Stellungnahme vom 26.11.2008 vertrat der MDK weiterhin die Auffassung eine ausreichend medizinische Indikation sei nicht gegeben. Mit Bescheid vom 18.02.2009 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Diese Entscheidung begründete die Beklagte damit, dass kein Anspruch auf Versorgung nach § 33 Abs.1 SGB V bestehe, da sie ausreichend mit Rollstühlen versorgt und das Grundbedürfnis befriedigt sei. Gegen diese Entscheidung wandte sich die Klägerin

mit ihrer bei Gericht am 13.03.2009 eingegangenen Klage. Die Eltern der Klägerin rüsten das Fahrzeug im Januar 2009 zum Preis von 5.950 Euro um.

Die Klägerin ist der Ansicht, ihr stehe ein Anspruch auf Kostenerstattung zu; es sei zu berücksichtigen, dass die spezielle ärztliche Behandlung im Nahbereich nicht verfügbar sei.

Die Klägerin beantragt,

den Bescheid vom 06.11.2008 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.02.2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr Kosten in Höhe von 5.950,00 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte vertieft ihr Vorbringen aus dem Vorverfahren und ist ergänzend der Ansicht, der Nahbereich der Klägerin sei durch die bestehenden Rollstühle erschlossen.

Das Gericht hat den Sachverhalt durch Einholung von Befundberichten weiter medizinisch aufgeklärt. Wegen des Inhalts wird auf die Befundberichte Bezug genommen. Wegen des weiteren Sach- und Streitstandes wird auf die Verwaltungs- und die Gerichtsakten Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

## **Entscheidungsgründe**

Die zulässige Klage ist vollumfänglich begründet. Die Klägerin ist durch die Bescheide der Beklagten beschwert im Sinne des § 54 Abs.2 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Die Bescheide sind rechtswidrig und verletzen die Klägerin in ihren Rechten.

Die Klägerin hat einen Anspruch auf Erstattung der für den Einbau eines Schwenk- Hub-sitzes entstandenen Kosten in Höhe von 5.950 Euro.

Der Anspruch ergibt sich aus der einzig in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage des § 13 Abs.3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V).

Die Vorschrift lautet: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Die Voraussetzungen dieser Norm sind erfüllt. Die Beklagte hat die Leistung der Klägerin zu Unrecht abgelehnt.

Der Klägerin stand ein Primäranspruch auf Versorgung mit einem Schwenk- Hubsitz im Jahre 2009 zu. Der Versorgungsanspruch der Klägerin ergab sich aus den Vorschriften des § 27 Abs.1 S.2 Ziff.3 iVm § 33 Abs.1 SGB V. Nach § 33 Abs.1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind.

Die Klägerin benötigt den angeschafften Schwenk- Hubsitz um eine Behinderung auszugleichen. Es ist danach zu differenzieren, ob das Hilfsmittel einem unmittelbaren oder mittelbaren Behinderungsausgleich dient (BSG, Ur. v. 17.12.2009, B 3 KR 20/08 R). Um einen mittelbaren Behinderungsausgleich handelt es sich, wenn -wie im vorliegenden Fall- die Erhaltung bzw Wiederherstellung der beeinträchtigten Körperfunktion nicht oder nicht ausreichend möglich ist und deshalb Hilfsmittel zum Ausgleich von direkten und indirekten Folgen der Behinderung benötigt werden. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG sind die gesetzlichen Krankenkassen in diesem Bereich zu einem sog. Basisausgleich verpflichtet (BSG, aaO; Nolte in: Kasseler Kommentar, SGB V, 70.EL, 2011, § 33, Rn.12). Die Krankenkasse wird einstandspflichtig, wenn es sich um ein allgemeines Grundbedürfnis des täglichen Lebens handelt, während die Grenze dort verläuft, wo ein Ausgleich im Sinne des vollständigen Gleichziehens mit den letztlich unbegrenzten Möglichkeiten eines gesunden Menschen begehrt wird; letzteres ist nicht Pflicht der Krankenversicherung.

Die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung ist in allen Fällen die medizinische Rehabilitation, eine darüber hinausgehende berufliche oder soziale Rehabilitation ist Aufgabe anderer Sozialleistungssysteme.

Im Falle der Klägerin ist der Schwenk- Hubsitz erforderlich, um die Auswirkungen der Behinderung im gesamten täglichen Leben zu beseitigen bzw. zu mildern, mit anderen Worten ist im Falle der Klägerin ein Grundbedürfnis betroffen.

Als Grundbedürfnis hat die Rechtsprechung anerkannt: Gehen, Stehen, Sitzen, Liegen, Greifen, Sehen, Hören, Ernährung, elementare Körperpflege; selbständiges Wohnen, die Schaffung und die Erschließung eines körperlichen und geistigen Freiraumes (Nachweise siehe: Nolte in: Kasseler Kommentar, SGB V, 70.EL, 2011, § 33, Rn.12a ff.). Darüber hinaus hat das BSG auch die Möglichkeit Ärzte und Therapeuten aufsuchen zu können, als Grundbedürfnis qualifiziert (BSG Ur. v. 16.09.2004, B 3 KR 19/03 R).

Im Falle der Klägerin geht es nicht lediglich darum, den Aktionsradius zu erweitern. Vielmehr treten qualitative Momente hinzu, die einen Anspruch der Klägerin begründen.

Die Zuordnung bestimmter Betätigungen zu den Grundbedürfnissen hängt nach der Rechtsprechung des BSG von individuell unterschiedlichen Faktoren ab (BSG, Ur. v. 16.09.2004, B 3 KR 15/04 R). Dies kann das Alter eines Versicherten sein (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 27 S 158), die Förderung des Integrationsprozesses (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 46 S 258 ff), die Schwere einer Behinderung (Urteil des Senats vom 24. Januar 1990 - 3/8 RK 16/87 -, NJW 1991, 1564) oder die Notwendigkeit medizinischer Intensivbehandlung, die die Individualität eines Lebenssachverhalts ausmachen.

Bei der Klägerin -so die Überzeugung der Kammer- liegen zusätzliche qualitative Merkmale vor, aufgrund derer die Beklagte zur Gewährung eines schwenkbaren Autositzes zwecks Herstellung größerer und den Nahbereich überschreitender Mobilität verpflichtet gewesen ist. Aus den eingereichten Unterlagen der Klägerin und den ergänzenden Befundberichten ergibt sich der Umstand, dass die Klägerin im Jahr 2009 wöchentlich 1x Krankengymnastik und wöchentlich 1x logopädische Maßnahmen in Anspruch nahm. Zusätzlich sind im Falle der Klägerin jährlich 6-8 Besuche beim Annastift Hannover erforderlich gewesen. Darüber hinaus machte die Hilfsmittelversorgung der Klägerin erforderlich, dass diese 6- 8 mal jährlich ein Sanitätshaus in Hannover aufsuchen musste. Die Unterlagen des behandelnden Hausarztes geben ebenfalls Aufschluss darüber, dass die Kläge-

rin ca. 20 bis 25 mal pro Jahr bei diesem vorstellig wurde. Vor dem Hintergrund der Vielzahl medizinischer Behandlungsmaßnahmen (ca. 130 bis 140 pro Jahr) rechtfertigt sich die Annahme eines ursprünglich bestehenden Leistungsanspruchs der Klägerin. Zumal besonderer Berücksichtigung bedarf, dass die erforderlichen medizinischen Behandlungen von der Klägern in geographisch weit entfernten Orten in Anspruch genommen werden mussten.

Mit der Entscheidung vom 19.04.2007 hat das BSG (B 3 KR 9/06 R) die vormalige Rechtsprechung im Hinblick auf das Grundbedürfnis bei Erkrankung Ärzte und Therapeuten aufzusuchen im Falle eines Erwachsenen eingeschränkt.

Im vorliegenden Fall ergibt sich daraus aber kein Ausschluss des Anspruchs der Klägerin. Als weiteres zu beachtendes Moment tritt im Falle der Klägerin hinzu, dass ein Transport durch andere Fahrer oder mit anderen Fahrzeugen zu vermehrten Spastiken bei der Klägerin geführt haben bzw. hätten. Die Erziehungsberechtigten bestätigten in der mündlichen Verhandlung diesen -bereits im Verwaltungsverfahren vorgetragenen- Aspekt. Die Kammer hat keine Anhaltspunkte an dieser Darstellung zu zweifeln, zumal die behandelnden Ärzte in den Befundberichten auf die ausdrückliche Frage des Gerichts angaben, dass ein Transport durch andere Personen in einem für die Klägerin fremden Fahrzeug zu vermehrten Spastiken führten. Nach allen über die Klägerin bekannt gewordenen und in diesem Zusammenhang relevanten Tatsachen ist die Kammer davon überzeugt, dass es die Grenzen der Zumutbarkeit überschreitet, die Klägerin unter Inkaufnahme eintretender vermehrter Spastiken und damit zusammenhängender Schmerzen auf die (abstrakte) Möglichkeit von anderen Transportmitteln zu verweisen.

Des Weiteren sind der Klägerin durch die Ablehnung der Beklagten Kosten entstanden. Die Vorschrift des § 13 Abs.3 SGB V verlangt in diesem Zusammenhang eine kausale Verknüpfung von ablehnender Entscheidung der Krankenkasse und Kostenlast der Versicherten (sog. Beschaffungsweg; Helbig in jurisPK, SGB V, § 13, Rn.53 f). Diese Voraussetzung ist vorliegend erfüllt. Denn die Selbstvornahme der Fahrzeugumrüstung erfolgte im Januar 2009. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten datiert vom 06.11.2008 und damit aus einem Zeitraum bevor die Kostenlast der Klägerin entstand. Die Durchführung eines Widerspruchsverfahrens und die Bekanntgabe eines Widerspruchsbescheides muß hingegen nicht abgewartet werden; ausreichend ist es, wenn die Krankenkasse ihre ablehnende Haltung zum Ausdruck gebracht hat und dem Begehren nicht entsprach.

Einem Kostenerstattungsanspruch steht ebenfalls nicht entgegen, dass die Kosten von den Erziehungsberechtigten gezahlt worden. Die Klägerin ist hier berechtigt, den Aufwand ihrer Eltern wie eigene Aufwendungen geltend zu machen, da diese im Rahmen ihrer familiären Fürsorge gehandelt haben (vgl. dazu im Einzelnen; BSG Urt. v. 16.09.2004, B 3 KR 19/03 R; LSG Niedersachsen- Bremen, Urt. v. 24.08.2005, L 4 KR 124/02).

Schlussendlich war die Anschaffung eines Schwenk- Hubsitzes auch notwendig. Ein preisgünstigeres Modell ist nicht ersichtlich. Diesbezüglich wird von der Beklagten auch nichts Gegenteiliges vorgetragen. Die Inanspruchnahme professioneller Krankentransporte scheidet bereits am Umstand der bei der Klägerin vermehrt eingetretenen Spastiken. Zumal professionelle Krankentransporte insgesamt bei einer auf längere Zeit angestellten Betrachtung den Preis für den angeschafften Schwenk- Hubsitz bei weitem übersteigen würden.

Abschließend sind im vorliegenden Fall Kosten in Höhe von insgesamt 5.950,00 Euro entstanden, die von der Klägerseite auch gezahlt worden.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

### **Rechtsmittelbelehrung**

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb **eines Monats** nach Zustellung des Urteils bei dem Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Str. 1, 29223 Celle, oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Hannover, Calenberger Esplanade 8, 30169 Hannover, schriftlich oder mündlich zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte eingehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revision ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Hannover, Calenberger Esplanade 8, 30169 Hannover, schriftlich zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Ist das Urteil im **Ausland** zuzustellen, so gilt **anstelle** der oben genannten Monatsfristen eine Frist von drei Monaten.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der Antrag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustimmungserklärung des Gegners beigefügt war.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigefügt werden.

Löffelholz