

Wie sieht die Rechtslage aus? Müssen Krankenkassen für Dreiräder zahlen?

Versicherte haben nach § 33 Abs 1 SGB V 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 SGB V ausgeschlossen sind. Anspruch auf Versorgung besteht nur, soweit das begehrte Hilfsmittel ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet; darüber hinausgehende Leistungen darf die Krankenversicherung gemäß § 12 Abs 1 SGB V nicht bewilligen⁷. Nicht entscheidend für den Versorgungsanspruch ist, ob das begehrte Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis (§ 139 SGB V) gelistet ist, denn es handelt sich bei diesem Verzeichnis nicht um eine abschließende Regelung im Sinne einer Positivliste⁸. Hiervon ausgehend durfte die beklagte Krankenkasse die Versorgung mit dem begehrten Therapiedreirad nicht ablehnen, weil es als Hilfsmittel zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung erforderlich ist.

Grundsätzlich allerdings fallen Maßnahmen oder Hilfen zur Bewegungsförderung nur ausnahmsweise in die Leistungszuständigkeit der **Krankenkassen**. Jedenfalls zur Krankenbehandlung im Sinne von §§ 27 Abs 1, 28 Abs 1 Satz 1 SGB V gehören regelmäßig nur Maßnahmen mit Behandlungs- und Therapiecharakter, die einen eindeutigen Krankheitsbezug aufweisen²². Bloß allgemeine Maßnahmen der Erhaltung und **Förderung** der Gesundheit genügen diesen Anforderungen nach der Rechtsprechung des BSG demgegenüber nicht, selbst wenn sie von qualifizierten Fachkräften unter ärztlicher **Betreuung** und **Überwachung** (§ 44 Abs 1 Nr 3 SGB IX) durchgeführt werden

Danach ist der Einsatz des Therapiedreirades Teil des ärztlich verantworteten komplexen therapeutischen krankheitsbezogenen Vorgehens, in dem das Hilfsmittel neben weiteren therapeutischen Maßnahmen wie insbesondere einer regelmäßigen Krankengymnastik zum Zwecke der Mobilisation und Verbesserung des Gangbildes, zur **Minderung** von Spastiken sowie zur Förderung des ansonsten gefährdeten Erhalts der Gehfähigkeit eingesetzt wird und dies von den behandelnden Ärzten bei der Planung von Intensität und Häufigkeit der Krankengymnastik als weiteres Therapieelement berücksichtigt wird.

Dem Versorgungsanspruch steht schließlich ebenfalls nicht entgegen, dass das Therapiedreirad der Klägerin nicht im Wege einer formellen vertragsärztlichen Verordnung iS von § 73 Abs 2 Nr 7 SGB V verordnet wurde. Denn der Sachleistungsanspruch gegenüber der Gesetzlichen Krankenversicherung nach § 33 Abs 1 SGB V setzt nicht zwingend eine vertragsärztliche Verordnung des Hilfsmittels voraus³².

Zum anderen besteht Unklarheit darüber, ob die Kosten in Höhe von 2300 € allein für die sonderangefertigte Hinterradachse oder für das komplette Therapiedreirad aufgewendet wurden, da in dem von der Klägerin eingeholten **Angebot** des Herstellers vom 30.8.2006 lediglich von einer “Dreiradachse zum Einschrauben” die Rede ist. Sollte sich ergeben, dass es sich bei den Kosten in Höhe von 2300 € um den Komplettpreis für das Therapiedreirad gehandelt hat, reduziert sich der Erstattungsanspruch der Klägerin um die durchschnittlichen Anschaffungskosten für ein handelsübliches Zweirad. Denn das Dreirad ersetzt ein von Gesunden als Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens benutztes handelsübliches Zweirad. Bei Hilfsmitteln, die neben ihrer Zweckbestimmung im Sinne von **§ 33 Abs 1 SGB V** einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens ersetzen, haben die Versicherten einen Eigenanteil für ersparte **Aufwendungen** in Höhe des wirtschaftlichen Wertes des ersetzten Gebrauchsgegenstandes selbst zu tragen⁴⁰. Wirtschaftlicher Maßstab hierfür sind im Fall der Klägerin die durchschnittlichen Anschaffungskosten für ein handelsübliches Markenfahrrad für Damen mit zwei Rädern⁴¹; diesen Durchschnittspreis wird das LSG zu ermitteln haben. Nicht abzustellen ist indes auf die Anschaffungskosten eines mittlerweile als Serienprodukt angebotenen und vielfach als “Seniorenfahrrad” bezeichneten Dreirads. Denn auch solche Räder werden in der Regel nur von Personen benutzt, die aufgrund gesundheitlicher Einschränkungen – seien sie krankheits- oder altersbedingt – sich nicht mehr in der Lage sehen, ein Rad mit lediglich zwei Rädern sicher zu führen. Denn Maßstab für die Frage, welche Anschaffung der Versicherte sich durch die Versorgung mit dem Hilfsmittel erspart, ist dasjenige Produkt, welches gesundheitlich nicht eingeschränkte Personen üblicherweise benutzen.

Quelle: <https://www.rechtslupe.de/sozialrecht/dreirad-von-krankenkasse-326791>