

Informationen zum Urteil

Gericht: BSG

Datum: 3. August 2006

Aktenzeichen: B 3 KR 25/05 R

Typ: Urteil

Fundstelle: openJur 2011, 95050

Verfahrensgang:

Ein Hilfsmittel iS der gesetzlichen Krankenversicherung muss nicht auf den Körper des Versicherten einwirken; es dient auch dann der Sicherung der ärztlichen Behandlung, wenn es die häusliche Behandlung durch eine Hilfsperson ermöglicht oder erheblich erleichtert (hier: sog. Vojta-Liege).

Tatbestand

Der bei der beklagten Krankenkasse versicherte Kläger begehrt Kostenerstattung für eine selbst angeschaffte sog. Vojta-Liege in Höhe von 2.921,95 EUR. Er leidet seit seiner Geburt am 9. April 2002 an Spina bifida, einer Erkrankung des Rückenmarkkanals, die neben ärztlicher Behandlung seit dem 2. Lebensmonat zweimal wöchentlich eine Vojta-Therapie bei einem Physiotherapeuten sowie zusätzlich 2 bis 5 mal täglich Übungen durch die Mutter des Klägers erforderlich macht. Im November 2002 verordnete deswegen der behandelnde Kinderarzt eine Vojta-Liege, elektrisch höhenverstellbar mit abklappbarem Kopf- und Fußteil, die im Hilfsmittelverzeichnis der Krankenkassen nicht aufgeführt ist, aber zur Praxisausstattung von Physiotherapeuten zählt. Der von der Beklagten eingeschaltete Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) kam zu dem Ergebnis, dass zur Durchführung der Vojta-Therapie im häuslichen Bereich eine ausreichend dicke Gymnastikmatte auf dem Boden, aber auch auf einem Tisch mit entsprechend angepassten Tischbeinen ausreiche. Mit Bescheid vom 8. Januar 2003 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag mit der Begründung ab, dass die zur Durchführung der Behandlung ausreichende Gymnastikmatte und ein Tisch allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens seien, die nicht als Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung zu leisten seien. Der Widerspruch des Klägers, mit dem er geltend machte, dass die Übungen auf einer Bodenmatte nicht durchführbar seien, eine optimale Position vielmehr nur durch eine höhenverstellbare Therapie-Liege erreicht werden könne, blieb ohne Erfolg (Widerspruchsbescheid vom 30. April 2003). Während des anschließenden Klageverfahrens haben die Eltern des Klägers die verordnete Vojta-Liege auf eigene Rechnung angeschafft. Mit Urteil vom 19. März 2004 hat das Sozialgericht (SG) der Klage stattgegeben. Auf die

dagegen eingelegte Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) das Urteil des SG geändert und die Klage abgewiesen (Urteil vom 3. Mai 2005): Die von den Eltern des Klägers angeschaffte Vojta-Liege sei kein Hilfsmittel der Krankenversicherung, weil es an einem therapeutischen Nutzen für den Kläger fehle. Die Vojta-Liege erleichtere allein die Behandlung. Es fehle daran, dass die Lagerungshilfe Körperabschnitte in therapeutisch sinnvolle Stellungen bringe und dort halte. Aus diesem Grunde werde sie zu Recht nur als Praxisausstattung für Physiotherapeuten eingeordnet. Die Übungen durch die Mutter dienten auch lediglich der Ergänzung der Heilbehandlung durch den Physiotherapeuten, weshalb sie als Heilmittel nach § 32 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) eingeordnet werden müssten. Schließlich stehe dem Anspruch auch entgegen, dass die Vojta-Liege nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt sei.

Dagegen richtet sich die vom Kläger eingelegte Revision. Er rügt eine Verletzung von § 33 Abs 1 SGB V iVm § 31 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX). Bei der beantragten Therapie-Liege handele es sich um ein Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung, das im konkreten Einzelfall erforderlich sei, um den Erfolg seiner Krankenbehandlung zu sichern. Die Beklagte sei insoweit an die Verordnung des behandelnden Arztes gebunden. Das Hilfsmittelverzeichnis stehe dem nicht entgegen, weil es sich dabei nicht um eine verbindliche "Positivliste" handele. Wenn das LSG Zweifel an der Richtigkeit der ärztlichen Verordnung gehabt habe, hätte es den individuellen Nutzen der Vojta-Liege selbst überprüfen und feststellen müssen. Der Vojta-Therapie sei immanent, dass sie zunächst vom Physiotherapeuten durchgeführt werde; darüber hinaus sei es aber auch zwingend erforderlich, die Übungen mehrmals täglich über mehrere Stunden nach entsprechender Anleitung durch die Eltern zu wiederholen. Dabei müsse der Patient auf unterschiedliche Weise gelagert und mit verschiedenen Griffen ein erheblicher Druck auf ihn ausgeübt werden. Nur eine entsprechend stabile und gepolsterte Liege könne diesem Druck standhalten und gleichzeitig Verkrampfungen bei den Übungen verhindern. Die Tatsache, dass Vojta-Liegen vor allem in der Praxis von Physiotherapeuten eingesetzt werden, schließe nicht aus, sie im häuslichen Bereich als Hilfsmittel zur Verfügung zu stellen. An der Eignung und Qualität der Liege als Hilfsmittel bestünden schon deshalb keine Zweifel, weil sie nach dem Medizinproduktegesetz zertifiziert sei.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Landessozialgerichts Baden-Württemberg vom 3. Mai 2005 aufzuheben und die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 19. März 2004 zurückzuweisen.

Die Beklagte beantragt,

die Revision des Klägers zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Für die im Streit befindliche Liege sei im Jahre 1998 von den Spitzenverbänden der Krankenkassen die Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis abgelehnt worden. Die Beklagte beantragt deshalb vorsorglich,

den IKK-Bundesverband beizuladen.

Im Übrigen macht sie geltend, nach den bisherigen Feststellungen des LSG könne die Notwendigkeit der Liege nicht bejaht werden. Der von den Eltern des Klägers gezahlte Preis sei auch weit übersetzt. In dieser Höhe sei der Kostenaufwand nicht notwendig gewesen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (§ 124 Abs 2, § 153 Abs 1, § 165 des Sozialgerichtsgesetzes <SGG>).

Gründe

Die Revision des Klägers ist im Sinne der Aufhebung der angefochtenen Entscheidung und Zurückverweisung des Rechtsstreits an die Vorinstanz zu erneuter Verhandlung und Entscheidung begründet. Das angefochtene Urteil verletzt Bundesrecht; der Senat ist auf der Grundlage der bisherigen Feststellungen aber nicht in der Lage, über das Klagebegehren abschließend zu entscheiden.

Grundlage für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch ist § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V idF des Art 5 Nr 7 iVm Art 67 des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl I 1046). Dort heißt es: "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." Eine entsprechende Erstattungsregelung enthält nunmehr auch § 15 Abs 1 Satz 3 und 4 Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX), auf die § 13 Abs 3 Satz 2 SGB V für den Fall der medizinischen Rehabilitation ausdrücklich verweist. Die Voraussetzungen beider Anspruchsgrundlagen sind vorliegend erfüllt, obwohl nicht dem versicherten Kläger durch die Anschaffung der Therapie-Liege Kosten entstanden sind, sondern seinen unterhaltspflichtigen Eltern. Der Senat hat aber bereits entschieden, dass trotz des engen Wortlauts der Erstattungsvorschriften der Versicherte einen Kostenerstattungsanspruch auch dann geltend machen kann, wenn nicht er selbst, sondern seine Eltern im Rahmen ihrer familiären Fürsorge für die Beschaffung des Hilfsmittels aufgekommen sind ([BSGE 93, 176](#), 177 = [SozR 4-2500 § 33 Nr 7](#)).

Die Auffassung des Berufungsgerichts, die Beklagte habe die Versorgung des Klägers mit einer Therapie-Liege zu Recht abgelehnt, weil es sich nicht um ein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung handle, verstößt gegen § 33 Abs 1 Satz 1 SGB V (ebenfalls in der Fassung des Gesetzes vom 19. Juni 2001 (BGBl I 1046)). Danach haben Versicherte Anspruch auf Hilfsmittel, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern (1. Alternative), einer drohenden Behinderung vorzubeugen (2. Alternative) oder eine Behinderung auszugleichen (3. Alternative), soweit sie nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs 4 SGB V ausgeschlossen sind. Die im Streit stehende Therapie-Liege ist kein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, weil sie speziell zur Behandlung kranker oder behinderter Personen hergestellt und verbreitet wird; sie ist auch nicht durch eine Rechtsverordnung nach § 34 Abs 4 SGB V von der Leistungspflicht der Krankenkasse ausgenommen. Die Annahme des Berufungsgerichts, der Ausschluss ergebe sich aber daraus, dass die streitige Therapie-Liege nicht im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen gemäß § 128 SGB V enthalten sei, widerspricht der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), die zu ändern kein Anlass besteht (vgl BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr 16](#), 20 und 27 - 3. Senat - sowie [SozR 3-2500 § 33 Nr 25](#) - 8. Senat -). Danach haben die Spitzenverbände der Krankenkassen keine gesetzliche Ermächtigung erhalten, durch das Hilfsmittelverzeichnis ihre Leistungspflicht gegenüber den Versicherten im Sinne einer "Positivliste" abschließend festzulegen. Die Hilfsmittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 17. Juni 1992 (BANz Beilage Nr 183b) in der Fassung der Bekanntmachung vom 19. Oktober 2004 (BANz 2005 Nr 2 S 89), die unter Nr 8 dem Vertragsarzt nach wie vor verbieten, Hilfsmittel zu Lasten der Krankenkassen zu verordnen, sofern sie nicht im Hilfsmittelverzeichnis der Spitzenverbände der Krankenkassen aufgeführt

sind, widersprechen der Gesetzeslage, worauf das BSG ebenfalls wiederholt hingewiesen hat.

Der Therapie-Liege kann auch nicht deshalb die Eigenschaft eines Hilfsmittels abgesprochen werden, weil sie im Allgemeinen von Physiotherapeuten als Praxisausstattung angeschafft und benutzt wird. § 31 SGB IX definiert Hilfsmittel als solche Gegenstände, die von den Leistungsempfängern getragen oder mitgeführt oder bei einem Wohnungswechsel mitgenommen werden können und unter Berücksichtigung der Umstände des Einzelfalls erforderlich sind, um – nur dieses ist hier von Belang – den Erfolg einer Heilbehandlung zu sichern. Dieser Hilfsmittelbegriff, der die bis dahin ergangene höchstrichterliche Rechtsprechung zusammenfasst, ist auch im Rahmen des § 33 SGB V maßgebend (BSGE 91, 60 = SozR 4-2500 § 33 Nr 3). Danach sind lediglich fest eingebaute Inventarbestandteile einer Wohnung oder auch einer Praxis keine Hilfsmittel; im Übrigen spielt es aber keine Rolle, ob die Gegenstände von professionellen Anwendern oder von Laien benutzt werden (vgl. BSGE 87, 105 = SozR 3-2500 § 139 Nr 1; SozR 3-2500 § 33 Nr 39). Weiterhin kommt es nicht darauf an, ob die Mittel unmittelbar am Körper der kranken oder behinderten Personen wirken und dadurch den ärztlichen Behandlungserfolg sichern oder eine Behinderung ausgleichen oder ob dies mittelbar dadurch erfolgt, dass eine Hilfsperson in die Lage versetzt wird, die beabsichtigten Ziele zu erreichen. Für den Bereich des Behinderungsausgleichs hat der erkennende Senat dies bereits mehrfach entschieden (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 7 – Rollstuhlboy –; BSGE 93, 176 = SozR 4-2500 § 33 Nr 7 – schwenkbarer Autositz –). Entscheidend ist danach, ob das Mittel im Einzelfall der behinderten Person dadurch zu Gute kommt, dass die Auswirkungen ihrer Behinderungen behoben oder gemildert werden, selbst wenn dies dadurch geschieht, dass die Pflege durch Dritte erleichtert wird (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 7 unter Bezugnahme auf BSG SozR 3-2200 § 182b Nr 9 und 20).

Was für den Behinderungsausgleich gilt, kann im Rahmen der Krankenbehandlung nicht anders gesehen werden. Auch hier kommt es darauf an, dass das Mittel letztlich dem Versicherten zu Gute kommt, wenn auch dadurch, dass nicht er selbst es anwendet, sondern eine Hilfsperson, weil er selbst dazu nicht in der Lage ist. Denn andernfalls würden gerade die hilflosen und am schwersten betroffenen Personen von der Versorgung mit Hilfsmitteln ausgeschlossen, die für ihre Behandlung erforderlich sind. Die vom LSG erwogene Einordnung als Heilmittel scheidet aus, weil darunter keine gegenständlichen Leistungen fallen (BSGE 88, 204 = SozR 3-2500 § 33 Nr 41).

Im vorliegenden Fall ist nach den unangefochtenen Feststellungen des LSG eine tägliche intensive, mehrfache Behandlung des Klägers durch die Mutter in der Weise erforderlich, dass sie mit ihm Bewegungsübungen macht, für die sie angeleitet worden ist und die die Behandlung durch einen zur Durchführung der Therapie nach Vojta zugelassenen Physiotherapeuten ergänzen. Diese Behandlung erfordert eine stabile, gleichzeitig aber auch nachgiebige Unterlage für den Kläger, der bei Beantragung des Hilfsmittels knapp ein Jahr und bei dessen Anschaffung 18 Monate alt war. Dass dazu die für den Kläger angeschaffte Therapie-Liege besonders geeignet ist, ist im Hinblick darauf, dass sie üblicherweise von professionellen Anwendern benutzt wird, nicht ernsthaft in Zweifel zu ziehen, obwohl Feststellungen dazu und über die Erfüllung der Voraussetzungen für die Zulassung nach dem Medizinproduktegesetz (so genannte CE-Zertifizierung) vom LSG ausdrücklich nicht getroffen worden sind. Konkret feststellungsbedürftig ist aber jedenfalls, ob weniger aufwändige Mittel ausgereicht hätten, um die Bewegungsübungen durchzuführen. Für das LSG waren diese Feststellungen von seinem Rechtsstandpunkt aus nicht erforderlich. Das SG ist allerdings nach Anhörung der Mutter des

Klägers und eines bei dem Lieferanten des Hilfsmittels angestellten Therapeuten zu dem Ergebnis gekommen, dass die von Seiten der Beklagten vorgeschlagene Benutzung einer handelsüblichen Schaumstoffmatte auf einem handelsüblichen Tisch wegen der damit verbundenen Sicherheitsrisiken nicht möglich sei. Diese Feststellungen können nicht zu Grunde gelegt werden, weil sie von der Beklagten im Berufungsverfahren angegriffen worden sind und auf unzureichenden Beweismitteln beruhen. Erforderlich dürfte insoweit die Einholung eines Gutachtens eines Kinderarztes oder eines unabhängigen Physiotherapeuten sein, das sich mit den Anforderungen an die Behandlungsunterlage besonders unter dem Aspekt der Sicherheit und der Entlastung der Pflegeperson zu befassen hätte. Dabei ist zu berücksichtigen, dass angesichts der häufigen und zeitintensiven körperlichen Beanspruchung der Mutter als Pflegeperson, durch deren unentgeltliche Tätigkeit die Solidargemeinschaft erheblich entlastet wird, gewisse Mindestanforderungen an eine ergonomische Ausstattung zu stellen sind, um nicht auf Dauer die Gesundheit der Pflegeperson zu gefährden.

Das LSG hat auch keine Feststellungen zur Notwendigkeit des Kostenaufwands der Höhe nach getroffen. Soweit die Beklagte allerdings im Revisionsverfahren erstmalig geltend macht, die streitige Therapie-Liege hätte wesentlich preisgünstiger angeschafft werden können, ist darauf hinzuweisen, dass nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V die Kosten "in der entstandenen Höhe" zu erstatten sind, wenn die Leistung notwendig war. Es kommt also auf die Notwendigkeit der Sachleistung an, für die die Kosten aufgewandt worden sind, und nicht auf die Unvermeidlichkeit der Kosten auch der Höhe nach. Der Versicherte ist allerdings allgemein nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot (§ 12 SGB V) gehalten, keine unnötigen Kosten zu verursachen. Er genügt insoweit aber bereits seiner Pflicht, wenn er den Kostenaufwand für angemessen halten durfte. Das ist beim Kläger der Fall, nachdem die Beklagte gegen den ihr übersandten Kostenvoranschlag der Höhe nach keine Einwendungen erhoben hatte.

Die ebenfalls erst im Revisionsverfahren beantragte Beiladung des IKK-Bundesverbandes kam schon deshalb nicht in Betracht, weil er allein durch seine Zuständigkeit für die Führung des Hilfsmittelverzeichnisses an dem streitigen Rechtsverhältnis nicht beteiligt ist (§ § 168, 75 Abs 2 SGG).

Permalink: <http://openjur.de/u/169002.html>