

L 11 KR 3930/04

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Reutlingen (BWB)

Aktenzeichen

S 9 KR 3126/02

Datum

14.07.2004

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 3930/04

Datum

08.03.2005

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 14. Juli 2004 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Gewährung eines Bewegungstrainers sowie die Erstattung der Anmietung desselben und bislang angefallenen Energiekosten streitig.

Der 1951 geborene Kläger, der an einer schweren rheumatoiden Polyarthrititis leidet, ist seit 1978 als Rentner versicherungspflichtiges Mitglied der beklagten Krankenkasse. Er war in die Pflegestufe 3 eingestuft, seit 1.6.2003 ist er in die Pflegestufe 2, seit 20.9.2003 (bestandskräftig) in die Pflegestufe 1 - ausgehend von einer Rekonvaleszenz nach der letzten Hüftoperation, also seit Sommer 2002, zurückgestuft. Im November 2001 verordnete ihm der behandelnde Orthopäde Dr. R. einen Bewegungstrainer "Motomed viva" mit Fußschalenbeführung und Armtrainer mit Motor und Vertikal-Handgriffen.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung nach Aktenlage durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK). Dr. B. führte aus, dass der Kläger bereits im Januar 2001 an massiven Bewegungseinschränkungen mit teilweisen Kontrakturen fast aller Gelenke gelitten habe. Deswegen bestünden erhebliche Bedenken, dass das zweifellos notwendige tägliche Durchbewegen bei diesem schweren Krankheitsbild mit komplexen Bewegungseinschränkungen maschinell Krankengymnastik-ersetzend möglich sei. Die Spasmensteuerung werde diesbezüglich nicht viel helfen, weil Spasmen bei dem Kläger nicht vorlägen. Es werde deswegen eine Stellungnahme des behandelnden Physiotherapeuten erbeten, ob das Gerät bereits am Versicherten erprobt worden sei und gegebenenfalls inwieweit es die Krankengymnastik ersetzen könne.

Daraufhin veranlasste die Beklagte eine Anfrage bei dem behandelnden Physiotherapeuten Erbe. Diese gab an, das Gerät sei schon erheblich früher indiziert gewesen. Eine Kombination mit Physiotherapie durch das Motomed-Therapiegerät sei von wichtiger therapeutischer Bedeutung. Allerdings seien bestimmte Techniken, die nur in der Physiotherapie durchführbar seien (z. B. manuelle Therapie, Querfraktionen, isometrische Kraft - bzw. dynamische Dehnübungen), weiterhin (zusätzlich) unverzichtbar.

Die Beklagte veranlasste hierauf eine erneute Begutachtung durch den MDK Dr. Sch. kam zu dem Ergebnis, dass der Einsatz des Gerätes bei dem Kläger mit einem seit 1974 bestehenden multiplen Gelenkbefall von fraglicher Wertigkeit sei. Es könne zu Fehlartikulationen kommen, Kapsel- und Bänderschäden seien die Folge. Außerdem sei das fremdkraftbetriebene Bewegungsgerät nur zum Passiveinsatz gedacht und müsse Krankengymnastik ersetzen, was bei dem Kläger nicht der Fall sei. Therapeutische Bewegungsgeräte seien zwar mit der Produktart 32.06.01.0. als Hilfsmittel in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden. Sie würden zur Durchbewegung von gelähmten Extremitäten eingesetzt, wobei Ziel sei, Durchblutungsstörungen, Gelenkkontrakturentwicklungen und störenden Spastikentwicklungen entgegen zu wirken. Eine Anwendung von fremdkraftbetriebenen Bewegungsgeräten komme nur in Betracht, wenn die Erkrankung eine kontinuierliche - gegebenenfalls auch tägliche - krankengymnastische Behandlung erfordere und das Gerät diese Maßnahme teilweise oder ganz ersetze. Würde das Gerät hingegen zur Ergänzung der krankengymnastischen Behandlung eingesetzt, werde das Maß des Notwendigen überschritten.

In der Zeit vom 14. Mai bis 18. Juni 2002 befand sich der Kläger nach einer Hüftoperation links in Anschlussheilbehandlung in der Fachklinik H ... Der behandelnde Chefarzt Prof. Dr. Dr. He. bestätigte ihm mit Attest, dass aufgrund der rheumatischen Erkrankung beider Hüft- und

beider Kniegelenke und auch nach dem alloarthroplastischen Gelenkersatz der Hüftgelenke zum Erhalt der bestehenden Restfunktionalität sowie zur Kräftigung der gelenkumspannenden Muskulatur regelmäßige und gleichmäßige funktionelle Maßnahmen ohne genetische Kraftspitzen erforderlich seien und unter diesem Aspekt auch eine tägliche ein bis zweimalige Motomed-Anwendung ärztlich indiziert wäre.

Mit Bescheid vom 22. Oktober 2002 lehnte die Beklagte nach vorheriger Anhörung des Klägers nach [§ 24](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) den Antrag unter Hinweis auf die fehlenden medizinischen Voraussetzungen und eine mangelhafte Mitwirkung ab.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch und in diesem Zusammenhang auch Klage beim Sozialgericht Reutlingen (SG).

Mit Beschluss vom 8. Januar 2003 setzte das SG den Rechtsstreit bis zum Abschluss des Widerspruchsverfahrens aus. Hierauf holte die Beklagte erneut eine gutachterliche Stellungnahme des MDK ein. Dr. Sch. führte ergänzend aus, der Entlassungsbericht habe aufgezeigt, dass der Kläger inzwischen selbst gehfähig sei und unbedingt weiterhin krankengymnastische Anwendungen benötige, damit muskuläre Defizite aufgearbeitet werden könnten. Somit werde bestätigt, dass hier nicht an einen Passiveinsatz durch ein Gerät gedacht werde, sondern aktive Übungen stattfinden müssten, so dass Krankengymnastik durch das Gerät nicht entfalle oder ersetzt werde. Somit werde das Ergebnis des vorherigen Gutachtens bestätigt, wobei ohnehin ein therapeutischer Nutzen einer Bewegungstherapie mit fremdkraftbetriebenen Bewegungsschienen nicht belegt sei.

Das dem Kläger leihweise zur Verfügung gestellte Gerät wurde wegen der ungeklärten Finanzierungssituation im Juni 2003 vom Sanitätshaus wieder abgeholt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. Juli 2003 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, der MDK habe die Erforderlichkeit des beantragten Hilfsmittels verneint, so dass die Leistung, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sei, vom Kläger nicht beansprucht werden könne.

Zur Begründung seiner daraufhin erhobenen Klage trug der Kläger vor, er sei ständig bettlägerig und ohne spezielle Hilfsmittel sehe er sich genötigt, in absehbarer Zeit in ein Pflegeheim übersiedeln zu müssen. Das Hilfsmittel Motomed sei ihm vorsätzlich und zum Nachteil verweigert worden, obwohl es dringend erforderlich sei.

Mit Urteil vom 14. Juli 2004, dem Kläger zugestellt am 28. Juli 2004, wies das SG die Klage mit der Begründung ab, der Kläger habe weder Anspruch auf Gewährung des Bewegungstrainers noch auf Erstattung bereits entstandener Mietkosten. Der Bewegungstrainer stelle zwar ein Hilfsmittel dar, welches den Erfolg einer Heilbehandlung bei Anwendung durch den Versicherten selbst sicherstellen solle. Es sei aber nicht erforderlich, da eine ausreichende Versorgung des Klägers durch die Gewährung von mehrmals wöchentlich erfolgreicher Krankengymnastik gewährleistet sei. Der Bewegungstrainer solle bei dem Kläger nicht als vollständiger oder teilweiser Ersatz der Krankengymnastik zur Anwendung kommen, sondern diese ergänzen. Aus dem Blickwinkel des Wirtschaftlichkeitsgebots sei aber die Bereitstellung eines Bewegungstrainers nur dann gerechtfertigt, wenn durch dieses Gerät physikalische personengebundene Behandlungen kompensiert und dadurch finanziell erspart werden könnten. Dies habe auch der MDK nachvollziehbar dargelegt, da es sich bei den Extremitäten des Klägers nicht um gelähmte handele, so dass ein zusätzlicher Einsatz von Motomed-Anwendungen nicht erforderlich sei. Demgegenüber könnten die fachärztlichen Verordnungen bzw. Empfehlungen durch Dr. R. und Prof. Dr. Dr. He. nicht überzeugen, da das Maß des Notwendigen überschritten werde.

Seine hiergegen am 30. August 2004 (einem Montag) beim SG eingelegte Berufung hat der Kläger nicht begründet.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),

das Urteil des Sozialgerichts Reutlingen vom 14. Juli 2004 sowie den Bescheid vom 22. Oktober 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Juli 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm einen Bewegungstrainer gemäß der Verordnung von Dr. R. vom November 2001 zur Verfügung zu stellen und angefallene Mietkosten für die Benutzung des Bewegungstrainers für die Zeit von Dezember 2002 bis Juni 2003 nebst Zinsen und Energiekosten zu erstatten.

Die Beklagte beantragt (sinngemäß),

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung ist zulässig, insbesondere geht der Senat davon aus, dass der Schriftlichkeit der Berufung genügt ist, da der Kläger die Berufung von seiner bevollmächtigten Mutter per Fax hat einlegen lassen und dem Schriftstück hinreichend zuverlässig entnommen werden kann, dass es sich nicht um einen Entwurf handelt, sondern er mit Wissen und Willen des Berechtigten dem Gericht zugeleitet worden ist (BSG, Urteil vom 21. Juni 2001 [B 13 RJ 5/01 R](#)). Die Berufung ist weiterhin statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), da die erforderliche Berufungssumme von 500,- EUR überschritten wird.

Der Senat hat vorliegend von einer Beiladung anderer Rehabilitationsträger abgesehen, da die beklagte Krankenkasse den Antrag des Klägers nach [§ 14](#) Neuntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) nicht weitergeleitet, sondern den Anspruch in eigener Zuständigkeit geprüft hat, so dass eine der Entscheidung des BSG (Urteil vom 26.10.2004 - B 7 AL 16/04R) vergleichbare Konstellation nicht besteht. Vielmehr muss in einem solchen Fall die sich für zuständig für den Leistungsanspruch erachtende Beklagte das Begehren des Klägers unter allen denkbaren rechtlichen Gesichtspunkten prüfen und ggfs. in eigener Zuständigkeit die Leistung erbringen (so auch Gagel, Trägerübergreifende Fallbehandlung statt Antragsabwicklung als Grundprinzip des SGB IX, SGB 2004, 464, 466). Auch im Hinblick auf mögliche

Erstattungsansprüche scheidet dann eine Beiladung aus, da mangels Weiterleitung des Antrags nach [§ 14 Abs. 4 Satz 3 SGB IX](#) ein Erstattungsanspruch gegen einen anderen Rehabilitationsträger ohnehin weitgehend ausgeschlossen ist und mögliche Erstattungsansprüche die Notwendigkeit einer Beiladung im Leistungsstreit nicht begründen können ([BSGE 61, 66, 68](#)). Dass hier eine Beiladung ausscheidet, gilt weiter umso mehr, als eine Verurteilung derselben nach [§ 75 Abs. 5 SGG](#) ausscheidet, da ein anderer Rehabilitationsträger nicht leistungspflichtig ist ([BSG SozR 1500 § 75 Nr 74](#)). Denn einem Leistungsanspruch nach [§ 31 SGB IX](#) steht die fehlende Erforderlichkeit des Hilfsmittels entgegen (dazu siehe unten). Deswegen wäre auch ein Anspruch nach [§ 54 Abs. 1 Satz 2](#) Zwölftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) ausgeschlossen, weil eine Besserstellung von Empfängern von Eingliederungshilfe und ergänzenden Leistungen der Eingliederungshilfe gegenüber Rehabilitationsleistungen aus anderen Leistungssystemen zu vermeiden ist (so Voelzke in: Hauck/Noftz, Kommentar zum SGB XII, § 54 Rdnr. 56).

Die zulässige Berufung ist indessen nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Der angefochtene Bescheid vom 22. Oktober 2002 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. Juli 2003 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat weder Anspruch auf die Versorgung mit dem Hilfsmittel Bewegungstrainer noch auf Erstattung der ihm entstandenen Mietkosten für die Benutzung des Bewegungstrainers in der Zeit von Dezember 2002 bis Juni 2003 nebst Zinsen und Energiekosten.

Ein Anspruch auf Gewährung des Bewegungstrainers richtet sich nach [§ 33](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Danach besteht Anspruch auf Hilfsmittelversorgung, wenn das Hilfsmittel im Einzelfall erforderlich ist um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern oder eine drohende Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach [§ 34 Abs. 4 SGB V](#) von der Leistungspflicht ausgeschlossen sind.

Ein Hilfsmittel im Sinne des [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist dann erforderlich, wenn es dazu dient, natürliche Funktionen auszugleichen, fehlende Körperteile und Funktionen wieder herzustellen, zu ermöglichen, zu ersetzen, zu erleichtern oder zu ergänzen. Dabei genügt eine nur unwesentliche Verbesserung nicht. Das Hilfsmittel muss aber unentbehrlich oder unvermeidlich sein, die Ziele bzw. Zwecke der Krankenbehandlung zu erreichen (so bereits [BSG SozR 2200 § 182 b Nr. 25, 26, 30, 33](#)). Maßgeblich sind die individuellen Verhältnisse beim Behinderten bzw. Erkrankten, wobei insoweit auch eine Abwägung von Kosten und Nutzen anzustellen ist.

Ausgehend hiervon liegt auch unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) eine Erforderlichkeit dann nicht vor, wenn die Verordnung eines derartigen Gerätes nicht sonstige physikalische personengebundene Behandlungen kompensiert und dadurch finanziell erspart. Denn es wäre nicht gerechtfertigt, sowohl ein derartiges Gerät zur Verfügung zu stellen und gleichzeitig unvermindert weiter die personengebundene Therapie, hier in Form von Krankengymnastik, Massagen etc. fortzuführen (so auch [LSG Saarland, Urteil vom 2. März 1999, Az.: L 2 KR 24/97](#)).

Dies folgt auch aus den einleitenden Ausführungen in den Hilfsmittelrichtlinien zu Ziffer 32 - therapeutische Bewegungsgeräte -, wonach eine Verordnung von fremdkraftbetriebenen Bewegungsgeräten zur Langzeitanwendung (Bein-, Arm- und Kombinationstrainer für Arme und Beine) nur dann in Anwendung kommt, wenn die Erkrankung eine kontinuierliche - gegebenenfalls auch tägliche - krankengymnastische Behandlung erfordert und das Gerät die Maßnahmen teilweise oder ganz ersetzt. Dieser Ausschluss ist für den Versicherten verbindlich. Denn die nähere Hilfsmittelversorgung wird durch Richtlinien im Sinne von [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V](#) geregelt, denen als gesetzlicher Bestandteil dem Bundesmantelvertrag vergleichbare Rechtsqualität zukommt (vgl. [BSG SozR 3 - 2500 § 92 Nr. 6](#)). Dabei entfalten die Richtlinien ihre normative Wirkung nicht nur gegenüber dem Vertragsarzt, sondern auch gegenüber dem Versicherten, wie dies nunmehr ausdrücklich in [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) geregelt ist. Der gemeinsame Bundesausschuss darf aber nicht, soweit sich der Gesetzgeber in [§ 34 SGB V](#) vorbehalten hat unwirtschaftliche Arznei- und Heilmittel auszuschließen, sich eine parallele oder subsidiäre Entscheidungskompetenz anmaßen ([BSGE 85, 132](#)). Demgegenüber hat das Hilfsmittelverzeichnis, das nicht durch den gemeinsamen Bundesausschuss erstellt wurde, lediglich Indizfunktion für den Vertragsarzt, welche Gegenstände als Hilfsmittel anzusehen und verordnungsfähig sind.

Vorliegend muss nach den insoweit übereinstimmenden Angaben der Gutachter des MDK wie auch Prof. Dr. Dr. He. und der Physiotherapeutin E. davon ausgegangen werden, dass bei dem Kläger weiterhin krankengymnastische Behandlungen eingesetzt werden müssen, das Gerät demzufolge lediglich ergänzend die krankengymnastische Behandlung begleiten soll. Damit ist das Bewegungstherapiegerät nicht erforderlich. Dem steht auch nicht entgegen, dass durch den Einsatz positive Ergebnisse erzielt werden können. Insofern konnte der Senat dahingestellt sein lassen, ob der Kläger nach den positiven Ergebnissen seiner Anschlussheilbehandlung, die immerhin zu einem selbstständigen Bewegen des Klägers über eine größere Distanz geführt habe, überhaupt auf eine solche Hilfsmittelversorgung angewiesen ist, wie dies zuletzt der MDK Gutachter Dr. Sch. bezweifelt hat.

Da somit insgesamt das Maß des Notwendigen durch das beantragte Hilfsmittel überschritten wird, war es nicht erforderlich und der Kläger hat weder nach [§ 31 Abs. 1 SGB V](#) noch nach [§ 31 Abs. 1 SGB IX](#) einen Anspruch darauf, da auch letzterer die Erforderlichkeit des Hilfsmittels voraussetzt.

Da es des weiteren bereits am einem Anspruch des Klägers auf das beanspruchte Hilfsmittel fehlt, kann er demzufolge auch nicht die ihm entstandenen Kosten durch die Miete des Bewegungstrainers oder der Energiekosten erstattet verlangen, denn die Kostenerstattung der Versorgung mit Strom zum Betrieb eines Hilfsmittels ist nur dann möglich, wenn der Versicherte auch Anspruch auf das Hilfsmittel selbst hat.

Nach alledem war deshalb die Berufung zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2011-03-10