

S 8 KR 252/06

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Düsseldorf (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
8
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 8 KR 252/06
Datum
12.06.2008
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen

-
Datum

-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 05.09.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.04.2006 verurteilt, die für die selbst beschafften Kontaktlinsen aufgewandten Kosten und die Kosten für Pflegemittel zu erstatten. Der Beklagten werden die außergerichtlichen Kosten der Klägerin auferlegt.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung der Kosten für selbst beschaffte Kontaktlinsen und Pflegemittel der Klägerin.

Die 1957 geborene Klägerin leidet unter anderem an einer Hyperopie (18 -19 dpt), die mit Kontaktlinsen als bestmöglicher Korrektur auf Visuswerte von 0,3 und 0,4 korrigiert werden kann. In der Vergangenheit, bis ins Jahr 2003, erfolgte eine Versorgung mit Kontaktlinsen durch die Beklagte, nach Angaben der Klägerin durch das Zur-Verfügung-Stellen von Kontaktlinsen zwei Mal jährlich.

Mit Schreiben vom 26.07.2005 beantragte die Klägerin unter Vorlage einer Bescheinigung des behandelnden Augenarztes O bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für Kontaktlinsen und Pflegemittel. Es sei ihr aufgrund ihrer starken Sehbehinderung nicht möglich, eine Brille zu tragen. Sie sei darauf angewiesen, Kontaktlinsen zu tragen, welche 226,00 Euro kosten. Zudem fielen alle 6 Wochen 49,00 Euro für die benötigten Pflegemittel an. Die Kontaktlinsen müssten meist zwei Mal im Jahr erneuert werden. Ihr sei es aufgrund ihres niedrigen Einkommens nicht möglich, diese finanziellen Aufwendungen zu tragen. Sie könne aber andererseits ohne Kontaktlinsen nicht mehr am täglichen Leben teilnehmen.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 05.09.2005 ab. Ab 01.01.2004 könnte sie keinen Kontaktlinsenzuschuss mehr leisten. Die gesetzlichen Regelungen sähen vor, dass Kontaktlinsen ab dem 18. Lebensjahr generell ausgeschlossen sind. Ausschließlich bei schwersten Sehbeeinträchtigungen bestünden Ausnahmeregelungen. Dies sei nur bei annähernder Blindheit bzw. einer erreichbaren Sehkraft von maximal 30 % auf beiden Augen der Fall.

Gegen diesen Bescheid erhob die Klägerin Widerspruch, der mit Widerspruchsbescheid vom 07.04.2006 zurückgewiesen wurde.

Zwischenzeitlich, mit Schreiben vom 12.10.2005, hatte die Klägerin die Kosten auch bei der Beigeladenen zu 2) geltend gemacht, die diesen Antrag an die Beigeladene zu 1) weiterleitete. Die Beigeladene zu 1) lehnte den entsprechenden Kostenübernahmeantrag vom 12.10.2005 mit Bescheid vom 12.10.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06.12.2005 ab.

Die Klägerin hat gegen die ablehnenden Bescheide der Beklagten Klage erhoben, mit der sie unter Vorlage einer Bescheinigung des Optikers E1 des Brillengeschäftes E2 ihr Begehren weiterverfolgt. Mittlerweile habe sie sich auf Ratenzahlungsbasis ein Paar Kontaktlinsen selber beschafft, die sie täglich 24 Stunden lang trage und nur zur Reinigung aus den Augen nehme. Dies sei nötig, da sie ohne diese Sehhilfe auch in ihrer Wohnung nichts erkennen könne. Sie trage sogar nachts Kontaktlinsen, da es ihr sonst morgens nicht möglich sei, aufzustehen und Kontaktlinsen anzuziehen.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Bescheides vom 05.09.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.04.2006 die Beklagte, hilfsweise die Beigeladenen zu 1), 2), oder 3) zu verurteilen, die für die selbst beschafften Kontaktlinsen aufgewandten Kosten und die Kosten für Pflegemittel zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beigeladenen zu 1), 2), 3) beantragen,

die Klage abzuweisen.

Sie halten den Anspruch unter Berücksichtigung der gesetzlichen Regelung für unbegründet. Auf die weiteren Ausführungen dieser Beteiligten wird Bezug genommen.

Das Gericht hat zur weiteren Ermittlung des Sachverhalts einen Befundbericht des O eingeholt. Zur weiteren Sachdarstellung wird auf diese Unterlage sowie auf die zu den Gerichtsakten gereichten Schriftsätze der Beteiligten und die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist begründet.

Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtswidrig, da der Klägerin ein Anspruch auf Übernahme bzw. Erstattung der aufgewandten Kosten für die selbst beschafften Kontaktlinsen zusteht.

Bei der Versorgung mit Kontaktlinsen handelt es sich um eine medizinisch notwendige Maßnahme, da die Klägerin ohne Versorgung mit diesem Hilfsmittel nicht in der Lage ist, einfachste Alltagsaufgaben zu erledigen und sich zu orientieren. Die Schilderung der Klägerin, dass das Tragen einer Brille nicht zu einem ausreichenden Ausgleich der Sehbeeinträchtigung führen kann, wird von O in seinem eingeholten Befundbericht bestätigt. Die hieraus sich ergebende Notwendigkeit des Tragens von Kontaktlinsen anstatt einer Brille spiegelt sich des Weiteren in den vom gemeinsamen Bundesausschuss festgelegten Hilfsmittel-Richtlinien wider. Denn gemäß Punkt 58.1 der Richtlinien sind Kontaktlinsen bereits bei einer Hyperopie von 8,0 dpt verordnungsfähig. Die Klägerin leidet an einer mehr als doppelt so starken Hyperopie mit mindestens 18 dpt. Diese medizinische Notwendigkeit wird weder von der Beklagten, die in der Vergangenheit bis zum 01.01.2004 die Versorgung mit Kontaktlinsen finanziert hat, noch von den Beigeladenen in Frage gestellt.

Aus der Notwendigkeit der medizinischen Versorgung folgt, dass der Klägerin jedenfalls ein Anspruch auf die begehrte Sozialleistung zusteht und zwar unabhängig von der zwischen der Beklagten und den Beigeladenen strittigen Frage, welcher Leistungsträger letztendlich zur Leistung verpflichtet ist. Denn nach dem an die Beklagte gerichteten und von der Klägerin auch im Klageverfahren gegenüber dieser weiterverfolgten Antrag ist die Beklagte zur entsprechenden vorläufigen Leistungserbringung verpflichtet, [§ 43 Abs. 1 Satz 2](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB I).

Es besteht jedenfalls ein Anspruch auf Versorgung der Klägerin mit der medizinisch notwendigen Sehhilfe, [§ 43 Abs. 1 SGB I](#) i.V.m. §§ 27, 28 SGB V, [§§ 53 ff. SGB XII](#), [§ 16 SGB VI](#) i.V.m. [§ 33 Absatz 8 Nr. 4 SGB IX](#). Es kann für das Verfahren der Klägerin dahingestellt bleiben, ob letztendlich entweder die Beklagte oder die Beigeladene zu 1) oder 3) zur Erbringung dieser Sozialleistung verpflichtet ist.

Ein Anspruch gegenüber der Beklagten kommt auch unter Berücksichtigung von [§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) in Betracht, da der Visuswert der Klägerin ohne Sehhilfe in einem nicht mehr messbaren Bereich liegt, und damit deutlich unter 0,3. Diese Auslegung des [§ 33 SGB V](#) und der entsprechende Anspruch kommt unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) - in Betracht. Denn nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts resultiert ein entsprechender Anspruch aus den Vorschriften des Krankenversicherungsrechts bereits unter Berücksichtigung des Grundrechts aus [Art. 2 Abs. 1 Satz 1 GG](#) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip. Gemäß den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts ist es mit diesem Grundrecht jedenfalls nicht vereinbar, eine gesetzlich Krankenversicherte, für deren lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Stand entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihr gewählten, ärztlich verordneten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht (BVerfG, a.a.O.). Gemäß den weiteren Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts hat sich die Gestaltung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung an der objektiv-rechtlichen Pflicht des Staates zu orientieren, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) zu stellen. Zu den Rechtsgütern des [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) gehört sowohl das Leben als auch die körperliche Unversehrtheit. Dies könnte bedeuten, dass auch der entsprechende Behandlungsanspruch einer die Lebensqualität nachhaltig beeinträchtigenden Erkrankung und nicht nur einer lebensbedrohlichen Erkrankung gewährleistet sein muss (ebenso: SG Hamburg, Urteil vom 07.02.2006 - [S 48 KR 1620/03](#) - ; a. A.: BSG, u.a. Urteile vom 26.09.2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) - und - [B 1 KR 14/06 R](#) -, vom 14.12.2006 - [B 1 KR 12/06 R](#) -; in: www.bundessozialgericht.de, Stichwort: Entscheidungstexte).

Gegen eine Beschränkung auf lebensbedrohliche Erkrankungen könnten die weiteren Formulierungen der Beschlussbegründung sowie die vorangestellten Orientierungssätze sprechen: So hat das Bundesverfassungsgericht in seiner Entscheidung vom 06.12.2005 weiterhin ausdrücklich formuliert, dass Maßstab für die Beurteilung der Verfassungsmäßigkeit des Leistungsrechts das Grundrecht auf Leben "und körperliche Unversehrtheit" ist (Rn. 55 der amtlichen Fassung; in: www.bundesverfassungsgericht.de). Die Pflicht des Staates, sich schützend und fördernd vor die Rechtsgüter des [Art. 2 GG](#) zu stellen, gelte "insbesondere" in Fällen der Behandlung einer lebensbedrohlichen Erkrankung (Rn. 56, a.a.O.). In dem vom Bundesverfassungsgericht (allein) zu entscheidenden Fall einer lebensbedrohlichen Erkrankung gehörte der entsprechende Behandlungsanspruch bereits zum "Kernbereich" der Leistungspflicht sowie zu der von [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) geforderten "Mindest"versorgung (Rn. 65, a.a.O.).

Sollte ein Anspruch gegenüber der Beklagten letztendlich unter Berücksichtigung der in [§ 33 SGB V](#) aufgeführten Leistungsbeschränkung nicht bestehen, so wäre die Beigeladene zu 1) im Rahmen der Eingliederungshilfe für behinderte Menschen leistungs verpflichtet, [§§ 53 ff. des Zwölften Buches des Sozialgesetzbuches - SGB XII](#) - (vgl. auch Sächsisches OVG, Urteil vom 04.04.2006, Az.: [4 B 384/03](#)). Die Vorschriften der [§§ 53 ff. SGB XII](#) sind für die Klägerin als Bezieherin von Leistungen nach dem SGB II nicht ausgeschlossen, da [§ 5 Abs. 2](#)

[Satz 1 SGB II](#) lediglich Leistungen nach dem Dritten Kapitel des SGB XII ausschließt. Die Klägerin ist durch ihre starke Sehbeeinträchtigung in ihrer Fähigkeit, an der Gesellschaft teilzuhaben, im Sinne einer verminderten Selbständigkeit und einem Angewiesensein auf die Hilfe Dritter eingeschränkt, [§ 53 Abs. 1 SGB XII](#). Bei einem Ausschluss von krankenversicherungsrechtlichen Leistungen nach [§ 28 SGB X](#) besteht diese Behinderung auch nach der Durchführung von Leistungen nach den [§§ 47](#) und [48 SGB XII](#) i.V.m. SGB V, [§ 53 Abs. 2 Satz 2 SGB XII](#). Vorliegend würde das Klageziel auch der besonderen Aufgabe der Eingliederungshilfe, den behinderten Menschen soweit wie möglich unabhängig von Pflege zu machen, entsprechen, [§ 53 Abs. 3 SGB XII](#). Die Versorgung mit Hilfsmitteln gehört auch zu den im Rahmen der Eingliederungshilfe zu erbringenden Leistungen, [§ 54 Abs. 1 SGB XII](#) i.V.m. [§ 26 Abs. 2 SGB IX](#). Die Klägerin hatte bereits im Oktober 2005 bei der Beigeladenen zu 1) einen entsprechenden Antrag gestellt.

Des Weiteren kommt ein Leistungsanspruch gegenüber der Beigeladenen zu 3) als Maßnahme der beruflichen Rehabilitation in Betracht, [§ 16 SGB VI](#), [§ 33 Absatz 8 Nr. 4 SGB IX](#). Denn ohne Versorgung mit den medizinisch notwendigen Sehhilfen wäre die Klägerin in ihrer Erwerbsfähigkeit mindestens teilweise, wenn nicht sogar voll erwerbsgemindert.

Die Erstattungspflicht der Beklagten folgt des Weiteren aus [§§ 14, 15 SGB IX](#), da die Beklagte eine Rehabilitationsleistung im Sinne des Neunten Buches des Sozialgesetzbuches (SGB IX) aus den ausgeführten Gründen zu Unrecht abgelehnt hat, [§ 15 Absatz 1 Satz 4 SGB IX](#). Denn bei den Kontaktlinsen handelt es sich um eine Rehabilitationsleistung, [§§ 26, 55, 33 SGB IX](#).

Ohne die medizinisch notwendige Versorgung der Klägerin mit den erforderlichen Sehhilfen durch die Beklagte bzw. letztlich durch den endgültig zuständigen Leistungsträger würden die Beklagte und die Beigeladenen der Vorgabe des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 nicht gerecht, dass Versicherten auferlegte Eigenleistungen finanziell zumutbar bleiben müssen. Dies wäre vorliegend bei einem Bezug von Leistungen gemäß dem SGB II insbesondere unter Berücksichtigung der gesetzlichen Wertung des [§ 62 SGB V](#) nicht mehr gegeben. Unter Berücksichtigung des Umstandes, dass die gesetzlichen Vorschriften im Sinne der Antragstellerin auszulegen sind, kann die grundsätzliche Frage nach der Verfassungsmäßigkeit des [§ 33 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#) (in der seit dem 01.01.2004 geltenden Fassung) dahingestellt bleiben. Denn verfassungsrechtliche Bedenken an dem pauschalen Ausschluss von Sehhilfen bei Sehbeeinträchtigungen unterhalb der Stufe 1 folgen daraus, dass die Verordnungsfähigkeit zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen in jedem Fall vollständig ausgeschlossen ist, ohne die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit des Einzelnen gemäß [§ 62 SGB V](#) zu berücksichtigen bzw. sich innerhalb dieser Belastungsgrenzen zu halten. Insofern stellt sich nämlich die Frage, ob der Gesetzgeber seinen grundsätzlichen Gestaltungsspielraum dadurch überschritten hat, dass er die Versicherten über den Beitrag hinaus zur Entlastung der Krankenkassen und zur Stärkung des Kostenbewusstseins an den Kosten von medizinisch notwendigen Hilfsmitteln weitgehend beteiligt, ohne zu berücksichtigen, ob dies dem Einzelnen finanziell zugemutet werden kann (vgl. Beschluss des Bundesverfassungsgerichts BVerfG vom 06.12.2005, [a.a.O.](#), Rn. 59).

Im Ergebnis wsr die Beklagte zur Leistungserbringung gegenüber der Klägerin zu verurteilen, da sie die begehrte Leistung zumindest als vorläufige zu Unrecht abgelehnt hat bzw. den Leistungsantrag nicht fristgerecht an den zuständigen Rehabilitationsträger weitergeleitet hat.

Entsprechendes gilt für die Pflegemittel, die zum Erhalt des notwendigen Hilfsmittels erforderlich sind.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2008-06-23