L 1 KR 1100/05

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 72 KR 3220/04
Datum
22.07.2005
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 1100/05
Datum
13.10.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist der Anspruch der Klägerin auf Versorgung mit höherbrechenden Brillengläsern.

Die 1942 geborene Klägerin ist Mitglied der beklagten Krankenkasse. Im September 2003 reichte sie bei ihr über ihren Augenoptiker – Firma – eine vertragsärztliche Brillenverordnung für je zwei höherbrechende Gläser bei hoher Myopie für fern und nah ein. Beigefügt waren zwei Kostenvoranschläge über außervertragliche Leistungen vom 16. September 2003. Danach veranschlagte die Firma für höherbrechende Gläser mit einem Brechungsindex von 1,9 für die Nahbrille je Glas einen Preis von 216,00 EUR - zusammen 432,00 EUR - und für die Fernbrille je Glas einen Preis von 334,53 EUR - zusammen 669,06 EUR -. Die Beklagte teilte mit, für höherbrechende mineralische Einstärkengläser lediglich einen Kostenanteil in Höhe des Festbetrages von je 55,73 EUR - also insgesamt zweimal 111,46 EUR - übernehmen zu können, sodass für die Klägerin Eigenanteile von 320,54 EUR und 557,60 EUR verblieben.

Dementsprechend bewilligte die Beklagte der Klägerin durch Bescheid vom 5. November 2003 einen Kostenzuschuss von je 55,73 EUR pro Glas und lehnte eine darüber hinausgehende Kosten-übernahme ab. Der Gesetzgeber habe den gesetzlichen Krankenkassen die Möglichkeit gegeben, für Hilfsmittel – dazu zählten auch Brillen – Festbeträge zu bestimmen, mit denen eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung der Versicherten möglich sei. Von dieser Möglichkeit hätten die gesetzlichen Krankenkassen im Land Berlin ab dem 1. August 1997 Gebrauch gemacht. Im bestätigenden Widerspruchsbescheid vom 10. September 2004 legte die Beklagte dar, einer ihrer Vertragspartner führe eine Versorgung mit einer Nah- und Fernbrille (vier Brillengläser) in den von der Augenärztin der Klägerin verordneten Sehstärken bundes-weit zum Preis von 55,73 EUR je Glas durch. Die von der Klägerin beantragten hochbrechenden Brillengläser (Brechungsindex 1,9) seien nach den Hilfsmittel-Richtlinien nicht verordnungs-fähig und fielen daher nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung.

Mit der dagegen gerichteten Klage vor dem Sozialgericht (SG) Berlin übersandte die Klägerin eine Stellungnahme des Vorstandsvorsitzenden der Beklagten vom 18. Oktober 2004. Diese habe sie über das von ihr in gleicher Angelegenheit eingeschaltete Bürgerbüro Günter Nooke erhalten. In der Stellungnahme heißt es u. a., der Vertragslieferant stelle höher-brechende mineralische Einstärkengläser, sphärisch-torisch (ab – 15 dpt/bis Index 1.7) zum Preis von 55,73 EUR zur Verfügung. Die Klägerin habe sich seinerzeit für die Versorgung mit Gläsern entschieden, die einen höheren Brechungsfaktor (1.9) hätten. Hierbei handele es sich um eine Versorgung, die nicht vertraglich abgesichert sei. Dazu erklärte die Klägerin, sie sei mit der Brillenverordnung zum Optiker gegangen und habe sich zwei Fassungen ausgesucht. Für die Gläser sei von der Mitarbeiterin der Firma ohne ihr Zutun ein Kostenvoranschlag erarbeitet und an die Beklagte geschickt worden. Die Zuordnung ihrer Glasstärken zu dem Brechungsindex 1,9 sei allein "aus sachlogischen Gründen des Fachmannes" erfolgt. Daran habe sie keinerlei Anteil gehabt. Damals habe sie nicht einmal gewusst, was das bedeute: 1,7 oder 1,9.

Das SG wies die auf vollständige Übernahme der Kosten für die verordneten Brillengläser gemäß Kostenvoranschlag gerichtete Klage aus den Gründen des Widerspruchsbescheides durch Gerichtsbescheid vom 22. Juli 2005 ab.

Mit der Berufung macht die Klägerin geltend, die von der Beklagten zugesagte Kostenteil-übernahme ermögliche keine ausreichende Versorgung. Den ihr verbleibenden Eigenanteil könne sie nicht aufbringen. Damit sei sie bis an ihr Lebensende vom Erwerb einer notwendigen neuen Brille ausgeschlossen.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 22. Juli 2005 aufzuheben sowie den Bescheid vom 5. November 2003 in der Fassung des Widerspruchs-bescheides vom 10. September 2004 zu ändern und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die verordneten höherbrechenden Brillengläser gemäß Kosten-voranschlägen vom 16. September 2003 über die Festbeträge hinaus voll zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten (einschließlich der Akte des SG - S 72 KR 3220/04 -) und der Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist unbegründet.

Das SG hat die Klage auf volle Übernahme der Kosten gemäß den Kostenvoranschlägen vom 16. September 2003 zu Recht abgewiesen.

Nach § 33 Abs. 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit 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 (Satz 1). Für nicht nach Satz 1 aus-geschlossene Hilfsmittel – dazu gehören auch Sehhilfen – bleibt § 92 unberührt. Nach § 92 Abs. 1 SGB V beschließt der Gemeinsame Bundesausschuss der an der kassenärztlichen Versorgung beteiligten Verbände der Ärzte und Krankenkassen (§ 91 SGB V) mit Verbindlichkeit auch für die Versicherten (§ 91 Abs. 9 SGB V) die zur Sicherung der ärztlichen Versorgung erforderlichen Richtlinien über die Gewährung für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten – Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V – (Satz 1 1. Halbsatz). Er soll insbesondere Richtlinien beschließen u. a. über die Verordnung von Hilfsmitteln (Satz 2 Nr. 6). Dies ist durch die im Bundesanzeiger veröffentlichten Hilfsmittel-Richtlinien vom 17. Juni 1992 (zuletzt geändert am 19. Oktober 2004) geschehen. Danach sind nicht verordnungsfähig hochbrechende mineralische Gläser, ausgenommen bei einer Myopie ab – 15 dpt, in diesen Fällen sind Gläser nur mit einem Brechungsindex bis maximal 1,7 verordnungsfähig (Hilfsmittel-Richtlinien E. 57.5). Danach kann die Klägerin nur eine Versorgung mit Gläsern mit einem Brechungsindex bis maximal 1,7 beanspruchen, die nicht so dünn sind wie Gläser mit einem Brechungsindex von 1,9.

Darüber hinaus ist der Anspruch der Klägerin durch den Festbetrag (seinerzeit 55,73 EUR) begrenzt. Nach § 33 Abs. 2 Satz 1 SGB V trägt die Krankenkasse, wenn für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 festgesetzt ist, die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags. Für höherbrechende Gläser in der Sehstärke der Klägerin ist von den Landesverbänden der Krankenkassen und den Verbänden der Ersatzkassen für den Bereich des Landes Berlin gemäß § 36 Abs. 2 Satz 2 SGB V seinerzeit ein Festbetrag von je 55,73 EUR festgesetzt worden. Zum Preise dieses – ggf. eines zwischenzeitlich angepassten - Festbetrages bietet die Firma Brillengläser an, mit denen die Klägerin der Brillenverordnung ihrer Augenärztin entsprechend ohne Zuzahlung versorgt werden kann. Damit ist eine ausreichende Versorgung gewährleistet. Nach § 12 SGB V dürfen die Leistungen der Krankenkassen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten (Abs. 1 Satz 1). Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (Abs. 1 Satz 2). Ist für eine Leistung ein Festbetrag festgesetzt, erfüllt die Krankenkasse ihre Leistungspflicht mit dem Festbetrag (Abs. 2).

Soweit die Firma die Klägerin nicht hinreichend informiert und ihr kein Angebot im Rahmen der Festbeträge gemacht hat, kann dies nicht zu Lasten der Beklagten gehen.

Die Kostenentscheidung nach § 193 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entspricht dem Ergebnis in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BRB
Saved
2006-10-27