

## L 11 KR 428/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 11 KR 679/04  
Datum  
08.12.2005  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 428/06  
Datum  
11.07.2006  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 8. Dezember 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten für eine Brille.

Der 1965 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Er leidet an einer Hyperopie und einem Astigmatismus (rechtes Auge: sph + 6,50 cyl - 2,25 Achse 179°; linkes Auge: sph + 7,75, cyl - 2,00, Achse 174 °).

Unter Vorlage einer Kostenaufstellung des Optikers H., B., vom 28.07.2003 in Höhe von 707,- EUR, wobei die Fassung mit einem Betrag in Höhe von 171,- EUR und die Glaspreise für Kunststoffgläser, höherbrechend, asphärisch, mittendickenreduziert, gehärtet, superentspiegelt mit 273,- bzw. 263,- EUR angegeben wurden, erstattete die Beklagte dem Kläger nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK), der spezielle Sondergläser in diesem Stärkebereich nicht für indiziert hielt und als Alternative für die Kostenübernahme Kunststoffgläser für angemessen erachtete, die Festbeträge für Kunststoffgläser nach den Festbetragspositionen 25.21.08.1 und 25.21.07.1 in Höhe von 17,90 EUR und 14,57 EUR, das heißt insgesamt 32,47 EUR (Kostenübernahmeerklärung vom 26.08.2003).

Mit Schreiben vom 01.09.2003 reichte der Kläger eine Verordnung der Augenärzte Dr. K. und Dres. S. nach. Aus der Verordnung geht der Augenstärkebereich des Klägers und dass Kontaktlinsen wegen einer Benetzungstörung nicht mehr getragen würden hervor.

Die Beklagte hörte daraufhin erneut den MDK, der bei seiner bereits vertretenen Auffassung verblieb und ergänzend darauf hinwies, dass im Stärkebereich des Klägers noch kein Anspruch auf die Versorgung mit Kontaktlinsen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung bestehe.

Mit Bescheid vom 09.10.2003 lehnte die Beklagte hierauf eine weitere Kostenübernahme ab.

Der Kläger erhob hiergegen Widerspruch. Er vertrat die Auffassung, die Kostenübernahme sei eine Notwendigkeit, die der medizinischen Grundversorgung gleichkomme. Ohne Sehhilfe sei seine Lebensfähigkeit massiv behindert. Eine Erwerbstätigkeit ohne eine Kostenerstattung seitens der Beklagten sei völlig ausgeschlossen. Die Notwendigkeit von Kunststoffgläsern und asphärisch/mittendickenreduzierten Gläsern ergebe sich durch die hierdurch erfolgende Gewichtsreduzierung, die wegen einer hohen Druckempfindlichkeit der Haut erforderlich sei. Hierdurch werde auch die optische Qualität wesentlich erhöht. Gehärtete Gläser seien absoluter Standard bei Kunststoffgläsern und eine unabdingbare Notwendigkeit. Die Superentspiegelung erhöhe die Lichtdurchlässigkeit und verhindere die Irritation durch Lichtreflexionen. Ergänzend reichte der Optiker H. eine Bescheinigung, wonach die Brillengläser beim Kläger wegen eines Druckkeuzems und langer Tragezeit und zur weiteren Verminderung des Gewichts und zur Erhöhung des Tragekomforts eine Brillenfassung aus Titanmaterial erforderlich seien, ein.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.01.2004 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus, der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasse nicht die Kosten des Brillengestells (§ 33 Abs. 1 Satz 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - SGB V -). Die Kostenübernahme für das Brillengestell sei daher ausgeschlossen. Im übrigen würden die Spitzenverbände der Krankenkassen gemeinsam

und einheitlich Hilfsmittel, für die Festbeträge festgesetzt würden, bestimmen (§ 36 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Dabei würden die Landesverbände der Krankenkassen und die Verbände der Ersatzkassen für die nach Abs. 1 bestimmten Hilfsmittel einheitliche Festbeträge festsetzen (§ 36 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Wenn für ein erforderliches Hilfsmittel ein Festbetrag nach § 36 SGB V festgesetzt sei, trage die Krankenkasse die Kosten bis zur Höhe dieses Betrags (§ 33 Abs. 2 Satz 1 SGB V). Die von der Leistungspflicht umfassenden Hilfsmittel und die dafür vorgesehenen Festbeträge oder vereinbarten Preise seien in einem von den Spitzenverbänden der Krankenkassen gemeinsam erstellten Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt (§ 128 SGB V). Für Brillengläser seien Festbeträge festgelegt worden. Sie - die Beklagte - trage daher die Kosten der beiden Kunststoffgläser bis zur Höhe des festgesetzten Festbetrages. Über die Festbeträge hinausgehende Kosten könnten nicht übernommen werden. In den Hilfsmittelrichtlinien sei ausdrücklich aufgenommen, dass asphärische Gläser, hochbrechende organische Gläser und mineralische oder organische Lentikulargläser sowie hochbrechende Lentikulargläser mit wenigen Ausnahmen, die beim Kläger nicht vorliegen würden, nicht verordnungsfähig seien. Eine Kostenübernahme für das Brillengestell und der über die Festbeträge hinausgehenden Kosten sei auch im Rahmen der vollständigen oder teilweisen Befreiung nach den §§ 61, 62 SGB V nicht möglich.

Hiergegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG). Zur Begründung verwies er im wesentlichen auf sein bisheriges Vorbringen und wies ergänzend darauf hin, dass mit der Einführung des § 36 SGB V der Gesetzgeber nicht habe bezwecken wollen, dass unbedingt erforderliche und notwendige Hilfsmittel dem versicherten Personenkreis nicht mehr zugänglich seien. Er sei aufgrund seiner Disposition in einer der vorliegenden Gruppen für eine pauschale Regelung nicht einzukategorisieren. Es bestehe bei ihm nicht nur wegen der erheblichen Sehbehinderung sondern auch aufgrund seiner Hautverhältnisse ein spezifischer Bedarf. Bei ihm liege daher eine berücksichtigungspflichtige Ausnahme vor. Im übrigen befinde er sich beruflich gerade in einer "Umorientierungsphase". Deshalb sei er auf die Brillengläser dringend angewiesen. Die Berücksichtigung seines gesonderten Bedarfs sei auch unter verfassungsrechtlichen Gesichtspunkten geboten. Die Festbetragsregelung werde von gewichtigen Stimmen in Literatur und Rechtsprechung für verfassungswidrig erachtet. Er werde nicht nur in seiner Auswahlmöglichkeit unter verschiedenen Hilfsmitteln eingeschränkt, vielmehr werde er durch die Festbetragsregelung von dem Sachleistungszugang zu einem bestimmten Hilfsmittel generell ausgeschlossen. Ferner würden bei ihm die Voraussetzungen des § 61 SGB V für eine vollständige Befreiung vorliegen. Er befinde sich in einer prekären finanziellen Situation. Er legte eine Einnahmen-/Verlustrechnung vom 31.03.2004 und einen Bewilligungsbescheid des Arbeitsamts Freiburg über Arbeitslosenhilfe vor.

Die Beklagte wies darauf hin, dass durch die Setzung von Preisgrenzen bei Inanspruchnahme verordneter Hilfsmittel mittels der Festbeträge nicht nur der Wettbewerb unter den Leistungsanbietern gefördert, sondern auch die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung auf das medizinisch Notwendige beschränkt werden solle. Die Festbetragsfestsetzung sei verfassungsgemäß (vgl. Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 17.12.2002, Az.: 1 BvL 28/95, 1 BvL 30/95). § 61 SGB V sei auf den Fall des Klägers nicht anwendbar.

Auf Nachfrage teilte der Kläger mit, dass bei ihm bisher noch keine Behandlung wegen Dekubiten bzw. Druckekzemen vorgenommen worden sei. Bislang sei er noch nicht in der Not gewesen, ein Brillengestell ohne die streitgegenständlichen Kunststoffgläser zu tragen.

Der vom SG als sachverständiger Zeuge gehörte Dr. S. führte aus, der Kläger habe sich nur am 01.09.2003 in seiner Behandlung befunden. Er gab noch einmal die Sehschärfenwerte des Klägers an.

Der Kläger ergänzte sein Vorbringen dahingehend, dass die Empfehlung für die streitgegenständlichen Brillengläser von seinem Augenoptiker stamme. Ein Augenarzt sei hierzu grundsätzlich nicht in der Lage.

Im Anschluss daran beauftragte das SG den Augenarzt Dr. E. mit der Erstattung eines augenärztlichen Gutachtens. Dr. E. diagnostizierte eine hohe Hyperopie und einen Astigmatismus und auf dem linken Auge eine Amblyopie bei Verdacht auf congenitales Schielsyndrom bei Zustand nach zweimaliger Schieloperation. Das ständige Tragen einer Brille oder von Kontaktlinsen sei erforderlich. Die Versorgung mit höherbrechenden, asphärischen, mittendickenreduzierten Gläsern sei wegen des geringen Gewichts und der verbesserten Optik zwar wünschenswert, medizinisch jedoch nicht erforderlich. Bei der vorliegenden Fehlsichtigkeit sei eine Versorgung mit Standardkunststoffgläsern ausreichend.

Der Kläger trug hierzu noch einmal vor, dass "normale Brillengläser" bei ihm ein Ausmaß hätten, das ihn in erheblicher Weise in seiner Lebensführung beeinträchtige. Es gehe nicht darum, dass seine Sehfähigkeit mit "normalen Brillengläsern" nicht hergestellt werden könne. Für die Frage der optischen Zumutbarkeit und Fragen der Anpassung der Brillen sei es erforderlich, einen Augenoptiker zu hören. Wegen der Hautverträglichkeit sei die Begutachtung durch einen Hautarzt notwendig.

Auf Nachfrage führte Dr. E. aus, dass ein höherbrechendes, mittendickenreduziertes Kunststoffglas gegenüber einem Standardkunststoffglas ein besseres optisches und insbesondere besseres kosmetisches Ergebnis ergebe. Ein nennenswerter Gewichtsunterschied zwischen diesen beiden Gläsern bestehe jedoch nicht. Dieser sei nur gegenüber normalen Mineralgläsern relevant. Eine mögliche größere Hautbelastung im Bereich der Auflageflächen der Brillen sei somit bei der Verwendung von Standardkunststoffgläsern unwahrscheinlich. Eine zwingende medizinische Indikation für die Versorgung mit den Spezialgläsern bestehe nicht.

Hierzu legte der Kläger eine Stellungnahme des Optikers H. vor, wonach sich das Gewicht der Brille bei den begehrten Gläsern um 9,6 Gramm reduziert. Außerdem würden die visuellen Eigenschaften verbessert.

Mit Urteil vom 08.12.2005, dem Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellt am 14.12.2005, wies das SG die Klage ab. Ein Anspruch des Klägers auf Übernahme der den Festbetrag übersteigenden Kosten sei nicht gegeben. Weder nach der Aussage des sachverständigen Zeugen Dr. K. (richtig Dr. S.) noch des Sachverständigen Dr. E. sei die Versorgung mit höherbrechenden, asphärischen und mittendickenreduzierten Kunststoffgläsern notwendig. Bei der beim Kläger vorliegenden Fehlsichtigkeit sei eine Versorgung mit Standardkunststoffgläsern ausreichend. Eine größere Hautbelastung im Bereich der Auflagefläche der Brille bei Verwendung von Standardkunststoffgläsern sei unwahrscheinlich.

Dagegen richtet sich die am 10.01.2006 eingelegte Berufung des Klägers. Seine unterlassene Versorgung mit den beantragten Brillengläsern führe zu einer unzumutbaren Beeinträchtigung des äußeren Erscheinungsbildes. Dadurch werde ihm nach außen hin der Stempel des Kassenpatienten mit beschränkten wirtschaftlichen Mitteln aufgedrückt. Hierdurch sei er in seiner freiberuflichen

Entfaltungsmöglichkeit bedroht. Die Einschränkung, die durch die Festbetragsbegrenzung für ihn erfolge, sei dermaßen einschneidend, dass sie einer Abschaffung des Sachleistungsprinzips gleichkomme. Dies sei durch den Gesetzgeber und die Beklagte durch eine Ausnahmeregelung bei besonderen Härtefällen zu umgehen. Ein solcher Härtefall liege bei ihm vor.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 08. Dezember 2005 aufzuheben und die Bescheide vom 26. August 2003 und 09. Oktober 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27. Januar 2004 abzuändern und die Beklagte zu verurteilen, weitere 573,05 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, dass die medizinische Notwendigkeit für die Versorgung mit den beantragten höherbrechenden, asphärischen und mittendickenreduzierten Gläsern, wie auch der Kläger selbst anführe, nicht bestehe. Er sei mit den Festbetragsgläsern ausreichend und zweckmäßig im Sinne des [§ 12 SGB V](#) versorgt. Dass die Festbetragsgläser möglicherweise optisch auffälliger seien als die beantragten Brillengläser möge zutreffen. Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung sei jedoch nur eine ausreichende und zweckmäßige Versorgung mit Hilfsmitteln im Sinne eines Mindeststandards zum Ausgleich einer Behinderung oder zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung.

Die Berichterstatterin hat den Sachverhalt mit den Beteiligten erörtert. Auf die Niederschrift vom 20.04.2006 wird verwiesen.

Der Kläger hat auf Anforderung die Rechnung des Optikers H. vom 19.01.2005 vorgelegt und ergänzend ausgeführt, dass hinsichtlich des Zeitpunkts der zu beurteilenden Rechtslage auf seinen Antrag zur Kostenübernahme abzustellen sei.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 Abs. 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig. Insbesondere ist, nachdem der Kläger noch einen Betrag in Höhe von 573,06 EUR begehrt, der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) von mehr als 500,- EUR erreicht.

Die zulässige Berufung des Klägers ist aber nicht begründet.

Vorab ist darauf hinzuweisen, dass sich der Anspruch des Klägers auf Erstattung der von der Beklagten nicht erstatteten Kosten für das Brillengestell und die Brillengläser gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nach [§ 33 SGB V](#) in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung richtet. Der Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt voraus, dass das selbstbeschaffte Hilfsmittel zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben. Der Kostenerstattungsanspruch tritt anstelle eines an sich gegebenen Sachleistungsanspruchs, den die Krankenkasse aufgrund eines Versagens des Beschaffungssystems nicht erfüllt hat. Ausgehend hiervon ist auf die Sach- und Rechtslage zum Zeitpunkt als sich der Kläger die Brille beschafft hat und damit der Kostenerstattungsanspruch entstanden ist, abzustellen. Dies ist hier ausweislich der vom Kläger vorgelegten Rechnung vom 19.01.2005 und den Angaben des Klägers im Erörterungstermin das Jahr 2005.

Gemäß [§ 33 SGB V](#) in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben jedoch nur noch dann einen Anspruch auf Sehhilfen, wenn sie aufgrund ihrer Sehschwäche oder Blindheit, entsprechend der von der Weltgesundheitsorganisation empfohlenen Klassifikation des Schweregrades der Sehbeeinträchtigung, auf beiden Augen eine schwere Sehbeeinträchtigung mindestens der Stufe 1 aufweisen. Der Anspruch auf Versorgung mit Sehhilfen umfasst nicht die Versorgung mit einem Brillengestell.

Eine Blindheit oder Sehschwäche in diesem Umfang liegt beim Kläger nicht vor. Das Sehvermögen beträgt ausweislich des von Dr. E. erstatteten Gutachtens nach Ausgleich des Refraktionsfehlers rechts 1,0 und links 0,3.

Angesichts dessen hat der zum Zeitpunkt der Beschaffung der Brille 40-jährige Kläger keinen Anspruch auf Versorgung mit einer Brille. Weder die Kosten für das Brillengestell noch für die Gläser sind zu erstatten.

Eine Härteregelung sieht das Gesetz nicht vor. Etwas anderes ergibt sich insbesondere auch nicht aus [§§ 61, 62 SGB V](#). Diese Normen betreffen die Zuzahlung zu Arzneimitteln, stationären Maßnahmen, Heilmitteln und häuslicher Krankenpflege sowie Zahnersatz. Im Falle des Klägers handelt es sich jedoch um ein Hilfsmittel.

Anhaltspunkte dafür, dass [§ 33 SGB V](#) in der ab 01.01.2004 gültigen Fassung verfassungswidrig ist, sind für den Senat nicht ersichtlich. Der Gesetzgeber sah sich durch die Finanzierungslücke der gesetzlichen Krankenversicherung gezwungen, diese Änderungen einzuführen (vgl. KassKomm-Höfler [§ 33 SGB V](#) Rd.-Ziff. 54 b). Es wurde davon ausgegangen, dass die Leistungsausgrenzung erwachsene Versicherte grundsätzlich nicht überfordert und dass sich der Wettbewerb durch die Leistungsausgrenzung zum Vorteil der Konsumenten intensiviert. Ein Gebot zu Sozialversicherungsleistungen in einem bestimmten Umfang lässt sich dem Grundgesetz nicht entnehmen. Es ist dem gesetzgeberischen Ermessen überlassen, welche Leistungen im Einzelnen in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen und welche davon ausgenommen werden und damit der Eigenverantwortung des Versicherten überlassen sind ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#); BSG Urteile vom 19.06.2001, Az.: [B 1 KR 23/00 R](#); [B 1 KR 27/00 R](#)). Zweifelsohne ist die Ausschlussregelung für Versicherte, die nur über ein geringes Einkommen verfügen, mit Härten verbunden. Ob es sich insoweit um eine unzumutbare Härte handelt und die Betroffenen unverhältnismäßig benachteiligt werden, ist jedoch im Rahmen des Sozialgesetzbuches Zwölftes Buch (SGB XII - Sozialhilfe -) bzw. des Sozialgesetzbuches Zweites Buch (SGB II - Grundsicherung für Arbeitssuchende -) zu klären. Eine Verfassungswidrigkeit könnte sich

allenfalls unter dem Aspekt ergeben, dass der Sozialhilfeträger oder der Leistungsträger der Grundsicherung die Kosten für die Brille nicht übernimmt. Dies ist jedoch gegenüber den jeweiligen Trägern, nicht der Beklagten gegenüber geltend zu machen. Die krankensicherungsrechtliche Regelung ist insoweit nur ein Reflex und für sich nicht zu beanstanden.

Im übrigen hat der Kläger von der Beklagten auch den Festbetrag, der sich nach der bis 31.12.2003 gültigen Regelung in Höhe von 32, 47 EUR ergab, erhalten. Ob dies dem Gesetz entsprach und medizinisch ausreichend war und ob diese Regelung und die von den Spitzenverbänden der Krankenkassen festgesetzten Festbeträge verfassungsgemäß sind, kann letztendlich dahingestellt bleiben, da die bis 31.12.2003 maßgebende Rechtslage für den Kostenerstattungsanspruch des Klägers für die nach dem Jahr 2003 beschaffte Brille nicht entscheidend ist.

Die Berufung konnte hiernach keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision sind nicht gegeben.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2006-07-19