

L 5 KR 4718/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 8 KR 1238/07
Datum
04.09.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 4718/07
Datum
10.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 4. September 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht im Streit, ob die Beklagte der Klägerin die Kosten für eine Camoped-Kniebewegungsschiene zu erstatten hat.

Die 1940 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 31. Oktober 2006 wurde sie in der Orthopädischen Klinik M. durch Dr. R. am Kreuzband operiert; sie verblieb nach ihren eigenen Angaben bis 5. November 2006 in stationärer Behandlung. Am 15. Dezember 2006 reichte die Firma O. einen Kostenvoranschlag für die mietweise Überlassung einer Camoped-Kniebewegungsschiene an die Klägerin in der Zeit vom 3. November 2006 bis 30. November 2006 unter Vorlage einer Verordnung von Dr. R. zu Lasten der Beklagten vom 7. Dezember 2006 ein. Nach Einholung einer Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK), Dr. A., vom 20. Dezember 2006 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 22. Dezember 2006 die Übernahme der Mietkosten für die Kniebewegungsschiene ab, weil der therapeutische Nutzen für die häuslich durchgeführte Schienenbehandlung nicht nachgewiesen sei.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch und machte u. a. geltend, dass Dr. R. ihr das Gerät dringend zur Vermeidung der stationären Reha verschrieben habe und dieses auch sowohl von der Reha-Klinik Orthopädische Klinik M. als auch beim Orthopäden eingesetzt werde. Mit Widerspruchsbescheid vom 9. Februar 2007 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen hat die Klägerin am 15. Februar 2007 beim Sozialgericht Stuttgart Klage erhoben, das die Streitsache mit Beschluss vom 20. März 2007 an das örtlich zuständige Sozialgericht Heilbronn (SG) verwiesen hat. Zur Begründung hat die Klägerin geltend gemacht, die Beklagte sei fälschlicherweise davon ausgegangen, dass es sich bei der Camoped-Bewegungsschiene um eine passive mit Fremdkraft betriebene Bewegungsschiene handle. Das Gegenteil sei der Fall. Es handle sich um ein aktives orthopädisches Gerät, das unter Anleitung mit eigener Kraft betrieben werde. Dieses Gerät sei in ihrem Fall zwingend erforderlich gewesen. Sie brauche Vertrauensschutz für die Verschreibung durch einen angesehenen Arzt. Die Schiene sei direkt auf ärztliche Anordnung vom 31. Oktober 2006 hin ausgegeben worden und noch vor ihrer Krankenhausesentlassung am 3. November 2006 an ihre häusliche Adresse zugesandt worden. Da sich die Beklagte nicht in der Lage gesehen habe, einen für die zweite Knieoperation qualifizierten Arzt zu bezahlen, habe sie die Kosten der Operation notwendigerweise selbst übernehmen müssen, weil Dr. R. keine Kassenpatienten operiere. Dieses Vorgehen sei mit der Beklagten persönlich so vor der Operation besprochen worden. Dass die weitere Behandlung und die Kosten der stationären Unterbringung auf Kosten der Beklagten gehen würden, sei im Vorgespräch so abgesprochen worden. Die Klägerin hat im Weiteren ergänzend eine Rechnung der Firma O. GmbH vom 6. November 2006 in Höhe von 562,20 EUR über die Miete für eine Camoped-Bewegungsschiene vom 3. November 2006 bis 30. November 2006 und eine Kopie der Verordnung von Dr. R., auf welcher Dr. R. das Datum der Verordnung handschriftlich auf 31. Oktober 2006 abgeändert hat, vorgelegt.

Die Beklagte ist dem entgegen getreten und hat geltend gemacht, die Voraussetzungen des [§ 13](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) seien nicht erfüllt. Die Klägerin habe vor Beschaffung der Bewegungsschiene keinen Antrag bei der Beklagten gestellt. Ausweislich des Kostenvoranschlags der Firma O. vom 12. Dezember 2006 sei die Bewegungsschiene bereits am 3. November 2006 zur Verfügung gestellt worden, der Antrag auf Kostenübernahme sei der Beklagten jedoch erst am 15. Dezember 2006 zugegangen. Eine Erstattung bzw. Freistellung von Kosten gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sei grundsätzlich nur möglich, wenn dem Versicherten tatsächlich Kosten entstanden seien oder der Leistungserbringer einen durchsetzbaren Anspruch auf Zahlung gegen ihn habe. Nach

Kenntnis der Beklagten sei keine Vereinbarung geschlossen worden, wonach die Klägerin im Falle der Nichtleistung der Beklagten die Kosten für die Bereitstellung der Bewegungsschiene zu tragen habe. Außerdem habe die Klägerin keinen Anspruch auf Erstattung der Mietgebühren, da der Einsatz der Bewegungsschienen nicht erforderlich gewesen sei.

Mit Gerichtsbescheid vom 4. September 2007 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3](#) 1. Alt. SGB V ebenso wenig in Betracht kommt, wie nach [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alt. SGB V. So fehle es vorliegend im Hinblick auf § 13 Abs. 3 1. Alt. an einem Notfall. Bei der Operation der Klägerin am Kreuzband habe es sich um eine zeitlich geplante Operation gehandelt. Die Bewegungsschiene hätte damit bereits vor Durchführung der Operation verordnet bzw. zumindest der Antrag auf Kostenübernahme bei der Beklagten gestellt werden können.

Nach [§ 13 Abs. 3](#) 2. Alt. SGB V komme eine Kostenerstattung dann in Betracht, wenn eine Leistung zu Unrecht verweigert und der Versicherte dadurch gezwungen worden sei, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen. Vorliegend fehle es bereits an einer Ablehnung durch die Beklagte, bevor die Klägerin sich die Kniebewegungsschiene selbst beschafft habe. Dies sei jedoch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) grundsätzlich zwingende Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch (Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -). Die Bewegungsschiene habe die Klägerin nach eigenen Angaben an ihre Heimatanschrift bereits am 3. November 2006 erhalten. Der Antrag auf Kostenübernahme sei bei der Beklagten erst am 15. Dezember 2006, also zu einem Zeitpunkt, zu dem die Behandlung mit der Kniebewegungsschiene bereits abgeschlossen gewesen sei, eingegangen. Die Verordnung zu Lasten der Beklagten durch Dr. R. datiere darüber hinaus ebenfalls zu einem Zeitpunkt nach Durchführung der Behandlung mit der Kniebewegungsschiene, nämlich vom 7. Dezember 2006. Daran ändere auch die von der Klägerin im gerichtlichen Verfahren vorgelegte abgeänderte Kopie der Verordnung nichts. Aus dem eigenen Vortrag der Klägerin ergebe sich, dass Dr. R., von dem die Klägerin privatärztlich behandelt wurde, am 31. Oktober 2006 keine Verordnung zu Lasten der Beklagten, sondern eine privatärztliche Verordnung für eine Kniebewegungsschiene ausgestellt habe. Eine Verordnung zu Lasten der Beklagten habe somit vor Inanspruchnahme der Kniebewegungsschiene gar nicht stattgefunden. Für die Klägerin konnte sich, nachdem es sich um eine privatärztliche Verordnung handelte, auch kein Vertrauenstatbestand dahingehend aufbauen, dass die Beklagte aufgrund dieser privatärztlichen Verordnung die Kosten für die Bewegungsschiene übernehmen werde. Nachdem ein Kostenerstattungsanspruch deshalb schon aus diesen Gründen ausscheide, komme es nicht mehr darauf an, ob die Bewegungsschiene im vorliegenden Fall medizinisch notwendig gewesen sei.

Die Klägerin hat gegen den ihr mit Postzustellungsurkunde am 7. September 2007 zugestellten Gerichtsbescheid am 28. September 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt die Klägerin an, einzig und allein aus dem angenommenen Grund, dass es sich fälschlicherweise nur um eine passive Bewegungsschiene handele, habe der Prüfungsausschuss der Beklagten die Kostenübernahme abgelehnt. Da es sich aber um eine aktive Bewegungsschiene gehandelt habe, sei diese Entscheidung objektiv falsch. Außerdem sei aus medizinischen Gründen eine umgehende Behandlung ihres operierten Knies notwendig gewesen. Deshalb habe der behandelnde Arzt sichergestellt, dass die Kniebewegungsschiene sofort bei der Entlassung aus dem Krankenhaus zur Verfügung gestanden habe und habe eingesetzt werden können. Ein Vertragsarzt habe wegen der Gehbehinderung nicht aufgesucht werden können und sei von der Beklagten im Vorgespräch auch weder erwähnt noch gewünscht worden. Selbstverständlich sei die Schiene vom Arzt unmittelbar nach der Operation direkt verordnet und die Lieferung veranlasst worden, sonst wäre sie nicht schon vor der Krankenhausentlassung bei ihr zuhause angeliefert worden. Sie habe die Kniebewegungsmaschine auch "nicht selbst beschafft", wie in der Entscheidung des SG fälschlicherweise formuliert. Der Einsatz der Kniebewegungsschiene sei auch aus ärztlicher Sicht erforderlich gewesen, werde bei vielen Operationen angewandt und sei nicht ungewöhnlich, um schädigende Folgen zu vermeiden und den Genesungsprozess zu beschleunigen. Bei der ersten Knieoperation habe die Beklagte die Kosten für eine damals noch passive Bewegungsmaschine bezahlt. Jetzt sei eine fachärztlich anerkannte aktive Bewegungsmaschine verschrieben worden, aber jetzt wolle die Beklagte nicht mehr zahlen. Wenn im Übrigen das Sekretariat von Dr. R. zunächst versehentlich ein Privatrezept ausgestellt habe, das inzwischen korrigiert worden sei, könne das nicht zu ihren Lasten gehen. Schließlich sei die Maschine vor ihrer Entlassung aus der Klinik bei ihr zuhause angeliefert worden, eine weitere Rücksprache mit der Beklagten sei ihr gar nicht möglich gewesen. Das habe sie aber auch nicht annehmen müssen, da die Beklagte ja zugesagt habe, alle Kosten (außer der OP selbst) zu übernehmen. Ergänzend hat die Klägerin im Termin zur Erörterung des Sachverhalts vom 5. Dezember 2007 noch ausgeführt, dass sie nicht schon vorher die Bewegungsschiene bei der Beklagten beantragt habe, habe daran gelegen, dass sie dies vorher nicht gewusst habe. Dr. R. habe ihr erst im Krankenhaus die Schiene verschrieben. Es sei natürlich über die OP gesprochen worden, aber dass ihr anschließend diese Schiene verschrieben werden sollte, darüber sei vorher nicht mit Dr. R. gesprochen worden.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Heilbronn vom 4. September 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 22. Dezember 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 9. Februar 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Mietkosten für die Camoped-Kniebewegungsschiene in Höhe von 562,20 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend. Ergänzend führt sie noch aus, ausweislich des vorgelegten Kostenvoranschlages vom 12. Dezember 2006 sei hier die Übernahme der Mietkosten für den Zeitraum 3. November 2006 bis 30. November 2006 beantragt worden, obwohl sich die Klägerin bis zum 5. November 2006 in der Klinik befunden habe. Die Schiene sei also bereits ausgeliefert und wieder abgeholt worden, bevor der Beklagten die Möglichkeit zur Prüfung einer Kostenübernahme gegeben worden sei. Aus den vorliegenden Unterlagen gehe zwar hervor, dass die Klägerin eine Rechnung erhalten habe, nicht aber, dass sie einen Vertrag dahingehend abgeschlossen habe, dass sie die Zahlung übernehme, sofern die Krankenkasse nicht zahle. Das BSG habe bereits mehrfach entschieden, dass ein Versicherter vor Inanspruchnahme einer Leistung außerhalb des vertragsärztlichen Systems grundsätzlich gehalten sei, seine Krankenkasse zu befragen. Gehe es um die Versorgung mit Hilfsmitteln, so dürfe er der Entscheidung der Kasse nicht vorgreifen, indem er sich das Hilfsmittel selbst beschaffe (Hinweis auf BSG Urteil vom 6. Februar 1997 - [3 RK 6/96](#)). Diese Vorgehensweise sei auch dem Leistungserbringer bekannt. Er habe somit die Schiene auf eigenes wirtschaftliches Risiko vor Genehmigung durch die Kasse an die Klägerin ausgegeben. Somit habe er keinen durchsetzbaren Anspruch auf Zahlung gegen die Klägerin. Der Hinweis der Klägerin darauf, dass die Beklagte in der Vergangenheit entsprechende Kosten übernommen habe, könne zu keiner anderen Entscheidung führen. Ansprüche auf

Leistungen könnten aus früherem - möglicherweise fehlerhaften - Verwaltungshandeln nicht hergeleitet werden. Die Klägerin habe aber auch keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten, da der Einsatz der Kniebewegungsschiene nach der Feststellung des MDK nicht erforderlich gewesen sei. Eine Übernahme der Kosten für Kniebewegungsgeräte, wie das hier beantragte, sei zum einen nicht möglich, weil die Funktionstauglichkeit und der therapeutische Nutzen bisher nicht nachgewiesen seien. Ein solcher Nachweis sei vor Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis zu erbringen. Er liege nach Kenntnis der Beklagten bisher nicht vor. Darüber hinaus sei die Bereitstellung einer Kniebewegungsschiene für die Klägerin nicht notwendig, um den Erfolg ihrer Krankenbehandlung zu sichern. Der MDK habe in diesem Einzelfall in seinem Gutachten vom 20. September 2006 ausgeführt, dass im Hilfsmittelverzeichnis - Produktgruppe 32 - ausschließlich motorische Bewegungsschienen gelistet seien. Aktive Bewegungsschienen seien in dieser Produktgruppe nicht vorgesehen. Des Weiteren weise der MDK darauf hin, dass Heilmittel und eigenes Training notwendig und ausreichend wären, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt (Protokoll des Erörterungstermins vom 5. Dezember 2007).

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Der Senat konnte gemäß [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 SGG](#) aufgrund der Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der hier noch maßgeblichen, bis zum 31. März 2008 geltenden Fassung, liegt nicht vor. Der danach maßgebliche Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten.

II.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da die Klägerin keinen Anspruch auf Übernahme der Mietkosten für die Kniebewegungsschiene hat.

Gem. [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das Neunte Buch vorsieht.

Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese gem. [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Des Weiteren haben gem. [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Versicherte Anspruch auf Versorgung wie Seh- und Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen 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).

Gem. [§ 34 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) kann das Bundesministerium für Gesundheit durch Rechtsverordnung mit Zustimmung des Bundesrates Heil- und Hilfsmittel von geringem oder umstrittenen therapeutischen Nutzen oder geringem Abgabepreis bestimmen, deren Kosten die Krankenkasse nicht übernimmt.

Ein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der Kosten scheitert hier schon daran, dass sie, ohne überhaupt eine Entscheidung der Beklagten abzuwarten, sich die hier streitigen Bewegungsschiene selbst beschafft hat, ohne dass es sich auch nach Auffassung des Senats um einen "Notfall" handelte, also die Beklagte eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können.

Das trifft vor allem bei den Notfällen im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) zu, dies bedeutet also hauptsächlich in den Fällen, wenn die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nichtvertragsarztes angewiesen ist ([BSGE 34, 172](#) = SozR Nr. 6 zu § 368 d RVO = [NJW 1972, 2244](#); [BSGE 35, 10](#) = SozR Nr. 7 zu § 368 d RVO; Höfler in Kasseler Kommentar [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 26). Unaufschiebbarkeit bejaht die Rechtsprechung auch bei zunächst nicht eilbedürftigen Behandlungen, wenn solange gewartet wird, bis Eilbedürftigkeit eingetreten ist (Höfler a.a.O. mit Hinweis auf BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#) Seite 105; siehe auch [BSGE 73, 271, 287](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#) Seite 26). Das BSG hat hierbei noch darauf hingewiesen, dass die medizinische Dringlichkeit nicht allein ausschlaggebend sei. Denn für diese Fallgruppe werde neben der Unaufschiebbarkeit vorausgesetzt, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann nach Auffassung des BSG (a.a.O.) im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will nach Auffassung des BSG lückenlos alle Sachverhalte der berechtigten Selbstbeschaffung von Leistungen in Fällen des Systemversagens erfassen. Daraus folgt, dass der Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten - aus medizinischen oder anderen Gründen - nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten.

Der Senat konnte sich nicht davon überzeugen, dass es hier der Klägerin tatsächlich nicht mehr möglich gewesen wäre, sich vor der Bestellung und Lieferung der Bewegungsschiene zum Freitag, 3. November 2006 bzw. bis zum Zeitpunkt der Entlassung der Klägerin aus

der Krankenhausbehandlung am Montag, den 6. November 2006 z. B. per Fax in Verbindung mit einer entsprechenden Bescheinigung/einem entsprechenden Attest des behandelnden Arztes, wie es dann später von der Klägerin vorgelegt wurde, mit der Krankenkasse in Verbindung zu setzen und um eine möglichst eilige Entscheidung zu bitten.

Der Klägerin wäre es also sehr wohl möglich gewesen, den üblichen Beschaffungsweg hinsichtlich der Hilfsmittel einzuhalten, nämlich zunächst bei der Krankenkasse die Übernahme der Kosten für ein entsprechendes Hilfsmittel zu beantragen. Etwas anderes ergibt sich auch nicht aus dem Umstand, dass hier im Vorfeld mit der Krankenkasse vereinbart worden war, dass die Klägerin die Kosten der Operation durch den nicht als Vertragsarzt zugelassenen Dr. R. selbst trägt, die Beklagte jedoch im Übrigen die Behandlungskosten übernimmt. Dies bedeutete nicht, dass die im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung notwendigen und vorgesehenen Beschaffungswege nicht mehr zu beachten gewesen wären.

Hinzu kommt, dass das hier begehrte Hilfsmittel zunächst schon bislang nicht im Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden ist, da der therapeutische Nutzen nicht durch randomisierte prospektive Studien mit ausreichender Stichprobengröße und Nachbehandlungszeit belegt ist (siehe Gutachten des MDK, Dr. Altvater).

Das Hilfsmittelverzeichnis in seiner augenblicklichen Ausgestaltung der Produktgruppe 32 ist nur eine Informations- und Orientierungshilfe für die GKV, d.h. dient den GKV-Spitzenverbänden bei einem Aufnahmeantrag für ein neues Hilfsmittel als medizinisch-technische Tatbestandsvoraussetzung oder der Krankenkasse als Anhaltspunkt bei der Prüfung eines Leistungsantrags, welche Hilfsmittel durch ihre Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis als qualitätsgesichert gelten. Ob ein konkretes Produkt zu Lasten der Krankenkasse verordnet werden kann, kann diesem daher nicht entnommen werden, denn der Versicherte kann die Kostenübernahme noch immer einklagen, wenn er dessen Nützlichkeit im Einzelfall nachweist (siehe hierzu auch Beschluss des erkennenden Senates vom 10. Juni 2005 - [L 5 KR 5852/04 ER-B](#) -).

Der fehlende Regelungscharakter der Fortschreibung eines Hilfsmittelverzeichnisses folgt im Übrigen schon aus dessen Rechtsnatur. Das Hilfsmittelverzeichnis als solches hat zwar - unstreitig - eine marktsteuernde Wirkung für das Ordnungsverhalten der Vertragsärzte, trifft aber nicht eine eigenständige Regelung über die Verordnungsfähigkeit eines Hilfsmittels. Es hat keine rechtsverbindliche Bedeutung (so Knittel, in: Krauskopf, Kommentar zur gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung, § 128 Rdnr. 2), denn der Anspruch des Versicherten richtet sich nur nach [§ 33 SGB V](#), d.h. maßgebend ist allein die Notwendigkeit des konkreten Hilfsmittels im Einzelfall.

Gerade diese Notwendigkeit des konkreten Hilfsmittels im Falle der Klägerin kann jedoch nicht festgestellt werden. Dr. Altvater hat auch auf medizinisch sinnvolle Alternativen verwiesen, so Physiotherapie-isometrisch, passiv und aktiv assistiert im schmerzarm möglichen bzw. erlaubten Bereich.

Aus diesen Gründen ist daher die Berufung der Klägerin zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-12-19