

L 4 KR 125/03

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG Nürnberg (FSB)

Aktenzeichen

S 11 KR 67/03

Datum

05.03.2003

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 125/03

Datum

15.07.2004

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 3 KR 25/04 B

Datum

-

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Nürnberg vom 5. März 2003 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für eine Matratze mit Systemrahmen.

Die 1949 geborene und bei der Beklagten versicherte Klägerin beantragte am 19.08.2002 bei jener unter Vorlage von Kostenvoranschlägen der Firma F. (Reha-Technik-Zentrum N. GmbH) vom 25.07. 2002 und 31.07.2002 die Kostenübernahme für eine "Tempur" Matratze "Comfort plus" (Gesamtbetrag 1.349,00 Euro) und einen Systemrahmen "Tempur-Comfort 2000" (2.589,52 Euro); beigefügt war eine vertragsärztliche Verordnung des Chirurgen Dr.F. (N.), der am 09.08.2002 eine Bandscheibenmatratze mit Rahmen wegen eines chronischen Wirbelsäulenleidens verordnet hatte.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 14.08.2002 eine Kostenübernahme ab. Die Indikation einer Tempur-Matratze sei nur dann gegeben, wenn die Patienten krankheitsbedingt bettlägerig sowie untergewichtig seien und die Gefahr eines Dekubitus bestehe bzw. dieser behandelt werden müsse. Die Klägerin legte hiergegen Widerspruch mit einem ärztlichen Attest von Dr.F. vom 14.06.2002 ein. Hierin werden Befunde an der Halswirbelsäule, Brustwirbelsäule sowie Hüftschmerzen angegeben. Die Klägerin erhalte eine analgetische Behandlung und es sei außerdem Physiotherapie verordnet worden. In einer weiteren Bescheinigung vom 07.06.2002 für einen anderen Arzt ist noch von Fibromyalgie sowie einer Osteochondrose der linken Schulter die Rede.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 22.01.2003 den Widerspruch zurück. Bei der beantragten Tempur-Matratze mit Systemrahmen handle es sich nicht um ein Hilfsmittel, sondern um allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens. Dies ergebe sich aus der nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung maßgeblichen Zweckbestimmung des Gegenstandes. Die Tempur-Matratze sei eine Liegehilfe zur Vorbeugung eines Dekubitus und sei nach Anlage 3 der Hilfsmittel-Richtlinien nur ordnungsfähig bei krankheitsbedingtem langen Liegen, bei Immobilität und weitgehend eingeschränkter Beweglichkeit im Sacralbereich.

Die Klägerin hat hiergegen am 23.02.2003 Klage beim Sozialgericht Nürnberg (SG) erhoben. Sie habe seit einem Autounfall Zahn-, Kieferbeschwerden sowie Erkrankungen der linken Schulter, des rechten Schlüsselbeins und der Wirbelsäule. Dr.F. hat mit der ärztlichen Bescheinigung vom 15.04.2003 angegeben, die Klägerin leide an einem Fibromyalgiesyndrom - "aus medizinischer Sicht wäre es empfehlenswert, auf einer Tempur-Matratze zu schlafen".

Das SG hat nach Anhörung der Beteiligten mit Gerichtsbescheid vom 05.05.2003 die Klage unter Bezugnahme auf den Widerspruchsbescheid abgewiesen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 04.06. 2003. Sie macht geltend, das SG hätte eine mündliche Verhandlung durchführen müssen und nicht durch Gerichtsbescheid entscheiden dürfen. Die beantragte Matratze sei nicht ein allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens, sondern ein Gegenstand mit Doppelfunktion mit überwiegend therapeutischer Wirkung. Das Fibromyalgiesyndrom werde durch eine Vielzahl von Krankheitsbildern definiert, die eine besondere Lagerung der Klägerin erforderlich machen würden. Da die Klägerin das Atemvolumen der Lungen nur zu 25 % ausnutzen könne, sei es dringend erforderlich, dass sie mit einer Matratze versorgt werde, die zumindest für Bein- und Kopfagerung stufenlos verstellbar sei. Sie müsse wegen anderer Symptome wie

z.B. Lungenhochdrucks, hyperkinetischen Herzsyndroms und chronischer Müdigkeit weitaus häufiger als andere Menschen das Bett hüten. Eine weitere medizinische Indikation für die Tempur-Matratze seien auch die Adipositas und eine fehlerhafte Zahnbehandlung. Die Klägerin sei somit mit Personen zu vergleichen, die eine Tempur-Matratze zur Dekubitus-Prophylaxe benötigen würden. Der Senat hat mit Beschluss vom 14.08.2003 Prozesskostenhilfe abgelehnt.

Die Klägerbevollmächtigte beantragt (sinngemäß), die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheids vom 05.05.2003 sowie des Bescheids vom 14.08.2002 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22.01.2003 zu verurteilen, die Kosten für eine Tempur-Matratze (Comfort plus) und einen Systemrahmen (Tempur Comfort 2000) in Höhe von insgesamt 3.938,52 Euro zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Im Übrigen wird auf die beigezogenen Akten der Beklagten und des SG Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ([§§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1](#), [151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -) ist unbegründet.

Das SG durfte im vorliegenden Fall einen Gerichtsbescheid erlassen ([§ 105 Abs.1 SGG](#)). Danach kann das Gericht ohne mündliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden, wenn die Sache keine besonderen Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art aufweist und der Sachverhalt geklärt ist. Die Beteiligten sind vorher zu hören. Zweck dieser Regelung ist die Beschleunigung des Verfahrens. Das SG ist nach dem Inhalt der Akten und der von der Klägerin vorgelegten Klagebegründung zutreffend davon ausgegangen, dass der vorliegende Sachverhalt einfach gelagert und geklärt ist. Es durfte sich auch auf die eingehende rechtliche Begründung im Widerspruchsbescheid beziehen ([§ 136 Abs.3 SGG](#)).

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Versorgung mit der Matratze einschließlich Systemrahmen gemäß [§ 33 Abs.1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) in der Fassung des Gesetzes vom 19.06.2001 ([BGBl I S.1046](#)). Danach haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit 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 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Ein Anspruch besteht auch nicht nach der ab 01.01.2004 geltenden Neufassung des [§ 31 Abs.1 Satz 1 SGB V](#) (Gesetz vom 14.11.2003 [BGBl I S.2190](#)).

Im vorliegenden Fall geht es um ein "anderes" Hilfsmittel, das nach Ansicht der Klägerin entweder den Erfolg der Krankenbehandlung sichern, einer drohenden Behinderung vorbeugen oder eine Behinderung ausgleichen soll. Unabhängig von diesen Leistungszwecken ist ein Gegenstand kein Hilfsmittel, wenn es sich um einen allgemeinen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens handelt. Liegt dagegen ein Gegenstand mit Doppelfunktion vor, übernimmt die Krankenkasse nach Berücksichtigung eines Eigenanteils des Versicherten die restlichen Kosten.

Unerheblich ist für den gegen die Beklagte geltend gemachten Anspruch, ob der Bedarf durch einen Unfall entstanden ist. Denn die Ursache der Erkrankung spielt hier keine Rolle.

Der Senat kann im vorliegenden Fall auch offen lassen, ob es sich bei der beantragten Matratze mit Systemrahmen um einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens oder einen Gegenstand mit Doppelfunktion handelt. Denn auch in diesem Fall hätte die Klägerin keinen Anspruch auf Übernahme der Restkosten durch die Beklagte. Für einen Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens spricht der allgemeine Verwendungszweck der Matratze und des Systemrahmens. Das BSG hat unter Aufgabe der bisherigen Rechtsprechung mit Urteil vom 16.09.1999 ([SozR 3-2500 § 33 Nr.33 = BSGE 84 266](#)) den Begriff "allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens" neu bestimmt. Es hat nicht mehr auf das Ausmaß der Verbreitung innerhalb der privaten Haushalte der gesamten Bevölkerung in der Bundesrepublik Deutschland oder auf die Nichtüberschreitung eines bestimmten Verkaufspreises abgestellt. Es hat vielmehr festgestellt, dass im Hinblick auf die Aufgabe der gesetzlichen Krankenversicherung, allein die medizinische Rehabilitation sicherzustellen, nur solche Gegenstände als Hilfsmittel gewährt werden müssen, die spezifisch der Bekämpfung einer Krankheit oder dem Ausgleich einer Behinderung dienen. Was daher regelmäßig auch von Gesunden benutzt wird, fällt auch bei hohen Kosten nicht in die Leistungspflicht der Krankenversicherung. Der ausdrücklich gesetzlich geregelte Ausschluss der allgemeinen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens stellt dies klar. Zur Ermittlung des Vorliegens der Eigenschaft eines Hilfsmittels der Krankenversicherung ist daher allein auf die Zweckbestimmung des Gegenstandes abzustellen, die einerseits aus der Sicht der Hersteller, andererseits aus der Sicht der tatsächlichen Benutzer zu bestimmen ist. Geräte, die für die speziellen Bedürfnisse kranker oder behinderter Menschen entwickelt sowie hergestellt worden sind und die ausschließlich oder ganz überwiegend auch von diesem Personenkreis benutzt werden, sind nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen. Das gilt selbst dann, wenn sie millionenfach verbreitet sind (z.B. Brillen, Hörgeräte). Umgekehrt ist ein Gegenstand auch trotz geringer Verbreitung in der Bevölkerung und trotz hohen Verkaufspreises als allgemeiner Gebrauchsgegenstand des täglichen Lebens einzustufen, wenn er schon von der Konzeption her nicht vorwiegend für Kranke und Behinderte gedacht ist. Denn die Krankenversicherung deckt nur den Sonderbedarf von Kranken und Behinderten ab. Ein Gegenstand, der auch Kranken und Behinderten hilft, ist nicht als Hilfsmittel der Krankenversicherung zu gewähren, wenn er bereits von seiner Konzeption her nicht vorwiegend für Kranke und /oder Behinderte gedacht ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSG vom 24.09.2002 KrV 2003, 59; BSG vom 22.08.2001 [SozR 3-3300 § 40 Nr.7 = NZS 2002, 374](#); jeweils m.w.Nw.). Nach der vom Hersteller dem Produkt beigegebenen Zweckbestimmung spricht wenig für ein Hilfsmittel. Denn er wirbt mit dem auf seiner Home-Page veröffentlichten "Schlafreport" mit einer Verbesserung des Schlafkomforts im Vergleich zu den Matratzen anderer Hersteller. Tempur-Matratzen sollen danach bei 9 von 10 Menschen den Schlaf erheblich verbessern. Der Hersteller wendet sich damit an die breite Öffentlichkeit und will einem allgemeinen menschlichen Grundbedürfnis, nämlich einem ausreichenden Schlaf, dienen. Hierbei handelt es sich jedoch um ein Bedürfnis, das der Eigenverantwortung der Versicherten zuzurechnen ist. Gemäß [§ 1 Satz 2 SGB V](#) sind die Versicherten für ihre Gesundheit mitverantwortlich; sie sollen u.a. durch eine gesundheitsbewusste Lebensführung den Eintritt von Krankheit und Behinderung vermeiden. Für die hier vertretene Ansicht spricht ferner, dass nach den Ermittlungen des Senats im Internet die beantragte Matratze mit Systemrahmen auch im einschlägigen Möbel- und Bettenfachhandel vertrieben wird und nicht nur über Sanitätshäuser erhältlich ist.

Sollte es sich, wie die Klägerin meint, bei der beantragten Matratze mit Systemrahmen um einen Gegenstand mit Doppelfunktion handeln, wäre die Berufung gleichfalls ohne Erfolg. Bei Gegenständen mit Doppelfunktion, die sowohl im täglichen Leben gebraucht werden, als auch dem medizinischen Ausgleich einer Behinderung oder der Sicherung einer Behandlung dienen, wird ein Eigenanteil der Versicherten errechnet, den die Krankenkassen nicht übernehmen dürfen. Der Eigenbeteiligung liegt der Gedanke zugrunde, dass die Versicherten auch ohne die Behinderung einen gleichartigen Gegenstand angeschafft hätten. Es besteht dann keine Veranlassung, den Gegenstand voll durch die gesetzliche Krankenversicherung finanzieren zu lassen. Dass sie auch ohne Behinderung beschafft worden wären, wird angenommen bei Gegenständen, die jeder oder jedenfalls die große Mehrzahl aller Menschen besitzt (BSG vom 06.02.1997 [SozR 3-2500 § 33 Nr.22](#)). Das Hilfsmittel bleibt lediglich dann in der Leistungspflicht der Krankenkasse, wenn der auf die Hilfsmittelfunktion entfallende Teil der Herstellungskosten überwiegt (BSG vom 23.08.1995 [SozR 3-2500 § 33 Nr.16](#)). Dies ist nicht der Fall, da nach den Ermittlungen des Senats im Internet die beantragte Matratze im Möbelhandel für ca. 800,00 Euro angeboten wird, während die Matratzen anderer bekannter Hersteller etwa 500,00 Euro kosten.

Der Senat hat auch beachtet, dass eine Dekubitus-Matratze nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung (BSG vom 24.09. 2002 [SozR 3-2500 § 33 Nr.47](#)) ein Hilfsmittel im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sein kann, wenn sie nach ärztlicher Verordnung zur Behandlung eines akuten oder Vermeidung eines unmittelbar drohenden Druckgeschwürs erforderlich ist. Diese Entscheidung betrifft überdies allein die Matratze und nicht auch den von der Klägerin beantragten Systemrahmen.

Es muss jedoch davon ausgegangen werden, dass nach den von der Klägerin vorgelegten ärztlichen Bescheinigungen die Klägerin weder an einem Druckgeschwür leidet, noch ein derartiges Geschwür unmittelbar droht. Damit ist es unerheblich, ob sie einem Versicherten mit Dekubitus gleichzustellen ist. Vielmehr hat Dr.F. in der vertragsärztlichen Verordnung die Matratze wegen eines chronischen Wirbelsäulenleidens verordnet. Mit dieser ärztlichen Verordnung hat er den Behandlungsanspruch, der nach der höchstrichterlichen Rechtsprechung ein Rahmenrecht ist, konkretisiert. Gemäß [§ 73 Abs.2 Nr.7 SGB V](#) umfasst die vertragsärztliche Versorgung u.a. die Verordnung von Hilfsmitteln. Hierzu hat das BSG mit Urteil vom 19.11.1996 ([BSGE 79, 257](#)) ausgeführt, dass ein Sachleistungsanspruch nur dadurch begründet werden kann, dass ein Vertragsarzt das Mittel (hier Arznei- oder Heilmittel) auf Kassenrezept verordnet und damit die Verantwortung für die Behandlung übernimmt. Denn die einschlägigen leistungsrechtlichen Bestimmungen begründen keine unmittelbar durchsetzbaren Ansprüche auf Versorgung schlechthin mit irgendwelchen Arznei- oder Heilmitteln, sondern sind ausfüllungsbedürftige Rahmenrechte. Der Versicherte kann ein bestimmtes Mittel erst dann beanspruchen, wenn es ihm in Konkretisierung des gesetzlichen Rahmenrechts vom Vertragsarzt als ärztliche Behandlungsmaßnahme verschrieben wird. Das ist in [§ 73 Abs.2 Nr.7 SGB V](#) dadurch klargestellt, dass alle ärztlichen Verordnungen zum Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung erklärt werden. Grundsätzlich nur in deren Rahmen sind die gesetzlichen Krankenkassen zur Versorgung ihrer Versicherten mit entsprechenden Mitteln verpflichtet. Ferner hat das BSG für Recht erkannt (Beschluss vom 14.03.2001 [B 6 KA 59/00 B](#)), dass allein der Umfang, in dem ein Versicherter für sich die Anschaffung von Hilfsmitteln (hier: orthopädischen Schuhen) für notwendig oder auch nur für wünschenswert hält, seinen Anspruch auf diese Gegenstände nicht begründen kann.

Auch das von Dr.F. bescheinigte Fibromyalgiesyndrom erfordert nicht die Versorgung der Klägerin mit der beantragten Matratze und Systemrahmen. Denn in dieser Bescheinigung hat er lediglich "empfohlen", dass die Klägerin auf einer Tempur-Matratze schläft. Bereits aus der Wortwahl ergibt sich, dass er wegen dieser Diagnose die Tempur-Matratze nicht für erforderlich hält, sondern der Beklagten lediglich eine für die Klägerin günstige Entscheidung nahe legt.

Überdies verpflichtet allein die vertragsärztliche Verordnung die Beklagte nicht zur Bewilligung der beantragten Leistung (z.B. BSG vom 16.04.1998 [SozR 3-2500 § 33 Nr.27](#) m.w.N.). Dies folgt zum einen daraus, dass nach [§ 12 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) die Krankenkassen unwirtschaftliche Leistungen nicht bewilligen dürfen und nach [§ 275 Abs.2 Nr.3 SGB V](#) die Krankenkassen vor Bewilligung eines Hilfsmittels in geeigneten Fällen durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen können, ob das Hilfsmittel erforderlich ist. Hiermit steht zum anderen in Einklang, dass nach den die Verordnungstätigkeit regelnden Bundesmantelverträgen (vgl. [§ 16 Abs.8 Satz 1 Bundesmantelvertrag-Ärzte/Ersatzkassen](#)) die Abgabe von Hilfsmitteln einer Genehmigung durch die Krankenkasse bedarf, soweit in ihren Bestimmungen nichts anderes vorgesehen ist.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nrn.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2004-09-22