

Forum A

Leistungen zur Rehabilitation und Teilhabe
– Diskussionsbeitrag Nr. 3/2011 –

16.02.2011

Pflicht der Krankenkassen zur Instandsetzung von Hilfsmitteln BSG, Urt. v. 10.03.2010, B 3 KR 1/09 R

von Assessor Dennis Bunge

Das BSG hat entschieden, dass die Krankenkasse grundsätzlich zur Übernahme von Wartungskosten eines medizinisch notwendigen Hilfsmittels verpflichtet ist, unabhängig davon, ob sie das Hilfsmittel zuvor bewilligt hat. Nach Auffassung des Bundessozialgerichts ist nicht entscheidend, ob die Krankenkasse das Hilfsmittel genehmigt hat, sondern ob sie es hätte bewilligen müssen. Maßgeblich ist allein die medizinische Erforderlichkeit des Hilfsmittels. War die Versorgung mit dem Hilfsmittel notwendig, ist die Krankenkasse grundsätzlich verpflichtet, die Kosten für eine Wartung zu tragen. Das gilt selbst in dem Fall, in dem der Versicherte das Hilfsmittel selbst finanziert hat. Die Kostenübernahmepflicht beschränkt sich allerdings auf die notwendigen Wartungskosten.

Unsere Thesen:

1. **Die Krankenkassen haben § 33 Abs. 1 SGB V zu eng ausgelegt und notwendige Instandhaltungsmaßnahmen von Hilfsmitteln zu Unrecht verneint.**

- Diese waren schon immer vom Leistungskatalog des § 33 SGB V umfasst – soweit kein Ausnahmetatbestand griff.
2. **Die Krankenkassen sind als Rehabilitationsträger bereits seit Einführung des SGB IX verpflichtet, die Versicherten mit Hilfsmitteln auszustatten, die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen und stets funktionsfähig sein müssen. Dies umfasst auch deren Wartung.**
3. **Der Gesetzgeber wollte mit der Gesetzesänderung im Jahre 2007 klarstellen, dass auch die Instandhaltung des Hilfsmittels zu den Pflichten der Krankenkassen zählt. Diese Pflicht erstreckt sich auch auf solche Hilfsmittel, die der Versicherte selbst bezuschusst hat.**
4. **Auch die Gründe der Wirtschaftlichkeit (vgl. § 69 Abs. 3 SGB IV) sprechen für die Übernahme von Wartungskosten, da dadurch eine längere und funktionsgerechtere Nutzung gewährleistet wird.**

I. Wesentliche Aussagen

1. **Notwendige Wartungen und technische Kontrollen von Hilfsmitteln fielen auch schon vor dem 1. April 2007 in die Leistungspflicht der Krankenkassen.**
2. **Der Anspruch auf Instandsetzung eines Hilfsmittels ist nicht auf zuvor von der Krankenkasse bewilligte Hilfsmittel beschränkt.**

II. Der Fall

Die Parteien stritten um die Erstattung der Kosten für die zweimalige Wartung und Reparatur einer Oberschenkelprothese mit elektronisch gesteuertem Kniegelenksystem (C-leg).

Der Kläger ist einseitig beinamputiert. Die beklagte Krankenkasse bewilligte ihm im Jahr 2000 eine Oberschenkelprothese mit mechanischem Modular-Kniegelenk. Die von ihm beantragte teurere Prothese (C-leg) lehnte sie ab. Der Kläger ließ sich dennoch das C-leg anpassen und trug die Mehrkosten hierfür selbst. Die Beklagte trug die Kosten gemäß ihrem Bewilligungsbescheid. Im Kaufpreis für das „C-leg-Versorgungspaket“ waren die Kosten für zwei Wartungsservice-Einheiten enthalten, die am Ende des ersten bzw. zweiten Tragejahres durch den Hersteller ausgeführt wurden. Vom Kaufpreis nicht abgedeckt waren jedoch die Kosten der dritten und vierten jährlichen Wartungsservice-Einheiten, die der Hersteller im Rahmen eines Gewährleistungskonzepts gegen Zahlung einer „Gewährleistungspauschale“ (Wartungs-/Servicepauschale) anbot. Im Jahr 2003 beantragte der Kläger die Kostenübernahme für die Reparatur der Beinprothese sowie für den dritten C-leg-Service. Die Beklagte erstattete die Reparaturkosten, lehnte die Kostenübernahme für den C-leg-

Service jedoch ab, weil sie dieses Kniegelenksystem seinerzeit nicht bewilligt habe, der Ablehnungsbescheid bestandskräftig geworden sei und der Kläger die Folgekosten für die Beschaffung der teureren Prothese selbst zu tragen habe. Im folgenden Jahr beantragte der Kläger erneut die Kostenübernahme des (vierten) C-leg-Service, hilfsweise die Versorgung mit einem neuen C-leg. Auch dies lehnte die Beklagte ab. Der Kläger trug diese Kosten selbst. Im Jahr 2006 stattete die Beklagte den Kläger aufgrund der inzwischen eingetretenen Funktionsuntüchtigkeit der Prothese mit einem neuen C-leg aus.

Die Klage auf Kostenübernahme der Serviceleistungen blieb erfolglos. Die Berufung wies das LSG zurück. Das Gericht verneinte die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs. 3 SGB V. Die frühere Entscheidung der Beklagten sei bindend geworden, daher fehle es an einer für den Kläger negativen Entscheidung, die nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch sei. Zudem könnten sich Ansprüche auf Instandsetzung eines Hilfsmittels nur auf die von der Beklagten gewährte Versorgung beziehen. Der Kläger könne sich auch nicht darauf berufen, dass er möglicherweise bereits damals einen Anspruch auf die Versorgung mit einem C-leg gehabt habe.

III. Die Entscheidung

Das BSG hat das Urteil des LSG aufgehoben und die Streitsache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückverwiesen.

Rechtsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch könnte demnach § 13 Abs. 3 S. 1 SGB V sein. Dort heißt es: „Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie

eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit diese Leistung notwendig war“.

Entscheidend werde im Rahmen der erneuten Berufungsverhandlung sein, ob der dritte und vierte C-leg-Service „notwendig“ i. S. d. §§ 13 Abs. 3, 33 Abs. 1 SGB V gewesen sei. Die bisher getroffenen Feststellungen des LSG reichten noch nicht aus, um über das Klagebegehren abschließend – positiv oder negativ – zu entscheiden.

Das BSG stellte fest, dass die Beklagte nicht nur Reparatur und Wartung der von ihr bewilligten Hilfsmittel zu tragen habe. Abzustellen sei darauf, dass die Krankenkasse das Hilfsmittel zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung hätte bewilligen müssen, die Ablehnung des entsprechenden Leistungsantrages also rechtswidrig gewesen sei. Zu Unrecht gehe die Beklagte davon aus, dass reine Instandhaltungsmaßnahmen nicht von der Sachleistungspflicht der GKV umfasst seien. Diese strenge Auslegung des § 33 Abs. 1 SGB V a. F. sei jedoch nicht anzuwenden, weil notwendige Instandhaltungsmaßnahmen schon immer vom Leistungskatalog des § 33 Abs. 1 SGB V umfasst gewesen seien, soweit sie im Gesetz nicht ausdrücklich der Eigenverantwortung der Versicherten zugeordnet worden seien (vgl. z. B. § 33 Abs. 3 Satz 4 SGB V zu den Pflegemitteln für Kontaktlinsen). Dies ergebe sich aus der Pflicht der Krankenkassen, die Versicherten mit dem aktuellen Stand der Technik entsprechenden, stets funktionsfähigen, den individuellen Bedürfnissen angepassten, in der Nutzung jederzeit sicheren Hilfsmitteln zu versorgen und dabei auch die sich aus dem bestimmungsmäßigen Gebrauch resultierenden laufenden Kosten zu tragen. Die Praxis der Krankenkassen, nach der bis zum 31. März 2007 geltenden Fassung des § 33 Abs. 1

SGB V, der dem reinen Wortlaut nach lediglich die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln vorsah, notwendige Instandsetzungsmaßnahmen nicht zu übernehmen, entspreche mithin nicht dem Gesetz. Die Pflicht der Beklagten auf Erstattung der notwendigen Kosten einer Hilfsmittelwartung ergebe sich aus der Regelung des § 33 Abs. 1 Satz 4 SGB V in der seit 1. April 2007 gültigen Fassung. Der Gesetzgeber habe dadurch lediglich eine Klarstellung des bisher schon geltenden Rechtszustandes beabsichtigt, was aus den Gesetzesmaterialien zum GKV-WSG (Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung) ausdrücklich zu entnehmen sei (BT-Drs. 16/3100, S. 102). Unterstrichen werde der rein deklaratorische Charakter der Gesetzesänderung durch die Parallelregelung des § 31 SGB IX zur Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Der Gesetzgeber habe mit der Einführung des SGB IX dort bewusst den Begriff „Instandhaltung“ gewählt, weil er gegenüber der „Instandsetzung“ weiter reiche und die „Instandsetzung“ impliziere. Der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung umfasse somit „auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel“ (§ 31 Abs. 2 Satz 1 SGB IX). Dass die dort allein aufgeführte „Instandhaltung“ sich auch auf „Instandsetzung“ erstrecke, ergebe sich unmittelbar aus der Folgerregelung des § 31 Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB IX, wonach der Rehabilitationsträger vor einer Ersatzbeschaffung prüfen solle, ob eine Änderung oder „Instandsetzung“ von bisher benutzten Hilfsmitteln wirtschaftlicher und gleich wirksam sei. Da die Krankenkassen nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX zu den Trägern der medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen gehören, hätten sie schon immer die Regelung des § 31 SGB IX beachten müssen.

Im Übrigen stellte der Senat noch einmal deutlich heraus, dass beinamputierte Versicherte grundsätzlich einen Anspruch auf Ausstattung mit einem C-leg haben (vgl. BSG SozR 3-2500 § 33 Nr. 44 sowie BSGE 93, 183 = SozR 4-2500 § 33 Nr. 8). Voraussetzung ist lediglich, dass ein Versicherter mit einem solchen Kniegelenk im Alltag sicher umgehen kann, das Hilfsmittel also im Einzelfall geeignet und erforderlich ist, um die Behinderung weitestgehend auszugleichen. Der Kläger hatte seit dem Jahr 2000 positive Erfahrungen mit der Prothese gemacht, so dass die Beklagte ihm im Jahr 2006 schließlich eine C-leg-Versorgung bewilligte. Dies unterstrich, dass der Kläger bereits im Jahr 2000 einen Anspruch auf ein C-leg hatte und dass die Leistungsablehnung der Beklagten rechtswidrig gewesen war.

IV. Würdigung/Kritik

Der Entscheidung des BSG ist zuzustimmen. Zu Recht erkennt das Gericht, dass die Krankenkassen jahrelang § 33 Abs. 1 SGB V zu eng ausgelegt haben und notwendige Instandhaltungsmaßnahmen von Hilfsmitteln zu Unrecht verneint haben. Denn eigentlich waren diese schon immer vom Leistungskatalog des § 33 SGB V umfasst – soweit kein Ausnahmetatbestand griff. Die Krankenkassen sind und waren verpflichtet, die Versicherten mit Hilfsmitteln auszustatten, die dem aktuellen Stand der Technik entsprechen und stets funktionsfähig sein müssen. Dies umfasst somit auch deren Wartung. Zu Recht weist das Gericht auf die Vorschrift des SGB IX und den dortigen Wortlaut hin.

Bereits ohne die Änderung des SGB V waren Krankenkassen somit seit Einführung des SGB IX im Jahr 2001 aufgrund ihrer Zuständigkeit als Rehabilitationsträger nach § 6 Abs. 1 Nr. 1 SGB IX an die Regelungen des SGB IX gebunden. Das BSG bestätigt damit wiederum, dass Hilfsmittel zum Behinderungsausgleich Leistungen zur Teilhabe im Sinne des SGB IX sind. Der Hinweis auf das SGB IX unterstreicht, dass der Gesetzgeber mit der Gesetzesänderung im Jahre 2007 lediglich klarstellen wollte, dass auch die Instandhaltung des Hilfsmittels zu den Pflichten der Krankenkassen zählt. Darüber hinaus ist der Hinweis des Gerichts zu begrüßen, dass diese Pflicht sich nicht nur auf die bewilligten Hilfsmittel, sondern auch auf solche Hilfsmittel erstreckt, die der Versicherte selbst bezuschusst hat, weil sie ggf. höherwertig sind¹.

Festzuhalten bleibt, dass es für den Leistungsträger wohl auch wirtschaftlicher i. S. d. § 69 Abs. 3 SGB IV sein wird, die Wartungskosten zu übernehmen, als ein neues C-leg oder eine andere Prothese zu leisten. Durch die Wartung wird der Verschleiß und die Abnutzung des Hilfsmittels überwacht und verhindert. Auf diese Weise wird eine längere und auch funktionsgerechtere Nutzung gewährleistet. Darüber hinaus entspricht die Rechtsprechung den Bedürfnissen behinderter Menschen, denn durch die verlängerte Nutzungsdauer können sie ein bereits angepasstes und ihnen vertrautes Hilfsmittel über einen längeren Zeitraum nutzen.

Ihre Meinung zu diesem Diskussionsbeitrag ist von großem Interesse für uns. Wir freuen uns auf Ihren Beitrag.

¹ Vgl. zur Rechtsprechung bei Prothesen: *Gagel* in Diskussionsforum A, Beitrag 19/2009 und 4/2008 auf www.iqpr.de