

Krankenversicherung: Auch selbst gekaufte Prothese wird auf Kassenkosten gewartet

Lehnt eine gesetzliche Krankenkasse die Kostenübernahme für eine spezielle Oberschenkelprothese ab und beteiligt sie sich lediglich in Höhe einer „normalen“ Ausführung, so hat der Versicherte (der hier die Mehrkosten zu der von ihm gewünschten Prothese selbst getragen hat) dennoch die Reparatur- und Wartungskosten der teureren Prothese zu übernehmen, soweit sie notwendig sind. Das BSG war der Ansicht, dass die Kasse die teurere Ausführung von vornherein hätte bewilligen müssen und somit auch deren Folgekosten.

Quelle: Wolfgang Büser

Erstattung der Kosten für die Wartung und Reparatur einer Oberschenkelprothese mit elektronisch gesteuertem Kniegelenksystem C-Leg

Gericht: BSG

Entscheidungsform: Urteil

Datum: 10.03.2010

Referenz: JurionRS 2010, 15961

Aktenzeichen: B 3 KR 1/09 R

ECLI: [keine Angabe]

Verfahrensgang:

vorgehend:

LSG Niedersachsen-Bremen - 06.08.2008 - AZ: L 4 KR 177/06

SG Hannover - 23.03.2006 - AZ: S 44 KR 101/04

Rechtsgrundlagen:

§ 13 Abs. 3 SGB V

§ 33 SGB V

Fundstellen:

br 2011, 92

Breith. 2011, 110-119

SGb 2010, 277-278

BSG, 10.03.2010 - B 3 KR 1/09 R

Amtlicher Leitsatz:

1. Notwendige Wartungen und technische Kontrollen von Hilfsmitteln fielen auch schon vor dem 1.4.2007 in die Leistungspflicht der Krankenkassen.
2. Der Anspruch auf Instandsetzung eines Hilfsmittels ist nicht auf zuvor von der Krankenkasse bewilligte Hilfsmittel beschränkt.

in dem Rechtsstreit

L 4 KR 177/06 (LSG Niedersachsen-Bremen)

S 44 KR 101/04 (SG Hannover)

.....,

Kläger und Revisionskläger,

Prozessbevollmächtigte:,

gegen

BARMER GEK,

Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin,

Beklagte und Revisionsbeklagte.

Prozessbevollmächtigte:,

Der 3. Senat des Bundessozialgerichts hat auf die mündliche Verhandlung vom 10. März 2010 durch den Vorsitzenden Richter Dr. H a m b ü c h e n , die Richter Schriever und Dr. S c h ü t z e sowie die ehrenamtlichen Richter H e r r m a n n y und K o c h

für Recht erkannt:

Tenor:

Auf die Revision des Klägers wird das Urteil des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen vom 6. August 2008 aufgehoben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurückverwiesen.

Gründe

I

- 1 Im Revisionsverfahren allein noch streitig ist die Erstattung der Kosten für die zweimalige Wartung einer Oberschenkelprothese mit elektronisch gesteuertem Kniegelenksystem.
- 2 Der 1941 geborene Kläger ist seit einem 1990 erlittenen Unfall rechtsseitig Oberschenkelamputiert und auf die Benutzung einer Prothese angewiesen. Die beklagte Krankenkasse bewilligte ihm im September 2000 eine Oberschenkelprothese mit mechanischem Modular-Kniegelenk (Typ Bock 3 R 80); den Antrag auf Versorgung mit einem - weit teureren - elektronisch gesteuerten Kniegelenksystem (im Folgenden: C-leg) der Firma O. (Typ Bock 3 C 100-1) lehnte sie hingegen ab (Bescheid vom 30.5.2000). Der Kläger verzichtete auf einen Widerspruch, ließ sich aber statt des bewilligten Modular-Kniegelenks das C-leg anpassen. Die Beklagte trug die Kosten gemäß ihrer Bewilligungsentscheidung; der Kläger zahlte die Mehrkosten des C-leg aus eigener Tasche.
- 3 Im Kaufpreis für das "C-leg-Versorgungspaket Otto Bock 3 C 100-1" waren die Kosten für zwei Wartungsservice-Einheiten enthalten, die am Ende des ersten und zweiten Tragejahres durch den Hersteller ausgeführt wurden. Vom Kaufpreis nicht abgedeckt waren jedoch die Kosten der dritten und vierten Wartungsservice-Einheiten, die am Ende des dritten und vierten Tragejahres ausgeführt werden sollen. Der Hersteller bietet diese Serviceleistungen im Rahmen eines Gewährleistungskonzepts gegen Zahlung einer "Gewährleistungspauschale" (auch Wartungs- bzw Servicepauschale genannt) an, wobei er vor allem Verschleißteile prüft und ersetzt, sodass auch im

fünften Jahr ein praktisch neuwertiges C-leg zur Verfügung steht. Die Versicherten erhalten während der Dauer der Wartungsarbeiten ein Ersatz-Kniegelenk. Vertraglich vorgeschrieben sind die Wartungsarbeiten des 36. und 48. Tragemonats jedoch nicht. Sie haben den Vorteil, dass der Gefahr teilweise erheblicher Reparaturkosten des C-leg vorgebeugt wird, und werden als "fünfjährige Gewährleistung" angeboten. Der C-leg-Service kostete Ende 2003 netto 1.362,20 Euro (plus 16 % MwSt = 1.580,15 Euro) und Ende 2004 netto 1.459,43 Euro (plus 16 % MwSt = 1.692,94 Euro) und wurde über den jeweiligen Hilfsmittelerbringer abgerechnet.

- 4 Am 8.8.2003 beantragte der Kläger bei der Beklagten unter Vorlage einer vertragsärztlichen Verordnung vom 24.6.2003 und eines Kostenvoranschlages der Firma J. vom 31.7.2003 die Reparatur der Prothese einschließlich des dritten C-leg-Service. Zusätzliche an der Prothese außerhalb des Kniegelenks notwendige Reparaturen waren mit 1.139,12 Euro veranschlagt. Die Beklagte bewilligte die Reparatur dieser Prothesenteile und trug die dafür veranschlagten Kosten. Die Übernahme der Gewährleistungspauschale von 1.580,15 Euro für das C-leg lehnte sie hingegen ab, weil sie dieses Kniegelenksystem seinerzeit nicht bewilligt habe, der Ablehnungsbescheid bestandskräftig geworden sei und der Kläger die allein durch die Beschaffung des C-leg verursachten Folgekosten selbst zu tragen habe (Bescheid vom 8.9.2003, Widerspruchsbescheid vom 30.1.2004). Der Kläger ließ daraufhin die Wartungsarbeiten im September 2003 auf eigene Kosten durchführen (Rechnung vom 26.9.2003). Am 20.2.2004 beantragte der Kläger sodann den vierten C-leg-Service, hilfsweise die Versorgung mit einem neuen C-leg. Beides lehnte die Beklagte ab (Bescheid vom 3.3.2004). Der vierte C-leg-Service wurde im Oktober 2004 durchgeführt und dem Kläger mit 1.692,94 Euro in Rechnung gestellt (Rechnung vom 12.11.2004). Der Kläger zahlte die von der Beklagten nicht übernommenen Beträge in Höhe von insgesamt 3.447,78 Euro (1.580,15 Euro und 1.692,94 Euro sowie weitere 174,69 Euro für jetzt nicht mehr streitbefangene Reparaturarbeiten an der Prothese außerhalb des Kniegelenks) am 8.2.2006. Im Jahre 2006 stattete die Beklagte den Kläger mit einer neuen C-leg-Prothese aus, nachdem die im Jahre 2000 beschaffte Prothese funktionsuntüchtig geworden war.
- 5 Mit seiner am 18.2.2004 erhobenen Klage hat der Kläger die Erstattung der Kosten des dritten C-leg-Service (1.580,15 Euro) gefordert und geltend gemacht, die Beklagte sei schon im Jahre 2000 verpflichtet gewesen, ihn mit einem C-leg zu versorgen. Dass er sich damals mit der rechtswidrigen Leistungsablehnung abgefunden und das C-leg auf eigene Kosten beschafft habe, könne ihm nun nicht zum Nachteil gereichen. Die Gewährleistungspauschale sei auch wirtschaftlich sinnvoll, weil dann alle Reparaturen, die trotz sorgfältiger Wartung notwendig würden, zu Lasten des Herstellers gingen. Wäre er mit dem von der Beklagten genehmigten Modular-Kniegelenk versorgt worden, wären wegen der Störanfälligkeit dieser Art von Kniegelenken inzwischen etliche Reparaturen angefallen, deren Kosten die Beklagte zu tragen gehabt hätte. Das Sozialgericht (SG) hat die Klage abgewiesen (Urteil vom 23.3.2006). Das Landessozialgericht (LSG) hat die Berufung des Klägers zurückgewiesen und die im Berufungsverfahren zusätzlich erhobene Klage auf Erstattung der Kosten des vierten C-leg-Service und der zusätzlichen Reparaturarbeiten von insgesamt 1.867,63 Euro abgewiesen (Urteil vom 6.8.2008): Die Voraussetzungen eines Kostenerstattungsanspruchs nach § 13 Abs 3 SGB V seien nicht erfüllt. Die Entscheidung der Beklagten, ihm lediglich eine Oberschenkelprothese mit herkömmlichem Kniegelenk zu bewilligen, sei bindend geworden. Daher fehle es an einer für den Kläger negativen Entscheidung der Beklagten, 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 Anspruch auf die Versorgung mit einem C-leg gehabt habe.
- 6 Mit der vom erkennenden Senat zugelassenen Revision rügt der Kläger die Verletzung von § 13 Abs 3 SGB V und § 33 SGB V. Reparatur- und Wartungskosten seien nicht nur bei bewilligten Hilfsmitteln zu tragen; es komme allein darauf an, ob die Krankenkasse ein Hilfsmittel zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung hätte bewilligen müssen, wenn ihr ein entsprechender Leistungsantrag vorgelegen hätte. Bei rechtmäßigem Verhalten hätte die Beklagte die geltend gemachten, wirtschaftlich sinnvollen Folgekosten übernehmen müssen.
- 7 Der Kläger beantragt,

die Urteile des LSG Niedersachsen-Bremen vom 6.8.2008 und des SG Hannover vom 23.3.2006 zu ändern, den Bescheid der Beklagten vom 8.9.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.1.2004 sowie den Bescheid vom 3.3.2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, an ihn 3.273,09 Euro (3.447,78 Euro abzüglich 174,69 Euro) zu zahlen.

- 8 Die Beklagte verteidigt das angefochtene Urteil und beantragt,
die Revision zurückzuweisen.

II

- 9 Die Revision des Klägers ist mit der Maßgabe begründet, dass das Berufungsurteil aufzuheben und der Rechtsstreit zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das LSG zurückzuweisen war (§ 170 Abs 2 Satz 2 SGG). Es spricht viel dafür, dass dem Kläger der geltend gemachte Anspruch auf Erstattung der Kosten für den dritten und vierten Wartungsservice in Höhe von insgesamt 3.273,09 Euro zusteht. Die bisher getroffenen Feststellungen des LSG reichen jedoch nicht aus, um über dieses Klagebegehren abschließend - positiv oder negativ - zu entscheiden.
- 10 A) Rechtsgrundlage des Kostenerstattungsanspruchs ist § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V : "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." Die erste Variante betrifft die Notfallversorgung, in der die Krankenkasse außerstande sein muss, eine benötigte medizinische Leistung rechtzeitig - als Sachleistung (§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V) - zu erbringen; sie liegt ersichtlich nicht vor und wird vom Kläger auch nicht geltend gemacht. Die zweite Variante betrifft die rechtswidrige Ablehnung eines Leistungsantrages durch die Krankenkasse, die dann ursächlich für die Entscheidung des Versicherten sein muss, sich die benötigte medizinische Leistung auf eigene Kosten zu beschaffen. Die Voraussetzungen dieser zweiten Variante sind hier möglicherweise erfüllt. Dies gilt sowohl für die Gewährleistungspauschale des 36. Tragemonats über 1.580,15 Euro (dazu unter B) als auch jene des 48. Tragemonats über 1.692,94 Euro (dazu unter C). Die Beklagte ist daher nach Maßgabe der folgenden Ausführungen verpflichtet, dem Kläger die am 8.2.2006 gezahlten Rechnungsbeträge von insgesamt 3.273,09 Euro zu erstatten, falls sich in dem erneuten Berufungsverfahren herausstellt, dass der dritte und vierte C-leg-Service "notwendig" iS der §§ 13 Abs 3 , 33 Abs 1 SGB V gewesen ist (dazu unter D).
- 11 B) Kostenerstattungsanspruch über 1.580,15 Euro gemäß Rechnung vom 26.9.2003.
- 12 Die Gewährleistungspauschale des 36. Tragemonats ist erstattungsfähig, wenn der vom Hersteller angebotene dritte Wartungsservice und der dadurch erkauften erweiterten Gewährleistung (für die Zeit ab dem vierten Jahr) im Ausführungszeitpunkt (September 2003) unter die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) fiel. Die Kostenerstattungspflicht nach § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V setzt nämlich voraus, dass die Krankenkasse die vom Versicherten selbst beschaffte Leistung als Sachleistung hätte erbringen müssen. Nur die Ablehnung einer von der Leistungspflicht der GKV erfassten Sachleistung kann rechtswidrig sein. Die Frage, ob dieser dritte Wartungsservice von der Beklagten als Sachleistung des GKV hätte bewilligt werden müssen, die Leistungsablehnung gemäß Bescheid vom 8.9.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.1.2004 also rechtswidrig war, kann ohne weitere Ermittlungen des LSG nicht beantwortet werden.
- 13 1) Die Leistungspflicht der GKV für Hilfsmittel bestimmt sich nach § 33 SGB V . Einschlägig ist hier § 33 Abs 1 SGB V idF des ab 1.7.2001 geltenden Art 5 SGB IX - Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen vom 19.6.2001 (BGBl I 1046) dessen Sätze 1 und 2 lauten: "Versicherte haben Anspruch auf Versorgung mit 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 SGB V ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie die Ausbildung in ihrem Gebrauch."

- 14** a) Diese bis zum 31.12.2003 geltende Fassung des Gesetzes ist maßgeblich, weil der Ablehnungsbescheid der Beklagten am 8.9.2003 erlassen worden ist, der Kläger den Wartungsservice noch im gleichen Monat hat durchführen lassen und zu diesem Zeitpunkt seine Zahlungspflicht aus dem Werkvertrag entstanden ist. Dass er die Forderung tatsächlich erst am 8.2.2006 erfüllt hat, ist demgegenüber unerheblich, weil der Leistungserbringer mit der Abnahme der Werkleistung eine fällige Werklohnforderung erworben hat und der Versicherte bis zur tatsächlichen Begleichung des Rechnungsbetrages von der Krankenkasse grundsätzlich bereits die Freistellung von der Zahlungspflicht verlangen kann (BSG SozR 3-2500 § 13 Nr 17; BSG SozR 3-2500 § 135 Nr 14; Helbig in jurisPK, SGB V, 1.8.2007, § 13 RdNr 58). Maßgeblich ist hingegen nicht die beim Erwerb des C-leg im September 2000 noch geltende, zum 1.7.1997 in Kraft getretene Fassung des Zweiten Gesetzes zur Neuordnung von Selbstverwaltung und Eigenverantwortung in der GKV vom 23.6.1997 (BGBl I 1520), in der es die erst zum 1.7.2001 in Satz 1 eingeführte zweite Variante ("einer drohenden Behinderung vorzubeugen"), die hier allerdings ohne Bedeutung ist, noch nicht gab. Das LSG hat die Fassung des § 33 Abs 1 SGB V vom 1.7.1997 zu Unrecht zugrunde gelegt, weil spätere Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen im Vergleich zu der erstmaligen Versorgung mit einem Hilfsmittel eine eigenständige Sachleistung darstellen und den in Satz 1 genannten "eigentlichen" Hilfsmitteln (Hörhilfen, Körperersatzstücke, orthopädische und andere Hilfsmittel) leistungsrechtlich gleichgestellt sind (vgl Teil A I Nr 2 und 2.5 der Hilfsmittel-Richtlinien in der in den Jahren 2003 und 2004 geltenden Fassung vom 6.2.2001, BAnz Nr 102). Deshalb ist nicht abzustellen auf den Zeitpunkt des Kaufs des C-leg im September 2000, weil in dem Kaufpreis nur die Kosten der ersten beiden Wartungsservice-Einheiten enthalten waren und dem Kläger seinerzeit lediglich die Möglichkeit eingeräumt worden war, später die Wartungsservice-Einheiten des 36. und 48. Monats gegen eine gesonderte Vergütung in Anspruch zu nehmen, er also nicht von vornherein die Verpflichtung eingegangen ist, von diesem Angebot des Herstellers dann auch Gebrauch zu machen, und er den Auftrag für den Wartungsservice deshalb auch erst im 36. Tragemonat erteilt hat.
- 15** b) Nicht maßgeblich ist ferner § 33 Abs 1 SGB V in der zum 1.4.2007 in Kraft getretenen Fassung des GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetzes (GKV-WSG) vom 26.3.2007 (BGBl I 378), durch die der vorgenannte Satz 2 des Abs 1, der zum 1.1.2004 wortgleich zum Satz 3 geworden war (vgl das Gesetz zur Modernisierung der GKV [GMG] vom 14.11.2003, BGBl I 2190), nunmehr zu Satz 4 geworden ist und wie folgt lautet: "Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen." Außerdem ist dem Abs 1 des § 33 SGB V zum 1.4.2007 ein neuer Satz 5 angefügt worden: "Wählen Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen." Diese neuen Bestimmungen gelten erst für Sachleistungen, die ab 1.4.2007 bewilligt worden sind bzw - bei rechtswidriger Ablehnung - hätten gewährt werden müssen.
- 16** 2) Obgleich die vom Kläger veranlassten und bezahlten Wartungsservice-Einheiten als "Wartungen und technische Kontrollen" einzustufen sind, die als eigenständige Leistungen der GKV bei der Hilfsmittelversorgung nach § 33 SGB V erst seit dem 1.4.2007 im Gesetz erwähnt werden, spricht viel dafür, dass der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch auch auf der Basis der Rechtslage des Jahres 2003 begründet ist, für die § 33 Abs 1 Satz 1 und 2 SGB V idF des ab 1.7.2001 geltenden Art 5 SGB IX maßgebend ist, wonach gemäß dem reinen Wortlaut des Satzes 2 lediglich ein Anspruch auf "notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln" bestehen kann. Denn die in § 33 Abs 1 Satz 4 SGB V idF des GKV-WSG aufgeführten, "zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlichen und nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen" fielen auch schon vor dem 1.4.2007 in die Leistungspflicht der Krankenkassen. Dies ergibt sich zwar nicht aus dem Wortlaut der bis zum

31.3.2007 geltenden Fassungen des § 33 Abs 1 SGB V , wohl aber aus dem Sinn und Zweck der Hilfsmittelversorgung, aus einem Vergleich mit der Parallelregelung des § 31 SGB IX sowie aus den Gesetzesmaterialien zum GKV-WVG . Danach waren die notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen von Hilfsmitteln schon seit dem Inkrafttreten des durch das Gesundheits-Reformgesetz vom 20.12.1988 (BGBl I 2477) geschaffenen § 33 SGB V zum 1.1.1989 vom Leistungskatalog der GKV umfasst, auch ohne dass dies in dem reinen Wortlaut dieser Vorschrift so zum Ausdruck gekommen war. Das hier allein in Betracht kommende Tatbestandsmerkmal der "Instandsetzung" ist nach seinem Wortsinn zu eng. Die Gesamtregelung über die Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln ist erweiternd so auszulegen, dass sie auch notwendige Wartungen und technische Kontrollen als Sachleistung der GKV einschließt.

- 17 a) Der Begriff der Instandsetzung setzt nach seinem Wortsinn einen regelwidrigen Zustand des Hilfsmittels, zB einen Defekt voraus, der mittels einer Reparatur behoben wird. Die Instandsetzung eines Gegenstandes bedeutet, ihn zu reparieren, auszubessern oder wiederherzustellen (vgl Duden, Band 8, Die sinn- und sachverwandten Wörter, zu den entsprechenden Stichworten). Reine Wartungsarbeiten und technische Kontrollen fallen nicht darunter, weil sie unabhängig vom aktuellen Zustand, also vor allem auch bei noch einwandfrei funktionierenden Geräten vorzunehmen sind. Vielmehr werden diese Maßnahmen vom Begriff der Instandhaltung erfasst. Die Instandhaltung bedeutet nach dem Wortsinn in erster Linie, eine Sache zu erhalten, zu unterhalten, zu pflegen oder zu warten sowie seinen Zustand und seine Funktion zu kontrollieren. Darauf beschränkt sich der Wortsinn aber nicht. Bei der Instandhaltung kann es auch um die Wiederherstellung, Renovierung (zB einer Wohnung) oder Reparatur gehen (vgl Duden, aaO, zu den entsprechenden Stichworten). Dies zeigt, dass beide Begriffe nicht deckungsgleich sind, der Übergang von der Instandhaltung zur Instandsetzung fließend ist und die Instandhaltung ersichtlich der weitere Begriff ist. So können zB Wartungen und technische Kontrollen als Instandhaltungsmaßnahmen im Einzelfall unmittelbar in Ausbesserungen, das Auswechseln von Teilen und sonstige Reparaturen - und damit in die Instandsetzung - übergehen, wenn sich dies im Zuge der Arbeiten als geboten erweist. Unter diesem Aspekt können Wartungen und technische Kontrollen durchaus schon der "Instandsetzung" zugerechnet werden. Ansonsten aber werden Wartungen und technische Kontrollen allgemein der Instandhaltung zugeordnet. Die Praxis der Krankenkassen hat sich bislang streng am früheren Wortlaut des § 33 Abs 1 SGB V orientiert und reine Instandhaltungsmaßnahmen nicht als von der Sachleistungspflicht der GKV umfasst angesehen.
- 18 b) Diese Auslegung mag zutreffen, wenn es lediglich um Instandhaltungsmaßnahmen geht, die weder vom Gesetz- oder Verordnungsgeber vorgeschrieben noch sonst zur Funktionsfähigkeit und Betriebssicherheit des Hilfsmittels oder zur Vorbeugung gegen dem Versicherten möglicherweise drohende Gefahren notwendig sind. In diesem Sinne notwendige Instandhaltungsmaßnahmen (wie zB notwendige Wartungen und technische Kontrollen) waren indes schon immer vom Leistungskatalog des § 33 Abs 1 SGB V umfasst, soweit sie im Gesetz nicht ausdrücklich der Eigenverantwortung der Versicherten zugeordnet worden sind (vgl zB § 33 Abs 3 Satz 4 SGB V zu den Pflegemitteln für Kontaktlinsen). Dies ergibt 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 (BSG SozR 3-2500 § 33 Nr 11 zur Haftpflichtversicherung für Elektrorollstühle; BSGE 80, 93 [BSG 06.02.1997 - 3 RK 12/96] = SozR 3-2500 § 33 Nr 24 zur Antriebsenergie für Elektrorollstühle; Beck in jurisPK, SGB V , 2008, § 33 RdNr 91). Die Praxis der Krankenkassen, nach der bis zum 31.3.2007 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, entsprach mithin nicht dem Gesetz.
- 19 c) Auch der Gesetzgeber hat es als misslich angesehen, dass nach dieser Praxis die notwendige Instandhaltung der Hilfsmittel grundsätzlich den Versicherten überantwortet wurde und diese die dadurch anfallenden Kosten zu tragen hatten, weil ein solcher Sachleistungsanspruch nach § 33 SGB V vermeintlich nicht bestand, und die Krankenkassen erst tätig wurden, wenn ein reparaturbedürftiger Zustand bereits eingetreten war. Häufig haben Versicherte früher notwendige

Instandhaltungsmaßnahmen aus Unkenntnis oder wegen der Kosten nicht durchführen lassen und bis zum Eintritt der Reparaturbedürftigkeit gewartet, ehe sie sich bei der Beklagten mit einem Leistungsantrag meldeten. Wären die notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen durchgeführt worden, hätte oftmals ein höherer Kostenaufwand für Reparaturen oder Ersatzbeschaffungen vermieden werden können. Um diese unerwünschte Situation zu beenden, hat der Gesetzgeber zum 1.4.2007 durch das GKV-WSG klargestellt, dass auch nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendige Wartungen und technische Kontrollen zum Leistungsumfang nach § 33 Abs 1 SGB V gehören, soweit sie zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich sind. Dazu gehören zB Instandhaltungsmaßnahmen bei Beinprothesen, wenn sie zur Vorbeugung gegen Funktionsstörungen und der daraus resultierenden Gefahr von Stürzen und Verletzungen technisch notwendig sind. Dass es sich insoweit nicht um einen neu geschaffenen Leistungsanspruch handelt, sondern die bis zum 31.3.2007 geltende Rechtslage lediglich "klargestellt" worden ist, hat der Gesetzgeber im Übrigen in den Materialien zum GKV-WSG ausdrücklich hervorgehoben (BT-Drucks 16/3100, S 102).

- 20** d) Der Charakter dieser Gesetzesänderung als reine Klarstellung der bereits bestehenden Rechtslage wird bestätigt durch einen Vergleich mit der Parallelregelung des § 31 SGB IX zur Hilfsmittelversorgung im Rahmen der Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen. Dort hat der Gesetzgeber in Kenntnis der Tatsache, dass der Begriff der "Instandhaltung" gegenüber der "Instandsetzung" einen weiter reichenden Wortsinn hat und die "Instandsetzung" vielfach mit einschließt, schon seit der Einführung des SGB IX zum 1.7.2001 geregelt, dass der Anspruch auf Hilfsmittelversorgung "auch die notwendige Änderung, Instandhaltung, Ersatzbeschaffung sowie die Ausbildung im Gebrauch der Hilfsmittel" umfasst (§ 31 Abs 2 Satz 1 SGB IX). Dass die dort allein aufgeführte "Instandhaltung" sich auch auf "Instandsetzung" erstreckt, ergibt sich unmittelbar aus der Folgerregelung des § 31 Abs 2 Satz 2 Nr 1 SGB IX , wonach der Rehabilitationsträger vor einer Ersatzbeschaffung prüfen soll, ob eine Änderung oder "Instandsetzung" von bisher benutzten Hilfsmitteln wirtschaftlicher und gleich wirksam ist. Da die Krankenkassen nach § 6 Abs 1 Nr 1 SGB IX zu den Trägern der medizinischen Rehabilitation behinderter Menschen gehören, haben sie schon immer die Regelung des § 31 SGB IX beachten müssen.
- 21** 3) Der Kostenerstattungsanspruch scheidet auch nicht daran, dass der Kläger sich im Jahre 2000 in Abweichung von der Bewilligungsentscheidung der Beklagten vom 30.5.2000 das neuartige, dem neuesten technischen Stand entsprechende C-leg auf eigene Kosten beschafft hat und die Folgekosten aus dem Wartungsservice sich gerade auf diese selbst beschaffte Leistung beziehen, solche Kosten also nicht angefallen wären, wenn er sich mit dem bestandskräftig bewilligten mechanischen Modular-Kniegelenk zufrieden gegeben hätte. Der schon immer im Gesetz vorgesehene Anspruch auf Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln sowie der zum 1.4.2007 in das Gesetz eingefügte Anspruch auf Wartung und technische Kontrollen bezieht sich nach Wortlaut, Sinn und Zweck der Regelung nicht nur auf zuvor bewilligte Hilfsmittel.
- 22** a) § 33 Abs 1 Satz 4 SGB V (bis 31.3.2007: Satz 3, bis 31.12.2003: Satz 2) spricht schon vom Wortlaut her nicht von der Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung "bewilligter" Hilfsmittel bzw "von bewilligten" Hilfsmitteln, sondern lediglich "von Hilfsmitteln". Diese weite, nicht an eine frühere Bewilligungsentscheidung der nunmehr zuständigen Krankenkasse anknüpfende Fassung der Vorschrift ist auch sinnvoll und sachgerecht, weil es nicht darauf ankommen kann, ob die zB für eine Instandsetzung in Anspruch genommene Krankenkasse das nun defekte Hilfsmittel - so allerdings der Regelfall - dem Versicherten einmal bewilligt und als Sachleistung zur Verfügung gestellt hat. Es gibt außerhalb dieses Regelfalls Konstellationen, in der die nun zuständige Krankenkasse das Hilfsmittel dem Versicherten nicht selbst als Sachleistung überlassen hat, es aber keinen einleuchtenden Grund gibt, sie von der Pflicht zur Instandhaltung/Instandsetzung dieses Hilfsmittels zu entbinden. Dies gilt vor allem für den häufig vorkommenden Fall eines zwischenzeitlichen Kassenwechsels des Versicherten. Daneben sind aber auch Fälle denkbar, in denen der Versicherte sich das Hilfsmittel auf eigene Kosten selbst beschafft hat, weil er es - aus welchen Gründen auch immer - von der Krankenkasse nicht bekommen hat. Dies gilt insbesondere für Fälle rechtswidriger Leistungsablehnung, in denen der Versicherte die Rechtswidrigkeit des Bescheides nicht erkannt, auf einen Widerspruch verzichtet und deshalb sich zur Selbstbeschaffung

des Hilfsmittels entschlossen hat. Maßgebend kann nur sein, ob der Versicherte das Hilfsmittel im Zeitpunkt der Selbstbeschaffung von der GKV als Sachleistung hätte beanspruchen können. Ein Versicherter, dem ein Versorgungsanspruch nach § 33 SGB V zugestanden hätte, der dann aber nicht realisiert worden ist, kann bei Änderungen, Instandsetzungen und Wartungen leistungsrechtlich nicht schlechter stehen als ein Versicherter, der das Hilfsmittel schon auf Kosten der GKV bekommen hat.

- 23** b) Der Senat lässt die Frage offen, wie die Rechtslage zu beurteilen ist, wenn ein Versicherter sich ein - nun reparaturbedürftiges - Hilfsmittel selbst beschafft hat, ohne überhaupt versucht zu haben, die Leistung von der Krankenkasse zu erhalten, obwohl er schon damals in der GKV versichert war und eine Notfallsituation (§ 13 Abs 3 Satz 1, 1. Variante SGB V) nicht vorgelegen hat. Ein solcher Fall einer ohne sachlichen Grund von vornherein außerhalb des Systems der GKV erfolgten Hilfsmittelbeschaffung lag hier - entgegen der Ansicht des LSG - nicht vor. Die "Feststellung" des LSG, der Kläger habe seinerzeit keinen auf das C-leg gerichteten Leistungsantrag gestellt, ist vom Kläger mit einer Verfahrensrüge angegriffen worden, die mit der Verletzung der Amtsermittlungspflicht (§ 103 SGG) begründet worden ist. Das Vorbringen des Klägers, er habe seinerzeit die Versorgung mit einem C-leg beantragt, ist als zutreffend anzusehen, ohne dass es insoweit weiterer Ermittlungen bedarf. Zwar ist der Verwaltungsvorgang der Beklagten nicht mehr vorhanden, in dem sich der Leistungsantrag des Klägers, die vertragsärztliche Verordnung und der Kostenvoranschlag des Sanitätshauses befanden. Dies ist aber unschädlich. Denn aus dem Inhalt des Widerspruchsbescheids der Beklagten vom 30.1.2004 ergibt sich eindeutig, dass im Jahre 2000 eine "Oberschenkelprothese mit C-leg-Kniegelenk" beantragt, aber nur eine "Oberschenkelprothese mit herkömmlichem Kniegelenk" bewilligt worden war. Der Kläger hatte also versucht, sich das gewünschte Hilfsmittel innerhalb des Systems der GKV zu besorgen. Diesen Abschnitt des Widerspruchsbescheides vom 30.1.2004 hat das LSG entweder übersehen oder unrichtig gewürdigt. Seine "Feststellung" zum Inhalt des Leistungsantrages aus dem Jahre 2000 ist also unrichtig und bindet den erkennenden Senat im Übrigen auch deshalb nicht, weil es bei der Feststellung des Inhalts und Erklärungswertes eines ergangenen Bescheides (Verwaltungsakt) nicht um eine Feststellung tatsächlicher Art zum Sachverhalt geht, sondern um eine Rechtsfrage (vgl. Leitherer in Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 9. Aufl 2008, § 162 RdNr 3b mwN). Eine Bindungswirkung für das Revisionsgericht (§ 163 SGG) kann nur eintreten, wenn es um Feststellungen tatsächlicher Art geht, die nicht mit zulässigen Verfahrensrügen angegriffen worden sind.
- 24** c) Der Senat hat bereits mehrfach entschieden, 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 [BSG 16.09.2004 - B 3 KR 20/04 R] = SozR 4-2500 § 33 Nr 8). Voraussetzung ist lediglich, dass ein Versicherter mit dieser Art von künstlichem Kniegelenk im Alltag sicher umgehen kann, das Hilfsmittel also im Einzelfall geeignet und erforderlich ist, um die Behinderung weitestgehend auszugleichen. Dass der Kläger mit dem C-leg im Alltag sicher umgehen kann, zeigen die seit 2000 vorliegenden positiven Erfahrungen, die im Jahr 2006 sogar zu der C-leg-Versorgung durch die Beklagte geführt haben. Es kann mithin davon ausgegangen werden, dass der Kläger auch schon im Jahre 2000 ein C-leg hätte beanspruchen können, die Leistungsablehnung der Beklagten also rechtswidrig gewesen ist.
- 25** 4) Der Hausarzt des Klägers hat die Notwendigkeit, den dritten Wartungsservice durchführen zu lassen, durch die vertragsärztliche Verordnung vom 24.6.2003 bestätigt. Offen bleiben konnte daher die Frage, ob die Beklagte die Leistungsbewilligung überhaupt von der vorherigen Vorlage einer solchen vertragsärztlichen Verordnung hätte abhängig machen dürfen, obgleich die Hilfsmittel-Richtlinien in ihrer in den Jahren 2003 und 2004 geltenden, hier maßgeblichen Fassung (vom 6.2.2001, BAnz Nr 102), eine Verordnungspflicht - entsprechend dem damaligen Gesetzestext des § 33 Abs 1 SGB V - nur bei Änderungen, Instandsetzungen und Ersatzbeschaffungen von Hilfsmitteln vorsahen. Notwendige Instandhaltungsmaßnahmen (wie zB Wartungen und technische Kontrollen) waren dort nicht erwähnt (vgl Teil A I Nr 2 und 2.5 und II b Nr 8 der Hilfsmittel-Richtlinien). Ob der dritte C-leg-Service tatsächlich "notwendig" iS der §§ 13 Abs 3 , 33 Abs 1 SGB V gewesen ist und damit eine Leistungspflicht der Beklagten begründet hätte, konnte der Senat mangels ausreichender tatsächlicher Feststellungen des LSG nicht abschließend entscheiden (dazu unter D).

- 26 C) Kostenerstattungsanspruch über 1.692,94 Euro gemäß Rechnung vom 12.11.2004.
- 27 Die Gewährleistungspauschale des 48. Tragemonats ist im Grundsatz ebenfalls erstattungsfähig. Maßgeblich ist insoweit § 33 Abs 1 SGB V in der ab 1.1.2004 und bis zum 31.3.2007 geltenden Fassung des GMG vom 14.11.2003 (BGBl I 2190), durch den Absatz 1 Satz 1 der Vorschrift unverändert und der bisherige Satz 2 zu Satz 3 geworden war. Inhaltlich hatte sich die bereits umschriebene Rechtslage zum Sachleistungsanspruch bei der Instandhaltung von Hilfsmitteln dadurch nicht geändert.
- 28 1) Zu Recht haben die Vorinstanzen allerdings angenommen, dass der diesen vierten Wartungsservice betreffende Ablehnungsbescheid der Beklagten vom 3.3.2004 nicht gemäß § 96 SGG zum Gegenstand des Klageverfahrens geworden ist; denn dieser Bescheid betraf nicht den Wartungsservice des Vorjahres, mit dem sich der Bescheid vom 8.9.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 30.1.2004 beschäftigt hatte, und er hat deshalb diesen Bescheid weder abgeändert noch ersetzt, wie es § 96 SGG vorschreibt.
- 29 Das LSG hat jedoch über den Kostenerstattungsanspruch wegen Zahlung dieser Gewährleistungspauschale sachlich mitentschieden, weil es den gesamten Rechnungsbetrag in Höhe von 1.867,63 Euro (1.692,94 Euro plus 174,69 Euro) als über eine Klageerweiterung in das Verfahren einbezogen erachtet hat. Ob diese Erweiterung nach § 99 Abs 3 Nr 2 SGG ("Erweiterung in der Hauptsache") fiktiv nicht als Klageänderung anzusehen ist, weil - wie das LSG meint - der Klagegrund aus der Sicht des Klägers nicht geändert worden ist, erscheint zweifelhaft. Letztlich kann diese Frage aber offen bleiben, weil gemäß § 99 Abs 4 SGG die Entscheidung, dass eine Änderung der Klage nicht vorliege oder zuzulassen sei, unanfechtbar ist, im Revisionsverfahren also ohne Nachprüfung hinzunehmen ist. Durch die Unanfechtbarkeit der Entscheidung des LSG, die Klageerweiterung stelle gemäß § 99 Abs 3 Nr 2 SGG keine Klageänderung dar, ist es auch als unschädlich anzusehen, dass der Widerspruch des Klägers vom 17.3.2004 gegen den Bescheid vom 3.3.2004 von der Beklagten nicht mehr förmlich beschieden worden ist. Ein Verstoß gegen den Zwang zur Durchführung eines Vorverfahrens (§ 78 SGG) kann auch bei fälschlicher Annahme der Voraussetzungen des § 99 Abs 3 SGG nicht mit Erfolg gerügt werden; eine solche Rüge haben die Beteiligten im Übrigen auch nicht erhoben.
- 30 2) Im Grundsatz ist dieser Kostenerstattungsanspruch ebenfalls begründet. Auch im Jahre 2004 waren die Krankenkassen verpflichtet, der Instandhaltung dienende, notwendige Wartungen und technische Kontrollen eines Hilfsmittels als Sachleistung zu erbringen (vgl oben B 2 - 4).
- 31 3) Dem Anspruch steht nicht entgegen, dass es möglicherweise an einer vertragsärztlichen Verordnung des vierten Wartungsservice fehlt. Der Kläger hat zwar vorgetragen, sein Hausarzt habe auch hierfür eine Verordnung ausgestellt und er habe diese dem Sanitätshaus zur Weiterleitung übergeben; allerdings befindet sich eine solche Verordnung nicht in den Akten. Es bedarf jedoch keiner Ermittlungen, ob der Vortrag des Klägers zutrifft. Auf das etwaige Fehlen der Verordnung könnte sich die Beklagte schon deshalb nicht berufen, weil sie den Leistungsantrag des Klägers vom 16.2.2004 bereits aus grundsätzlichen Erwägungen abgelehnt hatte und das - denkbare - Fehlen der Verordnung weder in dem Bescheid vom 3.3.2004 noch im bisherigen gerichtlichen Verfahren beanstandet worden ist. Zudem hat der erkennende Senat bereits wiederholt entschieden, dass der Arztvorbehalt des § 15 Abs 1 Satz 2 SGB V im Hilfsmittelbereich nicht gilt und das Fehlen einer vertragsärztlichen Verordnung den Leistungsanspruch auf ein Hilfsmittel grundsätzlich nicht ausschließt (vgl Urteile vom 16.9.1999, BSGE 84, 266 [BSG 16.09.1999 - B 3 KR 1/99 R] = SozR 3-2500 § 33 Nr 33 und vom 28.6.2001, BSGE 88, 204 = SozR 3-2500 § 33 Nr 41).
- 32 D) Das LSG hat in dem erneuten Berufungsverfahren die erforderlichen Ermittlungen zur Frage der Notwendigkeit der dritten und vierten Wartungsservice-Einheiten durchzuführen. Maßstab der Notwendigkeit dieser Instandhaltungsmaßnahmen ist die seit dem 1.4.2007 in § 33 Abs 1 Satz 4 SGB V (idF des GKV-WSG) normierte Regelung. Dabei wäre die Notwendigkeit der

Wartungsarbeiten auch ohne weitere Ermittlungen zu bejahen, wenn die Beklagte mit Blick auf die grundsätzliche Leistungspflicht der Krankenkassen bei C-leg-Prothesen mittlerweile einen generellen Wartungsvertrag mit dem Hersteller geschlossen hätte. Der Einwand der Entbehrlichkeit und Unwirtschaftlichkeit der Wartungsarbeiten (§ 12 Abs 1 SGB V) wäre dadurch von vornherein ausgeschlossen (§ 242 BGB).

- 33** E) Das LSG hat auch über die außergerichtlichen Kosten des Klägers im Revisionsverfahren zu entscheiden.

Dr. Hambüchen
Schriever
Dr. Schütze
Herrmann
Koch

Hinweis: Das Dokument wurde redaktionell aufgearbeitet und unterliegt in dieser Form einem besonderen urheberrechtlichen Schutz. Eine Nutzung über die Vertragsbedingungen der Nutzungsvereinbarung hinaus - insbesondere eine gewerbliche Weiterverarbeitung außerhalb der Grenzen der Vertragsbedingungen - ist nicht gestattet.