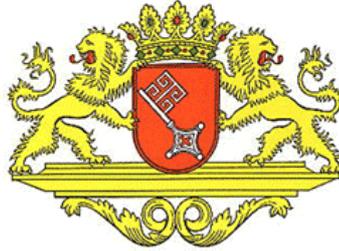


# SOZIALGERICHT BREMEN

**S 4 KR 238/08**



## IM NAMEN DES VOLKES

Verkündet am: 16. November 2012

gez. Larisch  
Justizfachangestellte  
Urkundsbeamtin der Geschäftsstelle

## URTEIL

In dem Rechtsstreit

A.,  
A-Straße, A-Stadt,

Klägerin,

Prozessbevollmächtigte:

1. Rechtsanwälte B.,  
B-Straße, B-Stadt, Az.: - -
2. Rechtsanwälte G.,  
G-Straße, A-Stadt, Az.: - 6142/12 M / cb -

g e g e n

C., ,  
C-Straße, A-Stadt, Az.: - -

Beklagte,

hat die 4. Kammer des Sozialgerichts Bremen aufgrund der mündlichen Verhandlung am 16. November 2012, an der teilgenommen haben:  
den Richter König,  
sowie die ehrenamtlichen Richter Schlüter und VO.

für Recht erkannt:

**Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheides vom 27.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom**

**08.09.2008 verurteilt, an die Klägerin 929,62 € nebst Zinsen in Höhe von 4% auf 929,00 € seit dem 01.01.2011 zu zahlen.**

**Im Übrigen wird die Klage abgewiesen.**

**Die notwendigen außergerichtlichen Kosten der Klägerin trägt die Beklagte.**

## TATBESTAND

Die Beteiligten streiten über die Versorgung mit einer Gonarthroseorthese.

Die Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie leidet u.a. unter einer ausgeprägten medialen Gonarthrose (Kniegelenksarthrose) links und einem fortgeschrittenen degenerativen Sprunggelenksschaden. Aufgrund ihrer Erkrankungen hatte die Beklagte die Klägerin u.a. bereits mit Einlagen und einer Schuhaußenranderhöhung versorgt.

Am 23.04.2008 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Vorlage eines Kostenvorschlages über einen Betrag von 929,62 € und einer entsprechenden Verordnung durch den behandelnden Arzt die Versorgung mit einer Gonarthroseorthese des Typs Artrocure OA 2 für das linke Kniegelenk. Auf Grundlage der sozialmedizinischen Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Niedersachsen, der zu dem Ergebnis kam, dass eine Versorgung medizinisch nicht indiziert und erforderlichenfalls eine Operation durchzuführen sei, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 27.05.2008 den Antrag ab. Am 27.06.2008 legte die Klägerin dagegen Widerspruch ein. Sie habe sehr starke Schmerzen. Sie sei psychisch nicht in der Lage eine Operation zu überstehen. Zur Untermauerung ihres Begehrens legte die Klägerin eine Stellungnahme des behandelnden Arztes Dr. F. vor, wonach die Versorgung mit der Knieorthese dringend erforderlich sei. Bei einer Operation bestünde aufgrund eines Herzklappenfehlers der Klägerin ein hohes Anästhesierisiko. Aufgrund des klägerischen Vorbringens holte die Beklagte erneut zwei Stellungnahmen des MDK Niedersachsen vom 25.07.2008 und 05.08.2008 ein. Dieser kam zu dem Ergebnis, dass nach wie vor keine Indikation für eine Versorgung bestehe. Als nächster Schritt käme lediglich eine Operation in Betracht. Nach Rücksprache mit einem Anästhesisten sei eine solche auch bei Patienten mit Herzklappenfehlern durchführbar. Das Risiko lasse sich durch entsprechende Steuerungsmaßnahmen begrenzen. Mit Widerspruchsbescheid vom 08.09.2008 wies die Beklagte den Widerspruch der Klägerin schließlich als unbegründet zurück. In dem Bescheid wiederholt sie im Wesentlichen die obigen Ausführungen des MDK.

Am 09.10.2008 hat die Klägerin gegen den Widerspruchsbescheid Klage beim Sozialgericht Bremen erhoben.

Das Gericht hat zur Aufklärung des Sachverhaltes zunächst einen Befundbericht von Herrn Dr. F. eingeholt. Dieser führt aus, dass eine Knieorthese notwendig sei um die notwendige Stabilität zu bekommen, da ansonsten ein Bandscheibenschaden zu einem Lumbago mit kompletter Bewegungseinschränkung führen würde.

Auf Beweisanordnung des Gerichts hin hat Herr Dr. med D., Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie am 11.03.2010 ein orthopädisch-unfallchirurgisches Gutachten nach § 106 SGG erstellt. Darin kommt er zu dem Ergebnis, dass aufgrund der erheblichen Funktionsbeeinträchtigungen die Indikation zur Durchführung einer operativen Revision des Kniegelenks zu stellen sei, da nur hierdurch eine Änderung der das Beschwerdebild im Wesentlichen unterhaltenden Bewegungseinschränkungen erreicht werden könne. Zwar könne durch die Verordnung von Kniegelenksorthesen eine lokale Entlastung und auch Gelenkstabilisierung – zumindest zeitweilig- erreicht werden. Im vorliegenden Fall sei jedoch von einer ungünstigen Summierung verschiedener struktureller Veränderungen im Bereich des linken Kniegelenks und Sprunggelenks auszugehen, die durch das Tragen einer –wie auch immer gearteten- Orthese nicht mehr suffizient aufgefangen werden könne. Außerdem seien die Hebelarme einer Orthese viel zu kurz um etwaige degenerativ bedingte Fehlstellungen im Kniegelenk suffizient kompensieren zu können. Dabei werde im vorliegend die Situation noch durch das Vorliegen einer schweren degenerativen Erkrankung auch des Sprunggelenks ungünstig modifiziert.

Auf Beweisanordnung des Gerichts hin hat Herr Dr. med. E., Facharzt für Chirurgie, am 04.10.2010 ein fachorthopädisches/unfallchirurgisches Gutachten nach § 109 SGG erstellt. Er kommt zu dem Ergebnis, dass die Versorgung mit der begehrten Knieorthese medizinisch indiziert sei. Die Orthese entlaste das mediale Kniegelenk. Ohne Zweifel beständen jedoch im Falle der Klägerin auch alternative Behandlungsmethoden in Form einer operativen Weiterbehandlung. Durch das Tragen der Kniegelenksorthese könne ein Kniegelenksverschleiß zwar nicht rückgängig gemacht werden. Es sei jedoch möglich, eine Schmerzreduktion bzw. ein besseres Stabilitätsgefühl im Bein zu erreichen. Dies betone die Klägerin besonders. Möglicherweise könne hier der Operationszeitpunkt durch die Versorgung mit der begehrten Kniegelenksorthese noch etwas hinausgezögert werden.

Die Klägerin ist der Auffassung, dass sie Anspruch auf Versorgung mit der begehrten Kniegelenksorthese habe. Die von der Beklagten aufgezeigten Versorgungsalternativen seien nicht geeignet. Insbesondere das Probetragen der Orthese habe eine Entlastung durch Schmerzreduktion gezeigt.

Die Klägerin beantragte ursprünglich,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.09.2008 zu verurteilen, die Klägerin mit einer Artrocare OA Gonarthroseorthese zu versorgen.

Mit Schriftsatz vom 15.11.2010 teilte die Klägerin mit, dass sie die begehrte Knieorthese am 08.11.2010 auf eigene Kosten angeschafft habe.

Die Klägerin beantragt nunmehr,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.09.2008 zu verurteilen, an die Klägerin 929,62 € nebst Zinsen in Höhe von 4% auf 929,00 € gemäß § 44 SGB I seit dem 01.12.2010 zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist weiterhin der Auffassung, dass eine Versorgung mit einer Knieorthese nicht medizinisch indiziert sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Rechtsstreits wird auf den Inhalt des Verwaltungsvorgangs der Beklagten und der Gerichtsakte verwiesen.

## **ENTSCHEIDUNGSGRÜNDE**

Die zulässige Klage ist in dem tenorierten Umfang begründet, im übrigen jedoch unbegründet.

### **I.**

Statthafte Klageart ist hier die sog. kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß § 54 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Diese, gerichtet auf die Zahlung des für die bereits angeschaffte Knieorthese aufgewendeten Betrages in Höhe von 929,62 €, ist auch im Übrigen zulässig. Insbesondere war nach Anschaffung der Orthese durch die Klägerin die Änderung des Leistungsantrages von der Erbringung der Sachleistung hin zu einer Kostenerstattung zulässig, da dies gemäß § 99 Abs. 3 Nr. 3 SGG nicht als Klageänderung anzusehen ist (vgl. Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG-Kommentar, 9. Auflage 2011, § 99 Rn. 5).

### **II.**

Die Klage ist in der Hauptsache begründet, da die Klägerin entgegen des Bescheides vom 27.05.2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 08.09.2008 einen Anspruch auf Erstattung der aufgewendeten Kosten in Höhe von 929,62 € nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt.

Sozialgesetzbuch (SGB) V hat. Hat eine Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Die Beklagte hat die Versorgung mit der begehrten Knieorthese mit Bescheid vom 27.05.2008 abgelehnt. Die Klägerin hat sich daraufhin im laufenden Klageverfahren die Orthese selbst beschafft und den (dem der Beklagten vorgelegten Kostenvoranschlag entsprechenden) Betrag von 929,62 € aufgewandt.

Die Beklagte hat die begehrte Versorgung mit der Knieorthese jedoch zu Unrecht abgelehnt. Die Klägerin hatte nämlich gemäß § 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V einen entsprechenden (Sachleistungs-)Anspruch auf Versorgung mit der Orthese. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte 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 Abs. 5 SGB V ausgeschlossen sind. Im vorliegenden Fall dient die Knieorthese der Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung. In Betracht dafür kommen alle sächlichen Mittel, die der Krankheitsbekämpfung dienen und spezifisch im Rahmen der Krankenbehandlung eingesetzt werden. Es genügt, wenn der therapeutische Erfolg erst angestrebt wird und es nicht nur um die Sicherung eines schon eingetretenen Heilerfolgs geht. Daher unterfallen alle orthopädische Hilfsmittel, z.B. Stütz- und Halteapparaturen für geschädigte Körperteile, Mieder und ähnliche Mittel (QA. in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Stand: 74. Ergänzungslieferung 2012, § 33 Rn. 7). Hier dient die Knieorthese, was beide Gutachter nicht in Abrede stellen, der Stabilisierung des geschädigten Kniegelenkes. Das Gericht ist der Auffassung, dass die Orthese auch erforderlich ist. Dies ist dann der Fall, wenn das Hilfsmittel ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig ist. Ausschlaggebend ist insbesondere, ob das Hilfsmittel dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht (objektive Erforderlichkeit, s. BSG, Urteil vom 15.03.2012, Az. B 3 KR 2/11 R, Rn. 19ff). Erforderlichkeit bedeutet ferner konkret, dass das Hilfsmittel im Einzelfall geeignet ist und kein kostengünstigeres und zumindest gleichermaßen geeignetes Hilfsmittel zur Verfügung steht (subjektive Erforderlichkeit). Diesbezüglich wird jedoch ein weiter Maßstab angelegt und danach abgegrenzt, ob durch die angestrebte Verbesserung ein wesentlicher Gebrauchsvorteil im Vergleich zu einer kostengünstigeren Alternative oder der bestehenden Versorgung bewirkt wird (BSGE 105, 107). Unstreitig dürfte sein, dass eine Knieorthese bei Kniebeschwerden grundsätzlich ein geeignetes und dem medizinischen Kenntnisstand entsprechendes Hilfsmittel darstellt.

Maßgebend ist für das Gericht in dem vorliegenden Fall, dass die nunmehr bereits erfolgte Versorgung mit der Knieorthese nach dem Vortrag der Klägerin dieser eine erhebliche Verbesserung ihrer Lebenssituation eingebracht hat. Glaubhaft hat sie dargelegt, dass sie beim

Tragen der Knieorthese keinerlei Schmerzen mehr im Knie verspüre. Die Klägerin müsse, seitdem sie die Orthese trage, keine Schmerzmedikamente vom Typ Ibuprofen 600 mehr einnehmen. Das Gericht hält bereits die offenbar vollständige Befreiung von Schmerzen für den wesentlichen Gebrauchsvorteil bei der Bewertung der Orthese im Vergleich zu der vorherigen, diesbezüglich offenbar nutzlosen Versorgung der Klägerin. Die subjektive Einschätzung der Klägerin deckt sich überdies mit den Aussagen beider Gutachter, die einer Versorgung mit einer Knieorthese – zumindest für einen gewissen Zeitraum – eine stabilisierende und lokal entlastende Wirkung zusprechen. Die vollständige Schmerzreduktion dürfte darin seinen Grund finden. Ein gleich geeignetes, kostengünstigeres Mittel als die vorliegend begehrte Knieorthese ist nicht ersichtlich. Letztlich hält das Gericht die Versorgung mit dieser auch im Übrigen für wirtschaftlich und zweckmäßig, obwohl beide Gutachter einräumen, dass letztlich eine Operation des Kniegelenkes (jedenfalls auf Dauer) medizinisch indiziert sei. Angesichts der glaubhaft vorgetragenen Schmerzreduktion und damit einhergehender Befreiung von der Einnahme einer dauerhaften Schmerzmedikation im Verhältnis zu den eher geringen Kosten der Versorgung in Höhe von 929,62 € ist die Versorgung mit der Knieorthese selbst dann wirtschaftlich und zweckmäßig, wenn eine Operation damit nur für einen gewissen Zeitraum verschoben werden kann. In diesem Rahmen ist zu berücksichtigen, dass die Klägerin (vom Zeitpunkt der mündlichen Verhandlung aus gesehen) bereits seit ca. zwei Jahren die Knieorthese benutzt und damit eine Operation für nicht unerhebliche Zeit aufgeschoben hat. Außerdem erscheint das Erfordernis einer Operation angesichts der Erfahrungen der Klägerin und ihrer generellen Abneigung gegen eine solche mit der Orthese auf absehbare Zeit äußerst unwahrscheinlich. Letztlich ist auch zu berücksichtigen, dass eine Operation einen erheblichen Eingriff in die körperliche Integrität und mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu höheren Kosten führen würde. Soweit die Klägerin nach ihrer subjektiven Überzeugung mit der Knieorthese ohne eine (weitere) Operation ausreichend versorgt ist, besteht auch keine Veranlassung eine solche durchzuführen. Inwieweit die Bedenken des Gutachters Dr. D. hinsichtlich negativer Auswirkungen einer Knieorthese auf das ebenfalls geschädigte Sprunggelenk Realität werden, ist nicht absehbar. Allerdings scheinen diese negativen Effekte aufgrund der bisherigen Erfahrungen nicht eingetreten zu sein. Diese widerlegen die Ausführungen von Herrn Dr. D. somit zumindest vorläufig. Auch legen die Erfahrungen der Klägerin nahe, dass eine Knieorthese in dem hier vorliegenden Fall eine Kniearthrose offenbar sehr wohl ausreichend kompensieren kann.

2.

Hinsichtlich der von der Klägerin ist die Klage nur teilweise begründet, da die Verzinsung erst ab dem 01.01.2011 beginnt. Gemäß § 44 Abs. 1 SGB I sind Ansprüche auf Geldleistungen nach Ablauf eines Kalendermonates nach dem Eintritt ihrer Fälligkeit bis zum Ablauf des Kalendermonats vor der Zahlung mit vier von Hundert zu verzinsen. Das Gericht schließt sich

der Auffassung des LSG B-Stadt-Brandenburg, Urteil vom 04.12.2009, Az. L 1 KR 5/09 ausdrücklich an, dass ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V dem Anwendungsbereich von § 44 SGB I unterfällt. Denn diese Vorschrift erfasst einmalige und wiederkehrende Geldleistungen, Vorschüsse und vorläufige Geldleistungen, also alle Sozialleistungen, die in der Zahlung eines Geldbetrages bestehen (vgl. Seewald in: Kasseler Kommentar, § 44 Rn. 3 unter Berufung auf BR-Drucks 305/72 S 20 zu § 11; BR-Drucks 286/73 S 24 zu § 11). Bei Anschaffung der begehrten Leistung wandelt sich der Naturalleistungsanspruch in einen Anspruch auf Kostenerstattung um (vgl. Brandts in: Kasseler Kommentar, § 13 Rn. 46). Auch wenn der Anspruch an die Stelle einer Dienst- oder Sachleistung tritt, ist er auf eine Geldleistung gerichtet, im Regelfall auf eine einmalige (Brandts, aaO Rn. 50f.; wohl auch Seewald, aaO, Rn. 6c). Als solcher unterfällt er dem eindeutigen Wortlaut des § 44 Abs. 1 SGB I. Gründe für eine abweichende Auslegung der Rechtsnorm sind nicht ersichtlich. Insbesondere dürfte eine Verzinsung des Anspruchs nach § 13 Abs. 3 SGB V auch dem Normzweck des § 44 Abs. 1 SGB I entsprechen, wonach durch eine angemessene Verzinsung als akzessorische Nebenleistung (BSG SozR 3 – 1200 § 44 Nr 8 = NZS 1998, 178) die Nachteile verspäteter Zahlung ausgeglichen werden und die Vorschrift eine Stärkung der Rechtsstellung des einzelnen bewirkt, indem sie die sozialrechtlichen Ansprüche weitgehend den schuldrechtlichen Ansprüchen angleicht (vgl. Seewald aaO Rn. 2).

Der Kostenerstattungsanspruch war unter Anwendung von §§ 40, 41 SGB I im November 2010 fällig. Denn der Anspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V entsteht in dem Moment, in dem der ursprüngliche Sachleistungs- in einen Geldleistungsanspruch umgewandelt wird, mithin von dem Tage an, an dem die Lieferung der begehrten Sachleistung an den Versicherten erfolgt (vgl. LSG B-Stadt-Brandenburg, aaO, Rn. 24 – zitiert nach juris). Dies war hier der 08.11.2010. Entgegen der Auffassung der Klägerin begann die Verzinsung damit jedoch nicht bereits am 01.12.2010 sondern erst am 01.01.2011. Denn ausweislich des eindeutigen Wortlautes des § 44 Abs. 1 SGB I ist nach Ablauf *eines* Kalendermonates nach Eintritt der Fälligkeit zu verzinsen und nicht nach Ablauf *des* Kalendermonates. Die Vorschrift ist daher dahingehend auszulegen, dass mindestens ein voller Kalendermonat zwischen Fälligkeit und Beginn der Verzinsung abgelaufen sein muss (so im Ergebnis wohl auch LSG B-Stadt-Brandenburg, aaO Rn. 24 – zitiert nach juris). Im Übrigen wird hinsichtlich der Zinsberechnung auf § 44 Abs. 3 SGB I verwiesen.

3.

Die Kostenentscheidung folgt aus § 193 SGG. Sie berücksichtigt das Verhältnis von Obsiegen und Unterliegen der Beteiligten. Das Unterliegen der Klägerin war in dem vorliegenden Fall jedoch im Verhältnis zum Gesamtbegehren unerheblich, so dass die Beklagte die notwendigen außergerichtlichen Kosten in vollem Umfang zu tragen hat.

## RECHTSMITTELBELEHRUNG

Dieses Urteil kann mit der **Berufung** angefochten werden.

Die Berufung ist **innerhalb eines Monats** nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Georg-Wilhelm-Straße 1, 29223 Celle oder bei der Zweigstelle des Landessozialgerichts Niedersachsen-Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen **schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung **innerhalb der Monatsfrist** bei dem

Sozialgericht Bremen, Am Wall 198, 28195 Bremen

**schriftlich** oder mündlich **zur Niederschrift** des Urkundsbeamten der Geschäftsstelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss **innerhalb der Monatsfrist** bei einem der vorgenannten Gerichte **eingehen**. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Ist das Urteil **im Ausland** zuzustellen, so gilt anstelle der oben genannten Monatsfrist eine Frist von **drei Monaten**.

Der Berufungsschrift und allen folgenden Schriftsätzen sollen Abschriften für die übrigen Beteiligten beigelegt werden.

AZD.

ARP.