

## S 7 KR 152/10

Land  
Nordrhein-Westfalen  
Sozialgericht  
SG Duisburg (NRW)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
7  
1. Instanz  
SG Duisburg (NRW)  
Aktenzeichen  
S 7 KR 152/10  
Datum  
21.04.2011  
2. Instanz  
LSG Nordrhein-Westfalen  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Klage wird abgewiesen.  
Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Kostenübernahme für eine "CMD-Kieferorthopädie"-Behandlung.

Die Klägerin leidet an einer Craniomandibulären Dysfunktion (CMD). Die Behandlung erfolgt durch den Fachzahnarzt für Kieferorthopädie Dr. Risse in den Praxisräumen des Zahnarztes Dr. Ch ... Am 25.05.20xx wurde eine orientierende Befundung durchgeführt. Am 03.07.20xx wurde der private Heil- und Kostenplan erstellt und erste Behandlungsmaßnahmen der CMD-Kieferorthopädie durchgeführt.

Die Klägerin stellte bei der Beklagten am 28.07.2009 einen Kostenübernahmeantrag und reichte einen privatärztlichen Behandlungsplan von Dr. Ch. zu den Akten. Die Kostenhöhe wurde mit 4.758,17 Euro beziffert. Aus dem Behandlungsplan geht hervor, dass eine "spezielle CMD-Kieferorthopädie/Orthodontie nach Risse auf der Basis der biofunktionellen Orthodontie" geplant sei. Die CMD-Kieferorthopädie (CMD-KFO) wende eine in der üblichen Kieferorthopädie nicht vorhandene ursächliche, medizinisch strukturierte Diagnostik mit ebenfalls nicht in der üblichen Kieferorthopädie bzw. Orthodontie bekannten technischen Verfahren der Systemwissenschaft und der Biofunktionalität an. Dr. R. sei der Gründer der neuen Disziplin der Biofunktionalität. Zur Erläuterung der CMD-Kieferorthopädie wurde darüber hinaus ein Schreiben des Dr. R. eingereicht. Die Methode sei eine "Neudefinition der Kieferorthopädie als komplexe Schmerztherapie und Therapie der Dysfunktion der Kopf-Schulterorgane", für die er in 2004 und 2007 Qualitätsleitlinien entwickelt habe. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung sei auf die nach privatärztlichen Grundlagen abgerechnete CMD-Kieferorthopädie zu erweitern. Auch ein Urteil des SG Duisburg in dem Verfahren [S 9 KR 259/07](#) widerspreche den Kieferorthopädischen Indikationsrichtlinien.

Die Beklagte lehnte den Antrag mit Bescheid vom 29.07.2009 ab. Kieferorthopädische Behandlungen gehörten nach dem 18. Lebensjahr nicht zur vertragszahnärztlichen Versorgung. Ein Fall der vom Gesetz geregelten Ausnahmeindikationen liege nicht vor. Hiergegen erhob die Klägerin am 19.08.2009 Widerspruch. Es sei eine effektive und letztlich aus ihrer Sicht für die Beklagte günstigere Behandlung. Die Methode sei der neueste Stand der Erkenntnisse der Wissenschaft. Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 01.03.2010 zurückgewiesen.

Hiergegen richtet sich die am 31.03.2010 erhobene Klage. Die Klägerin trägt vor, dass sie an massiven Hör- und Sehstörungen, Nacken- und Rückenverspannungen, Bewegungseinschränkungen, Nackenschmerzen, Konzentrationsschwächen und Kopfschmerzen leide. Die CMD beruhe auf einer Zahnfehlstellung, die durch eine nicht notwendige Zahnextraktion hervorgerufen worden sei. Es sei nicht gerechtfertigt, dass das Gesetz die Kostenübernahme für solche Fälle ausschließe. Die CMD könne einzig durch die neue Behandlungsform der CMD-Kieferorthopädie behandelt werden. Nur sie setze an den Ursachen der Erkrankung an. Von der gesetzlichen Krankenversicherung sei nur die Behandlung der Symptome erfasst, die aber nicht dauerhaft zur Beschwerdefreiheit führen könne. Die CMD-Kieferorthopädie unterscheide sich hiervon in allen wesentlichen Grundlagen der Diagnostik, Apparatur, Behandlungsverfahren und anatomischen Grundlagen. Bei der CMD dürfe es keinen Leistungsausschluss für Funktionsdiagnostik und -therapie geben. Die CMD-Kieferorthopädie sei für die Krankenkassen wirtschaftlicher. Ohne sie würde eine dauerhafte Minderung der Erwerbsfähigkeit eintreten. Von der gesetzlichen Krankenversicherung sei die Behandlungstechnik der festen Klammer erfasst, die aber den Grundprinzipien der von Dr. R. definierten Biofunktionalität widerspreche. Die Behandlungsziele der Kieferorthopädie seien eine Fehlbehandlung im juristischen Sinn. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) finde keine Anwendung, da es sich um eine neue Methode handle, die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ohnehin nicht umfasst sei.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 29.07.2009 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 01.03.2010 zu verurteilen, die Kosten gemäß Behandlungsplan vom 10.07.2009 für die kieferorthopädische Behandlung zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält die angefochtenen Bescheide weiterhin für zutreffend. Die Klägerin falle nicht unter die Ausnahmeregelungen, in denen eine kieferorthopädische Behandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sei.

Das Gericht hat Befundberichte von Dr. Ch. und Dr. R. eingeholt. Dr. R. hat mitgeteilt, dass eine gesonderte vertragliche Vereinbarung nicht existiere. Der Heil- und Kostenplan werde üblicherweise als solcher angesehen. Die Abrechnung finde quartalsweise statt. Die Grunddefinition der Kieferorthopädie sei fehlerhaft, da sie sich nur auf den vorderen Teil des Gesichtsschädels beziehe. Seine Methode sei bei der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe offiziell angemeldet.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den sonstigen Inhalt der Gerichts- und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, die vorgelegen haben und Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

Die Klägerin ist durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 SGG](#) beschwert, da sie nicht rechtswidrig sind. Sie hat keinen Anspruch auf Erstattung der bereits angefallenen und Übernahme der zukünftigen Kosten für die CMD-Kieferorthopädie.

Jedenfalls für den bereits abgeschlossenen Teil der CMD-kieferorthopädischen Behandlung kommt als Anspruchsgrundlage nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Danach sind von der Krankenkasse die Kosten zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder zu Unrecht abgelehnt hat und hierdurch einem Versicherten Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung entstanden sind.

Eine unaufschiebbare Leistung lag bei Beginn der Behandlung nicht vor. Insbesondere ist zu berücksichtigen, dass bereits am 25.05.2009 eine erste Befundung durch Dr. R. stattgefunden hat und Unterlagen über die Methode der CMD-Kieferorthopädie übergeben worden sind, die erstmalige Behandlung nach dieser Methode aber erst am 03.07.2009 stattfand.

Auch die Voraussetzungen von [§ 13 Abs. 3 2. Alternative SGB V](#) sind nicht erfüllt. Die Vorschrift ist auch für eine - hier vorliegende - neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode einschlägig (vgl. BSG, Urteil vom 08.02.2000, [B 1 KR 18/99 R](#); LSG Baden-Württemberg, [L 11 KR 2753/10](#), Juris Randnr. 25ff.; Helbig, in: jurisPK, [§ 13 SGB V](#), Randnr. 45ff.). Die Kostenerstattung im Sinne von [§ 13 Abs. 3 2. Alternative SGB V](#) scheidet bereits daran, dass sich die Klägerin die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. Nach dem Wortlaut der Vorschrift muss ein kausaler Zusammenhang zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand und dem Nachteil des Versicherten bestehen. Daran fehlt es, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (LSG Baden-Württemberg, aaO). Den Krankenkassen muss zur Vermeidung von Missbräuchen vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden könne und, falls dies nicht möglich sei, ob sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, insbesondere den Anforderungen der Geeignetheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung genügt (BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 15](#), Juris Randnr. 6). Daran fehlt es hier. Zum einen hat die Klägerin die Behandlung ausweislich der Auskunft von Dr. R. bereits am 03.07.2009 begonnen, also über 3 Wochen vor der Antragstellung am 28.07.2009. Zum anderen hat sie der Beklagten die Prüfung ihres Begehrens schon deshalb nicht ermöglicht, weil nicht alle tatsächlichen Umstände der Behandlung für die Beklagte erkennbar waren. Der von ihr eingereichte Heil- und Kostenplan ist von Dr. Ch. erstellt, der die CMD-kieferorthopädische Behandlung indes nicht durchgeführt hat. Nachdem er auf die Befundberichts-anfrage des Gerichts zunächst mitteilte, dass er die Klägerin nicht behandelt habe, gab er auf die weitere Anfrage an, dass er sie zahnärztlich begleitet habe. Die Behandlung, um deren Kosten es in diesem Rechtsstreit geht, ist von Dr. R. durchgeführt worden, der aber keinen Behandlungsplan erstellt hat.

Ohnehin scheidet die Kostenerstattung - wie auch eine weitere Kostenübernahme für die Zukunft - aus, weil es sich um eine neuartige Therapie handelt, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss nicht empfohlen worden ist. Gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss eine Empfehlung abgegeben hat. Davon erfasst ist jedes medizinische Vorgehen, dem ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das es von anderen Therapien unterscheidet und seine systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. "Neu" ist eine Methode, wenn sie (bisher) nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen enthalten ist (BSG, Urteil vom 27.09.2005, [B 1 KR 28/03 R](#), Juris Randnr. 17). Entsprechendes gilt für den Einheitlichen Bewertungsmaßstab für zahnärztliche Leistungen. In diesem Sinn ist die CMD-Kieferorthopädie eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode. Sie ist von Dr. R. entwickelt worden und wird hauptsächlich von ihm angewendet. Dass nach dem Vortrag der Klägerin im Verhandlungstermin ihres Wissens nach auch ein Zahnarzt in Essen die Methode anwendet, ändert an der Beurteilung als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nichts. Dr. R. hat mehrfach betont, dass die CMD-Kieferorthopädie sich in allen wesentlichen Grundlagen der Diagnostik, Aufgabenstellung, Behandlungsform und Zielsetzung von der übrigen Kieferorthopädie unterscheidet und gibt an, für die "biofunktionelle Kieferorthopädie" ein Patent zu haben. Es fehlt indes an einer Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses. Insoweit Dr. R. anführt, es gebe eine offizielle Anmeldung bei der Zahnärztekammer Westfalen-Lippe, kann offen bleiben, welcher rechtliche Zusammenhang hierfür besteht. Die Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses, die bundeseinheitlich wirkt, kann hierdurch nicht ersetzt werden. Da die Therapie beim Gemeinsamen Bundesausschuss nicht angemeldet worden ist, scheidet eine Unbeachtlichkeit der fehlenden Empfehlung unter dem Gesichtspunkt eines

Systemversagens (vgl. BSG, Urteil vom 08.02.2000, [B 1 KR 18/99 B](#), Juris Randnr. 7) aus. Auch eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer lebensbedrohlichen oder tödlich verlaufenden Erkrankung (BVerfG, Beschluss vom 06.12.2005, [1 BvR 347/98](#)) liegt nicht vor. Vor diesem Hintergrund ist der Vortrag, die CMD-Behandlung sei wirtschaftlicher und nur durch sie könne eine dauerhafte Besserung erreicht und eine verminderte Erwerbsfähigkeit verhindert werden, nicht berücksichtigungsfähig.

Darüber hinaus steht dem Kostenerstattungsanspruch entgegen, dass der Klägerin rechtswirksam keine Kosten entstanden sind. Gemäß § 4 Abs. 5 Buchst. b BMV-Z kann ein Vertragszahnarzt von einem Versicherten eine Vergütung nur fordern, wenn und soweit der Versicherte klar erkennbar verlangt, auf eigene Kosten behandelt zu werden, und vor Beginn der Behandlung eine schriftliche Vereinbarung zwischen dem Vertragszahnarzt und dem Versicherten getroffen worden ist. Dr. R. hat mitgeteilt, dass eine solche nicht vorliegt. Der von ihm angeführte Heil- und Kostenplan über 4.758,17 Euro ist weder von ihm ausgestellt, noch kann er als vertragliche Vereinbarung angesehen werden.

Die Bezugnahme von Dr. R. auf ein Urteil des SG Duisburg zum Aktenzeichen [S 9 KR 259/07](#) geht ins Leere, weil in dem genannten Verfahren ein Urteil nicht ergangen ist.

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

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2011-05-18