S 5 KR 129/13

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Detmold (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 5 KR 129/13
Datum
12.02.2014
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 16 KR 239/14
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Verpflichtung der Beklagten, die Kosten für eine Kopforthese zu übernehmen.

Die Klägerin wurde am 00.00.2012 als Zwillingskind geboren. Sie litt unter einer Schädelasymmetrie in einem Umfang von 1,4 cm. Er ist über seine Eltern bei der Beklagten familienversichert.

Am 4.10.2012 verordnete das Diakoniekrankenhaus B in I eine Kopforthese, um die Schädelasymmetrie zu beheben. Die Verordnung ging zusammen mit einer Kostenkalkulation für eine CRANIO-Orthese am 8.10.2012 bei der Beklagten ein. Beigefügt waren ebenfalls Unterlagen über eine am 4.10.2012 durchgeführte Vermessung des Kinderschädels.

Mit dem angefochtenen Bescheid vom 10.10.2012 wurde der Antrag auf Versorgung mit der Kopforthese abgelehnt. Zur Begründung führte die Beklagte aus, es handle sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre. Die Methode sei noch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Nutzen und medizinische Notwendigkeit seien nicht ausreichend belegt.

Hiergegen erhoben die Eltern der Klägerin Widerspruch und führten aus, eine spontane Besserung sei aus medizinischer Sicht nicht möglich. Im Übrigen sei Eile geboten, da die jeweiligen Messergebnisse nur für ca. eine Woche zu gebrauchen seien. Zur Begründung führten sie eine medizinische Stellungnahme des B in I bei, wo die Klägerin gemeinsam mit ihrem Zwillingsbruder wegen des Plagiozephalus vorstellig geworden war. Darin wurde berichtet, dass die Eltern bereits versucht hatten, durch entsprechende Lagerung die Asymmetrie zu beeinflussen. Ebenso sind krankengymnastische Übungsbehandlungen nach Vojta seit Juli 2012 durchgeführt worden.

Die Beklagte schaltete den medizinischen Dienst der Krankenversicherung Westfalen-Lippe (MDK) ein, der am 3.12.2012 in seinem Gutachten zu dem Ergebnis kam, dass ohne eine Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses eine Kostenübernahme für die Kopforthese Behandlung nicht möglich sei.

Von dem Ergebnis der medizinischen Prüfung wurden die Eltern der Klägerin am 14.1.2013 informiert. Die Eltern vertraten weiterhin die Auffassung, es sei ein von der Norm bzw. vom Leitbild des gesunden Menschen abweichenden Körper-oder Geisteszustand gegeben. Dieser bedürfe der ärztlichen Behandlung.

Mit Widerspruchsbescheid vom 7.3.2013 wurde der Widerspruch der Klägerin zurückgewiesen. Die Beklagte führte zur Begründung aus, ein Anspruch auf Versorgung mit einer Kopforthese sei nicht gegeben. Nicht jede körperliche Anomalität sei mit Krankheitswert verbunden. Krankheitswert habe nur ein solcher Körperzustand, der den Versicherten in seiner Körperfunktion beeinträchtige oder wenn eine anatomische Abweichung entstellend wirke. Die Kopfdeformität stelle keine Behinderung in diesem Sinne dar. Auch werde durch die Kopforthese-Therapie keiner drohenden Behinderung vorgebeugt. Bereits vor diesem Hintergrund sei eine Versorgung mit dem Helm ausgeschlossen. Im Übrigen stelle die Behandlung mit einer Kopforthese eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar, für die eine Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses noch nicht vorliege. Auch insoweit könne ein Anspruch der Klägerin nicht hergeleitet werden. Ein Systemversagen, das ausnahmsweise eine Sachleistungsverpflichtung der Krankenkasse begründen könne, liege nicht vor.

Gegen diese Entscheidung richtet sich die am 5.4.2013 erhobene Klage, mit der die Klägerin weiterhin die Übernahme der notwendigen Behandlungskosten begehrt. Die Therapie sei auf ärztliche Empfehlung durchgeführt worden. Im Vorfeld sei die Klägerin über einen Zeitraum von drei Monaten osteopathisch behandelt worden. Um dauerhafte Folgeschäden an der Halswirbelsäule zu verhindern, sei die Therapie befürwortet worden. Es handle sich auch nicht um eine lediglich kosmetische Behandlung. Die Beklagte verkenne insoweit, dass erhebliche Folgeschäden eintreten können. Diese gelte es zu verhindern. Zur weiteren Begründung legten die Eltern der Klägerin ein Attest des Arztes Dr. X sowie eine Behandlungsbestätigung über eine von Juli bis September 2012 durchgeführte Physiotherapie bei. Ebenso wurden die bereits im Verwaltungsverfahren vorgelegten Berichte des B I übersandt. Hierzu trägt die Klägerin vor, der Gutachter der Beklagten habe sich mit den medizinischen Besonderheiten nicht ausreichend auseinandergesetzt. Andere Therapiemöglichkeiten hätten nicht zur Verfügung gestanden.

Am 27.11. 2012 wurde die Kopforthese nach Maß an die Eltern der Klägerin geliefert. Ausweislich der Rechnung vom selben Tag entstanden den Eltern Kosten i.H.v. 1819 EUR. Die Rechnung wurde am 21.12.2012 beglichen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 10.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7.3.2013 zu verurteilen, die Kosten für die Kopforthesen-Behandlung i.H.v. 1819 EUR ausweislich der Rechnung vom 27.11.2012 zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie ist der Auffassung, der angefochtene Bescheid entspreche der Sach- und Rechtslage und sei daher nicht zu beanstanden. Die Schädelasymmetrie stelle im Falle der Klägerin keine Krankheit im versicherungsrechtlichen Sinne dar. Bei der beantragten Versorgung mit einer Kopforthese handele es sich weder um eine anerkannte Behandlungsmethode noch um ein im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung anerkanntes bzw. gelistetes Hilfsmittel. Vermutete Folgen einer Nichtbehandlung bildeten im Übrigen keine Grundlage für eine Kostenübernahme.

Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand nimmt die Kammer Bezug auf den Inhalt der Gerichtsakte und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten.

Entscheidungsgründe:

Die Kammer konnte den Rechtsstreit ohne mündliche Verhandlung nach § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis gegeben haben.

Die zulässige Klage ist nicht begründet.

Die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid vom 10.10.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2013 nicht beschwert im Sinne des § 54 Abs. 2 Satz 1 SGG, denn der Bescheid ist rechtmäßig. Die Klägerin kann von der Beklagten keine Erstattung der Kosten für die Kopforthese verlangen. Ein Anspruch auf Versorgung mit dieser Therapie bestand nämlich nicht.

Das vom Sachleistungsprinzip geprägte System der gesetzlichen Krankenversicherung erlaubt eine Kostenerstattung nur in den vom Gesetz vorgesehenen Fällen. Als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch kommt nur § 13 Abs. 3 Satz 1 Sozialgesetzbuch, Fünftes Buch (SGB V) in Betracht. Danach gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten durch die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. In diesen Fällen wandelt sich der Naturalleistungsanspruch des Versicherten in einen Kostenerstattungsanspruch bzw. in einen Anspruch auf Freistellung von den Kosten um. Dabei geht der Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als der zugrundeliegende Naturalleistungsanspruch. Er setzt voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung, z.B. BSG vom 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, BSGE 97, 190).

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des § 13 Abs. 2 Satz 1, 1. Alt. SGB V lag nicht vor. Auch wenn die Klägerin aufgrund des schnellen Wachstums des kindlichen Kopfes zeitnah an einer Entscheidung interessiert war, war noch ausreichend Zeit, die nötige Vorprüfung durch die Krankenkasse vornehmen zu lassen. Unaufschiebbarkeit im Sinne des § 13 Abs. 2 Satz 1 SGB V ist nämlich nur dann gegeben, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs für eine Entscheidung der Krankenkasse besteht (vgl. BSG, SozR 3-2500, § 13 Nr. 22).

Eine solche Situation lag im Falle der Klägerin nicht vor. Auch wenn die Kopforthesenbehandlung zwischen dem 6. und 18. Lebensmonat des Kindes erfolgen soll, weil danach das Schädelwachstum abgeschlossen ist, ist nicht erkennbar, dass bei einer Verzögerung von einigen Wochen eine erfolgreiche Behandlung der Schädelasymmetrie mittels Kopforthese nicht mehr möglich gewesen wäre. Hierfür spricht auch der tatsächliche Sachverhalt, da die Eltern der Klägerin erst nach einer zweiten Messung im November 2012 die Kopforthese erhalten haben.

Auch die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alt.SGB V sind nicht erfüllt. Die streitgegenständliche Helmtherapie gehört nämlich nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Kammer konnte zunächst offen lassen, ob die bei der Klägerin vorliegende Schädelasymmetrie Krankheitswert in diesem Sinne hat. Denn unabhängig davon unterliegt der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung den sich aus § 2 Abs. 1 und § 12 Abs. 1 SGB V ergebenden Einschränkungen. Er erfasst daher

nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Für den Fall neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung ist dies in § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V geregelt. Eine solche Methode kann nur dann Eingang in die vertragsärztliche Versorgung finden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Die Richtlinien bestimmen dabei, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen können. Daneben wird verbindlich geregelt, welche Leistungen die Krankenkasse gegenüber dem Versicherten schuldet.

Die Behandlung mit einer Kopforthese stellt in diesem Sinne eine neue Behandlungsmethode dar. Eine Behandlungsmethode wird grundsätzlich definiert als eine bestimmte ärztliche bzw. ärztlich verordnete, medizinische Vorgehensweise, der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrundelegt, das diese Methode von anderen Therapieverfahren unterscheidet. Neu ist diese Methode dann, wenn sie zum Zeitpunkt der Leistungserbringung noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für Ärzte (EBM-Ä) enthalten ist (BSG, Urteil vom 27.09.2005, B 1 KR 28/03 R, recherchiert bei www.juris.de). Die hier durchgeführte Helmtherapie hat unter Berücksichtigung dieser Voraussetzungen noch nicht Eingang in die ambulante Versorgung gefunden. Eine Abrechnungsziffer hierfür existiert nicht, ebenso wenig hat sich der Gemeinsame Bundesausschuss mit der Methode bereits befasst. Zum gegenwärtigen Zeitpunkt liegt noch kein Antrag beim GBA vor.

Die Klägerin kann auch nicht mit dem Argument gehört werden, es handle sich nicht um eine Behandlungsmethode, sondern um die Versorgung mit einem Hilfsmittel. § 33 SGB V kommt nach Auffassung der Kammer nicht zur Anwendung. 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 oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 SGB V ausgeschlossen sind. Das Tragen der Kopforthese erschöpft sich allerdings nicht in der Unterstützung einer beeinträchtigten oder ausgefallenen Körperfunktion wie dies bei Hilfsmitteln regelmäßig der Fall ist. Vielmehr wird hierdurch das Wachstum des kindlichen Kopfes in eine bestimmte Richtung gelenkt. Es erfolgen regelmäßige Betreuung und Nachmessungen, gerade um zu verhindern, dass der Helm zu eng wird. Damit dient die Therapie nicht dem Ausgleich eines körperlichen Defizits, sondern ist notwendiger Bestandteil der zugrundliegenden ärztlichen Behandlungsmethode, die dazu dienen soll, das Wachstum des kindlichen Kopfes zu beeinflussen.

Entgegen der Auffassung der Klägerin liegt auch kein Ausnahmefall vor, der es rechtfertigt, ohne eine Empfehlung des gemeinsamen Bundesausschusses eine Verpflichtung zur Versorgung mit der Therapiemethode der Krankenkasse zu befürworten. Eine grundrechtsorientierte Auslegung nach den Ausführungen des Bundesverfassungsgerichts in seinem Beschluss vom 06.12.2005 (Az. 1 BvR 347/98, SozR 4 - 2500, § 27 Nr. 5) kann dann in Betracht kommen, wenn der GBA zu einer Methode noch keine Empfehlung abgegeben hat und das Anerkennungsverfahren trotz Anhaltspunkten für eine therapeutische Zweckmäßigkeit der Methode aus willkürlichen oder sachfremden Erwägungen heraus nicht oder nicht rechtzeitig durchgeführt wurde bzw. eine Aktualisierung der Richtlinien unterblieben ist (BSG, Urteil vom 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, SozR 4 - 2500, § 27 Nr. 12). Bislang hat sich der GBA mit dieser Methode mangels Antrags noch gar nicht befasst. Im Übrigen liegen auch keine Studien vor, die den Nutzen der Therapie belegen. Auch die hiermit verbundenen möglicherweise vorliegenden Risiken, die sich erst durch das Tragen des Helms ergeben, sind nicht geklärt. Ebenso wenig haben die wissenschaftlichen medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) oder andere wissenschaftliche Fachgesellschaften entsprechende Leitlinienempfehlungen veröffentlicht. Eine Systemlücke, die mithilfe grundrechtsorientierter Auslegung der Normen des SGB V zu schließen wäre, liegt daher nicht vor.

Der Anspruch kann auch nicht aus § 2 Abs. 1a SGB V abgeleitet werden. Danach können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte den medizinischen Standards entsprechende Leistung zur Verfügung steht, auch eine von § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die zum 01.01.2012 in Kraft getretene Norm ist als Klarstellung unter Berücksichtigung der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 (a.a.O.) anzusehen. Abgesehen davon, dass im Falle der Klägerin der in der Norm umrissene Schweregrad der Erkrankung nicht erreicht ist, liegen auch die sonstigen Voraussetzungen - wie bereits ausgeführt - nicht vor. Eine Systemlücke, die mithilfe dieser Norm zu schließen wäre, ist im Falle der Klägerin nicht gegeben.

Die Klage war daher abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf §§ 183, 193 SGG.
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2014-07-10