L 11 KR 3297/14

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Heilbronn (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 2848/13
Datum
08.07.2014
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3297/14
Datum
24.02.2015
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Versicherte der GKV haben keinen Anspruch auf eine Behandlung mittels Kopforthese (Behandlungsjahr 2013). Dies gilt unabhängig davon, ob es sich dabei um eine ärztliche Behandlungsmethode oder um die Versorgung mit einem Hilfsmittel handelt.

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 08.07.2014 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Freistellung von den Kosten einer Kopforthesentherapie (auch als Helmtherapie bezeichnet) in Höhe von 1.945,17 EUR.

Der Kläger ist 2012 in der 38. Schwangerschaftswoche mit seiner Zwillingsschwester zur Welt gekommen. Direkt nach der Geburt bestand bei ihm eine normale Kopfform. Unter Rückenlagerung kam es zu einer Asymmetrie des Schädels, die zunächst mittels Lagerungswechseln und Physiotherapie behandelt wurde. Die Differenz zwischen den Schädeldiagonalen (13,60 cm bzw 12,00 cm) betrug 1,6 cm. Bis einschließlich Juli 2013 war der Kläger bei der Beklagten und seit August 2013 ist er bei der Beigeladenen krankenversichert.

Am 28.02.2013 beantragten die Eltern des Klägers unter Vorlage einer Stellungnahme und eines Kostenvoranschlags des Universitätsklinikums W. die Übernahme der Kosten für die Kopforthesenbehandlung. Diesen Antrag lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 07.03.2013 ab.

Gegen diesen Bescheid legten die Eltern des Klägers am 22.03.2013 Widerspruch ein. Sie machten geltend, dass beim Kläger eine ausgeprägte Schädelasymmetrie vorliege und es zwingend notwendig sei, dass er die beantragte Kopforthese erhalte. Mehrere Krankenkassen würden die Kosten hierfür erstatten. Dem Widerspruch war das an die Eltern des Klägers gerichtete Schreiben des Universitätsklinikums W. vom 27.02.2013 beigefügt. Darin wird ua ausgeführt, eine Therapie mittels dynamischer Kopforthese zur Beseitigung des Brachycephalus und der Lagerungsplagiocephalie sei sinnvoll und möglichst schnell durchzuführen. Der Behandlungszeitpunkt für eine Helmtherapie sei beim Kläger mit fünf Monaten optimal. Zu diesem Zeitpunkt befinde sich das kindliche Kopfwachstum am Höhepunkt. Zur rezidivfreien Therapie der Deformität sei die Anfertigung einer dynamischen Kopforthese sinnvoll. Die Helmorthese sollte für 23 Stunden täglich getragen werden, die Tragedauer betrage ca 3 bis 5 Monate. Die Therapiekosten beliefen sich auf 1.945,17 EUR. Indiziert sei die Therapie wegen der ausgeprägten Abflachung des gesamten Hinterkopfes und der ausgeprägten Asymmetrie von 1,6 cm. Die Beklagte holte die schriftliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) nach Aktenlage (sozialmedizinische Fallberatung) vom 30.04.2013 ein, in der eine Kostenübernahme nicht befürwortet wurde. Die Widerspruchsstelle der Beklagten wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 15.07.2013 als unbegründet zurück.

Am 14.08.2013 hat der Kläger Klage beim Sozialgericht Heilbronn (SG) erhoben. Der Kläger hat ua darauf hingewiesen, dass die Kopforthesenbehandlung im Herbst 2013 erfolgreich abgeschlossen worden sei. Das Sanitätshaus habe die Leistung allerdings noch nicht in Rechnung gestellt. Eine Anfrage des SG vom 04.02.2014, ob die Rechnung inzwischen vorliege, ist unbeantwortet geblieben. Das SG hat die AOK Baden Württemberg zum Verfahren beigeladen und die Klage unter Hinweis auf das Urteil des Senats vom 14.05.2013 ([L 11 KR 4350/11](#), juris) abgewiesen. Das Urteil ist dem Prozessbevollmächtigten des Klägers mittels Empfangsbekanntnis am 11.07.2014 zugestellt

worden.

Am 06.08.2014 hat der Kläger Berufung eingelegt. Er ist der Auffassung, dass es sich bei der Kopforthese um ein Hilfsmittel der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Nach den Grundsätzen, die das BSG in seinem Urteil [B 3 KR 2/11 R](#) aufgestellt habe, sei die Beklagte zur Kostenübernahme verpflichtet.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Heilbronn vom 08.07.2014 sowie den Bescheid der Beklagten vom 07.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.07.2013 aufzuheben und die Beklagte, hilfsweise die Beigeladene zu verurteilen, den Kläger von den Kosten für die im Herbst 2013 abgeschlossene Kopforthesenbehandlung freizustellen, hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Die Beigeladene beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Der Kläger hat mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 02.02.2015 beantragt, ein Sachverständigengutachten nach [§§ 103, 106 SGG](#) einzuholen zur Beantwortung der Frage, ob das beantragte Hilfsmittel die von den behandelnden Ärzten beschriebene medizinische Wirkung entfaltet und zur Beantwortung der im Schriftsatz konkret aufgeführten Fragen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Prozessakten erster und zweiter Instanz sowie die Verwaltungsakten der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist zulässig.

Die Berufung ist gemäß [§ 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegt worden. Der Kläger muss seinen Anspruch mit einer Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs 4 SGG](#)) verfolgen und dabei sein Zahlungsbegehren für die Vergangenheit im notwendigen Umfang beziffern. Ein Kostenerstattungsanspruch hat stets die Zahlung eines bestimmten Geldbetrages zum Gegenstand und muss deshalb, wenn er sich - wie hier - auf laufend durchzuführende Maßnahmen bezieht, für die Zeit bis zur letzten mündlichen Verhandlung in der Tatsacheninstanz beziffert werden ([BSGE 83, 254, 263 = SozR 3-2500 § 37 Nr 1](#)). Maßgebend ist dabei, ob die Kosten der Behandlung bereits abgerechnet wurden. Nur soweit Leistungen zum Zeitpunkt der Berufungsverhandlung bereits erbracht, aber noch nicht abgerechnet wurden, ist es prozessual zulässig, der Klage einen Anspruch auf Freistellung von den Kosten für die selbst beschaffte Behandlung zugrunde zu legen (BSG, 17.06.2010, [B 3 KR 7/09 R](#), [BSGE 106, 173](#)). Ob ein solcher Fall hier vorliegt, ist zweifelhaft. Der Kläger hat im Klageverfahren darauf hingewiesen, dass die Kopforthesenbehandlung im Herbst 2013 erfolgreich abgeschlossen worden sei. Das Sanitätshaus habe die Leistung allerdings noch nicht in Rechnung gestellt. Eine Anfrage des SG vom 04.02.2014, ob die Rechnung inzwischen vorliege, ist unbeantwortet geblieben. Der Hinweis des Klägers auf eine noch ausstehende Rechnung des Sanitätshauses überrascht insofern, als der Kostenvoranschlag für die Behandlung von der Universitätsklinik W. stammt und dem Senat bislang kein Fall bekannt ist, in dem die Kopforthesenbehandlung durch ein Sanitätshaus erfolgt ist. Auf eine Bezifferung des Klagebegehrens kann jedoch verzichtet werden, weil die Klage vom SG zu Recht abgewiesen worden ist.

Die Berufung des Klägers ist unbegründet.

Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn der Bescheid der Beklagten vom 07.03.2013 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.07.2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Freistellung oder Erstattung der durch die Behandlung mittels Kopforthese entstandenen Kosten.

Als Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs kommt allein [§ 13 Abs 3 Satz 1 2.](#) Alt SGB V in Betracht. Ein Anspruch nach dem mit Wirkung vom 27.02.2013 durch Art 2 Nr 1 des Gesetzes zur Verbesserung der Rechte von Patientinnen und Patienten vom 20.02.2013 (BGBl S 277) eingefügten Abs 3a dieser Vorschrift scheidet aus. In [§ 13 Abs 3a SGB V](#) ist geregelt, dass die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens innerhalb von drei Wochen nach Antragseingang entscheiden muss. Diese Frist ist hier eingehalten. Der Antrag ist am 28.02.2013 eingegangen und die Beklagte hat hierüber bereits am 07.03.2013 entschieden. Nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass sie eine unaufschiebbare Leistung entweder nicht rechtzeitig erbringen konnte (1. Alt) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war (2. Alt). Mit dieser Regelung wird der Grundsatz des Sach- und Dienstleistungsanspruchs nach [§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) für die Fälle ergänzt, in denen die Krankenkasse eine geschuldete Leistung nicht oder nicht rechtzeitig zur Verfügung stellen kann (Bundessozialgericht (BSG) 02.11.2007, [B 1 KR 14/07 R](#), [BSGE 99, 180 = SozR 4-2500 § 13 Nr 15](#)).

Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG 14.12.2006, [B 1 KR 12/06 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr 8](#); BSG 27.03.2007, [B 1 KR 17/06 R](#), juris). Die streitgegenständliche Kopforthesenbehandlung (Helmtherapie) gehört indes

nicht zu denen von der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringenden Leistungen.

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. Ob der lagerungsbedingte Plagiozephalus bei Säuglingen an sich Krankheitswert hat, kann vorliegend dahinstehen (zu den unterschiedlichen Auffassungen vgl Funke et al, Kinder- und Jugendarzt, 2010 S 437 ff und Biedermann, aaO S 723 ff; [www.kinder-undjugendarzt.de](#)). Denn der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung unterliegt nach [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V](#) den sich aus [§ 2 Abs 1](#) und [§ 12 Abs 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er erfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemeinen anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (ambulante Versorgung) nur dann der Fall, wenn der 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. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 iVm § 135 Abs 1 SGB V](#) wird nämlich nach der ständigen Rechtsprechung nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistung verbindlich festgelegt (BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#)).

Die Kopforthesenbehandlung stellt eine solche neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode dar (LSG Nordrhein-Westfalen 21.08.2014, [L 1 KR 140/14](#); 27.03.2014, [L 16 KR 82/13](#); 09.05.2012, [L 11 KR 14/12 B ER](#); LSG Hamburg 03.06.2014, [L 1 KR 87/13](#); Hessisches LSG 15.09.2011, [L 1 KR 178/10](#); LSG Niedersachsen-Bremen 25.01.2012, [L 1 KR 342/10](#); LSG Berlin-Brandenburg 19.10.2012, [L 1 KR 140/12](#); LSG Sachsen-Anhalt 11.03.2013, [L 4 KR 52/12 B](#), alle juris; Senatsurteil vom 14.05.2013, [L 11 KR 4350/11](#); aa SG Dresden 08.06.2011, [S 15 KR 286/10](#)). Ärztliche bzw ärztliche verordnete Behandlungsmethoden iS der gesetzlichen Krankenversicherung sind medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zu Grunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. "Neu" ist eine Methode, wenn sie zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM-Ä enthalten ist (BSG 27.09.2005, [B 1 KR 28/03 R](#), juris). So liegt der Fall hier. Eine Empfehlung des GBA zur dynamischen Kopforthesentherapie (Helmtherapie) liegt nicht vor, es wurde bislang nicht einmal ein entsprechender Antrag zur Bewertung dieser Behandlungsmethode gestellt. Die Behandlung des Klägers mit der Koporthese erschöpft sich auch nicht in der Überlassung eines Hilfsmittels. Durch die Orthese, die etwa vier bis acht Monate lang 23 Stunden am Tag getragen wird, wird das physiologische Kopfwachstum in die gewünschte Richtung gelenkt. Während der Therapiedauer müssen regelmäßige Kontrollen und ggf Anpassungen erfolgen, insbesondere darf der Helm insgesamt nicht zu eng werden (Funke et al, Der lagerungsbedingte Plagiozephalus - Diagnostik und Therapie, Kinder- und Jugendarzt 2010, S 437 ff; Frey, Analyse der subjektiven Beurteilung der Kopforthesentherapie bei Lagerungsplagiocephalus durch Eltern behandelter Kinder in der craniofacialen Sprechstunde des Universitätsklinikums W., Dissertation, Juli 2014, S 15 ff).

Im Übrigen wäre, selbst wenn man die Koporthese als Hilfsmittel iSv [§ 33 Abs 1 SGB V](#) betrachten würde, dieses Hilfsmittel untrennbar mit der neuen Therapie verbunden, so dass auch unter diesem Aspekt bei fehlender Empfehlung des GBA eine Leistungserbringung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht in Betracht käme (Senatsurteil vom 14.05.2013, [L 11 KR 4350/11](#); Sächsisches LSG 11.10.2013, [L 1 KR 132/11](#), juris). Dem steht die Entscheidung des BSG vom 07.10.2010 ([B 3 KR 5/10 R](#), [SozR 4-2500 § 33 Nr 32](#): Therapedreirad), auf die sich der Kläger beruft, nicht entgegen. Im Gegenteil. Die Argumentation des BSG bestätigt die hier vertretene Ansicht. Das BSG hat in dem genannten Urteil die Auffassung vertreten, dass bewegliche sächliche Mittel zur Förderung oder Ermöglichung der Mobilisation - wie zB das Therapedreirad - in besonders gelagerten Fällen Hilfsmittel "zur Sicherung des Erfolgs der Krankenbehandlung" iS von [§ 33 Abs 1 Satz 1](#), 1. Alt SGB V sein können. Jedoch ist gerade in den Fällen, in denen ein Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung deren "Erfolg sichern" soll, seine Verwendung - anders als etwa bei Hilfsmitteln zum Behinderungsausgleich - nicht von dem zugrunde liegenden Behandlungskonzept und den dafür geltenden Anforderungen nach [§§ 2 Abs 1 Satz 3](#), [12 Abs 1 SGB V](#) iVm [§ 135 Abs 1 SGB V](#) zu trennen. Insoweit erfasst die Sperrwirkung des in [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) begründeten Leistungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt jegliche Maßnahme im Rahmen einer bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch angewandten "Methode" (stRspr, BSG 12.08.2009, [B 3 KR 10/07 R](#), [BSGE 104, 95](#)).

Es liegt auch kein Ausnahmefall vor, in dem es keiner Empfehlung des GBA bedarf. Eine lebensbedrohliche Situation war ersichtlich nicht gegeben. Anhaltspunkte für eine gebotene grundrechtsorientierte Auslegung (vgl BVerfG 06.12.2005, [1 BvR 347/98](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#)) sind daher nicht ersichtlich. Auch ein sogenanntes Systemversagen unter dem Aspekt, dass der GBA zu der fraglichen Methode noch keine Empfehlung abgegeben hat und das vorgesehene Anerkennungsverfahren für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden 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 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#); BSG 10.05.2012, [B 1 KR 78/11 B](#), [SozR 4-2500 § 140f Nr 1](#)), liegt nicht vor. Bislang wurde noch nicht einmal ein Antrag auf Bewertung der Helmtherapie als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode gestellt. Abgesehen davon liegen auch bezüglich der Wahrscheinlichkeit einer drohenden Behinderung oder der Hinweise auf funktionelle Störungen randomisierte Studien nicht vor (Senatsurteil vom 14.05.2013, [aaO](#)). Ebenso sind mögliche Auswirkungen auf die Wirbelsäule (insbesondere HWS) durch das Gewicht des Helmes oder das Schlafen mit Helm oder auch die Frage nach Einfluss auf die Thermoregulation des Säuglings durch den Helm nicht ausreichend untersucht (Funke, aaO, S 438). Unabhängig davon existieren keine wissenschaftlich haltbaren Daten, die einen Zusammenhang zwischen einer Schädelasymmetrie im Säuglingsalter und späteren Erkrankungen oder Beeinträchtigungen - seien sie somatisch, seien sie psychisch - belegen (Stellungnahme der gemeinsamen Therapiekommision der Gesellschaft für Neuropädiatrie und der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin, 2012, abrufbar unter [www.neuropadiatrie.com/info fuer aerzte/stellungnahmen.html](#)).

Der vom Kläger mit Schriftsatz seines Prozessbevollmächtigten vom 02.02.2015 gestellte Antrag, ein Sachverständigengutachten nach [§§ 103, 106 SGG](#) einzuholen zur Beantwortung der Frage, ob das beantragte Hilfsmittel die von den behandelnden Ärzten beschriebene medizinische Wirkung entfaltet und zur Beantwortung der im Schriftsatz konkret aufgeführten Fragen, wird abgelehnt, weil die Tatsache, die bewiesen werden soll, für die Entscheidung ohne Bedeutung ist. Die Krankenkassen sind nicht bereits dann für eine ärztliche Behandlung leistungspflichtig, wenn eine begehrte Therapie nach eigener Einschätzung des Versicherten oder des behandelnden Arztes positiv verlaufen ist oder einzelne Ärzte die Therapie befürwortet haben. Vielmehr muss die betreffende Therapie rechtlich von der Leistungspflicht

der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst sein. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) grundsätzlich nur dann der Fall, wenn zunächst der Gemeinsame Bundesausschuss 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 und der Bewertungsausschuss sie zudem zum Gegenstand des EBM gemacht hat (stRspr, BSG 02.09.2014, B 1KR 11/13 R, [NZS 2015, 26](#) mwN).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2015-04-14