

## L 16 KR 82/13

Land

Nordrhein-Westfalen

Sozialgericht

LSG Nordrhein-Westfalen

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

16

1. Instanz

SG Münster (NRW)

Aktenzeichen

S 9 KR 331/12

Datum

04.01.2013

2. Instanz

LSG Nordrhein-Westfalen

Aktenzeichen

L 16 KR 82/13

Datum

27.03.2014

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Münster vom 04.01.2013 wird zurückgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung der Kosten für eine Kopforthese in Höhe von 1.819,00 Euro.

Mit am 22.11.2011 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 15.11.2011 beantragte die Praxisklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Dr. Dr. S und Dr. Dr. N die Übernahme der Kosten für eine Kopforthesenbehandlung des am 00.00.2011 geborenen Klägers, der bei der Beklagten familienversichert ist. Aufgrund einer allgemeinen Einschränkung der Kopfbeweglichkeit habe sich eine Vorzugshaltung und in der Folge eine starke Abflachung des rechten Hinterkopfes mit Beteiligung der rechten Stirn entwickelt. Es sei nach klinischer Befunderhebung und Scan des Köpfchens die Diagnose eines Plagiocephalus gestellt worden. Eine operative Korrektur sei nicht indiziert, da es sich um eine lagerungsbedingte Kopfverformung handele. Allerdings sei eine Indikation für eine Helmbehandlung gegeben. Die Gesamtkosten der Behandlung bezifferte die Praxisklinik mit einem Betrag von 2.475,01 Euro, wobei die Kosten für den Helm mit 1.819,00 Euro und die ärztliche Leistung mit 656,01 Euro angegeben wurden. Als Nachweis der Kosten für den Helm war dem Schreiben ein Kostenvoranschlag der Firma C GmbH vom 14.11.2011 beigelegt.

Nach Einholung eines sozialmedizinischen Gutachtens vom 01.12.2011, in dem die medizinische Notwendigkeit für die Kostenübernahme der Kopforthesentherapie zu Lasten der GKV verneint wurde, lehnte die Beklagte nach vorangegangener telefonischer Mitteilung am 07.12.2011 mit schriftlichem Bescheid vom 26.01.2012 die Kostenübernahme für eine Kopforthese ab. Es handele sich bei dieser Therapie um eine außervertragliche Behandlungsmethode, die grundsätzlich nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung durchgeführt werden könne. Nach dem Grundsatzgutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) vom 29.10.2010 liege bei nicht-synostotischer Schädelasymmetrie keine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne vor. Es gebe auch keine wissenschaftlich gesicherten Belege, dass eine solche Schädelasymmetrie im frühen Kindesalter im späteren Leben zu strukturellen oder funktionellen Schädigungen oder gar lebenslangen Behinderungen führe. Primäres Behandlungsziel sei nicht die Korrektur der Schädelasymmetrie, sondern die Behandlung der zugrunde liegenden Störungen, wie z.B. Muskelverkürzungen im Bereich des Halses und Koordinationsstörungen. Richtige Lagerung und krankengymnastische Behandlung seien geeignete Behandlungsmaßnahmen.

Zuvor war die Beklagte unter dem 13.01.2012 um eine schriftliche Kostenzusage zur Übernahme der Kosten für die Kopforthesenbehandlung des Klägers gebeten worden. In diesem Zusammenhang wurde eine Rechnung der C GmbH vom 11.01.2012 bezüglich der Kopforthese in Höhe von 1.819,00 Euro eingereicht; ausweislich der Rechnung erfolgte die Auslieferung der individuell für den Kläger angefertigten Kopforthese aus Kunststoff am 28.11.2011.

Der gegen den Bescheid vom 26.01.2012 eingelegte Widerspruch wurde damit begründet, dass es sich um eine Krankheit im krankenversicherungsrechtlichen Sinne handele. Alternative Behandlungsmethoden würden krankenversicherungsrechtlich anerkannt.

Nach Einholung eines weiteren sozialmedizinischen Gutachtens vom 04.04.2012, nach dem sozialmedizinisch keine Empfehlung in den engen Grenzen der sozialrechtlichen Rechtsprechung für eine Behandlung mit einer Kopforthese erfolgen könne, wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers mit Widerspruchsbescheid vom 09.05.2012 zurück. Gemessen an den Bewertungskriterien der Verfahrensordnung des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) erscheine der Nutzen und die Notwendigkeit einer konservativen Behandlung von nicht-synostotischen Schädelasymmetrien mit Kopforthesen noch immer nicht ausreichend belegt. Der Nachweis, dass der Einsatz von

Kopforthesen zur Behandlung der Schädeldeformität der Lagerungstherapie gleichwertig oder überlegen sei, habe in gut geplanten und einwandfrei durchgeführten Studien immer noch nicht geführt werden können. Es werde insoweit auf die Ausführungen in dem Urteil des Landessozialgerichts Hessen vom 15.09.2011 ([L 1 KR 178/10](#)) verwiesen.

Gegen diese Entscheidung hat die Mutter des Klägers am 11.06.2012 (Montag) Klage beim Sozialgericht (SG) Münster erhoben. Sämtliche Versuche der Umlagerung seien fehlgeschlagen. Es habe sich um eine außergewöhnlich starke Schädelverformung, die innerhalb von nur vier Monaten entstanden sei, gehandelt. Um Gesundheitsschäden abzuwenden, habe schnell etwas passieren müssen. Der behandelnde Arzt habe zur Kopforthese geraten. Seit dem 18.05.2012 sei ein Helm nicht mehr erforderlich und die Schädelasymmetrie normal. Zahlreiche andere Krankenversicherer übernahmen die Kosten für die Helmtherapie anstandslos. Es könne nicht sein, dass jede Krankenkasse nach eigenem Ermessen oder Budget entscheide, ob sie die Therapie bezahle oder nicht.

Der Kläger hat sinngemäß beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26.01.2012 in der Fassung des Widerspruchsbeseides vom 09.05.2012 zu verurteilen, die Kosten für die Kopforthese zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hält an der von ihr im Vorverfahren vertretenen Auffassung fest. Es bestünden keine Anhaltspunkte dafür, dass der GBA die Helmtherapie demnächst anerkennen werde. Nach dem Beschluss des LSG NRW vom 09.05.2012 ([L 11 KR 14/12 B ER](#)) seien keine Anhaltspunkte dafür gegeben, dass trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen eine solche nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt worden sei.

Das SG hat von der Praxisklinik für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie einen Befundbericht vom 10.09.2012 eingeholt.

Nach Anhörung der Beteiligten hat das SG die Klage mit Gerichtsbescheid vom 04.01.2013 abgewiesen. Zur Begründung hat es im Wesentlichen ausgeführt: Die Beklagte habe zu Recht die Erstattung der Kosten für die Kopforthese abgelehnt. Als Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Erstattungsanspruch komme nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) (SGB V) in Betracht. Danach habe die Krankenkasse, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen könne oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe, dem Versicherten die für die selbstbeschaffte Leistung aufgewendeten Kosten zu erstatten, soweit die Leistung notwendig gewesen sei. Die Beklagte habe die beantragte Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt. Bei der Kopforthesenbehandlung handele es sich nicht um eine Therapie, die im Wege des Sachleistungsanspruchs gegenüber der Beklagten geltend gemacht werden könne.

Die Kopforthesenbehandlung stelle eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) dar. Derartige Behandlungsmethoden, die nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung seien, dürften zu Lasten der Krankenkassen in der vertragsärztlichen Versorgung nur erbracht werden, wenn der GBA eine Empfehlung abgegeben habe. Eine solche Empfehlung des GBA zur Kopforthesen-Therapie liege nicht vor. Die Erbringung dieser Therapie zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sei damit grundsätzlich ausgeschlossen.

Ein Ausnahmefall, in dem trotz fehlender Empfehlung des GBA eine neue Therapie beansprucht werden könne, sei nicht gegeben. Die Voraussetzungen des sogenannten Systemversagens seien nicht erfüllt (Hinweis auf LSG NRW, Beschluss vom 09.05.2012, [L 11 KR 14/12 B ER](#)). Anhaltspunkte dafür, dass die fehlende Anerkennung der Helmtherapie darauf zurückzuführen sei, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt worden sei, seien im vorliegenden Fall nicht ersichtlich.

Anhaltspunkte für eine gebotene grundrechtsorientierte Auslegung (Hinweis auf Bundesverfassungsgericht -BVerfG-, Beschlüsse vom 06.12.2005, [1 BvR 347/98](#) und vom 06.02.2007, [1 BvR 3101/06](#)) lägen nicht vor. Bei dem Kläger bestehe keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, medizinischen Standard entsprechende medizinische Behandlung nicht zur Verfügung stehe.

Da ein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Kopforthesenhandlung aus den oben aufgeführten Gründen nicht bestehe, könne dahingestellt bleiben, ob die von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) geforderte Kausalität zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten und den aufgewandten Kosten vorliege.

Gegen den der Mutter des Klägers am 08.01.2013 zugestellten Gerichtsbescheid hat diese für den Kläger am 04.02.2013 Berufung eingelegt. Zur Begründung trägt die Klägerseite vor, das SG habe die Krankheit des Klägers überhaupt nicht berücksichtigt. Es habe auf die angeblich fehlende Empfehlung des GBA hingewiesen. Im Oktober hätten sie den Hinweis auf Abflachung des Hinterkopfes bekommen. Am 09.11. seien sie dann zum ersten Mal in C bei Dr. Dr. N gewesen. Dieser habe ausgeführt, dass aufgrund der hohen Abflachung des Hinterkopfes eine Helm-Therapie am besten anschlagen würde. Der Arzt habe ihnen bezüglich der Helmtherapie einen Kostenvoranschlag mitgegeben, der am 22.11. an die AOK geschickt worden sei. Am 28.11. hätten sie den ersten Helm in C abgeholt. Schon bei der ersten Vorstellung sei ein 3D-Scan gefertigt und daraufhin ein Helm angefertigt worden, auch auf die Gefahr hin, dass die Kasse dies nicht bezahlen würde. Ihnen sei vom Arzt dringend geraten worden, mit der Therapie sofort zu beginnen, weil die Knochen des Klägers immer härter würden und es dann umso schwerer werde, die Verformung zu behandeln. Die Verformung des Kopfes sei besonders gravierend gewesen. Ohne Behandlung hätte der Kläger z.B. später im Falle einer Brille einen um 2 ½ Zentimeter längeren Bügel haben müssen. Mit dem Ergebnis der Therapie seien sie sehr zufrieden. Der Kopf des Klägers sei wieder rund.

Die Notwendigkeit der Behandlung habe die Klinik von Dr. Dr. S und Dr. Dr. N dem SG erklärt. Es habe keine andere Behandlungsmöglichkeit für den Kläger bestanden. Die unzulängliche Behandlung der Krankheit könne zu Gesundheitsschäden und Spätfolgen führen, die aus ihrer Sicht nicht einfach hingenommen werden könnten, weil die Behandlung nicht im "Katalog" stehe. Die Klägerseite könne nicht wissen, ob die

empfohlene Behandlung nötig oder unnötig sei. Es sei immer darauf hingewiesen worden, dass es bei dem Kläger um eine besonders schwere Krankheit gehe, die nicht ohne weiteres mit anderen Fällen vergleichbar sei; zahlreiche Krankenversicherer hätten die Kosten einer solchen Behandlung übernommen. Auch die AOK habe in anderen Fällen die Kosten übernommen. Aus diesen Gründen seien die Kosten der Kopforthese zu übernehmen.

Auch wenn die Helmtherapie derzeit die Kriterien für die Kostenübernahme nicht erfüllten sollte, habe die Krankenkasse jedenfalls die Kosten für Krankengymnastik oder Physiotherapie gespart. Eine Gleichbehandlung müsse nicht Unrecht sein, wenn zumindest der Teil der Kosten der Helmtherapie übernommen werde, den die Kasse an anderer Stelle eingespart habe.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Münster vom 04.01.2013 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 26.01.2012 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09.05.2012 zu verurteilen, die Kosten für die Kopforthese in Höhe von 1.819,00 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend. Es sei zwar richtig, dass die AOK in Neumünster die Kosten für die dort begehrte Kopforthese übernommen habe. Diese Entscheidung sei aber rechtsfehlerhaft; ein Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht bestehe nicht. Sie haben diesen Vorgang aber schon vor geraumer Zeit zum Anlass genommen, den Mitarbeitern die bestehende Rechtslage hinsichtlich der Helmtherapie zu erläutern und dafür Sorge zu tragen, dass sie stringent umgesetzt werde.

Die Eltern des Klägers haben im Erörterungstermin vom 20.03.2013 eine Reihe von Bewilligungen anderer Krankenkassen zu den Akten gereicht, die nach ihrer Angabe die Bewilligung einer Kopforthese betreffen. Der Vater des Klägers (ebenfalls gesetzlicher Vertreter des Klägers) hat auf Nachfrage des Senats mit Schreiben vom 11.03.2014 sein Einverständnis mit der Durchführung des Streitverfahrens erklärt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Prozessakte und der Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der Beratung gewesen ist, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die Berufung des Klägers ist zulässig. Der nicht selbst prozessfähige Kläger wird im anhängigen Streitverfahren durch seine Eltern gesetzlich vertreten. Dementsprechend war das Rubrum zu korrigieren.

Die Berufung des Klägers ist unbegründet. Zu Recht hat das SG mit Gerichtsbescheid vom 04.01.2013 die Klage abgewiesen. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, dem Kläger die Kosten für eine Kopforthese zu erstatten.

Die Voraussetzungen des Kostenerstattungsanspruchs aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Zutreffend hat das SG ausgeführt, dass der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse reicht. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- und Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 28.02.2008, [B 1 KR 15/07 R](#) m.w.N.). In der Rechtsprechung wird überwiegend die Auffassung vertreten, dass die sog. Helmtherapie nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört (vgl. SG Detmold, Urteil vom 16.01.2014, [S 3 KR 130/13](#), Rn. 28, juris, m.w.N.).

Letztlich kann jedoch dahingestellt bleiben, ob das SG zur Recht einen Sachleistungsanspruch des Klägers gegen die Krankenkasse verneint hat. Jedenfalls wurde der sogenannte Beschaffungsweg nicht eingehalten. Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) sind dem Versicherten Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten, wenn sie dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (erste Fallgruppe) oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (zweite Fallgruppe). Die Krankenkasse hat nur für solche Leistungen aufzukommen, die sie auch bei rechtzeitiger bzw. ordnungsgemäßer Bereitstellung der geschuldeten Behandlung hätte gewähren müssen. Zum anderen bedeutet es, dass Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese nicht ausnahmsweise unaufschiebbar gewesen ist, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt hat. Wegen des Ausnahmecharakters der Kostenerstattung muss der Krankenkasse zur Vermeidung von Missbräuchen vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereit gestellt werden kann und, falls dies nicht möglich ist, ob sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört, insbesondere den Anforderungen der Geeignetheit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung genügt. Der Versicherte ist deshalb vor Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Systems grundsätzlich gehalten, sich an seine Krankenkasse zu wenden und die Gewährung zu beantragen. Ein kausaler Zusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheidet aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges besorgt hat, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten (ständige Rechtsprechung des BSG, vergleiche Urteil vom 28.02.2008, [B 1 KR 15/07 R](#) m.w.N.) Vor der Selbstbeschaffung ist zwingend eine die Leistung ablehnende Entscheidung der Krankenkasse notwendig (Brandts in: Kasseler Kommentar zum Sozialversicherungsrecht, Band I, 74. Ergänzungslieferung 2012, § 13 Rn. 85 m.w.N.).

Diese Voraussetzungen liegen nicht vor. Zwar hat die Beklagte mit Bescheid vom 26.01.2012 die Kostenübernahme für eine Kopforthese abgelehnt. Es fehlt jedoch an der Kausalität zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten und dem Kostenaufwand des Klägers. Die Aufwendungen des Klägers sind nicht ursächlich auf eine Leistungsablehnung der Beklagten zurückzuführen. Die ärztliche Therapie des

Klägers wurde bereits vor Antragstellung, jedenfalls vor Erlass des ablehnenden Bescheides vom 26.01.2012 begonnen. Nach der eingereichten Rechnung vom 11.01.2012 war als Leistungsdatum der 28.11.2011 angegeben. An diesem Tag wurde nach Angaben der Eltern des Klägers auch der Helm ausgeliefert. Nach den Ausführungen der Eltern des Klägers sind diese am 09.11. zum ersten Mal in C bei Dr. Dr. N gewesen. Bereits bei der ersten Vorstellung sei ein 3D-Scan gefertigt und daraufhin ein Helm angefertigt worden. Dies sei auch auf die Gefahr hin erfolgt, dass die Kasse die Kosten nicht übernimmt.

Eine Unaufschiebbarkeit im Sinne der ersten Fallgruppe des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) lag ebenfalls nicht vor. Die Leistung ist unaufschiebbar, wenn sie sofort, ohne die Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs, zu erbringen ist. Die Behandlung muss so dringlich sein, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit besteht, die Entscheidung der Krankenkasse einzuholen (Brandts in: Kasseler Kommentar, a.a.O., § 13 Rn. 75 m.w.N.). Diese Voraussetzungen sind nicht gegeben. Bei einem Plagiocephalus liegt eine solche Dringlichkeit nicht vor, zumal noch andere Behandlungsalternativen (Lagerung, Heilmitteltherapie) zur Verfügung standen.

Das SG hat auch den so genannten "Nikolausbeschluss" des BVerfG (Beschluss vom 06.12.2005, 1 BvR 347/97) zutreffend interpretiert. Insoweit ist auf [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) zu verweisen. Mit dieser Vorschrift hat der Gesetzgeber den gesetzlichen Leistungsanspruch schwer Erkrankter im Hinblick auf die genannte Entscheidung des BVerfG erweitert. Verlangt wird dort eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung oder eine zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht. Diese Voraussetzungen sind nicht erfüllt. Der Plagiocephalus stellt weder eine lebensbedrohliche noch eine regelmäßig tödliche oder wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung dar.

Dass die Beklagte in der Vergangenheit verschiedentlich Kosten von Helmtherapien getragen hat, rechtfertigt keine andere Beurteilung. Es handelt sich nach den Ausführungen der Beklagten im Schreiben vom 24.04.2013 um eine rechtsfehlerhafte Entscheidung, die vorliegend keine andere Entscheidung rechtfertigt. Es besteht kein Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht.

Schließlich kann der Kläger auch keinen Ersatz der Kosten verlangen, die die Krankenkasse für Krankengymnastik oder Physiotherapie eingespart hat. Insoweit fehlt es an einer Anspruchsgrundlage.

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

Ein Anlass zur Zulassung der Revision hat nicht bestanden.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2014-06-04