

L 1 KR 660/15

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 34 KR 896/12
Datum
02.10.2015
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 1 KR 660/15
Datum
24.05.2017
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 02.10.2015 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Übernahme der Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung nach der so genannten Invisalign®-Methode.

Der am 00.00.1995 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Er spielt seit seiner Jugend leistungsmäßig Fußball, nach eigenen Angaben aber überwiegend im Amateurbereich. Bis Ende 2013 spielte er in Jugend-Bundesligamannschaften (U 17 und U 19) von C sowie in der Jugend-Nationalmannschaft des Deutschen Fußballbundes (DFB). Anschließend gehörte er zum Kader der 2. Mannschaft von C, die in der Regionalliga West spielte.

Unter Vorlage eines kieferorthopädischen Behandlungsplanes des Kieferorthopäden Dr. X beantragte er Ende 2011 bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine kieferorthopädische Behandlung nach der so genannten Invisalign®-Methode.

Bei dieser Methode wird zunächst ein Behandlungsziel festgelegt und ein Behandlungsplan erstellt, in dem ausgehend vom Ist-Zustand der Zahnreihen anhand eines speziellen Computergrafik-Verfahrens beschrieben wird, in welchen Schritten die gewünschte Endposition der Zahnreihen erreicht werden soll. Zur Erreichung des Behandlungsziels werden sodann individuell angefertigte, herausnehmbare, dünne und durchsichtige Kunststoffschienen (sog. Aligner) verwendet, die durch Druckausübung die Zähne kontinuierlich in die vorher errechnete Richtung bewegen sollen. Nach Maßgabe des Behandlungsplanes werden die Schienen alle 2 Wochen ausgetauscht.

Nach dem vorgelegten Behandlungsplan von Dr. X sollte sich die Behandlung über einen Zeitraum von 36 Monaten erstrecken. Dr. X diagnostizierte zum einen einen normal angelegten Oberkiefer mit engstehender Front, Drehstand 11 und 22 sowie Kreuzbiss 25/35 und einer Einengung des Platzes 13 und 23. Zum anderen stellte er einen normal breit angelegten Unterkiefer mit engstehender Front, Drehstand 37, 35, 34, 33, 43 und 45, Labialstand 33 und 43 sowie eine Einengung des Platzes 33 und 43 fest. Er hielt die kieferorthopädische Indikationsgruppe K4 für gegeben. Als Gesamtkosten prognostizierte er 4296,07 Euro.

Mit Bescheid vom 19.01.2012 lehnte die Beklagte die beantragte kieferorthopädische Behandlung mit der Begründung ab, bei der Invisalign®-Methode handele es sich um eine außervertragliche Leistung, für die sie keine Kosten übernehmen dürfe.

Mit dem hiergegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger u.a. geltend, wegen seiner fußballerischen Aktivitäten sei es ihm nicht möglich, eine feste Klammer oder eine lose Klammer mit Metall zu tragen.

Nachdem die Beklagte mit Schreiben vom 17.02.2012 mitgeteilt hatte, dass sie an ihrer Entscheidung festhalte, wies sie mit Widerspruchsbescheid vom 12.09.2012 den Widerspruch als unbegründet zurück. Zur Begründung führte sie aus, die Invisalign®-Methode sei weder im einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) noch im Bewertungsmaßstab (Bema) aufgeführt. Leistungen, die nicht im EBM oder BEMA enthalten sein, könnten als so genannte "unkonventionelle Methoden" nur dann übernommen oder bezuschusst werden, wenn vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Empfehlung dafür abgegeben worden sei. Daran fehle es hier. Es liege auch kein sogenannter

"Systemmangel" vor.

Der Kläger hat am 08.10.2012 Klage beim Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhoben. Er hat die Auffassung vertreten, es liege entgegen der Auffassung der Beklagten ein Systemmangel vor.

Der Kläger hat die Behandlung bei Dr. X nach der Invisalign®-Methode seit März 2012 durchgeführt und abgeschlossen. Mit Rechnung vom 26.09.2014 hat Dr. X dem Kläger hierfür 4258,41 Euro in Rechnung gestellt.

Der Kläger hat sinngemäß schriftsätzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 19.01.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.09.2012 zu verurteilen, ihm die Kosten für die kieferorthopädische Behandlung bei Dr. X i.H.v. 4258,41 Euro zu erstatten.

Die Beklagte hat schriftsätzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat auf ihre Ausführungen in den angefochtenen Bescheiden Bezug genommen.

Mit im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung ergangenem Urteil vom 02.10.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Zur Begründung hat es ausgeführt, der Kläger sei durch die angefochtenen Bescheide nicht im Sinne von [§ 54 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) beschwert, weil die Beklagte die Gewährung einer kieferorthopädischen Behandlung nach der Invisalign®-Methode zu Recht abgelehnt habe. Dem Kläger stehe deshalb auch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten der selbstbeschafften kieferorthopädischen Behandlung gemäß [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) zu. Der Kläger habe zwar gemäß [§ 29 Abs. 1 SGB V](#) dem Grunde nach Anspruch auf kieferorthopädische Versorgung, weil bei ihm eine medizinisch begründeten Indikationsgruppe mit Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliege. Die vom Kläger selbstbeschaffte Behandlung nach der Invisalign®-Methode gehöre jedoch nicht zu den von der gesetzlichen Krankenkasse geschuldeten Leistungen. Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliege den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasse folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sein und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche und den medizinischen Fortschritt berücksichtige. Gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) dürften neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der G-BA auf Antrag eines Unparteiischen nach [§ 91 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), einer kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder des Spitzenverbandes Bund der Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine Empfehlung über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung abgegeben habe. Daran fehle es hier, so dass der Kläger grundsätzlich die streitige Behandlung nicht von der Beklagten beanspruchen könne. Auch ein Ausnahmefall, in dem trotz fehlender Empfehlung eine neuartige Therapie nach der gesetzlichen Konzeption beansprucht werden könne, liege nicht vor. Bisher sei ein Prüfantrag hinsichtlich der streitigen kieferorthopädischen Behandlungsmethode beim G-BA nicht gestellt worden. Anhaltspunkte dafür, dass sich die antragsberechtigten Stellen oder der G-BA aus sachfremden oder willkürlichen Erwägungen mit der Materie nicht oder zögerlich befassen hätten, habe der Kläger nicht vorgetragen. Sie seien auch sonst nicht ersichtlich.

Gegen das seinem Prozessbevollmächtigten am 08.10.2015 zugestellte Urteil hat der Kläger am 02.11.2015 Berufung eingelegt. Er meint, es liege ein Systemversagen im Sinne der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts vor. Es lägen zwischenzeitlich fundierte Erkenntnisse darüber vor, die den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Invisalign®-Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit belegten. So würden im Beihilferecht die entsprechenden Kosten übernommen. Auch im Bereich der privaten Krankenversicherung seien die Kosten einer kieferorthopädischen Behandlung nach der Invisalign®-Methode erstattungsfähig. Vor diesem Hintergrund sei der G-BA seinem gesetzlichen Auftrag, für eine Aktualisierung der Richtlinien Sorge zu tragen, nicht ordnungsgemäß nachgekommen. Dies gelte umso mehr, als in seinem Fall die herkömmliche kieferorthopädische Versorgung, welche der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung beinhalte, als Alternative nicht in Betracht gekommen sei. Wegen seiner fußballerischen Aktivitäten sei eine Versorgung mit einer festen Klammer wegen der hieraus resultierenden Verletzungsgefahr nicht möglich gewesen. Ihm müsse aber nicht zuletzt im Lichte der Grundrechte eine wie auch immer geartete Möglichkeit verbleiben, die unstreitig behandlungsbedürftige Zahnfehlstellung auch behandeln zu lassen. Die angefochtenen Entscheidungen verletzen den Kläger insbesondere in seinen Grundrechten aus [Art. 12 Abs. 1 GG](#), hilfsweise in seinem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip. In jedem Fall müssten die Kosten, die bei einer vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten kieferorthopädischen Behandlung angefallen wären, erstattet werden. Insoweit hat der Kläger ein Schreiben von Dr. X vom 17.01.2017 zu den Akten gereicht, in dem Herr Dr. X ausführt, im Falle einer Multiband-Behandlung hätte die Beklagte Kosten i.H.v. 2900,00 Euro übernommen. Die vom Kläger stattdessen gewünschte Behandlung mit Invisalign®-Schienen habe in vollem Umfang ebenso wie eine Multiband-Behandlung das medizinisch notwendige und angestrebte Behandlungsziel erreicht. Der Kläger hat unter Bezugnahme auf dieses Schreiben beantragt, Herrn Dr. X als sachverständigen Zeugen zu vernehmen.

Der Kläger beantragt schriftsätzlich sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 02.10.2015 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 19.01.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12.09.2012 zu verurteilen, ihm die Kosten für die kieferorthopädische Behandlung bei Dr. X i.H.v. 4258,41 Euro, hilfsweise in Höhe der Kosten einer alternativ möglichen Multiband-Behandlung, zu erstatten.

Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend. Ein Systemversagen liege ihrer Auffassung nach nicht vor. Leistungsentscheidungen der Beihilfestellen ließen sich ebenso wenig auf die gesetzliche Krankenversicherung übertragen wie die Praxis im Recht der privaten Krankenversicherung. Nach der eindeutigen Rechtslage komme auch keine teilweise Kostenübernahme hinsichtlich derjenigen Kosten im Betracht, die im Rahmen der herkömmlichen Behandlungsmethoden entstanden wären.

Mit Schreiben vom 13.07.2016 hat der G-BA auf Anfrage des Senats mitgeteilt, aktuell sei weder ein Methodenbewertungsverfahren gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) noch ein Erprobungsverfahren gemäß [§ 137e Abs. 7 SGB V](#) beim G-BA anhängig, da keiner der in den vorgenannten Regelungen bezeichneten Antragsberechtigten bisher einen entsprechenden Antrag gestellt habe. Aus Sicht des G-BA lägen keine Anhaltspunkte dafür vor, dass hinsichtlich der gegenständlichen Therapie die in ständiger höchstrichterlicher Rechtsprechung angenommenen Voraussetzungen einer Antragspflicht vorlägen.

In einem vom Senat eingeholten Befundbericht vom 22.12.2016 hat Dr. X ausgeführt, er habe die Invisalign®-Methode auf Wunsch des Klägers angewandt. Auf die Frage, ob die Invisalign®-Methode aus medizinischen Gründen oder aus Rücksichtnahme auf die sportlichen Aktivitäten des Klägers angewandt worden sei, hat Dr. X geantwortet, die Invisalign®-Methode sei aus Rücksichtnahme auf die sportlichen Aktivitäten erfolgt. Die Frage, ob auch eine andere herkömmliche Methode medizinisch geeignet gewesen wäre, hat Dr. X bejaht und ausgeführt, es wäre auch eine Kombination aus herausnehmbarer Spange und Multiband möglich gewesen.

Mit Richterbrief vom 30.03.2017, der den Beteiligten am 06.04.2017 zugestellt worden ist, hat der Senat darauf hingewiesen, dass eine Entscheidung ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) beabsichtigt sei, und den Beteiligten Gelegenheit zur Stellungnahme gegeben.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Streit- und die beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der Beratungen des Senats gewesen sind, Bezug genommen.

II.

Die Berufung ist nach einstimmiger Auffassung der Berufsrichter des Senats zulässig, aber nicht begründet. Eine weitere mündliche Verhandlung hält der Senat in Anbetracht der eindeutigen Sach- und Rechtslage nicht für erforderlich. Das Rechtsmittel wird daher ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss zurückgewiesen, nachdem die Beteiligten dazu gehört worden sind ([§ 153 Abs. 4 SGG](#)).

Das SG hat die zulässige Klage zu Recht abgewiesen, weil sie unbegründet ist. Der Senat schließt sich nach eigener Prüfung den in jeder Hinsicht zutreffenden Ausführungen des SG in dem angefochtenen Urteil an und nimmt zur Vermeidung von Wiederholungen auf sie Bezug ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Berufungsvorbringen führt zu keiner anderen Bewertung.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung nach der allein in Betracht kommenden Anspruchsgrundlage des [§ 13 Abs. 1 Satz 1 2. Alt. SGB V](#), denn die Beklagte hat die vom Kläger selbst beschaffte Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt.

1. Der Kostenfreistellungsanspruch gemäß [§ 13 Abs. 1 Satz 1 2. Alt. SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (stRspr, vgl. z.B. BSG, Urt. v. 07.05.2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, juris Rn. 11 m.w.N.). Dies ist bei der vom Kläger durchgeführten Behandlung nach der so genannten Invisalign®-Methode nicht der Fall.

a) Der Erbringung dieser Leistung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung steht zum einen, wie das SG zutreffend ausgeführt hat, das Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) entgegen.

aa) Bei der Invisalign®-Methode handelt es sich um eine Behandlungsmethode im Sinne von [§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) und nicht lediglich um eine einzelne ärztliche Leistung, die nur Bestandteil eines methodischen Konzepts ist und vom Bewertungsausschuss im Rahmen seiner Entscheidungsfreiheit als im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechenbare Leistungen neu in den EBM aufgenommen werden kann, ohne dass es vorab einer Entscheidung des G-BA bedarf (zu dieser Abgrenzung siehe BSG, Urt. v. 25.08.1999 - [B 6 KA 39/98 R](#) -, juris Rn. 16 ff., Urt. v. 03.04.2001 - [B 1 KR 22/00 R](#) -, juris Rn. 23).

"Methoden" im Sinne 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 (stRspr, statt vieler BSG, Urt. v. 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -, juris Rn. 17).

Diese Voraussetzungen erfüllt die Invisalign®-Methode. Sie unterscheidet sich nicht nur dadurch von anderen kieferorthopädischen Behandlungsmethoden, dass sie die Verwendung anderer Materialien (durchsichtigen Kunststoff) vorsieht. Ihr liegt vielmehr erkennbar ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zu Grunde. Der gesamte Behandlungsverlauf wird vor Beginn der Behandlung mithilfe eines speziellen Computerprogramms am Computer geplant. Danach richtet sich die von vornherein auf die Verwendung mehrerer Schienen angelegte Behandlung. Die Begradigung der Zähne soll nach und nach durch eine Reihe von herausnehmen durchsichtigen Schienen (sog. Alignern) erfolgen. Dadurch grenzt sich die Invisalign®-Methode in wissenschaftlich-technischer Hinsicht deutlich von anderen Behandlungsmethoden, z.B. mit festen Zahnklammern, ab.

bb) Die Invisalign®-Methode ist auch "neu", denn sie ist bislang nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im EBM-Ä enthalten (vgl. zu dieser Definition BSG, Urt. v. 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -, juris Rn. 20 m.w.N.).

cc) Eine Empfehlung in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) hat der G-BA bislang nicht abgegeben. Bei ihm ist nach der vom Senat eingeholten Auskunft vom 13.07.2016 noch nicht einmal ein entsprechendes Antragsverfahren anhängig.

dd) Eine der in der Rechtsprechung entwickelten Ausnahmen zum Verbot mit Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#), bei denen trotz fehlender G-BA-Empfehlung eine Behandlung zu Lasten der GKV zu erbringen ist, liegt nicht vor.

(1) Die Voraussetzungen von [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) liegen offensichtlich nicht vor, weil der Kläger weder an einer lebensbedrohlichen noch an einer gleichwertigen Erkrankung, d.h. an einem innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit drohenden, nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion (vgl. hierzu BSG, Ur. v. 17.12.2013 - [B 1 KR 70/12 R](#) -, juris Rn. 29), leidet.

(2) Die beim Kläger vorliegende Zahnfehlstellung stellt auch keinen sog. Seltenheitsfall dar, weil sie in der Bevölkerung häufig vorkommt.

(3) Schließlich liegt auch kein Systemversagen vor.

Ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt kann nach der Rechtsprechung des BSG eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde ("Systemversagen"). Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen Fällen die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden. Zu einem Systemversagen kann es kommen, wenn das Verfahren vor dem G-BA von den antragsberechtigten Stellen oder dem G-BA selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß betrieben wird und dies auf eine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit oder Verfahrensverzögerung zurückzuführen ist. In einem derartigen Fall widersprechen die einschlägigen Richtlinien einer den Anforderungen des Qualitätsgebots ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) genügenden Krankenbehandlung. Es fordert, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben, welche sich wiederum in zuverlässigen, wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen niedergeschlagen haben, und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen müssen (zum Ganzen zusammenfassend BSG, Ur. v. 07.05.2013 - [B 1 KR 44/12 R](#) -, juris Rn. 17 ff. m.w.N., stRspr). In diesen Fällen bedarf es aber darüber hinaus der Feststellung durch die Gerichte, dass sich aus der Untätigkeit des G-BA eine Versorgungslücke ergibt (vgl. BSG, Ur. v. 16.09.1997 - [1 RK 28/95](#) -, juris Rn. 35; Ur. v. 28.03.2000 - [B 1 KR 11/98 R](#) -, juris Rn. 20), d.h. dass der G-BA im Falle eines entsprechenden Antrags verpflichtet gewesen wäre, eine positive Empfehlung für die in Rede stehende Behandlungs- oder Untersuchungsmethode abzugeben (Ihle, in: jurisPK-SGB V, § 135 Rn. 30; Engelhardt, in: jurisPK-SGB V, § 12 Rn. 72). In zeitlicher Hinsicht kommt es dabei bei bereits durchgeführten Maßnahmen auf den Zeitpunkt der Durchführung der Behandlung an (BSG, Beschl. v. 08.02.2000 - [B 1 KR 18/99 B](#) -, juris Rn. 9).

Diese Voraussetzungen liegen für die Invisalign®-Methode nicht vor. Insoweit kann dahinstehen, ob in dem Zeitraum, in dem der Kläger die Behandlung bei Dr. X durchgeführt hat, die medizinische Wirksamkeit dieser Methode in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen aufgrund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt war (zu diesem Erfordernis BSG, Ur. v. 28.03.2000 - [B 1 KR 11/98 R](#) -, juris Rn. 22 m.N.), was in der Rechtsprechung der ordentlichen Gerichte sowie der Verwaltungsgerichte wohl teilweise, wenngleich ohne vertiefte Begründung, angenommen wird (vgl. insoweit LG Hamburg, Ur. v. 07.01.2014 - [306 O 98/12](#) -, juris Rn. 28; VG München, Ur. v. 23.05.2013 - [M 17 K 12.59](#) -, juris Rn. 26). In jedem Fall ist für eine sachfremde oder gar willkürliche Untätigkeit der nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) Antragsbefugten nichts ersichtlich. Ebenso wenig kann festgestellt werden, dass der G-BA wegen einer bestehenden Versorgungslücke verpflichtet gewesen wäre, eine positive Empfehlung für die Invisalign®-Methode abzugeben.

Für die Behandlung von Zahnfehlstellungen existieren vielfältige, langerprobte und medizinisch wirksame Methoden, die zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Zumindest eine davon, nämlich eine Kombination aus herausnehmbarer Spange und Multiband, wäre nach dem vom Senat eingeholten Befundbericht des behandelnden Kieferorthopäden Dr. X vom 22.12.2016 auch für die Behandlung des Klägers geeignet gewesen. Die Invisalign®-Methode ist demgegenüber zumindest teilweise mit deutlich höheren Kosten verbunden. Dies zeigt gerade auch die vom Kläger zu den Akten gereichte Stellungnahme von Dr. X vom 17.01.2017, wonach für die vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfasste Multiband-Behandlung knapp 1400 Euro weniger und damit um etwa 1/3 geringere Kosten angefallen wären. Die Kosten-Nutzen-Relation der Invisalign®-Methode ist daher offensichtlich zweifelhaft.

Vor allem ist die gesetzliche Wertung des [§ 29 Abs. 1 SGB V](#) zu beachten. Danach haben Versicherte nur in medizinisch begründeten Indikationsgruppen, bei denen eine Kiefer- oder Zahnfehlstellung vorliegt, die das Kauen, Beißen, Sprechen oder Atmen erheblich beeinträchtigt oder zu beeinträchtigen droht, Anspruch auf kieferorthopädische Behandlung. Wirksamkeit und Wirtschaftlichkeit einer kieferorthopädischen Behandlungsmethode müssen im Hinblick auf diese Vorgaben bewertet werden. Die Invisalign®-Methode nimmt jedoch für sich nicht in Anspruch, Beeinträchtigungen des Kauens, Beißens, Sprechens oder Atmens besser oder effektiver zu beseitigen als herkömmliche Behandlungsmethoden. Der Erfinder und Lizenzgeber der Methode (<http://www.invisalign.de/de/what-is-invisalign/Pages/What-Is.aspx>) stellt vielmehr die Komfortabilität der Behandlung und ihren kosmetischen Nutzen in den Vordergrund ("Komfortabel, transparent und herausnehmbar - Invisalign sorgt für eine Verschönerung des Lächelns ohne Einschränkungen im täglichen Leben."). Für Innovationen, die in erster Linie die Bequemlichkeit und den Komfort bei der Nutzung eines Hilfsmittels betreffen, besteht jedoch keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung (vgl. BSG, Ur. v. 17.12.2009 - [B 3 KR 20/08 R](#) -, juris Rn. 21 m.w.N.). Vor diesem Hintergrund erscheint eine positive Bewertung der Invisalign®-Methode, selbst wenn man ihre medizinische Wirksamkeit unterstellt, durch den G-BA aufgrund erheblicher Zweifel an der Wirtschaftlichkeit ausgeschlossen (vgl. zu diesem Gesichtspunkt BSG, Ur. v. 12.08.2009 - [B 3 KR 10/07 R](#) -, juris Rn. 26).

Dass die privaten Krankenversicherungen und die Beihilfestellen für Beamte die Kosten der Invisalign®-Methode regelmäßig übernehmen, was der Senat nicht zuletzt in Anbetracht der oben zitierten Entscheidungen als wahr unterstellt, führt zu keiner anderen Bewertung. Das Beihilferecht und das Recht der privaten Krankenversicherungen folgen anderen Prinzipien als das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung. Das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 Satz 1](#) 1. Halbsatz 3. Alt. SGB V, das in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) eine besondere Ausprägung erhalten hat, gilt in den genannten Rechtsgebieten nicht in gleichem Maße.

b) Zum anderen gehörte die vom Kläger durchgeführte Behandlung nach der Invisalign®-Methode unabhängig von dem Verbot mit

Erlaubnisvorbehalt gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB V](#) auch deshalb nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung, weil diese Behandlung im konkreten Fall das Maß des Notwendigen überschritt und der Kläger deshalb diese Leistung nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung beanspruchen konnte ([§ 12 Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz, Satz 2 SGB V](#)).

Die Notwendigkeit im Sinne von [§ 12 Abs. 1 Satz 1 2. Halbsatz SGB V](#) bezieht sich auf die Ziele der gesetzlichen Krankenversicherung, wie sie sich aus [§ 11 SGB V](#) ergeben (vgl. Engelhardt, in: jurisPK-SGB V, § 12 Rn. 87 m.w.N.). Die gesetzliche Krankenversicherung schuldet nur solche Maßnahmen, die zur Heilung oder Linderung einer Krankheit und zu einer entsprechenden medizinischen Rehabilitation zwangsläufig, unentbehrlich und unvermeidlich sind. Andere Aufgaben obliegen der Kasse nur, wenn und soweit dies gesetzlich vorgeschrieben ist (vgl. BSG, Urt. v. 26.10.1982 - [3 RK 16/81](#) -, juris Rn. 8).

Zur Behandlung der Zahnfehlstellung des Klägers, die dem Grunde nach nach [§ 29 Abs. 1 SGB V](#) auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung zu behandeln war, war die Invisalign®-Methode nach diesen Grundsätzen nicht notwendig. Vielmehr hätte zur wirksamen Behandlung der Gesundheitsstörungen des Klägers auch eine vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausdrücklich umfasste kieferorthopädische Behandlungsmethode ausgereicht. Dies ergibt sich zur Überzeugung des Senats aus dem eingeholten Befundbericht des behandelnden Kieferorthopäden Dr. X vom 22.12.2016. Dieser hat die Frage des Senats, ob die Anwendung der Invisalign®-Methode im Falle des Klägers aus medizinischen Gründen erfolgt sei, in der Sache verneint und ausgeführt, die Methode sei aus Rücksichtnahme auf die sportlichen Aktivitäten des Klägers ausgewählt worden. Weiterhin hat er ausgeführt, er habe die Invisalign®-Methode auf Wunsch des Klägers angewandt, und es sei auch eine andere herkömmliche Methode geeignet gewesen, nämlich die Kombination aus herausnehmbarer Spange und Multiband. Eine medizinische Notwendigkeit, zur Behandlung der Zahnfehlstellung des Klägers auf die Invisalign®-Methode zurückzugreifen, ist daher nicht begründbar.

Soweit Herr Dr. X in seinem vom Kläger zu den Akten gereichten Schreiben vom 17.01.2017 ausgeführt hat, die durchgeführte Behandlung nach der Invisalign®-Methode habe ebenso wie eine Multiband-Behandlung in vollem Umfang das medizinisch notwendige und angestrebte Behandlungsziel erreicht, folgt daraus kein anderes Ergebnis. In der Sache bestätigt Herr Dr. X vielmehr seine im Befundbericht vom 22.12.2016 geäußerte Auffassung, dass eine Multiband-Behandlung in medizinischer Hinsicht ebenso geeignet war wie die durchgeführte Behandlung nach der Invisalign®-Methode. Die Behandlung nach der Invisalign®-Methode war deshalb auch nach den Ausführungen im Schreiben vom 17.01.2007 zur Erreichung des medizinischen Behandlungsziels nicht unerlässlich.

Mit seinem Einwand, er sei zur Ausübung seiner fußballerischen Aktivitäten auf die Invisalign®-Methode angewiesen gewesen, vermag der Kläger nicht durchzudringen.

Die Ermöglichung sportlicher Aktivitäten fällt - wie das BSG in dem Bereich der Hilfsmittelversorgung entschieden hat - grundsätzlich nur dann in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung, wenn es dabei zugleich um die Gewährleistung eines allgemeinen Grundbedürfnisses des täglichen Lebens geht, wie es z.B. bei der Teilnahme am Sportunterricht in der Schule im Rahmen der Schulpflicht oder bei der Integration von Kindern und Jugendlichen in den Kreis Gleichaltriger der Fall ist, oder wenn es sich um die Teilnahme am ärztlich verordneten Rehabilitationssport und Funktionstraining handelt. Die Förderung des Freizeitsports und des Vereinssports gehört hingegen nicht zu den Aufgaben der Krankenkassen (vgl. BSG, Urt. v. 21.03.2013 - [B 3 KR 3/12 R](#) -, juris Rn. 9 m.w.N.).

Im Falle des Klägers ging es nicht um die Gewährleistung allgemeiner Grundbedürfnisse des täglichen Lebens, sondern lediglich um die Förderung des Freizeitsports. Der Kläger war nach eigenen Angaben insbesondere im Behandlungszeitraum im Wesentlichen im Amateurbereich fußballerisch tätig. Auch wenn er - außergewöhnlich erfolgreich - Leistungssport betrieben hat, ändert dies nichts daran, dass es sich um eine Freizeitaktivität gehandelt hat, die über Grundbedürfnisse des täglichen Lebens hinausging. Letztlich kommt es für die Gewährung einer kieferorthopädischen Behandlung allein darauf an, ob hierdurch die in [§ 29 Abs. 1 SGB V](#) genannten Beeinträchtigungen gegeben sind.

Im Übrigen wäre die Fortführung der fußballerischen Aktivitäten auch bei Wahl einer vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten Behandlungsmethode nicht gefährdet gewesen. Nach den Angaben von Dr. X in dem vom Senat eingeholten Befundbericht vom 22. Oktober wäre, wie bereits ausgeführt, eine von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasste Kombination aus herausnehmbarer Spange und Multiband zur Behandlung der Zahnfehlstellung ebenfalls medizinisch geeignet gewesen. Warum der Kläger bei Anwendung dieser Methode einem erhöhten Verletzungsrisiko ausgesetzt gewesen wäre, erschließt sich nicht.

2. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Erstattung derjenigen Kosten, die im Falle der Anwendung einer vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung umfassten kieferorthopädischen Behandlungsmethode entstanden wären. Hierfür besteht keine gesetzliche Grundlage. [§ 13 Abs. 3 2. Alt. SGB V](#) stellt auf die konkret beantragte und auch durchgeführte Leistung ab und setzt voraus, dass diese Leistung zu Unrecht abgelehnt worden ist. Ist die Leistung, wie hier, nicht vom Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, erfolgte die Ablehnung zu Recht. Der Kostenerstattungsanspruch besteht daher schon dem Grunde nach nicht. Für eine teilweise Erstattung der Kosten einer durchgeführten Behandlung ist daher von vornherein kein Raum. Es gilt damit im SGB V der allgemeine Grundsatz, dass unwirtschaftliche oder nicht notwendige Leistungen aus dem Leistungskatalog der GKV vollständig ausgeschlossen sind (vgl. BSG, Urt. v. 07.05.2013 - [B 1 KR 53/12 R](#) -, juris Rn. 24). Eine Ausnahme hiervon gilt nur dann, wenn das Gesetz ausdrücklich Mehrkostenregelungen, wie z.B. in [§ 33 Abs. 1 Satz 5, Abs. 9 oder § 28 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), enthält. Für kieferorthopädische Behandlungen, die über das Maß des notwendigen hinausgehen und vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht umfasst sind, ordnet das SGB V aber nichts Entsprechendes an.

3. Dem Antrag des Klägers, Dr. X als sachverständigen Zeugen zu vernehmen, musste der Senat nicht nachkommen. Bei diesem Antrag handelt es sich nicht um einen echten Beweisantrag, da der anwaltlich vertretene Kläger ein konkretes Beweisthema nicht hinreichend deutlich umschrieben hat. Im Übrigen musste sich der Senat nicht zu einer weiteren Befragung von Dr. X zu den die Entscheidung des Senats tragenden Umständen gedrängt sehen. Der Kläger hat seinen Antrag ausdrücklich auf die von ihm eingereichte Stellungnahme des Herrn Dr. X vom 17.01.2017 gestützt. In dieser Stellungnahme hat Herr Dr. X, wie bereits ausgeführt, zur medizinischen Notwendigkeit der Behandlung nach der Invisalign®-Methode nichts anderes gesagt als in seinem Befundbericht vom 22.12.2016. Von einer Befragung des Herrn Dr. X waren deshalb keine weitergehenden Erkenntnisse zu erwarten.

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

5. Gründe, die Revision zuzulassen ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)), liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2017-07-17