

L 4 KR 52/12 B

Land
Sachsen-Anhalt
Sozialgericht
LSG Sachsen-Anhalt
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Dessau-Roßlau (SAN)
Aktenzeichen
S 21 KR 12/12
Datum
25.05.2012
2. Instanz
LSG Sachsen-Anhalt
Aktenzeichen
L 4 KR 52/12 B
Datum
11.03.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Beschluss
Die Beschwerde wird zurückgewiesen.

Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Der Kläger und Beschwerdeführer (im Folgenden: Kläger) wendet sich gegen die Versagung von Prozesskostenhilfe durch das Sozialgericht wegen unzureichender Erfolgsaussichten der Klage.

Der 2010 geborene Kläger ist bei der Beklagten familienversichert und leidet an einer Kopfverformung, die nach Angaben der behandelnden Kinderärztin seit Dezember 2010 sichtbar ist und seitdem regelmäßig mit Physiotherapie behandelt wurde. Mit der Klage begehrt er die Erstattung von Kosten in Höhe von 1.310,31 EUR für eine maßangefertigte Kopforthese, welche die Kinderärztin am 7. Juli 2011 verordnete. Am 13. Juli 2011 beauftragten die gesetzlichen Vertreter des Klägers die Firma N. O.-Technik verbindlich mit der individuellen Anfertigung der Kopforthese für den Kläger. Am 20. Juli 2011 beantragten sie die Kostenübernahme hierfür bei der Beklagten unter Vorlage eines entsprechenden Kostenvoranschlags und der ärztlichen Verordnung einschließlich Schädelaufnahmen, auf denen die Asymmetrie deutlich wird.

Die Beklagte veranlasste ein Sozialmedizinisches Gutachten vom 9. August 2011, das zu dem Ergebnis kam, wissenschaftliche Nachweise für den Nutzen einer Kopforthese seien nicht erbracht. Zudem sei eine hinreichende Diagnostik nicht erkennbar. Hinter einer Kopfverformung könne sich auch eine andere systemische Krankheit verbergen. Unter Bezugnahme hierauf lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme mit Bescheid vom 18. August 2011 ab. Die Kopforthese wurde am 20. August 2011 auf Privatrechnung geliefert mit dem Hinweis, die Krankenkasse habe die Leistung abgelehnt.

Am 16. September 2011 legte die gesetzliche Vertreterin des Klägers gegen den ablehnenden Bescheid Widerspruch ein, der nach Einholung einer Stellungnahme der behandelnden Kinderärztin und einer weiteren Stellungnahme des MDK vom 11. Oktober 2011 mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 2012 zurückgewiesen wurde, da der therapeutische Nutzen einer Kopforthese bei lagerungsbedingten Schädeldeformitäten nicht nachgewiesen und das Vorliegen einer Erkrankung mangels nachhaltiger Folgeschäden im Sinne von Funktionsdefiziten nicht belegt sei.

Dagegen hat der Kläger am 23. Februar 2012 Klage erhoben und Prozesskostenhilfe beantragt. Das Sozialgericht Dessau-Roßlau hat den Antrag mit Beschluss vom 25. Mai 2012 mangels hinreichender Erfolgsaussichten abgelehnt und sich dabei auf ein Urteil des Landessozialgerichts Hessen bezogen, nach dem eine Kopforthesenbehandlung eine neue Behandlungsmethode darstelle, die nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) nur mit einer Empfehlung in einer Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zulasten der Krankenkassen erbracht werden dürfe. Da es eine solche Richtlinie bisher nicht gebe, könne die Klage keine Aussicht auf Erfolg haben.

Hiergegen richtet sich die am 14. Juni 2012 eingelegte Beschwerde des Klägers. Er führte aus: Durch die Behandlung mit der Kopforthese habe sich eine erhebliche Verbesserung der Kopfform eingestellt. Die Behauptung, es sei nicht erwiesen, dass durch die medizinische Maßnahme eine Verbesserung des Gesundheitszustandes erreicht werden könne, sei damit widerlegt. Aus dem Grad der Verformung und

der ohne Erfolg durchgeführten Physiotherapie habe sich nach wissenschaftlichen Untersuchungen die Indikation für die Kopforthese ergeben. Hierzu könne ein Sachverständigengutachten eingeholt werden. Prozesskostenhilfe sei schon zu gewähren, um den Nachweis erbringen zu können, dass die Kopforthese dringend notwendig gewesen sei.

Der Kläger beantragt nach seinem schriftlichen Vorbringen sinngemäß,

den Beschluss des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 25. Mai 2012 aufzuheben und ihm zur Durchführung des Klageverfahrens Prozesskostenhilfe unter Beordnung von Rechtsanwältin A. H. zu bewilligen.

Die Beklagte sieht sich durch den ablehnenden Prozesskostenhilfebeschluss in ihrer Auffassung bestärkt, dass die Klage keine hinreichenden Erfolgsaussichten hat.

Die Berichterstatterin hat den Kläger mit Schreiben vom 12. November 2012 darauf hingewiesen, dass nach den vorliegenden Unterlagen die Firma N. O.- Technik bereits am 13. Juli 2011 verbindlich mit der individuellen Anfertigung der Kopforthese für den Kläger beauftragt worden sei, obwohl sich die gesetzliche Vertreterin des Klägers erstmals mit Vorlage des Kostenvoranschlags vom 20. Juli 2011 an die Krankenkasse gewandt habe. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts komme daher eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V nicht in Betracht. Nach dem vorliegenden medizinischen Sachverhalt könne auch nicht von einer unaufschiebbaren Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V ausgegangen werden.

Der Kläger hat hierzu ausführen lassen, nachdem seine gesetzliche Vertreterin eine Überweisung von der Kinderärztin erhalten habe, habe sie schnellstmöglich den Facharzt aufgesucht. Dieser habe mitgeteilt, dass die Verhärtung der Kopfplatten schon sehr weit fortgeschritten sei und schnellstens die Kopforthese gefertigt und getragen werden müsse, da ansonsten ein irreparabler Schaden nicht mehr zu verhindern sei. Nur aus Sorge um die Gesundheit des Kindes und wegen der Sorge, die Krankenkasse könne zu lange mit der Prüfung des Antrags brauchen, sei es zu der Auftragserteilung gekommen. Es werde daher dringend um Gewährung der Prozesskostenhilfe gebeten.

Die Beklagte hat hierzu ausgeführt, es sei nicht nachvollziehbar, warum eine detaillierte Auftragserteilung an das Sanitätshaus möglich gewesen sei, aber keine kurze Rücksprache mit der Krankenkasse.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die Gerichtsakten und die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen. Bezüglich der Erklärung des Klägers zu seinen persönlichen und wirtschaftlichen Verhältnissen wird auf den Inhalt des Prozesskostenhilfeheftes Bezug genommen.

II.

Die gemäß [§ 127 Abs. 2 Satz 2](#) und 3 Zivilprozessordnung (ZPO) form- und fristgerecht eingelegte und nach [§ 172 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, insbesondere nicht nach [§ 172 Abs. 3 Nr. 2 SGG](#) ausgeschlossene Beschwerde ist zulässig, aber unbegründet.

Die vom Kläger beabsichtigte Rechtsverfolgung bietet keine hinreichenden Erfolgsaussichten im Sinne des [§ 114 ZPO](#), der nach [§ 73a SGG](#) auch im sozialgerichtlichen Verfahren gilt. Hinreichende Erfolgsaussichten sind anzunehmen, wenn nach summarischer Prüfung der Sach- und Rechtslage eine Beweiserhebung von Amts wegen erforderlich ist und diese Ermittlungen eine reale Möglichkeit eröffnen, dass sich die rechtserheblichen Tatsachen nachweisen lassen (Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer, SGG, 10. Auflage 2012, § 73a Rdnr. 7a). Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) muss der Erfolg zwar nicht gewiss, eine Erfolgchance darf jedoch nicht unwahrscheinlich sein (BVerfG, Urt. v. 13. März 1990 – [2 BvR 94/88](#), [BVerfGE 81, 347](#), st. Rspr.). Soweit es um eine Rechtsfrage geht, die in der Rechtsprechung noch nicht geklärt, aber klärungsbedürftig ist, muss Prozesskostenhilfe bewilligt werden. Ebenso ist bei einer von der Rechtsprechung oder herrschenden Meinung im Schrifttum abweichenden Rechtsansicht zu entscheiden (BVerfG, Urt. v. 8. November 2004, [1 BvR 2095/04](#), [NJW-RR 05, 500](#)).

Die Klage hat keine Erfolgsaussichten in diesem Sinne. Insbesondere ist bei der gegebenen Sach- und Rechtslage eine weitere Beweiserhebung nicht erforderlich.

Zwar ist höchststrichterlich nicht abschließend geklärt, ob und gegebenenfalls in welchen Fällen eine positive Empfehlung des GBA nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vorliegen muss, wenn ausschließlich ein Anspruch auf Versorgung mit einem Hilfsmittel nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) bzw. die Kostenerstattung für ein selbstbeschafftes Hilfsmittel im Streit steht und weder die Gewährung einer neuen ärztlichen Behandlungs- oder Untersuchungsmethode im Sinne von [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) noch eine diesbezügliche Kostenerstattung begehrt wird. Sollte eine positive Empfehlung des GBA nicht erforderlich sein, wäre der objektive und subjektive Nutzen der Kopforthese im Wege der Beweiserhebung durch das Gericht aufzuklären.

Der Klage fehlen aber aus anderen Gründen die hinreichenden Erfolgsaussichten, so dass es auf die nicht geklärte Rechtsfrage unter keinem Gesichtspunkt ankommen kann.

In dem grundsätzlich vom Sachleistungsprinzip geprägten ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) Krankenversicherungsverhältnis kommt eine Kostenerstattung nur in Betracht, soweit es das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch – Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen (SGB IX) vorsieht ([§ 13 Abs. 1 SGB V](#)). Als Anspruchsgrundlage für den vom Kläger geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch kommen daher lediglich [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und/oder [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) in Betracht. Deren Voraussetzungen liegen nicht vor.

1. Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse Kosten für eine selbstbeschaffte Leistungen in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war.

a) Die Kopforthese war für den Kläger keine unaufschiebbare Leistung in diesem Sinne. Unaufschiebbar ist eine Leistung, wenn sie sofort –

ohne die Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs – zu erbringen ist und daher aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit besteht, die Entscheidung der Krankenkasse einzuholen (BSG, Urt. v. 14.12.2006 – [B 1 KR 8/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#)). Der Versicherte muss sich daher, soweit möglich, grundsätzlich vor Inanspruchnahme einer Leistung außerhalb des Sachleistungssystems an seine Krankenkasse wenden. Eine Ausnahme von dieser Verpflichtung besteht nur, wenn es ihm aus medizinischen oder anderen Gründen nicht möglich oder zumutbar war, vor der Beschaffung der Leistung die Krankenkasse einzuschalten (BSG, Urt. v. 25.09.2000 – [B 1 KR 5/99 R](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 22](#); BSG, Urt. v. 26.09.2006 – [B 1 KR 3/06 R](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#)).

Selbst wenn zu Gunsten des Klägers unterstellt wird, dass das Tragen einer Kopforthese aus medizinischen Gründen notwendig gewesen ist, so war die Leistung jedenfalls nicht so eilbedürftig, dass es ihm nicht möglich oder zumutbar gewesen wäre, vor der Beschaffung der Leistung die Krankenkasse einzuschalten.

Der Kläger hat sich die Leistung bereits durch den verbindlichen Auftrag an die Firma N. O. Technik zur individuellen Anfertigung der Kopforthese am 13. Juli 2011 selbst beschafft. Das Bundessozialgericht (vgl. Urt. v. 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#), zitiert nach juris) zieht die endgültige rechtliche Verpflichtung zur Abnahme und Bezahlung des Hilfsmittels als unbedingtes Verpflichtungsgeschäft zwischen dem Versicherten und dem Leistungserbringer als Anknüpfungspunkt für den Zeitpunkt der Hilfsmittelbeschaffung heran. Mit dem schriftlichen Auftrag zur individuellen Fertigung einer dynamischen Kopforthese nach Maß vom 13. Juli 2011 haben sich die gesetzlichen Vertreter des Klägers endgültig zur Abnahme und Bezahlung des Hilfsmittels verpflichtet. Die Auftragserteilung bezieht sich auf die Fertigung einer individuellen dynamischen Kopforthese nach Maß zu einem Gesamtpreis von 1.300 EUR inklusive MwSt. Ausdrücklich wird im Auftrag darauf hingewiesen, dass Zahlungen einer Krankenkasse oder eines anderen Kostenträgers gegenüber der N. O.-Technik in Höhe des jeweiligen Zahlungsbetrages im Rechtsverhältnis zum Besteller lediglich schuldbefreiende Wirkung haben.

Die Kopfverformung war nach Auskunft der Kinderärztin bereits seit Dezember 2010 sichtbar und regelmäßig mit Physiotherapie behandelt worden. Die Verordnung der Kopforthese durch die Kinderärztin erfolgte am 7. Juli 2011. Die Kinderärztin hatte trotz Kenntnis der Diagnose und Befunde bis dahin offensichtlich eine Kopforthese nicht für erforderlich gehalten. Es deutet nichts darauf hin, dass nunmehr plötzlich eine solche Eile geboten gewesen sein könnte, die es dem Kläger bzw. seiner gesetzlichen Vertreterin unzumutbar gemacht hätte, sich mit dieser Verordnung zunächst an die Beklagte zu wenden. Stattdessen beauftragte sie ohne jegliche Rücksprache mit der Beklagten am 13. Juli 2011 bereits verbindlich die Firma N. O.-Technik mit der individuellen Anfertigung der Kopforthese. Es wäre der gesetzlichen Vertreterin des Klägers innerhalb dieser sechs Tage möglich und zumutbar gewesen, sich mit diesem Anliegen an die Beklagte zu wenden. Wenn die Leistung tatsächlich besonders dringlich gewesen wäre, hätte dies gegenüber der Krankenkasse zum Ausdruck gebracht werden können, um dort eine möglichst zeitnahe Entscheidung herbeizuführen. Ggf. hätte der zwischenzeitlich noch aufgesuchte Facharzt die besondere Dringlichkeit der Leistung bescheinigen können. Auch die Tatsache, dass die Kopforthese erst am 20. August 2011 geliefert wurde, spricht gegen eine besondere Dringlichkeit der Leistung.

b) Ein Anspruch auf Kostenerstattung wegen einer zu Unrecht abgelehnten Leistung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V setzt nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts voraus, dass zwischen der Leistungsablehnung durch die Krankenkasse und der Kostenbelastung des Versicherten Kausalität besteht. Denn der Anspruch ist nur gegeben, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten "dadurch" Kosten für die selbstbeschaffte Leistung entstanden sind. Dazu muss die Kostenbelastung des Versicherten nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts wesentlich auf der Leistungsvergütung der Krankenkasse beruhen (vgl. dazu nur BSG, Urt. v. 17.12.2009 – [B 3 KR 20/08 R](#), zitiert nach juris, mit weiteren Nachweisen sowie Brandts in Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Bd. 1, § 13 SGB V Rn. 82 ff. ebenfalls mit weiteren Nachweisen). Hieran fehlt es, wenn diese vor Inanspruchnahme der Leistung mit dem Begehren nicht befasst worden ist, obwohl dies möglich gewesen wäre, oder wenn der Versicherte auf eine bestimmte Versorgung von vornherein festgelegt war (BSG, Urt. v. 17.12.2009, [a.a.O.](#)). Eine die Leistung ablehnende Entscheidung der Krankenkasse vor der Selbstbeschaffung ist zwingend notwendig (vgl. Brandts, a.a.O., Rn. 85).

Die gesetzlichen Vertreter des Klägers hatten sich durch die verbindliche Auftragserteilung zur Anfertigung der Kopforthese am 13. Juli 2011 die Leistung bereits zu einem Zeitpunkt selbst verschafft, als sie die Beklagte noch in keiner Weise mit ihrem Anliegen befasst hatten. Damit fehlt es an der erforderlichen Kausalität zwischen der Leistungsablehnung und den entstandenen Kosten.

2. Der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch kann sich auch nicht aus [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) ergeben. Voraussetzungen für einen Anspruch nach dieser Vorschrift sind:

- der Rehabilitationsträger entscheidet nicht rechtzeitig über einen Leistungsantrag und
- teilt dem Leistungsberechtigten nicht rechtzeitig die Gründe hierfür mit oder ein zureichender Grund liegt nicht vor und
- der Leistungsberechtigte setzt dem Rehabilitationsträger eine angemessene Frist mit der Erklärung, dass er sich die erforderliche Leistung nach Ablauf der Frist selbst beschaffe.

Da sich der Kläger die begehrte Leistung bereits selbst beschafft hatte, bevor er einen entsprechenden Leistungsantrag an die Beklagte richtete, kommt ein Anspruch auch nach dieser Vorschrift nicht in Betracht.

Kosten im Beschwerdeverfahren sind nicht zu erstatten.

Der Beschluss ist unanfechtbar ([§ 177 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2013-09-09