

L 5 KR 1466/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 5210/10
Datum
16.03.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 1466/11
Datum
11.07.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 16.03.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung der Kosten, die er für die Anschaffung einer ihm verordneten Kopforthese aufgewandt hat.

Der 2009 geborene Kläger ist bei der Beklagten familienversichert.

Am 02.02.2010 ließ sich die Mutter des Klägers bei der P. GmbH in E. über eine dynamische Kopforthese beraten und unterzeichnete ein Auftragsformular, in dem sie diese Firma beauftragte die Fertigung einer solchen zu veranlassen und sich verpflichtete die anfallenden Kosten umgehend, spätestens jedoch 7 Tage nach Auslieferung der Orthese zu überweisen. Weiter heißt es in dem Formular: "Ich bin darüber informiert worden, dass die Krankenkassen meist die Kosten für das Grundmodul übernehmen. Für die Versorgung mit der Kopforthese besteht derzeit kein Rechtsanspruch bei den Krankenkassen, es handelt sich bei jedem Kind um eine Einzelfallentscheidung." Ein Rezept für die Verordnung mit der Dynamischen Kopforthese sollte nachgereicht werden. Die Firma P. sollte die Kosten für das Grundmodul bei der Krankenkasse einreichen und die von der Krankenkasse übernommenen Kosten nach Zahlungseingang an die Mutter des Klägers überweisen.

Am 03.02.2010 stellte die Ärztin für Kinder- und Jugendmedizin, Neuropädiatrie und Neonatologie Dr. Sch. dem Kläger eine privatärztliche Verordnung und eine Verordnung zu Lasten der Beklagten für eine dynamische Kopforthese bei ausgeprägter Schädelasymmetrie aus. Die Eltern des Klägers legten beide Verordnungen der O. GmbH vor. Diese sandte der Beklagten einen Kostenvoranschlag für die Lieferung einer Kopforthese zu einem Betrag in Höhe von 1870,34 EUR mit Bitte um Genehmigung zu, der bei der Beklagten am 16.02.2010 einging. Beigefügt waren u.a. eine Leistungsbeschreibung, die Hilfsmittelverordnungen und eine Bescheinigung des Osteopathen B., Zentrum für Osteopathie B., vom 04.02.2010, wonach sich der Kläger bis Dezember 2009 dort sechsmal in Behandlung befunden habe. Es liege eine ausgeprägte Schädelasymmetrie vor, die durch Osteopathie kaum zu beeinflussen sei. Eine Behandlung mit einer dynamischen Kopforthese sei daher zu empfehlen.

Die Orthese wurde am 18.02.2010 geliefert. Die an die Eltern des Klägers gerichtete Rechnung vom gleichen Tag weist einen Gesamtbetrag in Höhe von 2.095 EUR auf, der mit Überweisung vom 12.11.2011 von den Eltern des Klägers beglichen wurde.

Mit an den Kläger adressiertem Bescheid vom 04.03.2010 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Kopforthese ab. Nach ihren Unterlagen könne nicht von einer Indikation für das beantragte Hilfsmittel ausgegangen werden.

Hiergegen legte der Kläger Widerspruch ein und machte geltend, die medizinische Indikation werde von den behandelnden Ärzten gesehen. Hierzu wurde eine Bescheinigung von Dr. P.-R. vom 12.04.2010 vorgelegt. Danach leidet der Kläger seit Geburt unter einem ausgeprägten Plagiocephalus (schräge Kopfform). Intensive krankengymnastische Behandlungen hätten die vorliegende Asymmetrie der Kopfform nicht beheben können. Es gebe keine Alternative zu der beantragten Helmtherapie.

Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein. Im Gutachten vom 05.05.2010 kommt Dr. Ch. zu dem Ergebnis, dass bislang weder die Notwendigkeit noch Wirksamkeit der Behandlung frühkindlicher

Schädeldeformitäten mit Kopforthesen hinreichend nachgewiesen worden sei. Insbesondere sei nicht hinreichend untersucht, ob überhaupt und ab welchem Ausmaß einer Schädeldeformität Krankheitswert zukomme. Der Gemeinsame Bundesausschuss habe die Kopforthesenbehandlung bislang noch nicht als neues Therapieverfahren bewertet. Eine befürwortende Stellungnahme könne nicht abgegeben werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.09.2010 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte aus, die Kopforthesenbehandlung werde außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung erbracht und sei den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zuzurechnen. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden könnten jedoch nur dann über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss geprüft habe, ob sie dem Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Eine Abrechnung einer neuen Behandlungsmethode sei grundsätzlich ausgeschlossen, solange der Gemeinsame Bundesausschuss eine Empfehlung noch nicht abgegeben habe. Eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses liege jedoch hinsichtlich der Kopforthesenbehandlung noch nicht vor.

Der Kläger hat sein Begehren weiter verfolgt, am 12.10.2010 Klage zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und vorgetragen, in der medizinischen Wissenschaft sei der Nutzen der Kopforthese seit etwa 10 Jahren anerkannt. Die Kopforthese werde empfohlen, wenn ein Patient über sechs Monate alt sei und die Differenz der Kopfdiagonalen 10 cm übersteige. Die Behandlung mit der Kopforthese habe im Falle des Klägers eine messbare Verbesserung der Asymmetrie erbracht. Es habe sich gezeigt, dass die Kopforthese geeignet und wirksam sei. Hierzu legte er den Abschlussbericht der O. GmbH vom 27.10.2010 sowie die ärztliche Stellungnahme von Dr. Sch. vom 3.11.2010 vor. Im Übrigen habe die Beklagte in vergleichbaren Fällen anderen Versicherten die streitige Leistung erbracht. Es bestehe ein Anspruch auf Gleichbehandlung. Es habe eine vertragsärztliche Verordnung vorgelegen und außerdem habe der Leistungserbringer versichert, dass die Beklagte zuvor noch nie die Kostenübernahme abgelehnt habe. Auch aus Gründen des Vertrauensschutzes müsse die Beklagte deshalb die Kosten übernehmen.

Mit Gerichtsbescheid vom 16.03.2011 hat das SG die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgeführt, neue ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seien grundsätzlich nur dann von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2](#), [§ 135 SGB V](#) bereits eine positive Empfehlung über deren diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben habe. Danach könne die Kopforthesenbehandlung nicht als Behandlungsmethode beansprucht werden, weil der Gemeinsame Bundesausschuss bezüglich dieser Behandlung noch keine Empfehlung abgegeben habe. Damit habe aber auch kein Anspruch auf die Kopforthese als Hilfsmittel bestanden. Für ein Hilfsmittel, das untrennbar mit einem speziellen Behandlungskonzept verbunden sei, sei nämlich ein sinnvoller Einsatz ohne grundsätzliche Prüfung der Behandlungsmethode insgesamt nicht denkbar. Ein Anspruch auf Gewährung der Leistung bestehe auch dann nicht, wenn die Beklagte, wie vom Kläger vorgetragen, anderen Versicherten die Leistung - zu Unrecht - gewährt habe. Nach [§ 31 SGB I](#) würden Rechte in den Sozialleistungsbereichen dieses Gesetzbuchs nur begründet, festgestellt, geändert oder aufgehoben, soweit ein Gesetz es vorschreibe oder zulasse. Es bestehe damit für Ansprüche auf Leistungen ein Gesetzesvorbehalt. Ein Anspruch auf Gleichbehandlung im Unrecht ergebe sich auch nicht unter Berücksichtigung von [Art. 3 GG](#).

Gegen diesen dem Kläger am 22.03.2011 zugestellten Gerichtsbescheid hat dieser am 08.04.2011 Berufung beim Landessozialgericht eingelegt und im Wesentlichen vorgetragen, dass vorliegend die Geeignetheit der Versorgung konkret nachgewiesen sei, da der Kläger das Hilfsmittel selbst beschafft und angewendet habe und der Abschlussbericht der O. GmbH feststelle, dass sich die Kopfasymmetrie bei einem zu Beginn der Behandlung vorliegenden schlechtesten Wert der Kategorie 5 auf einen Wert der Kategorie 2 nach Abschluss der Behandlung verbessert habe. Damit sei auch dem Gebot des [§ 2 Abs. 4 SGB V](#) Rechnung getragen, wonach Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherter darauf zu achten hätten, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht und nur im notwendigen Umfang in Anspruch genommen würden. Auch habe eine Versorgungslücke bestanden. Selbst die Beklagte habe mehrfach, auch nach dem 04.03.2010 in vergleichbaren Fällen eine Versorgungslücke angenommen und das Hilfsmittel der Kopforthese bezahlt. Folglich habe die Beklagte die Leistung zu Unrecht abgelehnt, wodurch dem Versicherten für die selbst beschaffte Leistung die im Klagantrag bezifferten Kosten entstanden seien. Die Beklagte sei auch dann gehindert, die Kostenerstattung abzulehnen, wenn die Sachleistung zwar grundsätzlich zu recht, aber zeitlich zu spät abgelehnt worden sei. Die Beklagte habe die aus ihrer Sicht fehlerhafte Verordnung der Vertragsärzte gekannt, ohne unverzüglich auf die Fehlerhaftigkeit dieser Verordnung hinzuweisen. Die Vertragsärzte Dres. P.-R. und Sch. hätten am 03.02.2010 auf dem hierfür vorgesehen Formblatt eine dynamische Kopforthese schriftlich verordnet. Auf diesem Formblatt finde sich kein Hinweis darauf, dass diese Verordnung unter dem Vorbehalt der — vorherigen — Zustimmung der Krankenkasse stehe. Auch im Gesetz finde sich ein solcher Vorbehalt nicht, auch nicht in [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Der Hilfsmittelerbringer — O. GmbH — habe die Eltern des Klägers auch nicht darauf hingewiesen, dass der Beklagten hier ein Vorbehalt zustehe. Nach der Erfahrung der O. GmbH habe die D. bisher keinen Antrag abgelehnt gehabt. Die O. GmbH habe am 15.02.2010 den Kostenvoranschlag für das Hilfsmittel versandt. Die Beklagte habe weder den Kläger noch die O. GmbH unmittelbar danach darauf hingewiesen, dass die Versorgung abgelehnt werde. Am 19.02.2010 sei schließlich das Hilfsmittel dem Kläger übergeben worden. Erst unter dem 04.03.2010 sei die Gewährung der Kopforthese von der Beklagten abgelehnt worden. Gesetzlich Krankenversicherte wie der Kläger müssten im Regelfall davon ausgehen können, dass bei einer formell ordnungsgemäßen Verordnung durch einen Vertragsarzt die o.g. Gesichtspunkte ordnungsgemäß beachtet würden. Das SG Braunschweig führe hierzu aus, dass dem Versicherten im Regelfall nicht die fehlerhafte Einschätzung des Vertragsarztes entgegen gehalten werden könne. Der Vertragsarzt müsse nämlich als Schlüsselfigur der Heil-, Hilfs- und Arzneimittelversorgung betrachtet werden (so BSG Urteil vom 17.04.1996 — [3 RK 19/95](#), SozR3 — 2500 § 19 Nr. 2 m.w.N.). Er verordne dem Versicherten ein bestimmtes Hilfsmittel, welches er bei der diagnostizierten Krankheit als medizinisch notwendig erachte. Bei Ausstellung dieser Verordnung handele er Kraft der ihm durch das Kassenarztrecht verliehenen Kompetenzen als Vertreter der Krankenkasse. Er gebe somit mit Wirkung für und gegen diese eine Willenserklärung ab (BSG, 17.04.1996 [a.a.O.](#), vgl. auch LSG Niedersachsen-Bremen, 08.12.2003 — [L 4 B 44/03 KR](#) —, Breithaupt 2004, Seite 98 Leitsatz 1). Zwar begründeten nach einer anderen Entscheidung des BSG ärztliche Aufklärungsfehler über kostenlose Krankenkassenleistungen keinen Kostenerstattungsanspruch (BSG Az.: [B 1 KR 14/07 R](#)). Allerdings wäre es nicht mit dem Grundsatz von Treu und Glauben zu vereinbaren, wenn die Beklagte trotz Kenntnis der Verordnung und dem Kostenvoranschlag des Hilfsmittelerbringers nicht unverzüglich den Kläger dahingehend berät, dass der Arzt ein dem Leistungskatalog fremdes Hilfsmittel verordnet habe. Dies müsse erst recht gelten, wenn ein Hilfsmittel im Rahmen einer ständigen Übung regelmäßig als Sachleistung durch die Krankenkasse erbracht werde. Auch der Hinweis des Gerichts der Kläger habe keinen Anspruch auf Gleichheit im Unrecht gehe fehl. Da die Beklagte hier offensichtlich in einer Vielzahl von Fällen das Hilfsmittel der Kopforthese bezahlt und damit dort jeweils eine Versorgungslücke bejaht habe, bestehe schon kein Verstoß gegen den Gesetzesvorbehalt. Denn die Leistung sei zu gewähren, wenn eine Versorgungslücke bestehe.

Ergänzend wurde auf den Vortrag im Klageverfahren Bezug genommen.

Der Kläger beantragt, den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 16.03.2011 und den Bescheid der Beklagten vom 04.03.2010 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.09.2010 aufzuheben sowie die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für die Kopforthese in Höhe von 2095,00 EUR zuzüglich 4 % Zinsen seit dem 01.01.2011 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend und ihren Bescheid für rechtmäßig. Eine akut lebensbedrohliche oder vergleichbar schwerwiegende Erkrankung habe nicht vorgelegen. In der mündlichen Verhandlung wurde von der Bevollmächtigten der Beklagten dargelegt, ihre hausinternen Recherchen hätten ergeben, dass lediglich in wenigen Einzelfällen mit ungleich schwereren Krankheitsbildern ein Therapiehelm genehmigt worden sei.

Eine Anfrage des Senats an den Gemeinsamen Bundesausschuss wurde durch die Geschäftsführung des Unterausschusses "Veranlasste Leistungen" beantwortet, die unter dem 21.06.2011 mitteilte, eine Bewertung der Behandlung einer Plagiocephalie eines Kindes mittels dynamischer Kopforthese (sog. Helmtherapie) als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode sei vom G-BA nicht durchgeführt und auch nicht beantragt worden. Der Gemeinsame Bundesausschuss und seine Rechtsvorgänger hätten daher zu dieser Therapieform weder eine Empfehlung abgegeben noch Anlass zu Beratungen gehabt. Die genannte Kopforthese stelle zudem ein Hilfsmittel dar. Der G-BA habe die Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung erlassen. Darüber hinaus überprüfe der G-BA allerdings nicht die Wirksamkeit bzw. den therapeutischen Nutzen von einzelnen Hilfsmitteln. Vielmehr erstelle der Spitzenverband Bund der Krankenkassen nach [§ 139 SGB V](#) ohne Beteiligung des G-BA das GKV-Hilfsmittelverzeichnis. Kopforthesen seien dort enthalten (siehe Referenz-Nr.: OW/00910).

Der Kläger hat hierauf ergänzend vorgetragen, wie auch aus der Antwort des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 21.06.2011 hervorgehe, handele es sich bei der hier in Streit stehenden Kopforthese um ein Hilfsmittel und nicht um eine neue Behandlungsmethode. Im Widerspruchsbescheid vom 13.09.2010 habe die Beklagte dagegen ihre Ablehnung damit begründet, es handele sich bei der Kopforthese um eine neue Behandlungs- und Untersuchungsmethode. Entgegen der Auffassung der Beklagten unterfalle aber die streitgegenständliche Kopforthese nicht den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Auch wenn eine Legaldefinition für eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht existiere, so werde gemeinhin eine Untersuchungsmethode dann als neu bezeichnet, wenn sie noch nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten sei (§ 9 Abs. 1 a Verfahrensordnung des GBA in der Fassung vom 07.07.2006). Die Abgrenzung, ob es sich um ein Hilfsmittel handele, bei dem der Leistungsanspruch allein unter Berücksichtigung des [§ 33 SGB V](#) zu prüfen sei, oder ob eine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich sei, hänge davon ab, welches Ziel mit dem Einsatz des strittigen Gerätes erreicht werden solle. Da hier die konkret dem Kläger verordnete Kopforthese schon durch den Spitzenverband Bund der Krankenkassen in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden sei, sei davon auszugehen, dass dieses die gesetzlichen Anforderungen erfülle. Nach [§ 139 Abs. 4 SGB V](#) sei ein Hilfsmittel aufzunehmen, wenn der Hersteller die Funktionstauglichkeit und Sicherheit, die Erfüllung der Qualitätsanforderungen nach Absatz 2 und, soweit erforderlich, den medizinischen Nutzen nachgewiesen habe. Die Kopforthese sei nicht Bestandteil einer gleichlaufenden untrennbar mit der Orthese verbundenen ärztlichen Behandlung. Die hier vom Arzt verordnete physiotherapeutische und osteopathische Behandlung sei ohne Zweifel keine "neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode", sondern eine klassische Behandlungsmethode. Sie sei aber allein nicht ausreichend gewesen, das therapeutische Ziel zu erreichen. Die Kopforthese diene auch der Verhinderung der Folgeschäden des Plagiocephalus im höheren Lebensalter, wie HWS-Blockaden, Verspannung der Nackenmuskulatur, Kopfschmerzen und Kiefergelenksfunktionsstörungen. Die Beklagte sei daher verpflichtet, die Kopforthese "zur Sicherung des Erfolges der Krankenbehandlung" ([§ 33 Abs. 1 Satz 1](#), 1. Alternative SGB V) zu bewilligen. Soweit durch die behandelnden Ärzte hier von einer sog. "Helmtherapie" gesprochen worden sei, sei dies nicht als Verweis auf eine "neue" ärztliche Behandlungsmethode zu verstehen gewesen, sondern auf die Anwendung des Hilfsmittels. Auch die 2. Alternative des [§ 33 Abs. 1 Satz 1](#) sei angesichts der durch die behandelnde Ärztin benannten drohenden Folgen bei Verzicht auf das Hilfsmittel einschlägig.

Die Beklagte hat hierzu erwidert, der Stellungnahme vom 21.06.2011 lasse sich nicht entnehmen, dass die Helmtherapie nicht als neue Behandlungsmethode zu beurteilen sei. Dass die Kopforthese ein Hilfsmittel sei, sei unstrittig. Die Kopforthese diene allerdings weder dem Behinderungsausgleich noch der Vorbeugung einer Behinderung. Vielmehr solle sie im Rahmen einer Behandlungsmethode, namentlich der sogenannten Helmtherapie, Anwendung finden. Insoweit habe die Kammer in dem angefochtenen Urteil zutreffend auf die Rechtsprechung des BSG u.a. mit Urteil vom 12.08.2009 ([B 3 KR 10/07 R](#)) hingewiesen. Danach sei die Verwendung eines Hilfsmittels, das im Rahmen der Krankenbehandlung deren Erfolg sichern solle, nicht von dem zugrunde liegenden Behandlungskonzept und den dafür geltenden Anforderungen nach [§ 2 Abs. 1 Satz 3](#), [12 Abs. 1 SGB V](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) zu trennen. Insoweit erfasse 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". Auf das Urteil des BSG vom 28.09.2006 ([B 3 KR 28/05 R](#)) sei ergänzend hinzuweisen. Die Anforderungen an den Nachweis der Funktionstauglichkeit, der Qualität und des therapeutischen Nutzens eines Hilfsmittels hätten sich an den Aufgaben und Zielen der gesetzlichen Krankenversicherung zu orientieren. Ein Hilfsmittel, das der Therapie im Rahmen einer neuen Behandlungsmethode diene, könne damit überhaupt nur dann im Sinne von [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erforderlich sein, wenn die Behandlungsmethode als solche durch den GBA als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung anerkannt worden sei. Die Helmtherapie sei jedoch eine neue Behandlungsmethode, die bislang nicht durch den GBA bewertet wurde und somit keine anerkannte Leistung der Krankenkassen sei.

Der Senat hat aus einem Parallelverfahren das Rundschreiben des GKV Spitzenverbandes Bund vom 13. Juli 2011 beigezogen. Darin wird das Gutachten der "Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG 5) - Hilfsmittel und Medizinprodukte" wiedergegeben. Die Sachverständigen ziehen dabei insbesondere den Krankheitswert von Schädelasymmetrien in Zweifel; eine lagerungsbedingte Schädelasymmetrie ziehe keine weiteren Gesundheitsstörungen/Beeinträchtigungen nach sich. Ausmaß und Erscheinungsbild einer Schädelasymmetrie unterlägen, wie jede kosmetische Deformität, primär einer subjektiven Bewertung durch die Eltern, die Familie und den behandelnden Arzt. Schwellenwerte für eine Indikationsstellung gäbe es nicht. Bisher lägen weder vergleichende Studien mit anderen Behandlungsmethoden (konsequente Physiotherapie, Lagerungsbehandlungen) vor noch aussagekräftige Studien mit einer angemessenen Nachbeobachtungszeit etwa von zwei Jahren.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten, der Gerichtsakten des SG und der Berufungsakten des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers ist gem. [§§ 143, 144, 151 SGG](#) statthaft und auch sonst zulässig, aber nicht begründet. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, ihm die Kosten für die Kopforthese zu gewähren.

I. Die Voraussetzungen für den geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch als Ausnahme vom Sachleistungsprinzip liegen nicht vor.

Die Gewährung eines Hilfsmittels zu Lasten einer Krankenkasse setzt eine vertragsärztliche Verordnung voraus. Ein Hilfsmittel wird als Sachleistung gewährt, wenn der Versicherte die Kostenerstattung nicht von vornherein mit seiner Krankenkasse vereinbart hat ([§ 13 Abs. 2 SGB V](#)). Eine solche Vereinbarung liegt zwischen den Beteiligten nicht vor. Dementsprechend hätte der Kläger das Hilfsmittel durch einen zugelassenen Leistungserbringer als Sachleistung beschaffen müssen. Nach [§ 33 Abs. 6 SGB V](#) können Versicherte alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind. Hat die Krankenkasse Verträge nach [§ 127 Abs. 1](#) über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist. Abweichend von Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen – zugelassenen - Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen. Nach [§ 275 Abs. 3 SGB V](#) können die Krankenkassen in geeigneten Fällen vor Bewilligung eines Hilfsmittels durch den Medizinischen Dienst prüfen lassen, ob das Hilfsmittel im Sinne des [§ 33 SGB V](#) erforderlich ist. Nach [§ 33 Abs. 5 SGB V](#) kann die Krankenkasse u.a. die Bewilligung von Hilfsmitteln davon abhängig machen, dass die Versicherten sich das Hilfsmittel anpassen oder sich in seinem Gebrauch ausbilden lassen.

Diesen Beschaffungsweg hat der Kläger im vorliegenden Fall nicht eingehalten. Vielmehr haben die Eltern des Klägers als dessen gesetzliche Vertreter in Kenntnis der Rechtslage eine privatrechtliche Vereinbarung mit dem Hilfsmittelerbringer geschlossen und sich darin in rechtlich verbindlicher Weise noch vor Einschaltung der Krankenkasse und unabhängig von deren Entscheidung verpflichtet, einen speziell für den Kläger anzufertigenden Therapiehelm abzunehmen und zu bezahlen. Sie hatten die Leistung somit bereits zuvor verbindlich bei diesem selbst beschafft. Auch die für die Erbringung als Sachleistung zu Lasten der Beklagten nach den Rahmenverträgen zwischen den Krankenkassen und den Hilfsmittellieferanten erforderliche Zustimmung der Krankenkassen gegenüber dem Hilfsmittellieferanten (vgl. BSG, Urteil vom 10.04.2008 – [B 3 KR 8/07 R](#) -, veröffentlicht in Juris), mit der eine Prüfung nach [§ 275 Abs. 3 SGB V](#) ermöglicht wird, lag nicht vor und konnte angesichts der kurz vor Abnahme des Helms eingereichten Unterlagen auch nicht erwartet werden. Der Antrag auf Zustimmung war bei der Beklagten erst am 16.02.2010 eingegangen. Die O. GmbH hat die Kopforthese bereits am 18.02.2010 erbracht.

Als Rechtsgrundlage des Leistungsbegehrens des Klägers kommt damit nur der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Dieser Anspruch besteht anstelle einer Sachleistung nur dann, wenn der Versicherte sich eine ihm zu gewährende Leistung selbst beschafft hat, weil die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte, oder nachdem die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat ([§ 13 Abs. 3 SGB V](#)).

Es handelte sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Eine Leistung ist nur dann unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (BSG, Urteil vom 25.09.2000 – [B 1 KR 5/99 R](#) - veröffentlicht in Juris -). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht gegeben. Eine Eilbedürftigkeit ergibt sich weder aus den Verordnungen noch aus den Stellungnahmen der behandelnden Ärztinnen oder des Osteopathen und ist nicht vor der Selbstbeschaffung gegenüber der Beklagten geltend gemacht worden. Nach den Informationen des Herstellers soll ab dem 7. Lebensmonat mit der Kopforthesenbehandlung begonnen werden. Mit einer Wachstumsführung bzw. Umformung des Kopfes kann noch bis zu einem Alter von 14 Monaten begonnen werden. Es mag, wie dort weiter angegeben wird, allgemein festzustellen sein, dass die Resultate um so besser sind, je früher die Behandlung einsetzt. Hieraus lässt sich jedoch keine Eilbedürftigkeit für den Beginn der Behandlung des Klägers, der am 22.02.2010 den 7. Lebensmonat vollendet hat, in der Weise feststellen, dass eine Entscheidung der Beklagten nicht mehr hätte abgewartet werden können. Dies zeigt sich auch daran, dass die O. GmbH vierzehn Tage zugewartet hat, bis sie den Antrag bei der Beklagten eingereicht hat ...

Der Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) setzt weiter voraus, dass die Selbstbeschaffung die geltend gemachten Kosten verursacht hat. Dem Versicherten müssen gerade durch das Unvermögen oder die Leistungsablehnung der Krankenkasse für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sei (BSG, Urteil vom 04.04.2006 – [B 1 KR 5/05 R](#) - m.w.N. veröffentlicht in Juris).

Dies ist nicht der Fall. Es fehlt an der von dieser Vorschrift geforderten Kausalität zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten vom 04.03.2010 und den aufgewandten Kosten für die Selbstbeschaffung. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes aus, wenn der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen (BSG, Urteil vom 30.06.2009 – [B 1 KR 5/09 R](#) - veröffentlicht in Juris -). Die Selbstbeschaffung ist - entgegen den bisherigen Darstellungen der Klägerseite im Verwaltungs- und Gerichtsverfahren bereits am 02.02.2010 und damit noch vor Ausstellung der Verordnung und Anfrage bei der Beklagten verbindlich vereinbart worden. Am 02.02.2010 wurden dementsprechend die Scannerdaten zur Erstellung eines Modells des Kopfes des Klägers ermittelt, danach wurde die Kopforthese gefertigt (vgl. Leistungsbeschreibung) und bereits am 18.02.2010 geliefert und in Rechnung gestellt. Mit Bescheid vom 04.03.2010 hat die Beklagte dementsprechend den auf Kostenübernahme gerichteten Anspruch gegenüber dem Kläger zu Recht abgelehnt.

Ein Erstattungsanspruch kann von dem Kläger auch nicht auf den so genannten sozialrechtlichen Herstellungsanspruch gestützt werden. Die in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) und [§ 15 Abs. 1 SGB IX](#) geregelten Ansprüche auf Kostenerstattung stellen sich als abschließende gesetzliche Regelung

der auf dem Herstellungsgedanken beruhenden Kostenerstattungsansprüche im Krankenversicherungsrecht dar; für einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist daneben kein Raum (BSG, Urteil vom 02.11.2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) -, veröffentlicht in Juris).

Der von den Eltern des Klägers vorgetragene Einwand, dass in vergleichbaren Fällen Kostenerstattungen von der Beklagten gewährt worden seien, kann der Berufung zudem nicht zum Erfolg verhelfen. Auf eine Gleichbehandlung im Unrecht kann sich der Kläger nach [Art. 3 Abs. 1 Grundgesetz](#) nicht berufen.

Ein Verstoß gegen Treu und Glauben bzw. den Grundsatz des Vertrauensschutzes kann in Fällen wie dem vorliegenden schon deswegen nicht angenommen werden, weil die Kosten, die die Eltern des Klägers für die Beschaffung der Kopforthese aufgewandt haben, nicht - wie von diesen vorgetragen - im Vertrauen auf die vertragsärztliche Versorgung entstanden sind.

II. Darüber hinaus liegen aber auch die Voraussetzungen für die Gewährung der Kopforthese als Sachleistung nicht vor, so dass auch aus diesem Grund ein Anspruch auf Kostenerstattung nicht besteht.

Nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit Hörhilfen, Körperersatzstücken, orthopädischen und anderen Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen, soweit die Hilfsmittel nicht als allgemeine Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens anzusehen oder nach § 34 Abs. 4 ausgeschlossen sind. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung ([§ 2 Abs. 2 SGB V](#)), wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Eine Krankheit i. S. d. [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) ist ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand dann, wenn er ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht. Nicht jede körperliche Unregelmäßigkeit stellt in diesem Sinne eine ärztlicher Behandlung bedürftige Krankheit dar.

Ob ein Hilfsmittel im Hilfsmittelverzeichnis ([§ 139 Abs. 1 SGB V](#)) gelistet ist, ist rechtlich hier nicht von ausschlaggebender Bedeutung. Die Frage der Aufnahme in das Hilfsmittelverzeichnis hat bei der Beschaffung der Kopforthese im vorliegenden Fall keine Rolle gespielt und ist für die Frage von Vertrauensschutz hier ohne Bedeutung. In Bezug auf den materiellen Anspruch auf Hilfsmittelversorgung gilt, dass durch das Hilfsmittelverzeichnis Hilfsmittel von der Versorgung der Versicherten nicht ausgeschlossen werden können, die den gesetzlichen Anforderungen des [§ 33 SGB V](#) genügen (BSG Ur. v. 10.04.2008 - [B 3 KR 8/07 R](#)). Das Hilfsmittelverzeichnis hat lediglich informatischen Charakter (BSG [SozR 3-2500 § 33 Nr. 16](#)) und schafft eine Auslegungshilfe, die zudem im Streitfall für die Gerichte unverbindlich ist. Insoweit kann dahingestellt bleiben, ob die Mitteilung des GBA im Schreiben vom 21.6.2011 zutreffend ist, dass Kopforthesen dort gelistet sind, oder ob die telefonische Information der Referentin des GKV Spitzenverbandes in einer Parallelsache zutrifft, dass Kopforthesen der hier streitigen Art nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen worden sind. In beiden Fällen bestünde kein Anspruch des Klägers auf Erstattung der Kosten des am 18.2.2010 gelieferten Therapiehelms.

Die fragliche Kopforthese dient nicht einem Behinderungsausgleich. Nach den Herstellerinformationen soll die Kopforthese bei lagebedingtem Plagiocephalus (Abflachung auf einer Hinterhauptseite des Kopfes) oder lagebedingtem Brachycephalus (Abflachung des ganzen Hinterkopfes) eingesetzt werden. Bei diesen nicht-synostotischen Schädelasymmetrien handelt es sich nicht um Krankheiten. Auch ein drohendes Behinderungsrisiko lässt sich mangels wissenschaftlich gesicherter Erkenntnisse nicht annehmen. Der Senat folgt insoweit den überzeugenden Ausführungen im Rundschreiben des GKV Spitzenverbandes Bund vom 13.07.2011 und den dort wiedergegebenen Aussagen des 1. Gutachtens der Sozialmedizinischen Expertengruppe (SEG 5) zu Kopforthesen - Molding helmets zur konservativen Behandlung der nicht-synostotischen Schädelasymmetrie. Danach zieht eine lagerungsbedingte nicht-synostotische Schädelasymmetrie keine Gesundheitsstörungen bzw. Beeinträchtigungen nach sich (Gutachten S. 69). Auch dass hier eine Entstellung gedroht hätte, ist weder vorgetragen noch ersichtlich. Es kommt hinzu, dass der nicht-synostotischen Schädelasymmetrie auch durch alternative Maßnahmen, wie Umlagerung und Mobilisierung außerhalb der Schlafzeiten begegnet werden kann (Rundschreiben des GKV Spitzenverbandes vom 13.07.2011 und den dort wiedergegebenen Aussagen des 1. Gutachtens der SEG 5 zu Kopforthesen - Molding helmets zur konservativen Behandlung der nicht-synostotischen Schädelasymmetrie, Gutachten S. 66). Darauf, ob hierdurch an der Symmetrie orientiert ein optimales Ergebnis bzw. eine ideale Schädelform erzielt werden kann, kommt es unter dem Gesichtspunkt der Entstellung nicht an.

Schließlich hat auch der Senat keinen Zweifel daran, dass die Kopforthese, die auch nach der Herstellerinformation der Behandlung lagerungsbedingter Schädelasymmetrien dient und auch hier zu diesem Zweck verordnet wurde, im Rahmen einer nicht in die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen fallenden neuen Behandlungsmethode Anwendung findet und damit selbst von der Leistungspflicht ausgeschlossen ist. Denn soll ein Hilfsmittel - wie hier die Kopforthese - im Rahmen der Krankenbehandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#)) deren "Erfolg sichern" ([§ 33 Abs. 1 SGB V](#)), ist 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](#) i.V.m. [§ 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" (BSG, Urteil vom 12.08.2009 - [B 3 KR 10/07 R](#) -, m.w.N. veröffentlicht in Juris). Diese Sperrwirkung greift hier ein, weil es keine Empfehlung des G-BA für diese neue Behandlungsmethode gibt und auch kein Systemversagen vorliegt. Insoweit verweist der Senat auf die Gründe der angegriffenen Entscheidung und sieht von einer eigenen Begründung ab. Damit fällt weder die Kopforthese noch die ärztliche Behandlung im Rahmen der Helmschulung in die Leistungspflicht der Krankenkasse.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-08-02