

S 4 KR 161/09

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Frankfurt (Oder) (BRB)
Aktenzeichen
S 4 KR 161/09
Datum
08.06.2012
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
1. Die Klage wird abgewiesen.

2. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Erstattung der Kosten für eine Kopforthese (Helmtherapie) in Höhe von 1.027,70 EUR.

Die am 2007 geborene Klägerin litt ausweislich eines Schreibens des Charité Campus V-Klinikums B vom 02.06.2008 an einem positionellem Plagiocephalus mit links betonter parie-tooccipital betonter Abflachung des Hinterkopfes. Da die konservativen Behandlungsmöglichkeiten nach Auffassung der behandelnden Ärztin zu keiner zufrieden stellenden Besserung des Befundes führten, bescheinigte mit o.g. Schriftsatz vom 02.06.2008 die behandelnde Oberärztin des Charité Campus V-Klinikums Dr. S die Indikation zur Anfertigung einer Kopforthese zur Schädelwachstumsvorgabe. Die dazugehörige Verordnung eines Therapiehelmes des Charité Campus V-Klinikums datiert vom 21.05.2008.

Bei der Firma N Orthopädie-Technik GmbH erfolgte am 21.05.2008 das Einscannen des Kopfes, am 22. Mai die Modellierung der Orthese, die Auslieferung und Anpassung der Orthese erfolgte sodann am 27. Mai 2008.

Unter dem Datum des 21. Mai 2008 wurden die Unterlagen der Verordnung von der Firma Orthopädie-Technik GmbH an die Beklagte (für die Klägerin) als Antrag übersandt. Die Firma Orthopädietechnik GmbH berechnete der Familie der Klägerin insgesamt 1.027,70 EUR mit der Rechnung vom 15.12.2008. Als Lieferdatum wurde hierauf der 27.05.2008 angegeben.

Unter dem Datum des 14.08.2008 erstellte der MDK durch den Arzt Dr. M ein Gutachten (Bl. 19 VWA), wonach die Voraussetzungen zur Kostenübernahme im Falle der Klägerin nicht erfüllt seien.

Mit dem als Anhörung bezeichneten Schriftsatz vom 21.08.2008 (Bl. 22 VWA) teilte die Be-klagte dem gesetzlichen Vertreter mit: Wie auch zuvor bereits telefonisch dem gesetzlichen Vertreter der Klägerin am 21.08.2008 mitgeteilt, habe der MDK aufgrund der vorliegenden Unterlagen keine ausreichende medizinische Notwendigkeit für den Einsatz eines Therapiehelmes feststellen können. Die Beklagte räumte der Klägerin ein, sich nochmals zum Sachverhalt zu äußern, gegebenenfalls aktuelle Befunde vorzulegen.

Am 11.09.2008 beantragte der Vater der Klägerin (erneut) unter Beifügung einer Rechnung der Firma Orthopädie-Technik GmbH und Co. KG vom 27.05.2008 und einer Stellungnahme der Oberärztin Dr. S vom Charité Campus V-Klinikum die Kostenübernahme für einen Therapiehelm bei der Beklagten.

Mit Bescheid vom 10.06.2009 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für eine Kopforthese mit der Begründung ab, nach Auskunft des MDK sei eine Kostenübernahme medizinisch nicht begründet. Mit Schriftsatz vom 11.07.2009 legte der gesetzliche Vertreter der Klägerin erneut Widerspruch gegen die Ablehnung der Helmtherapie ein.

Die Beklagte holte eine weitere Stellungnahme des MDK ein. Der Arzt Dr. M meinte in seiner Stellungnahme vom 27.05.2009, die beantragte Kopforthesenversorgung (Helmtherapie) zur Schädelformung würde eine konzeptionell neue ärztliche Behandlungsmethode darstellen, die sich keinesfalls auf eine lediglich orthopädietechnische Fertigung und Nachanpassung einer Kopforthese reduzieren lasse. Es würde sich kein Anhalt für die Ausbildung einer Entwicklungsstörung des Gehirns oder Entwicklung anderer organischer Krankheiten im Kopfbereich des

Kindes ergeben und auch kein Anhalt für Auffälligkeiten der Schädelgestalt oder des Gesichtes des Kindes ergeben, die eine "Entstellung" bedeuteten und seine Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gefährdeten (BSG Urteil vom 28.02.2008 - [B 1 KR 19/07](#)). Im Ergebnis könne die beantragte Kopforthesenversorgung ganz unabhängig von ihrer noch ausstehenden Bewertung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss medizinisch nicht als notwendig begründet werden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.10.2009 wies die Beklagte die Einwände zurück: Kopforthesen seien von ihrer Konstruktion her und dem Anwendungsprinzip potenziell als Hilfsmittel anzusehen. Der medizinische Dienst der Spitzenverbände habe sich mit dem Thema "Kopforthese zur Behandlung kindlicher Schädeldeformitäten" im Jahre 2005 befasst. In der Zusammenfassung sei festgestellt worden, dass der therapeutische Nutzen einer konservativen Behandlung von lagerungsbedingten Schädeldeformitäten mit Kopforthesen nicht ausreichend belegt sei. Leitlinienempfehlungen wissenschaftlicher Fachgesellschaften aus Deutschland zum Einsatz von Kopforthesen gäbe es nicht. Aus den bisher publizierten Unterlagen lasse sich allerdings erkennen - wenn auch wissenschaftlich unzureichend gesichert -, dass lagerungsbedingte Schädeldeformitäten mit einer konsequenten Lagerungstherapie, gegebenenfalls ergänzt durch Maßnahmen der physikalischen Therapie, nicht immer erfolgreich behandelt werden könnten. Eine Kostenübernahme für Kopforthesen werde in Erwägung gezogen bei Kindern zwischen 3 und 6 Monaten, bei denen ein Therapieversagen vorliegt oder bei Kindern zwischen 6 und 18 Monaten, wenn ein fotografischer Nachweis einer mäßigen bis schweren Plagiocephalie dokumentiert wurde. Der MDK sei auf der Grundlage des Leistungsantrages zu dem Ergebnis gekommen, dass keine medizinische Notwendigkeit für die Versorgung der Klägerin mit einer Kopforthese bestehe.

Am 09.11.2009 hat der Bevollmächtigte der Klägerin Klage beim Sozialgericht Frankfurt (Oder) erhoben. Zur Begründung führte er unter dem Datum des 20.01.2010 aus: Die behandelnde Ärztin Frau Oberärztin Dr. S (Charité) habe geraten, da sich auf dem herkömmlichen Wege keine Harmonisierung der Kopfform einstelle, die Helmtherapie durchzuführen. Eine Helmtherapie sei nach Auffassung vieler Mediziner eine sinnvolle Unterstützung bei der Lenkung des Wachstums des Schädels. Insbesondere angesichts der Tatsache, dass die Behandlung der Tochter des Klägers erfolgreich war, könne die Ablehnung der Übernahme seitens der Beklagten für den Kläger nicht nachvollzogen werden.

Die Klägerin beantragt,

unter Aufhebung des Bescheides vom 10.06.2009 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.10.2009 die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die Helmtherapie in Höhe von 1.027, 70 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie meint, es fehle grundsätzlich am Anspruch auf Kostenübernahme der Helmtherapie, da es sich um eine Therapie handle, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht positiv bewertet worden sei. Insofern stehe [§ 135 SGB V](#) einer Kostenübernahme entgegen. Solange die Methode selbst keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung sei, könne für ein dazu benötigtes Hilfsmittel nichts anderes gelten. Die Beklagte übernehme trotzdem unter Zurückstellung aller rechtlichen Bedenken teilweise die Kosten. Die Kriterien, unter denen dieses geschieht, seien im Widerspruchsbescheid ausführlich dargestellt. Bei der Klägerin lagen nach dem MDK-Gutachten diese Voraussetzungen jedoch nicht vor.

Das Gericht hat eine Auskunft der behandelnden Ärztin eingeholt. Diese teilte unter dem Datum des 05.02.2012 mit, es habe sich um keine Abweichung mit Krankheitswert gehalten und es resultierten hieraus keine Funktionseinschränkungen. Es würde möglicherweise eine kosmetische Beeinträchtigung hieraus resultieren, mit negativer Auswirkung in psychosozialer Hinsicht. Die Frage, ob die Behandlungsmethode im einheitlichen Bewertungsmaßstab EBM erfasst sei, verneinte diese Ärztin ebenso wie die Frage nach dem Vorliegen randomisierter Studien. Zum Gutachten des MDK meinte sie, dass sie als behandelnde Ärztin naturgemäß eine andere Einschätzung als die hier angesprochene Vertretung der Krankenkasse habe. Es sei ihr natürlich bewusst, dass die Ausführungen des MDK den gegenwärtigen sozialrechtlichen Bestimmungen entsprechen würden.

Die Firma N Orthopädie-Technik GmbH teilte unter dem Datum des 03.05.2012 mit (Bl. 51 GA), DL habe sich erstmals am 21.05.2008 zu einer technischen Versorgung vorgestellt. Von einer Einstellung im Wesentlichen könne nicht gesprochen werden, jedoch von einer optisch sichtbaren Abweichung der Kopfsymmetrie, deren Auffälligkeit häufig mit steigendem Alter der Patientin zunimmt. Durch die Helmtherapie werde dem frühkindlichen Kopf eine Wachstumsrichtung vorgegeben, mit dem Ziel der Wiederherstellung eines symmetrischen Erscheinungsbildes. Es erfolgt eine Anpassung und Korrektur der Kopforthese in regelmäßigen Intervallen (monatlich). Die Patientin sei Mitte des 6. Lebensmonats zu ihm in die Behandlung gekommen. Der optimale Therapiebeginn für die Orthese liege zwischen dem 4. und 6. Lebensmonat. Während eine Versorgung nach dem 12. Lebensmonat und des dann weit fortgeschrittenen Schädelwachstums nicht mehr in Betracht komme. Mit der Fertigung der Orthese sei kurz nach Erstvorstellung der Patienten begonnen worden. Erstmals sei die Orthese der Patientin am 27.05.2008 aufgesetzt worden.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten im Einzelnen wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen. Diese haben dem Gericht vorgelegen und sind Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht erhobene Klage ist zulässig; sie ist jedoch nicht begründet. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung der verauslagten Kosten für die Kopforthese.

Die Klägerin hat sich die Leistung selbst verschafft und begehrt nunmehr die Erstattung der hierfür aufgewendeten Kosten. Rechtsgrundlage ist allein [§ 13 Abs. 3 SGB V](#). Die Kostenerstattung nach Abs. 3 der Norm ist die notwendige Ergänzung der Sach- und Dienstleistungsansprüche für die Fälle, in denen die Krankenkasse dem Versicherten die zustehenden Leistungen nicht oder nicht rechtzeitig

zur Verfügung stellen kann. Der Naturleistungsanspruch verwandelt sich dann in einen Anspruch auf Kostenerstattung. Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist nach Abs. 3 S. 1 nur gegeben, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind: Bestehen eines Primär-Naturalleistungsanspruch des Versicherten und dessen rechtswidrige Nichterfüllung (a), Selbstbeschaffung der entsprechenden Leistung durch den Versicherten (b) Notwendigkeit der selbst beschafften Leistung (c) und (rechtlich wirksame) Kostenbelastung durch die Selbstbeschaffung. Der Anspruch scheidet bereits daran, dass kein Primär- (Naturalleistungs-) Anspruch der Versicherten besteht. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse geht. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, vgl. Urteil vom 14. Dezember 2006, [B 1 KR 12/06 R](#), Urteil vom 27. März 2007, [B 1 KR 17/06 R](#) - juris -).

Zu diesen Leistungen gehöre die streitgegenständliche Helmtherapie im Versorgungszeitpunkt nicht. Es fehlt an der erforderlichen Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach [§ 135 SGB V](#) für diese Therapie (so auch Hessisches LSG, Urteil vom 15.09.2011, [L 1 KR 178/10](#) (zitiert nach juris)).

1. Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er erfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) (ambulante Versorgung) nur dann der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird nämlich nach der ständigen Rechtsprechung nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (Bundessozialgericht, Urteil vom 07. November 2006, [B 1 KR 24/06 R](#) - juris -). Die Kopforthesenbehandlung stellt zur Überzeugung der Kammer eine neue Behandlungsmethode im vorgenannten Sinne dar. Ärztliche bzw. ärztlich verordnete Behandlungsmethoden im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sind medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. Hier geht es konkret um die Einflussnahme auf das Wachstum des Kopfes. Es erfolgen, bedingt durch das Kopfwachstum des Kindes, regelmäßige Kontrollen und Anpassungen der Orthesen im Sinne einer Kopforthesenbehandlung. Eine erforderliche Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses liegt nicht vor. Ebenso wenig gibt es randomisierte Studien. Dies ergibt sich bereits aus der Stellungnahme der behandelnden Ärztin Dr. S. "Neu" ist eine Methode, wenn sie zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 27. September 2005, [B 1 KR 28/03 R](#) - juris -). Diese Voraussetzungen sind im vorliegenden Fall gegeben.

2. Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedarf, besteht im Fall der Klägerin nicht. Insbesondere liegen keine Anhaltspunkte für eine gebotene grundrechtsorientierte Auslegung vor (Bundesverfassungsgericht, Beschlüsse vom 06. Dezember 2005, [1 BvR 347/98](#) und vom 06. Februar 2007, [1 BvR 3101/06](#) - juris -). Die behandelnde Ärztin hat gegenüber dem Gericht mitgeteilt, dass es sich um keine Abweichung mit Krankheitswert handelt. Es würden keine Funktionseinschränkungen hieraus resultieren. Lediglich möglicherweise eine kosmetische Beeinträchtigung mit negativer Auswirkung psychosozialer Hinsicht.

3. Die Klägerin kann auch nicht unter Bezugnahme auf die Entscheidung des Sozialgerichts Dresden - [S 15 KR 286/10](#) vom 08.06.2011 - mit ihrem Klagebegehren durchdringen. Selbst wenn man - wie dieses Gericht - meint, es handle sich bei der Kopforthese um ein erforderliches Hilfsmittel im Sinne des [§ 33 Absatz 1 S. 1 SGB V](#), so wäre dieses Hilfsmittel im Fall der Klägerin aber untrennbar mit der neuen Therapie verbunden. Denn nur unter Berücksichtigung des eigenen theoretisch-wissenschaftliches Konzeptes der Beeinflussung des Kopfwachstums durch eine gezielte Anwendung der Kopforthese und Anpassung derselben, kann es letztlich zum Einsatz der Kopforthese kommen. Nach der Rechtsprechung des BSG ist es Vertragsärzten im Regelfall verwehrt, Behandlungsmethoden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung einzusetzen, wenn in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) keine entsprechenden Empfehlungen abgegeben worden sind. Allein die Aufnahme eines Hilfsmittels in das Hilfsmittelverzeichnis berechtigt die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte auf der Grundlage der beschriebenen, hier maßgebenden Rechtsprechung des BSG jedenfalls nicht, auch die entsprechende therapeutische Behandlung durchzuführen, solange es an einer Empfehlung des Bundesausschusses fehlt (BSG Urteil v. 31.08.2000, [B 3 KR 21/99 R](#) - zitiert nach juris). Sofern aber nach der vorgenannten Rechtsprechung Hilfsmittel die untrennbar mit neuen Therapien verbunden sind schon nicht in das Hilfsmittelverzeichnis aufgenommen werden können, scheidet auch eine Kostenerstattung zulasten der Krankenversicherung aus den vorgenannten Gründen aus.

4. Ob die im Mai 2008 begonnene Kopforthesentherapie (mit dem Einscannen der Kopfmaße am 21.05.2008) die von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) geforderte Kausalität zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten und den aufgewandten Kosten vorliegt, kann da-hinstehen. Dem Schriftwechsel ist zu entnehmen, dass zumindest ein telefonischer Antrag erfolgt sein muss und auch eine telefonische Ablehnung. Hinzu kommt, dass die Helmtherapie im Zeitraum vom 6. bis 12. Monat nach Geburt des Kindes eingeleitet sein muss, um erfolgreich sein zu können. Dennoch reicht dies für sich genommen nicht aus, um eine Kostenerstattungspflicht der Beklagten zu begründen. Darüber hinaus ist fraglich, ob im Falle der Klägerin überhaupt eine Erkrankung vorgelegen hat. Ebenfalls das Vorliegen einer Entstellung wird sowohl von der behandelnden Ärztin als auch vom Helmtherapeuten verneint.

Nach alledem konnte die Klägerin mit ihrem Begehren nicht durchdringen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Rechtsmittelbelehrung:

Dieses Urteil kann mit der Berufung angefochten werden.

Die Berufung ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg Försterweg 2-6 14482 Potsdam,

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäfts-stelle einzulegen.

Die Berufungsfrist ist auch gewahrt, wenn die Berufung innerhalb der Monatsfrist bei dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) Eisenhüttenstädter Chaussee 48 15236 Frankfurt (Oder),

schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift des Urkundsbeamten der Geschäfts-stelle eingelegt wird.

Die Berufungsschrift muss innerhalb der Monatsfrist bei einem der vorgenannten Gerichte ein-gehen. Sie soll das angefochtene Urteil bezeichnen, einen bestimmten Antrag enthalten und die zur Begründung der Berufung dienenden Tatsachen und Beweismittel angeben.

Auf Antrag kann vom Sozialgericht durch Beschluss die Revision zum Bundessozialgericht zugelassen werden, wenn der Gegner schriftlich zustimmt. Der Antrag auf Zulassung der Revi-sion ist innerhalb eines Monats nach Zustellung des Urteils bei dem Sozialgericht Frankfurt (Oder) schriftlich oder in elektronischer Form zu stellen. Die Zustimmung des Gegners ist dem Antrag beizufügen.

Lehnt das Sozialgericht den Antrag auf Zulassung der Revision durch Beschluss ab, so beginnt mit der Zustellung dieser Entscheidung der Lauf der Berufungsfrist von neuem, sofern der An-trag auf Zulassung der Revision in der gesetzlichen Form und Frist gestellt und die Zustim-mungserklärung des Gegners beigefügt war.

Die elektronische Form wird durch eine qualifizierte signierte Datei gewahrt, die nach den Maßgaben der Verordnung über den elektronischen Rechtsverkehr im Land Brandenburg vom 14. Dezember 2006 (GVBl. II S. 558) idF vom 1. Oktober 2007 (GVBl. II S. 425) in die elekt-ronische Poststelle des jeweiligen Gerichts zu übermitteln ist. Nähere Hinweise zu den Kom-munikationswegen für den elektronischen Rechtsverkehr können unter der Internetadresse www.erv.brandenburg.de abgerufen werden.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2012-11-01