
Datum: 16.01.2014
Gericht: Sozialgericht Detmold
Spruchkörper: 3. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 3 KR 130/13
ECLI: ECLI:DE:SGDT:2014:0116.S3KR130.13.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: nicht rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

-
- Tatbestand: 1
- Die Beteiligten streiten um die Kostenerstattung für eine Helmtherapie. 2
- Der am 00.00.2012 geborene Kläger ist bei der Beklagten über seinen Vater familienversichert. 3
- Unter Vorlage einer ärztlichen Verordnung der Kinderorthopädin H. X (Orthopädische Klinik B I) und eines Kostenvoranschlages des Cranio Centers T beantragten die Eltern des Klägers Anfang Oktober 2012 bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine Koporthesenbehandlung (auch: Helmtherapie oder Helmorthesentherapie). Ärztlich bescheinigt wurde ein ausgeprägter Brachy- / Plagiozephalus. 4
- Mit Bescheid vom 10.10.2012 lehnte die Beklagte den Antrag ab. Sie führte zur Begründung aus, bei der Helmtherapie handele es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für die der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) noch keine positive Empfehlung abgegeben habe. Vorrangig seien eine Lagerungstherapie und physikalische Therapien nach den Heilmittelrichtlinien. 5
- Hiergegen hat der Kläger, vertreten durch seine Prozessbevollmächtigten, Widerspruch eingelegt. Er übersandte ärztliche Stellungnahmen, wonach Behandlungsalternativen in Form 6

von orthopädischer Behandlung, Krankengymnastik und Lagerungstherapie nach Vollendung des vierten Lebensmonates nicht mehr erfolgversprechend seien. Ohne die Helmtherapie drohten gesundheitliche Folgeschäden.	
Die Therapie begann am 21.11.2012 und endete im April 2013. Hierfür wurde den Eltern des Klägers ein Betrag in Höhe von 1819,00 Euro in Rechnung gestellt.	7
Die Beklagte schaltete den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ein. Dr. N kam in einem Gutachten nach Aktenlage vom 03.12.2012 zu der Einschätzung, dass der Nutzen des Einsatzes von Koporthesen bisher nicht evidenzbasiert belegt sei. Es lägen keine höherwertigen Studien vor, wonach der Einsatz von Koporthesen zur Behandlung der Schädeldeformität der Lagerungstherapie und ggf. weiteren erforderlichen Maßnahmen (z. B. Heilmittel) gleichwertig oder überlegen sei. Zweifelhaft sei zudem bereits das Vorliegen einer behandlungsbedürftigen Erkrankung.	8
Mit Widerspruchsbescheid vom 07.03.2013 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie wiederholt im Wesentlichen ihre Ausführungen aus dem angegriffenen Bescheid und verweist ergänzend auf die Ausführungen von Dr. N und die zur Helmtherapie ergangene Rechtsprechung.	9
Am 05.04.2013 hat der Kläger Klage erhoben. Er macht im Wesentlichen geltend, die Helmtherapie sei die einzig wirksame Behandlungsform. Ihr Erfolg sei mit Abschluss der Behandlung nachgewiesen.	10
Der Kläger beantragt schriftsätzlich sinngemäß,	11
den Bescheid der Beklagten vom 10.10.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2013 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die Cranio-Helmtherapie in Höhe von 1.819,00 EUR zu erstatten.	12
Die Beklagte beantragt schriftsätzlich,	13
die Klage abzuweisen.	14
Sie bezieht sich zur Begründung auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide.	15
Das Gericht hat Befundberichte des Orthopäden M. X1 und von Frau X (Orthopädische Klinik B I) eingeholt. Hierzu wird auf Blatt 58 ff. der Gerichtsakte verwiesen. Der GBA teilt auf Anfrage des Gerichts mit Schreiben vom 12.08.2013 mit, eine Helmorthesentherapie sei als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode bisher mangels Antrag nicht überprüft worden. Es lägen keine Erkenntnisse oder Daten bezüglich der Wirksamkeit, medizinischen Zweckmäßigkeit oder Notwendigkeit der Therapie noch Kenntnisse über laufende Studien vor.	16
Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den übrigen Inhalt der Gerichtsakte verwiesen. Die beigezogenen Verwaltungsvorgänge der Beklagten waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung.	17
Entscheidungsgründe:	18
Das Gericht konnte gemäß § 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung durch Urteil entscheiden, da sich die Beteiligten hiermit einverstanden erklärt haben.	19

Die zulässige Klage ist nicht begründet.	20
Der Bescheid der Beklagten vom 10.10.2012 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.03.2013 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht im Sinne des § 54 Abs. 2 SGG in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für eine Helmorthesenbehandlung.	21
Nach § 13 Abs. 3 S. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) hat die Krankenkasse dem Versicherten Kosten einer selbst beschafften Leistung zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass sie eine unaufschiebbare Leistung entweder nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, soweit die Leistung notwendig war.	22
Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) müssen Versicherte sich vor der Selbstverschaffung um die Gewährung einer Sachleistung bemühen und die Entscheidung der Krankenkasse abwarten (vgl. BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 20). Der Kläger hat hier diesen Beschaffungsweg eingehalten, da mit der streitigen Behandlung erst nach Erlass des Bescheides der Beklagten vom 10.10.2012 begonnen wurde.	23
Ein Sachleistungsanspruch auf Kostenübernahme für eine Helmtherapie steht dem Kläger jedoch nicht zu, so dass die Beklagte einen solchen Anspruch auch nicht zu Unrecht abgelehnt hat (§ 13 Abs. 3 S. 1 zweite Alternative SGB V). Gemäß § 27 Abs. 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten und Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die entsprechende Behandlungsmethode muss dabei gemäß § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Sie muss zu den Behandlungsmethoden zählen, die für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Neue ärztliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind gemäß § 135 Abs. 1 S. 1 SGB V nur dann von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch derartige Richtlinien wird sowohl geregelt, unter welchen Voraussetzungen zugelassene Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dürfen als auch der Umfang, der den Versicherten geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8). Ärztliche Behandlungsmethoden 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 (vgl. BSG SozR 4-2500 § 13 Nr. 9). 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 (vgl. BSG SozR 3-2500 § 135 Nr. 4).	24
Offen bleiben kann, ob die beim Kläger seit seiner Geburt vorliegende Schädelasymmetrie eine Krankheit im Sinne des § 27 SGB V darstellt. Ein Leistungsanspruch des Klägers scheitert vorliegend daran, dass der GBA keine positive Empfehlung für die Helmtherapie abgegeben hat. Die Helmorthesenbehandlung stellt zur Überzeugung der Kammer eine neue Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 SGB V dar. Hier geht es konkret um die Einflussnahme auf das Wachstum des Kopfes. Die Behandlung erschöpft sich nicht in der Zurverfügungstellung eines Medizinproduktes. Es erfolgen, bedingt durch das Kopfwachstum	25

des Kindes, regelmäßige Kontrollen und Anpassungen der Orthese im Sinne einer Helmorthesenbehandlung. Eine Abrechnungsmöglichkeit für diese Therapie sieht der EBM-Ä (noch) nicht vor. Eine Empfehlung des GBA über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode fehlt.

Ein Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des GBA bedarf, liegt im Falle des Klägers nicht vor. Die bei ihm nach der Geburt diagnostizierte Schädelasymmetrie ist kein sogenannter Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme von diesem Erfordernis erwogen werden könnte. Ein Seltenheitsfall liegt nach der Rechtsprechung nur dann vor, wenn es sich um eine sehr seltene Erkrankung handelt, die sich wegen ihrer Seltenheit der systematischen wissenschaftlichen Untersuchung entzieht und für die deshalb keine wissenschaftlich auf ihre Wirkung überprüfte Behandlungsmethode zur Verfügung steht. Dies gilt insbesondere bei Erkrankungen, die weltweit nur extrem selten auftreten und die deshalb weder systematisch erforscht noch systematisch behandelt werden können (vgl. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 1). Angesichts der Vielzahl der bei der erkennenden Kammer anhängiger gleichartiger Fälle ist hiervon nicht auszugehen. 26

Ein Leistungsanspruch ergibt sich auch nicht aus einem sogenannten Systemversagen. 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- und Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für die 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, dass Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (vgl. BSG SozR 3-2500 § 135 Nr. 4). Ein solcher Systemmangel liegt nur vor, wenn das Verfahren vor dem GBA von den antragsberechtigten Stellen bzw. dem GBA selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführt wurde. Anhaltspunkte dafür, dass sich der GBA systemwidrig nicht mit der Helmtherapie befasst hat, liegen nach Auffassung der Kammer nicht vor. Evidenzbasierte Leitlinienempfehlungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) oder anderer wissenschaftlicher Fachgesellschaften aus Deutschland zum Einsatz der streitigen Therapie bei Schädelasymmetrien gibt es nicht. Ein Überprüfungsantrag beim GBA wurde daher bisher folgerichtig nicht gestellt. Ein Systemversagen ist entgegen der Auffassung des Klägers darin nicht zu erkennen. 27

Ein Leistungsanspruch ergibt sich auch nicht aus § 2 Abs. 1 a S. 1 SGB V in der ab der 01.01.2012 geltenden Fassung (Bundesgesetzblatt 2011 I S. 2983). Nach dieser Vorschrift können Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zu mindestens wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch eine von § 2 Abs. 1 S. 3 SGB V abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Nach der Gesetzesbegründung (Bundesratsdrucksache 456/11, S. 83) stellte diese Norm eine Klarstellung zum Geltungsbereich des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 (1 BvR 347/98; zitiert nach www.juris.de) für das Leistungsrecht der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Das BVerfG hat in dieser Entscheidung eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass aus dem Grundgesetz keine konkreten krankenversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche hergeleitet werden 28

können, nur für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen gemacht, für die eine allgemein anerkannte, medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht. Eine Schädelasymmetrie stellt keine derart schwerwiegende Erkrankung dar.

Ein Sachleistungsanspruch ergibt sich auch nicht aus § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V. Nach dieser 29
Regelung haben Versicherte Anspruch auf Versorgung mit 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 SGB V ausgeschlossen sind. Eine Koporthese ist ein Hilfsmittel im Sinne des § 33 Abs. 1 S. 1 SGB V. Sie ist jedoch untrennbar mit der Helmtherapie verbunden. Denn nur unter Berücksichtigung des eigenen theoretisch-wissenschaftlichen Konzeptes der Beeinflussung des Kopfwachstums durch eine gezielte Anwendung der Koporthese und Anpassung derselben, kann es letztlich zum Einsatz der Koporthese kommen. Soll ein Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung (§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 3 SGB V) deren "Erfolg sichern" (§ 33 Abs. 1 SGB V) ist seine Verwendung nicht von dem zu Grunde liegenden Behandlungskonzept und den dafür geltenden Anforderungen nach §§ 2 Abs. 1 S. 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 S. 1 SGB V begründeten Leistungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt jegliche Maßnahme im Rahmen einer bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch angewandten "Methode" und demgemäß auch den Einsatz eines entsprechenden Hilfsmittels (vgl. BSG SozR 4-2500 § 139 Nr. 4).

Die Kammer schließt sich der überwiegenden Rechtsprechung an, wonach eine 30
Helmorthesentherapie nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört (vgl. Landessozialgericht Baden-Württemberg, Urteil vom 17.12.2013, L 11 KR 2555/12; Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Beschluss vom 11.03.2013, L 4 KR 52/12 B; Landessozialgericht Berlin-Brandenburg, Urteil vom 19.10.2012, L 1 KR 140/12; Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen, Beschluss vom 09.05.2012, L 11 KR 14/12 B ER; Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Urteil vom 25.01.2012, L 1 KR 342/10; Hessisches Landessozialgericht, Urteil vom 14.09.2011, L 1 KR 178/10; andere Auffassung: Sozialgericht Dresden, Urteil vom 08.06.2011, S 15 KR 286/10; alle zitiert nach www.juris.de).

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG. 31