

## L 10 KR 92/18

Land  
Schleswig-Holstein  
Sozialgericht  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Schleswig (SHS)  
Aktenzeichen  
S 26 KR 266/17  
Datum  
11.07.2018  
2. Instanz  
Schleswig-Holsteinisches LSG  
Aktenzeichen  
L 10 KR 92/18  
Datum  
09.11.2021  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

1. Die Krankenkassen erfüllen den Sachleistungsanspruch eines Versicherten auf die Versorgung mit einem Hilfsmittel durch die Übernahme des vertraglich nach [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) dafür vereinbarten Preises ([§ 33 Abs. 7 SGB V](#)).
2. Die Leistungserbringer sind nicht berechtigt, für das Hilfsmittel von dem Versicherten eine Zuzahlung zu verlangen.
3. Soweit vertraglich nach [§ 127 Abs. 1 SGB V](#) eine bestimmte Form der Mehrkostenerklärung vereinbart worden ist, dürfen Leistungserbringer von dem Versicherten Mehrkosten nach [§ 33 Abs. 1 Satz 9 SGB V](#) nur verlangen, wenn dieser die entsprechende Mehrkostenerklärung tatsächlich abgegeben hat.

Auf die Berufung der Beklagten wird der Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Schleswig vom 11. Juli 2018 aufgehoben und die Klage abgewiesen.

Kosten sind im Klage- und Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

### **Tatbestand**

Die Beteiligten streiten über die Höhe der Kostenübernahme für eine Echthaar-perücke, die die Klägerin über ein in Neumünster ansässiges Haarersatzstudio als Leistungserbringerin bezogen hat.

Die Beklagte und der Bundesverband der Zweithaarspezialisten e.V. (BVZ) vereinbarten am 4. März 2015 die Anwendung des nach [§ 127 Abs 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) mit Wirkung ab 1. August 2014 abgeschlossenen Vertrages des BVZ und der Ersatzkassen über die Versorgung mit Haarersatz in der jeweils gültigen Fassung (im Folgenden Referenzvertrag; § 2 der Vereinbarung der Beklagten mit dem BVZ). Gegenstand des Referenzvertrags ist die Regelung der Einzelheiten der Versorgung der Versicherten (der Ersatzkassen) mit Haarersatz im Rahmen des [§ 33 Abs 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) durch den Mitgliedsbetrieb sowie die Abrechnung der Preise für die vertraglich vereinbarten Hilfsmittel (§ 1 Abs 1 Satz 1), dessen Inhalt im Folgenden auszugsweise wiedergegeben wird:

„Dieser Vertrag berechtigt den Mitgliedsbetrieb nur zur Abgabe solcher Hilfsmittel, für die er die Voraussetzungen gem. den Empfehlungen nach [§ 126 Abs 1 SGB V](#) erfüllt und für die zum anderen eine Lieferung nach diesem Vertrag vereinbart ist (§ 1 Abs 1 Satz 2). Die Höhe des Betrages für vertraglich vereinbarte Hilfsmittel und Nebenleistungen (Beratung, Nachbetreuung sowie Ersatzlieferungen) ergibt sich nach § 4 Abs 4 des Referenzvertrages aus dem Anhang 1 (Hilfsmittelposition 24.00.18.0013, Echthaarersatz Erwachsene bis zu 769,00 EUR netto). Die Erhebung eines Eigenanteils / einer Aufzahlung gegenüber den Versicherten für die Versorgung mit Hilfsmitteln gemäß dieses Vertrags durch den Mitgliedsbetrieb ist mit Ausnahme der gesetzlichen Zuzahlungen unzulässig. Für den Fall, dass der Versicherte - trotz ausführlichen Hinweises und Beratung durch den Leistungserbringer - eine höherwertige Versorgung als medizinisch notwendig und vertraglich vereinbart ist, wünscht, hat der Leistungserbringer den Versicherten zu informieren, dass die Kasse die hierdurch entstehenden Mehrkosten nicht übernimmt. Dies ist schriftlich in Form einer Mehrkostenerklärung (Anlage 3) vom Versicherten zu bestätigen und vom Leistungserbringer festzuhalten und bei der jeweiligen Ersatzkasse auf Verlangen einzureichen. Eigenwünsche des Versicherten, die nicht der Leistungspflicht der Krankenkasse unterliegen, können nur mit dem Versicherten abgerechnet werden (§ 4 Abs 6 Satz 1 bis 4 Referenzvertrag).“

Die 1948 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert und seit Anfang 2014 an Alopecia totalis erkrankt. Sie wurde bereits 2014 erstmals von der Leistungserbringerin mit Haarerersatz versorgt. Der Allgemeinarzt F stellte am 15. Februar 2017 eine Verordnung über eine Echthaarperücke aus. Die Leistungserbringerin erstellte das an die Beklagte adressierte Angebot vom 3. März 2017, die Klägerin mit medizinischem Haarerersatz des Herstellers F1 zu einem Gesamtpreis in Höhe von 2.085,00 EUR (inklusive Zuzahlung in Höhe von 10,00 EUR) zu versorgen. Zur Akte gereicht wurde ein Formular, das im Wortlaut zunächst der Anlage 3 des Referenzvertrages (Mehrkostenerklärung) gleicht, im unteren Fünftel jedoch den Wortlaut „Ich habe diese Erklärung mit ihrem Wortlaut zur Kenntnis genommen, möchte sie so aber nicht unterschreiben“ enthält, den die Klägerin am 3. März 2017 unterzeichnete.

Die Beklagte teilte der Klägerin mit Schreiben vom 10. März 2017 – das mit „Kostenzusage für Ihre Versorgung mit einer Perücke (Echthaar)“ überschrieben ist – mit, nach dem vorliegenden Kostenvoranschlag der Leistungserbringerin vom 3. März 2017 für das beantragte Hilfsmittel Kosten in Höhe von 905,11 EUR zu übernehmen; der Lieferant rechne direkt mit ihr ab. Der Leistungserbringerin übermittelte die Beklagte ein mit gleicher Überschrift versehenes und inhaltlich gleichlautendes Schreiben vom 10. März 2017.

Die Leistungserbringerin berechnete der Beklagten mit Rechnung vom 15. März 2017 für eine aus Echthaar handgeknüpfte Perücke einen Betrag in Höhe von 905,11 EUR. Sie fügte eine von der Klägerin am 14. März 2017 unterzeichnete Empfangsbestätigung für das Modell EW-322 zum Preis von 2.085,00 EUR bei. Der Klägerin stellte die Leistungserbringerin einen Betrag in Höhe von 1.179,89 EUR (2.085,00 EUR abzüglich 905,11 EUR) in Rechnung (Rechnung vom 15. März 2017). Auf dieser Rechnung ist ohne Datumsangabe handschriftlich vermerkt, dass 590,00 EUR per ec-Karte und 589,99 EUR per Überweisung bezahlt wurden. Die Klägerin wurde mit einem Haarerersatz versorgt, der eine Kurzhaarfrisur mit wechselnden hellblonden Haarfarben und einen fransigen Haarschnitt aufwies.

Am 11. April 2017 legte die Klägerin gegen die so bezeichnete Teilbewilligung vom 10. März 2017 Widerspruch ein, mit dem sie auf die Rechtsprechung des BSG in dem Verfahren [B 3 KR 3/14 R](#) hinwies und geltend machte, ausreichender und zweckmäßiger Echthaarerersatz sei für den Betrag der Teilbewilligung nicht zu erhalten. Den Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 15. Juni 2017 zurück. Sie führte aus, der Anspruch einer kahlköpfigen Frau auf Haarerersatz umfasse nicht die komplette Rekonstruktion des ursprünglichen Aussehens, sondern nur die Versorgung, die notwendig sei, um den Verlust des Haupthaars für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich erkennbar werden zu lassen. Sie verwies auf den nach [§§ 126 Abs 1, 127 SGB V](#) mit dem BVZ bestehenden „Vertrag über die Versorgung mit Haarerersatz“ und die dort geregelten Konditionen. Für individuelle Wünsche sei sie als Krankenkasse nicht einstandspflichtig.

Mit der am 14. Juli 2017 bei dem Sozialgericht Schleswig eingegangenen Klage hat die Klägerin begehrt, die Beklagte zur Übernahme weiterer Kosten in Höhe von 1.179,89 EUR zu verpflichten. Die Beklagte hat an ihrer Auffassung festgehalten.

Das Sozialgericht Schleswig hat mit Gerichtsbescheid vom 11. Juli 2018 den Bescheid der Beklagten vom 10. März 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Juni 2017 abgeändert und die Beklagte dazu verurteilt, der Klägerin für die selbstbeschaffte Perücke weitere 1.169,89 EUR zu erstatten. Der Anspruch der Klägerin beruhe auf [§ 13 Abs 3 Alt 2 SGB V](#). Sie habe einen Anspruch auf eine Versorgung mit Haarerersatz als Sachleistung, den die Beklagte am 10. März 2017 zu Unrecht abgelehnt habe. Denn die Beklagte habe suggeriert, es gebe stets einen Festbetrag, der zur freien Verwendung stehe, während etwaige Mehraufwendungen selbst zu tragen seien. Eine Sachversorgung habe die Beklagte damit nicht vorgenommen. Daher habe sich die Klägerin den Haarerersatz selbst beschaffen dürfen. Ihre getätigten Aufwendungen in Höhe von 1.179,89 EUR seien abzüglich einer Eigenbeteiligung nach [§ 61 SGB V](#) zu erstatten. Der Vertrag, den die Beklagte mit dem BVZ nach [§ 127 Abs 2 SGB V](#) geschlossen habe, binde einen Versicherten nur insoweit, als er für die Hilfsmittelversorgung gemäß [§ 126 Abs 1 SGB V](#) nur auf einen durch Vertrag gebundenen Hilfsmittelversorger zurückgreifen dürfe und keine Abgabe von Hilfsmitteln durch Dritte beanspruchen könne. Eine Freistellung vom Sachleistungsprinzip liege darin nicht. Der Versicherte habe regelmäßig keine Kenntnis von dem Vertrag und die Beklagte überbürde dem Versicherten vielmehr unzulässigerweise die Preisgestaltung und das Risiko, dass der Leistungserbringer überhöhte Preise verlange. Konkret gehe die Versorgung der Klägerin nicht über das Maß des Notwendigen hinaus. Der Haarerersatz sei eine schlichte glatte Kurzhaarfrisur, die den Anforderungen der Rechtsprechung nicht zuwiderlaufe.

Gegen die ihr am 17. Juli 2018 zugestellte Entscheidung richtet sich die am 16. August 2018 eingegangene Berufung der Beklagten. Sie macht geltend, der nach [§ 2 Abs 2 SGB V](#) bestehende Sachleistungsanspruch eines Versicherten auf ein Hilfsmittel werde durch Abgabe seitens eines zugelassenen Hilfsmittelversorgers sichergestellt, mit dem die Versorgung regelnde Verträge iSv [§ 126 Abs 1](#) iVm [§ 127 Abs 2 SGB V](#) geschlossen werden und mit dem die Krankenkasse abrechne. Die Beklagte bringt zu der „Vereinbarung über die Anwendung des Vertrages der Ersatzkassen über die Versorgung mit Haarerersatz“ zwischen ihr und dem BVZ vom 4. März 2015 vor, dass die vereinbarten Preise verbindlich, die Mitgliedsverbände des BVZ zur Hilfsmittelversorgung zu diesen Preisen verpflichtet seien und der Vertrag nach [§§ 126 Abs 1, 127 Abs 2 SGB V](#) daher Drittwirkung gegenüber den Versicherten entfalte. Mehrkosten für einen medizinisch begründeten Mehraufwand könnten gegenüber der Krankenkasse abgerechnet werden. Im Übrigen sei in § 4 Abs 6 des Vertrages vereinbart worden, dass der Mitgliedsbetrieb des BVZ dazu verpflichtet sei, die Erhebung eines Eigenanteils gegenüber den Versicherten zu unterlassen. Mehrkosten dürften nur nach vorheriger Vereinbarung entstehen, Versicherte müssten auf die Nichtübernahme zusätzlicher Kosten durch die Krankenkasse hingewiesen werden und sie müssten eine Mehrkostenerklärung unterzeichnen. Ohne Einhaltung dieser Formalien erwachse dem Leistungserbringer gegenüber dem Versicherten kein eigener Aufzahlungsanspruch. Der von der Klägerin gewählte Leistungserbringer sei vertraglich gebunden gewesen. Für einen vom Sozialgericht angenommenen Kostenerstattungs- bzw. Kostenfreistellungsanspruch der Klägerin mangle es an einer rechtsgültigen Zahlungsverpflichtung für die Mehrkosten. Ferner habe die Klägerin nicht konkret vorgetragen, warum aus medizinischen Gründen eine Versorgung zu einem Preis notwendig gewesen sei, der sogar über den Preisen liege, die der BVZ in seiner dem Gericht vorgelegten Kalkulation als Durchschnittspreis angegeben habe.

Die Beklagte beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Schleswig vom 11. Juli 2018

aufzuheben und die Klage abzuweisen.

Die Klägerin beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Klägerin trägt vor, unter Kahlköpfigkeit leidende Frauen hätten nach der Rechtsprechung des BSG einen Anspruch auf Versorgung mit einer Echthaarperücke. Ihr Anspruch als Versicherte auf ein ausreichendes und zweckmäßiges Hilfsmittel resultiere als Sachleistungsanspruch direkt aus dem SGB V. Der Vertrag zwischen dem BVZ und dem vdek entfalte lediglich Rechtswirkung zwischen dem Leistungserbringer und der jeweiligen Krankenkasse, nicht jedoch gegenüber deren Versicherten. Wenn zu den vereinbarten Preisen kein ausreichender und zweckmäßiger Haarerersatz erhältlich sei, könne die Verhandlungsschwäche des BVZ nicht zulasten der Versicherten wirken. Versicherte könnten durch diesen Vertrag nicht verpflichtet werden, eine Mehrkostenerklärung zu unterzeichnen. Eine Umfrage ihres Prozessbevollmächtigten unter Versorgern mit medizinischem Haarerersatz – deren Antworten auszugsweise vorgelegt werden – zeige, dass eine Versorgung mit medizinischem Echthaarerersatz erst ab einem Preis in Höhe von 1.500,00 EUR möglich sei. Die Klägerin legt im Übrigen diverse erstinstanzliche Entscheidungen vor, die ihren geltend gemachten Anspruch stützen sollen.

Der Senat hat den BVZ und den vdek zu dem zwischen ihnen abgeschlossenen Vertrag (Referenzvertrag) insbesondere um Mitteilung gebeten, welche Kalkulationen dem vereinbarten Vertragspreis zugrunde lagen, welche Kostenpositionen (Material, Arbeitsaufwand) variieren und zur Vereinbarung eines Maximalpreises führten und unter welchen Voraussetzungen eine „höherwertige Versorgung als medizinisch notwendig und vertraglich vereinbart iSv § 4 Abs 6 Satz 2 der Vereinbarung“ angenommen wird.

Der BVZ teilte mit Schreiben vom 17. Februar 2021 zusammengefasst mit, dass die vereinbarten Vertragspreise aufgrund eines nachwirkenden kalkulatorischen Defizits bereits seit Ende der 90er Jahre zu niedrig seien, um ein im Einzelfall passendes Hilfsmittel fachgerecht herzustellen. Die Preise seien unter Druck seitens der Krankenkassen vereinbart worden. Sowohl die Kosten für das Material als auch die Arbeitsstunden – ua für die Beratung und Anpassung – würden variieren. Zum vereinbarten Vertragspreis könnten nur Kurzhaarperücken zur Verfügung gestellt werden. Seines Erachtens sei jedoch der Wunsch nach einer bestimmten Frisur und Haarlänge zu berücksichtigen. Eine höherwertige Versorgung komme in Betracht bei großen Kopfgrößen, besonderer oder deformierter Kopfform, bei Irritationen und Unverträglichkeiten auf bestimmte Monturenarten. Der BVZ hat zudem eine Preisübersicht für Echthaarerersatz mit 3 Herstellern (Ellen Wille, Dening, GFH) und deren Modellen (jeweils 8) beigefügt, aus denen sich – Stand 2016 – ein Mittelwert für Perücken aus asiatischem Echthaar von 640,96 EUR netto zzgl MwSt ergeben hat, wobei 14 Modelle unter diesem Mittelwert gelegen haben. Für die Jahre 2019/2020 bzw 2021 haben sich für teilweise namensgleiche Modelle höhere tabellarische Mittelwerte – jeweils zzgl MwSt – ergeben (Ellen Wille 683,00 bzw. 711,06 EUR für 16 Modelle; Dening 640,00 EUR für 24 Modelle; GFH 881,33 bzw 1.059,00 EUR für 12 Modelle). Es sind auch Unterlagen vorgelegt worden, die der BVZ für Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen im Jahr 2019 zusammengestellt hat und aus denen Preislisten zweier Hersteller ersichtlich sind, die einen Durchschnittspreis von 777,11 EUR (GFH Stand August 2017, laut BVZ aktuell bis jedenfalls 7. Mai 2019) bzw. 669,14 EUR (Ade-rans Stand April 2017, laut BVZ aktuell bis jedenfalls 7. Mai 2019) ergeben haben. Ferner hat der BVZ Kalkulationen für die Vergütung des – mit je 2,9 Zeitstunden angegebenen – zeitlichen Aufwands für die gesamte Betreuung eines Versicherten von der telefonischen Terminvereinbarung über die Beratung und Anpassung des Haarerersatzes und Einweisung in dessen Pflege bis zum Abschluss des Abrechnungsvorgangs mit der Krankenkasse vorgelegt (Stand 2017 für Verhandlungen 2019/2020: kalkulatorische Kosten einer Arbeitsstunde in Höhe von 21,90 EUR und der Gemeinkosten je produktiver Stunde in Höhe von 42,71 EUR).

Der vdek hat am 19. Februar 2021 auf die Fragen des Senats dargelegt, die Preis-kalkulation im Rahmen der Versorgungsverträge habe sich an dem Wirtschaftlichkeitsgebot zu orientieren und solle einen wirksamen Preiswettbewerb auslösen. In die Kalkulation würden – getrennt nach Kunsthaar und Echthaar – die Preise des gesamten unteren Preisdrittels der Haarmodelle als Material einfließen. Hinzu kämen die Personalkosten und die durchschnittliche Arbeitszeit sowie ein Allgemeinkostenzuschlag in Höhe von 30 %. Die Preise für Material sowie die durchschnittliche Arbeitszeit und den Stundenlohn habe der BVZ anhand einer Kalkulation dargelegt. Der Wunsch nach einer bestimmten Frisur oder Haarlänge sei subjektiv und nicht vom Leistungsanspruch umfasst. Geleistet werden müsse nur der Haarerersatz, der notwendig sei, um einem unbefangenen Beobachter den Verlust des Haupthaars nicht sogleich erkennbar werden zu lassen.

Der BVZ hat auf weitere Anfrage des Senats mitgeteilt, dass es im Jahr 2017 in Schleswig-Holstein 11 Mitgliedsbetriebe gegeben hat. Die Beklagte hat auf Anfrage eine Liste mit aktuell 21 Leistungserbringern für Echthaarerersatz in Schleswig-Holstein übersandt.

Dem Senat haben die Verwaltungsvorgänge der Beklagten vorgelegen. Für die weiteren Einzelheiten wird auf die aktenkundigen Unterlagen, die Schriftsätze der Beteiligten und die Antworten des BVZ nebst Anlagen sowie des vdek Bezug genommen.

### **Entscheidungsgründe**

Die Berufung der Beklagten ist zulässig, insbesondere form- und fristgerecht (§§ 143, 151 Sozialgerichtsgesetz – SGG) eingegangen, und auch begründet.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage zwar zulässig – insbesondere frist- und formgerecht erhoben worden (§§ 87, 90 SGG) –, jedoch für den geltend gemachten Anspruch auf Kostenerstattung unbegründet (dazu unter 1.). Ein Anspruch auf der Grundlage von Vertrauensschutz (dazu 2.) oder nach den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs (dazu 3.) besteht ebenfalls nicht.

1. Das Sozialgericht hat der Klage zu Unrecht stattgegeben und einen Kostenerstattungsanspruch zu Unrecht bejaht. Die Entscheidung der Beklagten vom 10. März 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Juni 2017 verneint einen weitergehenden Anspruch der Klägerin und damit einen Kostenerstattungsanspruch für die Versorgung mit Haarerersatz zu Recht.

Unter Berücksichtigung der Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch (dazu a)), der Anspruchsgrundlagen für die Versorgung mit Hilfsmitteln (dazu b)), der Qualifizierung von Haarverlust als Behinderung (dazu c)) und der Ausgestaltung des im Recht der gesetzlichen Krankenversicherung geltenden Prinzips der Sachleistung durch Leistungserbringer (dazu d)) hat die Klägerin keinen weitergehenden Anspruch auf Haarerersatz als er bereits mit dem streitgegenständlichen Bescheid vom 10. März 2017 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Juni 2017 gewährt und erfüllt wurde (dazu e)).

a) Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch ist § 8 Abs 1 Zweites Gesetz über die Krankenversicherung der Landwirte (KVLG 1989) iVm § 13 Abs 3 SGB V (in der vom 26. Februar 2013 bis 31. Dezember 2017 geltenden Fassung). Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch

Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (§ 8 Abs 1 KVLG 1989 iVm § 13 Abs 3 Satz 1 SGB V). Maßstab für einen Kostenerstattungsanspruch ist dabei der Grundsatz, dass über die Geltendmachung einer Kostenerstattung nach § 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 13 Abs 3 SGB V](#) kein weitergehender Anspruch erreicht werden kann als bei einer Versorgung mit einer Sachleistung, die den Regelfall der Versorgung darstellt (vgl § 1 Satz 4 KVLG 1989 iVm § 2 Abs 2 Satz 1 SGB V). Ein Kostenerstattungsanspruch setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl BSG, Urteil vom 18. Dezember 2018, [B 1 KR 34/17 R](#), Rn 10, juris). Die Beklagte lehnte es im März 2017 indes rechtmäßig ab, weitergehende Kosten für die Versorgung der Klägerin mit dem beschafften Haarersatz zu übernehmen.

b) Rechtsgrundlage für einen Sachleistungsanspruch der Klägerin auf Versorgung mit dem Hilfsmittel Haarersatz sind § 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3 SGB V](#) sowie [§ 33 SGB V](#) (in der vom 1. Januar 2017 bis 10. April 2017 gültigen Fassung). Nach § 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 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 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Der Anspruch umfasst auch die notwendige Änderung, Instandsetzung und Ersatzbeschaffung von Hilfsmitteln, die Ausbildung in ihrem Gebrauch und, soweit zum Schutz der Versicherten vor unvermeidbaren gesundheitlichen Risiken erforderlich, die nach dem Stand der Technik zur Erhaltung der Funktionsfähigkeit und der technischen Sicherheit notwendigen Wartungen und technischen Kontrollen (§ 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 33 Abs 1 Satz 4 SGB V](#)). Dem voll-ständigen Haarersatz dienende Vollperücken sind keine allgemeinen Gebrauchsgegenstände des täglichen Lebens, weil sie für die speziellen Bedürfnisse an totalem Haarverlust leidender Menschen hergestellt und nur von diesem Personenkreis benutzt werden. Als vollständiger Haarersatz sind Perücken teilweise anders gearbeitet (zB mit einer anderen Art der Befestigung) und dienen auch einer anderen Zweckbestimmung, nämlich dem optischen Ausgleich des fehlenden natürlichen Haupthaars (vgl BSG, Urteil vom 22. April 2015 - [B 3 KR 3/14 R](#) - Rn 14).

c) Unter dem Gesichtspunkt des vollständigen Ausfalls des biologischen Prozesses "Neubildung und Wachstum der Haare" wird totaler Haarausfall zwar nicht als behandlungsbedürftige Krankheit bewertet, weil die Haarlosigkeit nicht zu einer Beeinträchtigung von Körperfunktionen führt und zudem weder die Perücke noch ein anderes Mittel der Krankenbehandlung dem Betroffenen die verlorene Körperbehaarung, hier speziell das Kopfhaar, wieder zu beschaffen vermag (vgl. BSG, Urteil vom 22. April 2015 - [B 3 KR 3/14 R](#) - Rn 22). Dennoch misst das BSG dem Totalverlust der Haare bei Frauen Krankheitswert iS des [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) unter dem Aspekt der entstellenden Wirkung zu (vgl BSG, Urteil vom 22. April 2015 - [B 3 KR 3/14 R](#) - Rn 25 ff; ebenso BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 66/01 R](#) - Rn 14). Ein Mensch sei - so das BSG - wegen seiner Kahlköpfigkeit teilhaberechtlich behindert, wenn der körperliche Zustand entstellend wirke und er deshalb ohne ausgleichende Maßnahmen an der uneingeschränkten Teilhabe am Leben in der Gesellschaft gehindert sei (sog mittelbarer Behinderungsausgleich). Kahlköpfigkeit habe bei Frauen eine entstellende Wirkung, die zwar nicht zum Verlust oder zur Störung einer motorischen oder geistigen Funktion führe, es einer Frau aber erschwere oder gar unmöglich mache, sich frei und unbefangen unter den Mitmenschen zu bewegen; eine kahlköpfige Frau ziehe „naturgemäß“ ständig alle Blicke auf sich und werde zum Objekt der Neugier. Dies habe in aller Regel zur Folge, dass sich die Betroffene aus dem Leben in der Gemeinschaft zurückziehe und zu vereinsamen drohe. Ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft ist beeinträchtigt. Deshalb haben unter Kahlköpfigkeit leidende Frauen regelmäßig einen Anspruch gegen ihre Krankenkasse auf Versorgung mit einer Echthaarperücke in einer Qualität, die den Verlust des natürlichen Haupthaars für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich - nach einem kurzen Blick - erkennen lässt. Ein Anspruch im Sinne einer möglichst umfassenden Rekonstruktion des ursprünglichen Aussehens durch den Haarersatz bestehe jedoch nicht, so dass auch der Wunsch der Versicherten nach einer bestimmten Frisur dann nicht maßgeblich ist, wenn er mit Mehrkosten verbunden ist. Ein ausreichender Behinderungsausgleich werde bei der Perückenversorgung nicht bereits in Frage gestellt, wenn einige wenige vertraute Personen oder Fachleute das Haar als „künstlich“ erkennen (vgl zu alledem BSG, Urteil vom 23. Juli 2002 - [B 3 KR 66/01 R](#) - Rn 20). Dieser Rechtsprechung des BSG schließt sich der Senat insbesondere für Versorgungsfälle bei nicht vorübergehendem Haarverlust an, ohne dass die Wahl einer Versicherten, sich mit einer hautverträglichen Kunsthaarperücke versorgen zu lassen, per se als gesetzeskonforme Versorgung ausgeschlossen ist.

d) Nach § 1 Satz 4 KVLG iVm [§ 2 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) erhalten die Versicherten die Leistungen als Sach- und Dienstleistungen, soweit das Fünfte oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch nichts Abweichendes vorsehen. Über die Erbringung der Sach- und Dienstleistungen schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des Vierten Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern (§ 1 Satz 4 KVLG iVm [§ 2 Abs 2 Satz 3 SGB V](#)). Für die jeweils notwendige Versorgung mit Hilfsmitteln können die Versicherten alle Leistungserbringer in Anspruch nehmen, die Vertragspartner ihrer Krankenkasse sind (§ 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 33 Abs 6 Satz 1 SGB V](#)).

Das Vertragswesen der Krankenkassen und Leistungserbringer ist in § 15 KVLG 1989 iVm § 127 SGB V (hier maßgeblich in der vom 1. Januar 2012 bis 10. April 2017 gültigen Fassung) geregelt. Hat die Krankenkasse Verträge nach [§ 127 Abs 1 SGB V](#) über die Versorgung mit bestimmten Hilfsmitteln geschlossen, erfolgt die Versorgung durch einen Vertragspartner, der den Versicherten von der Krankenkasse zu benennen ist (§ 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 33 Abs 6 Satz 2 SGB V](#)). Abweichend von § 33 Abs 6 Satz 2 können Versicherte ausnahmsweise einen anderen Leistungserbringer wählen, wenn ein berechtigtes Interesse besteht; dadurch entstehende Mehrkosten haben sie selbst zu tragen (§ 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 33 Abs 6 Satz 3 SGB V](#)). Der Abschluss eines Vertrages nach § 15 KVLG 1989 iVm §§ 126, 127 SGB V mit Leistungserbringern für die Versorgung mit Hilfsmitteln führt dazu, dass die Krankenkasse für die Hilfsmittel die jeweils vertraglich vereinbarten Preise übernimmt (siehe § 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 33 Abs 7 SGB V](#)). In den Verträgen haben die Krankenkassen und die Leistungserbringer als Vertragspartner die Qualität der Hilfsmittel sowie die notwendige Beratung der Versicherten und sonstige erforderliche Dienstleistungen sicherzustellen und für eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten zu sorgen (§ 15 KVLG 1989 iVm § 127 Abs 1 Satz 2 SGB V). Vertragsgegenstand sind ferner die Einzelheiten der Versorgung mit Hilfsmitteln, deren Wiedereinsatz, die Qualität der Hilfsmittel und zusätzlich zu erbringender Leistungen, die Anforderungen an die Fortbildung der Leistungserbringer, die Preise und die Abrechnung (§ 15 KVLG 1989 iVm § 127 Abs 2 Satz 1 SGB V).

Aus dem gesetzlich vorgesehenen und durch die nach [§ 127 SGB V](#) abgeschlossenen Verträge sichergestellten Sachleistungsprinzip folgt, dass die Leistungserbringer die Versicherten, die sich an sie wenden, zu den vertraglich vereinbarten Preisen mit Hilfsmitteln zu versorgen haben, die den Anforderungen an den jeweiligen Behinderungsausgleich gerecht werden und dabei die individuelle gesundheitliche Konstitution berücksichtigen, ohne dass sie - abgesehen von den gesetzlichen Zuzahlungsregelungen - (zusätzliche) Zahlungsverlangen an die Versicherten richten können. Eine trotzdem mit dem Versicherten getroffene Honorarvereinbarung über die Kassenleistung ist regelmäßig nichtig: Sie weicht zum Nachteil der Versicherten vom Prinzip kostenfreier Sach- und Dienstleistungsgewährung ab ([§ 32](#)

Sozialgesetzbuch Erstes Buch <SGB I>). Das hat außerhalb der gesetzlichen Zuzahlungsregelungen generell zu gelten und kann nicht auf die Fälle beschränkt sein, in denen Krankenkassen und Leistungserbringer Entsprechendes autonom selbst geregelt haben, wie es in § 18 Abs 1 Satz 2 und Abs 8 Bundesmantelvertrag-Ärzte der Fall ist. Die Nichtigkeit der Honorarvereinbarung erfasst regelmäßig nicht den restlichen Behandlungs- bzw. Versorgungsvertrag. An Stelle von Honoraransprüchen kommen in solchen Situationen nach der Rechtsprechung des BSG auch keine gesetzlichen Ansprüche – insbesondere auf Aufwendungsersatz aus Geschäftsführung ohne Auftrag (§§ 670, 683 Bürgerliches Gesetzbuch<BGB>) oder aus ungerechtfertigter Bereicherung (§ 812 BGB) – gegen den Versicherten in Betracht. Das würde auch die gesetzliche Regelung des Naturalleistungsprinzips unterlaufen (vgl zum Vorstehendem BSG, Urteil vom 18. Juli 2006 – [B 1 KR 9/05 R](#) – Rn 13 juris).

Nur wenn Versicherte Hilfsmittel oder zusätzliche Leistungen wählen, die über das Maß des Notwendigen hinausgehen, haben sie die Mehrkosten und dadurch bedingte höhere Folgekosten selbst zu tragen (§ 8 Abs 1 KVLG iVm [§ 33 Abs 1 Satz 5 SGB V](#)). Die Regelung in [§ 33 Abs 1 Satz 5 SGB V](#) konkretisiert im Bereich der Hilfsmittelversorgung das Wirtschaftlichkeitsgebot, das sich aus [§ 12 Abs 1 SGB V](#) ergibt und das die Krankenkassen, die Leistungserbringer und die Versicherten bei der Inanspruchnahme von Leistungen zu beachten haben (vgl § 1 Satz 4 KVLG iVm [§ 2 Abs 4 SGB V](#)). Diesem Zweck dienen auch die nach [§ 127 SGB V](#) abgeschlossenen Verträge von Hilfsmittellieferanten und gesetzlichen Krankenkassen. Die Versorgung zu Vertragspreisen ist für den Versicherten verbindlich, soweit der Vertragspreis für den Behinderungsausgleich objektiv ausreichend ist (so auch das Hessische Landessozialgericht <LSG>, Urteil vom 11. November 2020, L [8 KR 31/20](#) Rn 23 – die erstinstanzliche Entscheidung insoweit bestätigend).

Entgegen der Annahme der Klägerin war im März 2017 auch eine Versorgung mit Haarersatz zu dem Vertragspreis in objektiv ausreichendem Umfang möglich. Zunächst hat die Klägerin selbst nicht substantiiert vorgetragen, dass es nicht möglich war, sie für 905,11 EUR brutto mit einer Echthaarperücke mit Kurzhaarfrisur zu versorgen, die für einen objektiven Dritten nicht sogleich auf den ersten Blick erkennen lässt, dass sie kein natürliches Haupthaar, sondern einen Haarersatz trägt. Zum anderen war angesichts des Umstandes, dass es im Jahr 2017 in Schleswig-Holstein insgesamt 11 Zweithaarstudios gab, die über ihre Mitgliedschaft im BVZ an der Versorgung mit Haarersatz als Hilfsmittel teilgenommen haben, eine wohnortnahe Versorgung der Versicherten der Beklagten insgesamt und auch der Klägerin sichergestellt. Sie hätte dafür von ihrem Wohnort in Boren aus zB zu näher gelegenen Studios in Flensburg oder Kiel fahren können.

Unabhängig davon ist der Senat zu der freien Überzeugung gelangt ([§ 128 SGG](#)), dass es im März 2017 möglich war, die Klägerin zu dem für die Versicherten der Beklagten maßgeblichen Vertragspreis mit einer Kurzhaarperücke zu versorgen, die einem unbefangenen Beobachter nicht sogleich erkennen lässt, dass eine Versicherte nicht mehr über natürliches Haupthaar verfügt.

Zwar obliegt die Ausgestaltung der Verträge im Sinne von [§§ 126, 127 SGB V](#) den Vertragspartnern – Krankenkasse und Leistungserbringer –, die die vertraglichen Bedingungen zur Umsetzung des Sachleistungsprinzips gegenüber dem Versicherten in einem koordinationsrechtlichen Vertrag iSv [§ 53 Abs 1 Satz 1 SGB X](#) aushandeln (vgl LSG Hamburg, Urteil vom 26. August 2020, [L 1 KR 22/17](#), Rn 54, juris). Angelehnt an die Rechtsprechung des BSG zu Festbeträgen im Rahmen der Hilfsmittelversorgung (vgl BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009, [B 3 KR 20/08 R](#), Rn 28) und zur Vergütung vertragsärztlicher Leistungen (vgl BSG, Urteil vom 11. Oktober 2017, [B 6 KA 35/17 R](#), Rn 36, juris), prüft der Senat gleichwohl, ob der vereinbarte Vertragspreis evident unzureichend ist bzw willkürlich bestimmt wurde, und daher den Sachleistungsanspruch der Versicherten der Beklagten nicht sicherstellen konnte.

Die Einschätzung, dass eine Versorgung der Klägerin mit Echthaarersatz zu den Vertragspreisen möglich und dieser als Maximalpreis weder evident unzureichend noch willkürlich bestimmt war, stützt der Senat dabei auf die Antworten und Unterlagen, die der BVZ auf Anfrage des Senats überlassen hat. Der BVZ antwortete auf Nachfrage, dass für die vereinbarten Vertragspreise jedenfalls die Versorgung mit einer Echthaarperücke mit Kurzhaarfrisur möglich sei. Diese Einlassung wird durch die Auswertung der vom BVZ übermittelten kalkulatorischen Unterlagen gestützt, wobei diese nicht nach der Haarlänge differenzieren. Nach den Unterlagen standen im März 2017 jedenfalls 14 Modelle für Echthaarperücken von drei Herstellern (Ellen Wille, Dening, GFH) zur Verfügung, deren Preise unter dem Mittelwert von 640,96 EUR netto zzgl MwSt lagen (Stand 2016: Preisspanne 385,00 EUR bis 635,00 EUR). Soweit der BVZ im Mai 2019 Kalkulationsunterlagen für künftige Vertragsverhandlungen mit Krankenkassen zusammenstellte, aus denen sich für 16 Modelle für Echthaarperücken von A (Stand April 2017) ein Durchschnittspreis von 669,06 EUR und für 10 Modelle mit anhand der Farbbilder erkennbar unterschiedlichen Haarlängen von GFH ein Durchschnittspreis von 777,11 EUR ergibt, zeigt die Übersicht der ausgewählten Modelle, dass im Jahr 2017 unter diesen 26 Modellen mindestens 11 Modelle unterschiedlicher Haarlängen und Haarfarben für einen Preis von unter 640,96 EUR zzgl MwSt verfügbar waren (wobei es zwei doppelt berücksichtigte Modellbezeichnungen aus den Aufstellungen des BVZ für 2016 und der Hersteller für 2017 gibt). Der Vergleich der vom BVZ aufgestellten Preislisten Stand 2016 und Stand 2019/2020 bzw 2021 der Hersteller E, D und G zeigt einerseits eine Preissteigerung für namensgleiche Modelle, andererseits aber auch, dass 2019/2020 weitere 10 Modelle von E und D für einen Preis unterhalb des oben genannten Mittelwertes von 640,96 EUR verfügbar waren, die – sofern sie bereits 2016/2017 angeboten wurden – im hier maßgeblichen Zeitraum preisgünstiger gewesen sein dürften. Der Senat hat keinen Anlass anzuzweifeln, dass der BVZ für Vertragsverhandlungen mit den Krankenkassen über die Leistungserbringung Modelle in seine Kalkulation eingestellt hat, die dem Grunde nach geeignet sind, den Sachleistungsanspruch des Versicherten auf eine Versorgung mit Haarersatz, der einem unbefangenen Beobachter den Verlust des Haupthaars nicht sogleich erkennbar werden lässt, qualitativ zu erfüllen.

Nachvollziehbar ist, dass in den Vertragspreis im Sinne von [§ 127 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) nicht nur die reinen Materialkosten für den Haarersatz einfließen, sondern auch der Zeitaufwand für die Erfüllung der Hilfsmittelversorgung kalkulatorisch berücksichtigt wird. [§ 33 Abs 4 SGB V](#) sieht vor, dass der Anspruch des Versicherten unter anderem die Ausbildung im Gebrauch des Hilfsmittels umfasst, und nach [§ 127 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) ist über die Leistungserbringungsverträge auch die Beratung der Versicherten und die Erbringung sonstiger erforderlicher Dienstleistungen sicherzustellen. Der Senat lässt dabei offen, ob die vom BVZ vorgelegte Kalkulation zum zeitlichen Aufwand für die Versorgung eines Versicherten vollumfänglich schlüssig ist oder nicht, in welcher Höhe Gemeinkosten pro produktiver Stunde oder pro Arbeitsstunde zu bemessen sind und zu welchem prozentualen Anteil ein gesicherter Gewinnanteil einzupreisen ist. Solche Fragestellungen könnten Gegenstand einer Vertragsanpassung nach [§ 59](#) Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) sein oder müssten in einem Schiedsverfahren ([§ 127 Abs 1a SGB V](#) in der ab 23. Mai 2020 gültigen Fassung) geklärt werden, wenn sie zwischen den Krankenkassen und den Leistungserbringern im Rahmen von Vertragsverhandlungen streitig bleiben. Der Senat geht jedoch davon aus, dass die Kundschaft eines Zweithaarspezialisten nicht nur aus erstmals zu versorgenden Versicherten besteht, sondern auch aus Versicherten, die mit einer Folgeverordnung eine Versorgung benötigen, bereits Erfahrungen mit Haarersatz haben und daher einen geringeren Beratungs- und Betreuungsbedarf haben als Erstzuversorgende. Ausgehend von einem kalkulatorischen Durchschnittspreis für Haarersatz (640,96 EUR) und den – vom Senat weder dem Grunde nach bewertet, noch der Höhe nach geprüften – vom BVZ kalkulierten Kosten für eine Arbeitsstunde

(21,90 EUR) und kalkulierten Gemeinkosten pro produktiver Stunde (42,17 EUR) ist für den Senat nicht offensichtlich, dass im März 2017 ein Vertragspreis von 769,00 EUR zzgl MwSt evident unzureichend gewesen ist, um die Versorgung von Versicherten mit Echthaarersatz nebst der begleitenden Dienstleistungen zu gewährleisten, die einem unbefangenen Beobachter denn Verlust des Haupthaars nicht sogleich erkennbar werden lässt, und einen im Einzelfall je nach Modell variierenden Gewinnanteil zu ermöglichen. Der Senat berücksichtigt dabei auch, dass die Versorgung durch Leistungserbringer im System der gesetzlichen Krankenversicherung einer Mischkalkulation unterliegt und die wirtschaftliche Tragfähigkeit eines Leistungserbringers von einer Vielzahl individuell beeinflussbarer Faktoren (zB Kostenstruktur, Standort) abhängt, und die Vergütung einer nach dem SGB V erbrachten Leistung nicht notwendigerweise in jedem Fall einen Gewinn sicherstellen muss (vgl BSG, Urteil vom 14. März 2001, – [B 6 KA 54/00 R](#) –, Rn 28, juris; ebenso BSG, Beschluss vom 30. Oktober 2019 – [B 6 KA 6/19 B](#) – Rn 10, juris). Auch eine Fallgestaltung, die krankheitsbedingt eine besondere Beschaffenheit an den Kontaktflächen mit der Kopfhaut erforderlich machen könnte, liegt hier nicht vor, so dass in diesem Verfahren kein Anlass bestanden hat, den vereinbarten Vertragspreis unter diesen Gesichtspunkten vertieft darauf zu prüfen, ob er in solchen Einzelfällen eine notwendige Versorgung ermöglicht oder nicht.

e) Die Klägerin wurde am 14. März 2017 durch die Leistungserbringerin mit der im Angebot vom 3. März 2017 genannten Echthaarperücke versorgt. Den vorstehend beschriebenen Leistungsanspruch der Klägerin gegen die Beklagte erfüllte letztere durch die im Bescheid vom 10. März 2017 ausgesprochene Bewilligung.

Die der Klägerin übermittelte Entscheidung der Beklagten vom 10. März 2017, sie werde für den Haarsatz 905,11 EUR übernehmen, enthält dabei – entgegen der Auffassung des SG – keine rechtswidrige Suggestion, dass eine Versorgung mit Haarsatz nur zu Festpreisen im Sinne von [§ 35 SGB V](#) möglich sei. Die Auslegung der Entscheidung der Beklagten ergibt vielmehr, dass sie das Hilfsmittel Haarsatz dem Grunde nach bewilligte, dafür einen Anspruch auf Versorgung mit einer Echthaarperücke anerkannte und mitteilte, zu welchen Kosten die Versorgung ihrerseits erfolgt. Die Anspruchsgrundlage für Hilfsmittel – [§ 8 KVLG 1989 iVm § 33 SGB V](#) – regelt in Absatz 7, dass die Krankenkasse die jeweils vertraglich vereinbarten Preise übernimmt und normiert daher bereits unmittelbar in der für den Versicherten geltenden Regelung – und nicht erst in [§ 127 SGB V](#) –, dass im Rahmen der Versorgung nach dem Sachleistungsprinzip vertraglich vereinbarte Preise gezahlt werden. Da das Angebot vom 3. März 2017 für die von der Klägerin gewählte Versorgung über diesem Betrag lag, war eine Formulierung wie von der Beklagten am 10. März 2017 gewählt notwendig, um der Klägerin als Versicherter zu verdeutlichen, dass im Ergebnis höhere Kosten als 905,11 EUR zwar kein Hinderungsgrund für die Bewilligung der Versorgung dem Grunde nach sind, jedoch über diesen Betrag hinausgehende Kosten nicht von der Beklagten übernommen werden. In der Widerspruchsbegründung wird das Vertragssystem für die Leistungserbringung mittels Hilfsmittellieferanten überdies erläutert. Dass diese Erläuterung nicht bereits am 10. März 2017, sondern erst zu einem späteren Zeitpunkt nach der bereits erfolgten Beschaffung abgegeben wurde, ist vorliegend unschädlich, da die Klägerin bereits mit dem Zugang der Entscheidung vom 10. März 2017 wusste, dass nicht die vollen Kosten aus dem Angebot vom 3. März 2017 übernommen werden. Es handelte sich allenfalls um einen Begründungsmangel in der Ausgangsentscheidung, der jedoch nach [§ 41 Abs 1 Nr 2 SGB X](#) mit der Begründung in der Widerspruchsentscheidung geheilt wurde.

Da kein Anspruch auf Wiederherstellung des ursprünglichen Aussehens besteht und der Anspruch auf Haarsatz nur sicherstellen soll, dass für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich nach einem kurzen Blick erkennbar ist, dass die Versicherte nicht (mehr) über natürliches Haupthaar verfügt, hatte die Klägerin zudem keinen Anspruch auf einen Haarsatz mit einer bestimmten Haarlänge oder Frisur. Bei der Versorgung mit Haarsatz entstehen nicht zu Lasten der GKV übernahmefähige Mehrkosten beispielsweise durch besondere Farb- oder Frisierwünsche der Versicherten, die nicht allein dazu dienen, den Verlust des Haupthaars für einen unbefangenen Beobachter nicht sogleich erkennbar werden zu lassen, sondern der individuellen Gestaltung des äußerlichen Erscheinungsbildes geschuldet sind. Diese Mehrkosten sind – wie bereits [§ 8 KVLG 1989 iVm § 33 Abs 1 Satz 5 SGB V](#) vorsieht – von dem Versicherten zu tragen. Dabei hat der Leistungserbringer gegen den Versicherten einen Anspruch auf Zahlung der den Vertragspreis übersteigenden Mehrkosten für die individuelle Ausgestaltung des Haarsatzes aber nur dann, wenn der Versicherte die als Anlage zu dem nach [§ 15 KVLG 1989 iVm § 127 Abs 2 SGB V](#) abgeschlossenen Vertrag vorgesehene Mehrkostenerklärung unterschreibt. Wenn eine solche Erklärung nicht unterschrieben oder das Formular vor der Unterschrift des Versicherten von dem Leistungserbringer in einer Weise ergänzt wird, die den referenzvertraglich vorgesehenen Charakter der entsprechenden Anlage zur Mehrkostenerklärung konterkariert, wird – wie vorangestellt dargelegt – ein Anspruch des Leistungserbringers gegen den Versicherten hinsichtlich der Mehrkosten vor dem Hintergrund der Regelung in [§ 32 SGB I](#) nicht begründet.

Dabei hat der Senat keine Zweifel daran, dass die Vertragspartner des Referenzvertrags auch berechtigt gewesen sind, bei der Versorgung mit Haarsatz in dem Vertrag derartige (formale) Anforderungen für den möglichen Anspruch der Leistungserbringer auf Mehrkosten (hier: durch die Unterzeichnung einer anlagekonformen Mehrkostenerklärung durch die Versicherten) festzulegen. Das ergibt sich mit hinreichender Deutlichkeit aus dem Gesetzeswortlaut in [§ 127 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) (zum Versorgungszeitpunkt noch geregelt in [§ 127 Abs 2 Satz 1 SGB V](#) aF), wonach in den Referenzverträgen ua Einzelheiten über „die Preise und die Abrechnung“ aufzunehmen sind. Dabei bezieht sich der Begriff der Abrechnung ersichtlich auf die Gesamtkosten des jeweiligen Haarsatzes und umfasst daher auch die Kostenanteile, die ggf zwischen den Versicherten und den Leistungserbringern über die Abgabe vertragskonformer Mehrkostenerklärungen abzurechnen sind. Insoweit schließt das vorliegend zu beachtende gesetzliche Regelwerk zur Abgabe von Hilfsmitteln an Versicherte vertraglich vereinbarte Formerfordernisse für Mehrkostenerklärungen oder –vereinbarungen mit ein.

2. Ein weitergehender Kostenerstattungsanspruch steht der Klägerin gegen die Beklagte auch nicht aus Vertrauensschutzgründen zu. Ein solcher Anspruch kann entstehen, wenn durch rechtswidriges Verhalten eines Leistungserbringers ein Vertrauenstatbestand geschaffen wird, der die Krankenkasse verpflichtet, ihr Mitglied von den Kosten einer außervertraglichen (ärztlichen) Behandlung freizustellen. Das kommt nach der Rechtsprechung des BSG in Betracht, wenn der Arzt dem Versicherten den Eindruck vermittelt, eine von ihm durchgeführte oder veranlasste, objektiv ungerechtfertigte Behandlung werde im Rahmen des Sachleistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung kostenfrei erbracht. Die Krankenkasse muss dann die Leistung als Sachleistung gegen sich gelten lassen und sich wegen der entstandenen Aufwendungen mit dem pflichtwidrig handelnden Leistungserbringer auseinandersetzen (vgl BSG, Urteil vom 9. Oktober 2001 – [B 1 KR 26/99 R](#) – Rn 16 mwN). Da die Klägerin im Termin zur mündlichen Verhandlung am 9. November 2021 erklärte, ihr seien im März 2017 Modelle gezeigt worden, für die sie nur die Zuzahlung (im Sinne von [§ 8 Abs 1 KVLG 1989 iVm § 61 SGB V](#)), jedoch keine Mehrkosten (im Sinne von [§ 8 Abs 1 KVLG 1989 iVm § 33 Abs 1 Satz 5 SGB V](#)) hätte tragen müssen, und ihr außerdem im Rahmen der Betreuung durch die Leistungserbringerin bewusst gewesen ist, dass sie die den Vertragspreis übersteigenden Mehrkosten – hier für die individuell bevorzugte Gestaltung des Haarsatzes mit wechselnden Haarfarben – selbst tragen müsse, liegt zur Überzeugung des Senats keine für die Annahme eines Vertrauenstatbestandes vergleichbare Fallkonstellation vor.

3. Ein Anspruch nach den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs - wie er in einer Entscheidung des 5. Senats des Schleswig-Holsteini-schen Landessozialgerichts vom 19. September 2019 (L 5 KR 121/17) angenommen wurde - besteht zur Überzeugung des erkennenden Senats ebenfalls nicht.

Der erkennende Senat schließt sich der Rechtsprechung des BSG an, wonach ein Kostenerstattungsanspruch bereits deshalb nicht aus den Grundsätzen über den sozialrechtlichen Herstellungsanspruch hergeleitet werden kann, weil er durch [§ 13 Abs 3 SGB V](#) ausgeschlossen wird (vgl BSG, Urteil vom 26. Mai 2020

- [B 1 KR 21/19 R](#) - Rn 21, juris). Der sozialrechtliche Herstellungsanspruch greift nach den allgemeinen richterrechtlichen Grundsätzen bei einer dem zuständigen Sozialleistungsträger zuzurechnenden Pflichtverletzung ein, durch welche dem Berechtigten ein sozialrechtlicher Nachteil oder Schaden entstanden ist. Auf der Rechtsfolgenseite muss durch die Vornahme einer Amtshandlung des Trägers ein - gesetzeskonformer - Zustand hergestellt werden können, der bestehen würde, wenn die Pflichtverletzung nicht erfolgt wäre (vgl exemplarisch BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - Rn 22 mwN, juris). Wenn als rechtmäßige Amtshandlung einer Pflichtverletzung im Rahmen der Leistungserbringung durch die Krankenkasse die Erfüllung eines Kostenerstattungsanspruchs folgt, reicht der richterrechtlich entwickelte sozialrechtliche Herstellungsanspruch nicht weiter als der gesetzlich normierte Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs 3 SGB V](#). Denn dieser schließt bereits Lücken in dem durch das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung garantierten Versicherungsschutz, die durch ein Systemversagen entstanden sind. In welcher Weise die Lücke zu schließen ist, hängt in diesem Sinne jeweils von der Art des Systemversagens ab, die den Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) begründet (vgl BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - Rn 23, juris). Wenn jedoch ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 SGB V](#) nicht besteht, weil die Krankenkasse (wie hier die Beklagte) der Versicherten (wie hier der Klägerin) Leistungen für Haarerersatz bereits gesetzeskonform erbracht hat, ist für einen weitergehenden Anspruch auf der Grundlage des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs kein Raum.

4. Nach alledem steht fest, dass der Sachleistungsanspruch der Klägerin nach § 8 Abs 1 KVLG iVm den [§§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 3](#) und 33 SGB V auf die Versorgung mit einer Echthaarperücke nur in dem von der Beklagten in den angefochtenen Bescheiden gewährten Umfang bestanden hat. Dabei war außerdem die Leistungserbringerin, die die Klägerin im März 2017 mit einer Echthaarperücke versorgte, nicht berechtigt, dafür von der Versicherten eine Zuzahlung und/oder Mehrkosten in Höhe von insgesamt 1.178,89 EUR zu fordern. Hintergrund ist, dass die Klägerin die als Anlage zu dem Referenzvertrag vorgesehen Mehrkostenerklärung ausdrücklich nicht unterschreiben wollte, sodass die Leistungserbringerin nach den für sie bindenden vertraglichen Bestimmungen nur die Wahl hatte, entweder die von der Versicherten ausgewählte Echthaarperücke zu dem vereinbarten Vertragspreis abzugeben oder die Versicherte mit einer anderen Perücke im Rahmen des Sachleistungsanspruchs - und zwar in Höhe des vereinbarten Vertragspreises - zu versorgen.

Da sich aber bereits aus dem Gesetzeswortlaut für den von der Klägerin in dem hier anhängigen Verfahren geltend gemachten Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) ergibt, dass ggf nur tatsächlich entstandene Kosten von der Krankenkasse zu erstatten sind, hat die Beklagte hier - wie vorangestellt dargelegt - weder eine (Sach-)Leistung zu Unrecht abgelehnt noch sind der Klägerin durch die von ihr selbstbeschaffte Echthaarperücke weitere (erstattungsfähige) Kosten entstanden.

Auf die Berufung der Beklagten war daher die klagestattgebende Entscheidung des SG insgesamt aufzuheben.

5. Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs 1 SGG](#) und orientiert sich am Ausgang des Verfahrens.

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

Rechtskraft  
Aus  
Saved  
2022-01-27