

L 1 KR 298/10

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 15 KR 258/07
Datum
19.08.2010
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 298/10
Datum
17.04.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 19. August 2010 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenersatzung für eine in den Niederlanden durchgeführte USPIO-MRT in Höhe von 1.500,00 EUR.

Bei dem 1937 geborenen und bei der Beklagten versicherten Kläger wurde Anfang des Jahres 2005 ein Prostatakarzinom Stadium Gleason 7 ohne Metastasen diagnostiziert. Im Rahmen der Untersuchungen in Deutschland erfolgten eine Biopsie, ein Röntgen der Lunge, ein Skelettszintigramm und ein CT. Am 20. April 2005 ließ der Kläger durch Prof. QQ. im ärztlichen Zentrum der Universität WW. in den Niederlanden ambulant eine USPIO-MRT durchführen. Hierbei handelt es sich um ein spezielles MRT-Verfahren, bei dem Eisenoxidpartikel eingesetzt werden. Mit 30 Nanometer kleinen Eisenpartikeln und der Magnetresonanztomographie können bei Patienten mit Prostatakarzinom selbst kleine Lymphknoten-Metastasen identifiziert werden, die anderen bildgebenden Verfahren entgehen. Dieses Verfahren wird in Europa nur durch Prof. QQ. durchgeführt.

Am 14. Dezember 2005 stellte der Kläger über seine Hausärztin, Frau EE., bei der Beklagten unter Beifügung einer Rechnung vom 20. April 2005 in Höhe von 1.500,00 EUR einen Antrag auf Kostenersatzung für die USPIO-MRT. Zur Begründung wies er darauf hin, dass bei ihm aufgrund der speziellen Diagnostik eine Operation habe vermieden werden können, die mit einer 50% bis 80% Wahrscheinlichkeit eine Harninkontinenz und/oder eine dauerhafte Impotenz hervorgerufen hätte. Die erfolgreiche Bestrahlungstherapie (IMRT) nebst Hormontherapie sei in GT. erfolgt und insoweit auch von der Beklagten übernommen worden. Durch die erweiterte Diagnostik liege eine effektive Therapie vor, die der Krankenkasse erhebliche Geldleistungen erspart habe. Die Beklagte holte ein Gutachten bei dem medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK), Dr. RR., am 12. Januar 2006 ein und lehnte den Antrag auf Kostenersatzung mit Bescheid vom 19. Januar 2006 ab. Den hiergegen am 15. Februar 2006 erhobenen Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 24. April 2007 zurück. Die USPIO-MRT stelle keine Vertragsleistung innerhalb Deutschlands dar. Zudem sei eine Behandlung bzw. Diagnostik nicht nur in den Niederlanden möglich gewesen.

Hiergegen hat der Kläger am 16. Mai 2007 Klage zum Sozialgericht Gießen erhoben und zur Begründung darauf hingewiesen, dass durch die Diagnostik eine risikoreiche OP habe vermieden werden und er eine schonende Behandlung habe nutzen können. Die in Deutschland vorgenommenen Untersuchungsmaßnahmen seien nicht genau genug, um eine extraprostatistische Tumorextension oder die Lymphknoten zu detektieren. Zudem habe der Gemeinsame Bundesausschuss über die streitgegenständliche Methode ohne sachlichen Grund noch nicht zeitgerecht entschieden. Allein der Erfolg der Behandlung zeige, dass die Methode wirksam sei. Durch die genaue Identifizierung der krebsbefallenen Stellen und der damit gegebenen Möglichkeit der punktuellen Bestrahlung sei ein wesentlich höherer Behandlungserfolg erzielbar. Die Beklagte hat im Klageverfahren an ihrer Rechtsauffassung, dass eine Kostenersatzung im vorliegenden Fall nicht in Betracht komme, festgehalten. Als vertragliche Alternativen der streitgegenständlichen Diagnostik stünden MRT, Ultraschall, Biopsie und CT zur Verfügung. Das Gericht hat Befundberichte bei Prof. QQ. und Frau EE. und eine Auskunft beim Gemeinsamen Bundesausschuss zu der Methode USPIO-MRT bei Prostatakarzinom eingeholt. Auf die mündliche Verhandlung vom 19. August 2010 hat das Gericht die Klage abgewiesen. Eine Kostenersatzung aufgrund der Leistungserbringung im Ausland komme nicht in Betracht, da Grundlage eines solchen Erstattungsanspruchs das Bestehen eines entsprechenden Primäranspruches sei. Ein solcher bestehe jedoch für die begehrte USPIO-MRT

nicht. Bei der USPIO-MRT handele es sich um eine neue Untersuchungsmethode, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss noch nicht überprüft worden sei, weil keine diesbezügliche Antragstellung vorliege. Ein Behandlungsanspruch ergebe sich auch nicht aus der Verfassung, da die Krankheit des Klägers weder lebensbedrohlich noch in der Regel tödlich verlaufend sei. Zudem fehle es an einem so genannten Systemversagen im Inland.

Gegen das den Prozessbevollmächtigten des Klägers am 9. September 2010 zugestellte Urteil hat dieser am 4. Oktober 2010 Berufung zum Hessischen Landessozialgericht erhoben und zur Begründung ausgeführt, dass entgegen der Auffassung des erstinstanzlichen Gerichtes bei ihm ein Notfall vorgelegen habe. Seine Krebserkrankung sei eine lebensbedrohliche Erkrankung gewesen und habe keinerlei behördliche Auseinandersetzung zu der Frage, ob er diese Untersuchung vornehmen lassen dürfe oder nicht, geduldet. Es läge ein Systemversagen im Inland vor, da ihn die üblichen Behandlungsmethoden bei ihrer Vornahme gesundheitlich erheblich beeinträchtigt hätten und sie seine lebensbedrohliche Erkrankung u.U. nicht so zielgenau hätten bekämpfen können.

Der Kläger beantragt sinngemäß,
das Urteil des Sozialgerichtes Gießen vom 19. August 2010 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 19. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. April 2007 zu verurteilen, ihm die Kosten der USPIO-MRT bei Prof. QQ. in den Niederlanden in Höhe von 1.500,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die erstinstanzliche Entscheidung für zutreffend.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Anhörung des Klägers im Rahmen des Erörterungstermins vom 23. Februar 2012.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Verwaltungsvorgänge der Beklagten und der Gerichtsakte Bezug genommen, die Gegenstand der Beratung waren.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im vorliegenden Fall im schriftlichen Verfahren entscheiden, da die Beteiligten hierzu ihr Einverständnis erklärt haben, [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#).

Die zulässige Berufung ist nicht begründet.

Der Bescheid vom 19. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 24. April 2007 ist nicht rechtswidrig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten. Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die in den Niederlanden durchgeführte USPIO-MRT.

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung – \(SGB V\)](#) liegen nicht vor. Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 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.

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) lag nicht vor. 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 (Bundessozialgericht, Urteil vom 25. September 2000, [B 1 KR 5/99 R](#) - juris -; Wagner in: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung Pflegeversicherung, Kommentar, Stand: November 2011, § 13 Rdnr. 26 ff.). Diese Voraussetzungen sind vorliegend nicht gegeben. Nach dem eigenen Vortrag des Klägers handelte es sich um eine geplante Untersuchung. Es erfolgte, nachdem Anfang des Jahres 2005 aufgrund des klinischen Bildes bei dem Kläger der Verdacht eines Prostatakarzinoms auftrat, eine Biopsie mit nachfolgender Befundung durch ein pathologisches Institut. Anschließend wurde eine Zweitmeinung bei Prof. TT. in BA. eingeholt (1. April 2005) und der Kläger begab sich in die urologische Tumorsprechstunde, bevor er sich nach intensiver Beratung mit seiner Hausärztin, Frau EE., für die Strukturierung der weiteren Behandlung zur Durchführung der USPIO-MRT (20. April 2005) in den Niederlanden entschied. Aufgrund dieses Ablaufes dürfte sich nach der Auffassung des Senats der Diagnosebedarf bis zuletzt nicht zur Unaufschiebbarkeit verdichtet haben.

Zudem liegt die von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) geforderte Kausalität zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten und den aufgewandten Kosten für die USPIO-MRT nicht vor. 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 (Bundessozialgericht, Urteil vom 30. Juni 2009, [B 1 KR 5/09 R](#) - juris -). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihren – Gesundheitsgefährdungen und wirtschaftliche Risiken vorbeugenden – Beratungsauftrag erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen, um gegebenenfalls aufzuzeigen, welche Leistungen anstelle der begehrten in Betracht kommen. Gerade dies war der Beklagten jedoch im vorliegenden Fall verwehrt. Bei Einreichen der schriftlichen Unterlagen bei der Beklagten und der Stellung des Kostenerstattungsantrages waren seit der Durchführung der USPIO-MRT bereits fast 8 Monate vergangen.

[§ 13 Abs. 4 SGB V](#) eröffnet dem Kläger gleichfalls keinen Anspruch auf Kostenerstattung. Danach sind Versicherte zwar berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu

nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat sind auf der Grundlage eines Pauschbetrages zu erstatten oder unterliegen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung, [§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#). Ist eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union oder einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich, kann die Krankenkasse die Kosten der erforderlichen Behandlung auch ganz übernehmen, [§ 13 Abs. 4 Satz 6 SGB V](#).

Kostenerstattungsansprüche nach Abs. 4 des [§ 13 SGB V](#) hängen jedoch davon ab, dass der Versicherte einen Primäranspruch auf die entsprechende Dienst- oder Sachleistung im Inland hat. Sie können die Grenzen des Leistungssystems nicht sprengen, sondern setzen einen Leistungsanspruch voraus. Nicht Art und Umfang der Leistung ändern sich, zugelassen wird lediglich die Selbstbeschaffung der Leistung in dem EU/EWR-Ausland (Brandts in: Kasseler Kommentar, Sozialversicherungsrecht, Band 1, Stand: April 2011, SGB V, § 13 Rdnr. 117 ff).

Die von dem Kläger begehrte USPIO-MRT ist vom Leistungskatalog des SGB V in der ambulanten Versorgung nicht umfasst.

Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) und damit der Anspruch auf eine der Behandlung denknöwendigerweise vorgeschaltete Untersuchung unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich 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 gemäß [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) 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 nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KR 2/08 R](#)). "Neu" ist eine Methode, wenn sie - wie die USPIO-MRT - nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen enthalten ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 5. Mai 2009, [B 1 KR 15/08 R](#)). Eine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses lag im Untersuchungszeitpunkt nicht vor.

Der von dem Kläger speziell für seinen Einzelfall geltend gemachte Behandlungserfolg ist unerheblich, da die streitige Diagnostik und Therapie wissenschaftlich anerkannt sein muss, um den sich für den Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen genügen zu können. Ein Ausnahmefall, in dem es keiner positiven Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses bedarf, ist vorliegend nicht gegeben. Für einen Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme von diesem Erfordernis erwogen werden könnte, ist nichts vorgetragen oder sonst ersichtlich, ebenso wenig für ein Systemversagen wegen verzögerter Bearbeitung eines Antrags auf Empfehlung einer neuen Methode, da nach Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 31. August 2009 kein Antrag zur Prüfung dieser Methode durch die antragsberechtigten Organisationen vorliegt.

Zu keinem anderen Ergebnis führt im vorliegenden Fall aufgrund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichtes vom 6. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#) - Nikolausbeschluss -) die verfassungskonforme Auslegung der Normen des SGB V.

Diese Auslegung hat zur Folge, dass im Rahmen der Anspruchsvoraussetzungen von [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit ausnahmsweise bejaht werden müssen, obwohl eine Behandlungsmethode an sich von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist. Die verfassungskonforme Auslegung setzt voraus, dass eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vorliegt, bezüglich dieser Krankheit eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht und dass bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode eine "auf Indizien gestützte", nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Nach der Auffassung des Senats kann im vorliegenden Fall offen bleiben, ob die vom Bundesverfassungsgericht entwickelten Grundsätze nicht nur bei der Behandlung einer Erkrankung, sondern auch bei der reinen Diagnostik gelten (so: Landessozialgericht Schleswig-Holstein, Urteil vom 21. Mai 2008, [L 5 KR 81/06](#)).

Die Voraussetzungen für eine derartige Leistungserweiterung sind vorliegend nicht gegeben. Zwar lag bei dem Kläger ein Prostatakarzinom im Stadium 7 nach Gleason vor (Gleason-Klassifikation 2 = wenig, 10 = stark maligne), so dass nach der Auffassung des Senats von einer lebensbedrohlichen Erkrankung gesprochen werden kann, da es sich nicht mehr um ein Prostatakarzinom im Anfangsstadium handelte (vgl. Bundessozialgericht, Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 12/05 R](#)). Für die Erkrankung des Klägers standen jedoch sowohl in der Behandlung (Prostatektomie, Radiatio, Hormontherapie) als auch in der Diagnostik (MRT, Ultraschall, Biopsie, CT) allgemein anerkannten medizinischen Standards entsprechende zumutbare Alternativen zur Verfügung. Hierbei stützt sich der Senat auf das MDK-Gutachten von Dr. RR. vom 12. Januar 2006. Soweit der Kläger vorträgt, dass er durch die - unstreitig - (vgl. MDK-Gutachten vom 28. Juli 2009, Dr. RR.) spezifiziertere Diagnostik eine schonende Behandlung erhalten habe, führt dies gerade nicht zu einer Erweiterung des Leistungsspektrums. Die gesetzlichen Krankenkassen sind nicht von Verfassungen wegen gehalten, alles zu leisten, was als Mittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (Bundesverfassungsgericht, Urteil vom 5. März 1997, [1 BvR 1071/95](#)). Der Maßstab für die Leistungspflicht nach dem SGB V besteht nämlich nicht in der Gewährleistung von "Spitzenmedizin um jeden Preis" bis an ihre medizinisch-technischen Grenzen, sondern hat sich stets an den zentralen Prinzipien der [§§ 2, 12 SGB V](#) zu orientieren (Bundessozialgericht, Urteil vom 4. April 2006, [B 1 KR 12/05 R](#)). Nur wenn schulmedizinische Behandlungsmethoden nicht vorliegen oder wegen Besonderheiten im Einzelfall nicht zugemutet werden können, kann eine Leistungserweiterung in Betracht kommen (Bundesverfassungsgericht, Nikolausbeschluss, a.a.O.). Hierfür bestehen im vorliegenden Fall keine Anhaltspunkte, da gerade nicht aufgrund von konkreten Gegebenheiten in der gesundheitlichen Situation des Klägers eine Unzumutbarkeit der Behandlungsmethode behauptet wird.

Ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers kann auch nicht auf [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) gestützt werden. Abweichend von Abs. 4 können in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Schweiz Krankenhausleistungen nach § 39 nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Der Kläger hat eine vorherige Zustimmung der Beklagten vor der Durchführung der USPIO-MRT in den Niederlanden nicht eingeholt. Zudem

bestand keine Krankenhausbehandlungsbedürftigkeit i.S. des [§ 39 SGB V](#). Dafür genügt es nicht schon allgemein, dass eine ambulante Behandlungsmethode zwar den Regeln der ärztlichen Kunst entspricht, aber ohne Rechtsverstoß noch nicht in den Leistungskatalog vertragsärztlicher zu Lasten der Krankenkassen erbringbarer Leistungen aufgenommen worden ist (Bundessozialgericht, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KR 11/08 R](#)).

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

Die Revision war nicht zuzulassen, da die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2013-07-16