L 5 KR 2558/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Konstanz (BWB)
Aktenzeichen
S 2 KR 1257/04
Datum
12.04.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 2558/06
Datum
30.07.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 12. April 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte dem Kläger die Kosten für eine Bandscheibenoperation zu erstatten hat.

Der am 14.12.1972 geborene Kläger ist von Beruf Physiotherapeut. Anfang 2004 war er wegen starker Schmerzen und ständiger Taubheit in den Fingern nicht in der Lage, seinen Beruf auszuüben und bezog vom Sozialamt Sozialhilfe. Am 23.01.2004 beantragte er bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für eine percutane Nukleotomie. Er legte hierzu die Atteste des Allgemeinarztes Dr. R. vom 18.12.2003 und des Dr. H. Sp. Centers vom 20.01.2004 vor. Dr. R. bescheinigte dem Kläger unter den Folgen von drei Bandscheibenvorfällen der unteren Halswirbelsäule zu leiden, welche im Lauf der letzten drei Jahre aufgetreten seien. Da eine konservative Therapie nicht zur Beschwerdefreiheit und insbesondere nicht zur vollen beruflichen Belastbarkeit als Physiotherapeut geführt habe, sei die operative Entfernung des Bandscheibensequesters in einer spezialisierten Klinik (z.B. in der Al.klinik München) indiziert. Das Dr. H. Sp. Center kam aufgrund der Unterlagen des Klägers sowie radiologischer Bilder zu der Diagnose eines Bandscheibenvorfalles im HWS-Bereich und hielt eine ambulant durchgeführte percutane Nukleotomie als operative Versorgung für indiziert. Die Kosten hierfür würden sich voraussichtlich auf ca. 5.200,00 EUR zuzüglich 766,95 EUR an Anästhesiekosten belaufen.

Nachdem Dr. B. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) in der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 27.01.2004 die Auffassung vertreten hatte, für eine percutane Nukleotomie bestünden ausreichend vertragsärztliche Behandlungsmöglichkeiten, weswegen die Voraussetzungen für eine außervertragliche Behandlung nicht gegeben seien, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 27.01.2004 den Antrag auf Übernahme der Kosten einer percutanen Nukleotomie in der Al.-Klinik/Dr. H. München ab. Bei der Orthopädischen Praxis "Dr. H. Sp. Center" bzw. der Al.-Klinik München handele es sich um eine reine "Privatklinik", also um keinen zugelassenen Leistungserbringer, weswegen eine Kostenübernahme ausgeschlossen sei. Die percutane Nukleotomie sei eine anerkannte Behandlungsmethode, welche von zugelassenen Leistungserbringern zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im Rahmen des Sachleistungsprinzips erbracht werden könnte. Behandlungsmöglichkeiten existierten z.B. in der Universitätsklinik Ulm, in der OSK Ravensburg, aber auch in Villingen sowie in der Praxis Dr. P./Konstanz. Darüber hinaus stünden andere adäquate Behandlungsformen entsprechend dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse zur Verfügung. Welche Behandlungsmethode angewandt werde, entscheide einzig und allein der Vertragsarzt im Rahmen seiner vertragsärztlichen Versorgung. Der Versicherte habe keinen Anspruch auf eine "bestimmte Methode". Wegen der weiteren notwendigen Behandlung solle sich der Kläger mit den bisher behandelnden Ärzten oder anderen Fachärzten in Verbindung setzen. Diese könnten ihm gegebenenfalls weitere Behandlungsalternativen aufzeigen. Mit Schreiben vom 17.02.2004 teilte die Beklagte dem Kläger ergänzend mit, dass führende Krankenhäuser auf dem Gebiet der Neurochirurgie die percutane Nukleotomie nicht oder nicht mehr durchführten, weil mikro-chirurgisch gleichfalls beste Ergebnisse erzielt werden könnten. Auf dem Gebiet der Neurochirurgie sei die Neurochirurgische Klinik der Universität Ulm am Bezirkskrankenhaus Günzburg eine anerkannte Fachklinik für Operationen an der Wirbelsäule. Auch führe Dr. R. in Bad H. die gewünschte Behandlungsart im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung durch.

Am 23.02.2004 teilte der Kläger der Beklagten telefonisch mit, er habe sich für die Operation bei Dr. H. entschieden, weil es sich dabei um eine Bandscheiben erhaltende Methode handele. Telefonische Nachfragen bei den angegebenen Kliniken hätten ergeben, dass diese eine Versteifung der Halswirbelsäule oder eine Prothese anbieten würden. Er könne dann aber seinen Beruf als Physiotherapeut nicht mehr ausüben. Er habe bereits zweimal den Operationstermin in München abgesagt. Die Zeppelinstiftung würde einen Teil der Operationskosten

übernehmen, sodass die Kasse nur einen Anteil zahlen müsste. Bei Ablehnung zahle die Stiftung aber erst nach Ausschöpfung sämtlicher Rechtsmittel (vgl. Bl. 9/10 Verwaltungsakten). Mit seinem am 25.02.2005 eingelegten Widerspruch machte der Kläger nochmals geltend, die von der Beklagten selbst vorgeschlagenen Leistungserbringer erbrächten die gewünschte Behandlungsart nicht als vertragsärztliche Leistung. Teilweise werde eine percutane Nukleotomie durchgeführt, dies aber lediglich im Bereich der Lenden- und nicht im Bereich der Halswirbelsäule. Die von den vertragsärztlichen Kliniken aufgeführten Behandlungsformen führten durchweg zu einer Versteifung der Halswirbelsäule. Damit sei es ihm aber nicht mehr möglich, seinen Beruf als Physiotherapeut auszuüben.

Die Beklagte holte im Weiteren beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) das sozialmedizinische Gutachten von Dr. S. vom 24.02.2004 ein. Die Chemonukleolyse habe eine enzymatische Auflösung des Nucleus pulposus zur Folge. Als nachteilig werde angesehen, dass das Mittel nicht nur den Bandscheibenkern beeinflusse, sondern auch andere Teile der Bandscheibe in den Abbauprozess mit einbeziehen könne. Auch bestehe die Gefahr unerwünschter Sinterungsreaktionen. Im Falle des Klägers sei zu erwarten, dass durch das geplante operative Verfahren lediglich eine Druckentlastung herbeigeführt werden könne. Mit Widerspruchsbescheid vom 22.04.2004, der den Bevollmächtigten des Klägers am 29.04.2004 zuzuging, wies die Beklagte daraufhin den Widerspruch des Klägers zurück.

Hiergegen erhob der Kläger am 01.06.2004 (Dienstag nach Pfingsten) Klage bei dem Sozialgericht Konstanz (SG). Inzwischen sei die percutane Nukleolyse am 10.05.2004 in der Praxis Dr. H. durchgeführt worden. Hierfür seien Kosten in Höhe von insgesamt 5.829,94 EUR angefallen. Bei der Operation habe es sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Er habe zunehmend Schmerzen im Schulter-Nackengebiet sowohl rechts als auch links gehabt und den Kopf nur noch unter Schmerzen bewegen können. Hinzu gekommen seien Gefühlsstörungen (Kribbelgefühl, Taubheit) im rechten Mittel- und Zeigefinger sowie im linken Arm mit Kraftabschwächung einzelner Muskeln insbesondere im Bereich des rechten Armes. Die Operation sei dringend notwendig gewesen, um den erstrebten Erfolg, seine Heilung, noch zu erreichen. Die Beklagte habe die von ihr anerkannte Behandlungsmethode "Percutane Nukleotomie" aber nicht durch behandlungsbereite Vertragsärzte zur Verfügung stellen können und sei damit ihrer Leistungsverpflichtung nicht nachgekommen, weswegen er berechtigt gewesen sei, sich die Leistung in der Al.klinik selbst zu beschaffen. Die von der Beklagten angesprochenen Behandlungsalternativen kämen in seinem Fall nicht in Betracht, weil sie zu einer Versteifung der Halswirbelsäule führten, bzw. noch relativ unausgereift (Operationsmethode "Prothese") seien. Allein die percutane Nukleotomie sei eine erhaltende Operation, die seine Krankheit vollständig heile und beseitige.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und machte geltend, die Chemonukleolyse sei hier lediglich in der Lage, eine Druckentlastung herbeizuführen. Die Krankenversicherung habe die medizinisch notwendige Therapie und Diagnostik zur Verfügung zu stellen. Welches vertragsärztliche Verfahren in dem jeweiligen Einzelfall indiziert sei, sei dabei durch den behandelnden Vertragsarzt festzustellen bzw. zu verantworten. Bandscheibenvorfälle könnten grundsätzlich im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit konventionellen Methoden behandelt werden. Hierzu seien sämtliche Fachvertragsbehandler in der Lage. Ergänzend dazu legte die Beklagte das Gutachten von Dr. K. vom Medizinischen Dienst der Spitzenverbände (MDS) vom 07.06.2002 zum Thema "ambulant durchgeführte percutane Bandscheibenoperationen" vor. Der anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse zur Behandlung eines Bandscheibenvorfalles lasse sich danach dahingehend definieren, dass die Chemonukleolyse für die Bandscheibendekompression und die offene Nukleotomie bzw. die mikrochirurgisch durchgeführte Nukleotomie für die operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles als Goldstandard in der Bandscheibenchirurgie anzusehen seien und nach dem EBM auch in der vertragsärztlichen Versorgung durchgeführt und abgerechnet werden könnten. Andere Methoden seien weder als ausreichend noch als notwendig und zweckmäßig zu bezeichnen, eine EinSch.ung, die sowohl national als auch international geteilt werde.

Der Kläger gab gegenüber dem SG an, er sei von Dr. H. und Dr. R. behandelt worden und entband diese Ärzte von der ärztlichen Schweigepflicht. Dr. R. teilte dem SG als sachverständiger Zeuge unter dem 26.07.2004 mit, der Kläger stehe nicht in seiner ständigen Behandlung, weil er eine reine Privatpraxis führe. Er habe den Kläger einmalig am 17.12.2003 behandelt und dabei für Bandscheibenvorfälle typische Beschwerden und Befunde erhoben. Wegen der Therapieresistenz der Beschwerden und der deutlichen Kraftminderung sowie der Gefahr einer Berufsaufgabe bei bereits länger bestehender Arbeitsunfähigkeit habe er eine operative Maßnahme empfohlen, welche relativ neu sei. Dr. H. gab an, er habe den Kläger erstmalig am 27.04.2004 gesehen und einen Bandscheibenvorfall C5/6 foraminal links sowie einen Bandscheibenvorfall C6/C7 breitbasig mehr rechts leicht auch links diagnostiziert. Da die komplette konservative Palette bereits austherapiert gewesen sei, sei lediglich eine operative Sanierung in Frage gekommen.

Mit Gerichtsbescheid vom 12.04.2006 wies das SG die Klage ab. Ein Notfall habe im Falle des Klägers ersichtlich nicht vorgelegen. Zwar habe der Kläger unter erheblichen Schmerzen gelitten und es habe die Gefahr bestanden, dass nicht rechtzeitig behandelte Bandscheibenvorfälle zu irreparablen Nervenschädigungen führen könnten. Der zeitliche Ablauf zeige aber, dass keine Notwendigkeit zu einer sofortigen Operation bestanden habe.

Die percutan durchgeführte Bandscheibenbehandlung mittels Chemonukleolyse stelle zwar eine Leistung dar, die Versicherte beanspruchen könnten, jedoch könne offenbleiben, ob Vertragsbehandler zur Verfügung gestanden hätten, die diese Leistung auch anbieten. Denn es komme nicht darauf an, ob die Beklagte die spezielle, vom Kläger gewünschte Behandlungsform habe zur Verfügung stellen können, sondern darauf, ob sie in der Lage gewesen sei, dem Kläger eine operative Behandlung des Bandscheibenvorfalles C5/6 zu ermöglichen, die hinsichtlich Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (Hinweis auf [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)) entspreche. Eine solche Behandlung hätte der Kläger in einer Vielzahl zugelassener Krankenhäuser durchführen lassen können. Ein Ausweichen in die privatärztliche Versorgung sei nicht erforderlich gewesen.

Gegen den am 18.04.2006 zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 17.05.2006 Berufung eingelegt, mit der er sein Begehren mit der im Wesentlichen gleichen Begründung weiterverfolgt. Die Argumentation des SG wäre nur dann richtig, wenn mittels der mikrochirurgisch durchgeführten Nukleotomie der gleiche Behandlungserfolg hätte erzielt werden können wie durch die percutane Nukleotomie. Dies sei jedoch nicht der Fall. Die mikrochirurgisch durchgeführte Nukleotomie hätte in jedem Fall zu einer Versteifung seiner Halswirbelsäule geführt, was bei ihm als Physiotherapeut dauernde Berufsunfähigkeit zur Folge hätte. Die percutane Nukleotomie sei nicht eine von mehreren Behandlungsmethoden, sondern die einzige Behandlungsmethode, die zu einem dauerhaften Heilungserfolg habe führen können. Die Beklagte habe ihm kein Vertragskrankenhaus benennen können, das eine percutane Nukleotomie durchführe. Die angegebenen Kliniken hätten stets auf andere Kliniken verwiesen, die diese Operationsmethode anwenden würden, was aber nicht der Fall sei. Auch die

eingeholten Stellungnahmen des Senates ergäben, dass die percutane Nukleotomie in Vertragskrankenhäusern nicht durchgeführt werde und er deswegen keine Möglichkeit gehabt habe, den Eingriff in einem Vertragskrankenhaus durchführen zu können.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Konstanz vom 12. April 2006 sowie den Bescheid der Beklagten vom 27. Januar 2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. April 2004 aufzuheben und ihm die Kosten der percutanen Nukleolyse in der Al.-Klinik in Höhe von 5.829,94 EUR zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil im Ergebnis und in der Begründung für zutreffend.

Der Senat hat verschiedene Kliniken und niedergelassene Ärzte befragt, ob dort eine percutane Nukleotomie durchgeführt werde bzw. welche Vertragskrankenhäuser dort bekannt seien, die Patienten auf diese Weise behandelten. Dr. R., Bad H., Auskünfte vom 21.07.2006 und 21.11.2006 (Senatsakte S. 38 und 79) teilte mit, das Chemonukleolyseverfahren werde nur noch in der Al.klinik in München praktiziert. In Deutschland biete keine andere Klinik solche Eingriffe an. In der Lendenwirbelsäule sei die Chemonukleolyse als einzelne Therapie seit Jahren in "Ungnade" gefallen, während die percutane Nukleotomie in ausgesuchten Fällen - auch von ihm - bei sehr enger Indikationsstellung immer noch angewendet werde. Prof. Dr. M., Oberschwabenklinik Ravensburg, teilte unter dem 24.07.2006 dem Senat mit, die percutane Nukleotomie werde weder in seiner Abteilung noch in der Neurochirurgischen Abteilung durchgeführt, gegen dieses Verfahren bestünden grundsätzliche Bedenken. Auch die Orthopädische Praxisklinik Ravensburg, Dr. V. (LSG-Akte Bl. 40) gab an, solche operative Eingriffe nicht durchzuführen. Nach Mitteilung von Prof. Dr. C., Universitätsklinik Heidelberg, Auskunft vom 25.07.2006, werden dort seit vielen Jahren Chemonukleolysen nicht mehr durchgeführt, weil dieses Verfahren den Beweis einer Wirksamkeit schuldig geblieben sei. Ihm seien deshalb auch keine Vertragskrankenhäuser bekannt, die Patienten auf diese Weise behandelten. Dem Schreiben von Privatdozent Dr. L., Schwarzwald-Baar Klinikum Villingen-Schwenningen, vom 26.07.2006 ist zu entnehmen, dass dort percutane Chemonukleolysen nicht mehr durchgeführt werden. Dieses Verfahren bringe im Vergleich zu anderen Verfahren deutliche peri- und postoperative Risiken mit sich. Auch träten häufig allergische Reaktionen auf das verwendete Lysemittel auf. Das Rehabilitationskrankenhaus Ulm Rku - Orthopädische Universitätsklinik mit Querschnittgelähmtenzentrum, teilte durch den geschäftsführenden Oberarzt Dr. Dr. mit, dass dort seit zehn Jahren keine percutanen Nukleotomien mehr durchgeführt worden seien, sehr wohl aber eine große Anzahl von minimal invasiven Bandscheibeneingriffen (Schreiben vom 31.07.2006). Das Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Prof. Dr. Tr., Auskunft vom 10.01.2006, wies darauf hin, dass percutane Nukleotomieverfahren in unterschiedlichen Techniken auch in ihrer Klinik angeboten würden, im Speziellen sei die Chemonukleolyse aber eine weitestgehend verlassene Therapieoption. Dr. F. vom Bundeswehrkrankenhaus Ulm (Auskunft vom 29.07.2006) war der Auffassung, für den betreffenden Eingriff kämen grundsätzlich alle Vertragskrankenhäuser mit einer orthopädischen Abteilung, die schwerpunktmäßig Erkrankungen der Wirbelsäule behandelten, in Frage; sie selbst nähmen den Eingriff auf Grund eigener Erfahrungen und medizinischer Überlegungen nicht mehr vor. Für das Diakonieklinikum Stuttgart, Paulinenhilfe, bezeichnete der Leiter der Sektion Wirbelsäule Dr. B. die Chemonukleolyse bei Behandlung von Bandscheibenvorfällen als nicht mehr up to date. Nach Auffassung des Bezirkskrankenhauses Günzburg, Klinik für Neurochirurgie, habe sich die percutane Nukleotomie als Verfahren nicht bewährt und werde nach dortigem Kenntnisstand an Vertragskrankenhäusern der gesetzlichen Krankenkassen nicht mehr durchgeführt. Für das Universitätsklinikum Freiburg teilte Dr. Kn. (Auskunft vom 02.08.2006) mit, die percutane Nukleotomie werde im Spektrum der Behandlung angeboten. Dies allerdings nur bei Vorliegen einer Indikation. Ob bei einem Patienten der Eingriff durchgeführt werde, werde im Rahmen einer ambulanten Vorstellung festgelegt. Ergänzend gab dieser Arzt mit Schreiben vom 01.08.2007 an, die percutane Nukleotomie gehöre zu dem Behandlungsspektrum der Klinik, indes müsse dazu die medizinische Indikation vorliegen. Ob die Leistung erbracht werde, hänge nicht davon ab, ob der Patient eine solche Behandlung wünsche, sondern ob die Klinik eine entsprechende Indikation dazu sehe. Der Chefarzt der Orthopädischen Klinik Markgröningen Dr. Sch. teilte mit Schreiben vom 06.08.2007 ergänzend zu einer früheren Auskunft vom 11.09.2006 mit, eine Chemonukleolyse würde in seiner Klinik auch im Bereich der Halswirbelsäule durchgeführt werden, falls eine entsprechende medizinische Indikation dazu vorläge. Allerdings würde er eine Indikation in Übereinstimmung mit der Fachliteratur hierfür nur sehr selten erkennen können. Technisch allerdings sei dieser Eingriff nicht sehr anspruchsvoll (vgl. Bl. 57/58 und 80 LSG-Akte).

Wegen weiterer Einzelheiten wird auf die den Kläger betreffenden Verwaltungsakten sowie die Prozessakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist auch statthaft. Berufungsausschlussgründe im Sinne des [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) liegen nicht vor, da der Rechtsstreit um die Erstattung von 5.829,94 EUR geht.

Die zulässige Berufung des Klägers ist jedoch nicht begründet. Die Beklagte hat zu Recht mit dem Bescheid vom 27.01.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.04.2004 die Übernahme der Kosten für die Bandscheibenoperation in Form einer percutanen Nukleotomie in der Klinik Dr. H., München, vom 10.05.2004 abgelehnt. Der Kläger kann die Übernahme der Kosten für diese Operation nicht beanspruchen.

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) für eine Erstattung der Kosten der Bandscheibenoperation vom 10.05.2004 in der Klinik Dr. H. liegen nicht vor. Gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) besteht Anspruch auf Erstattung der Kosten für vom Versicherten selbst beschaffte Leistungen, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Beide Voraussetzungen sind hier nicht gegeben. Weder hat es sich bei der Bandscheibenoperation am 10.05.2004 um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt noch hat die Beklagte die Kosten hierfür zu Unrecht abgelehnt.

Entgegen der Auffassung des Klägers kann das Tatbestandsmerkmal der unaufschiebbaren Leistung nicht angenommen werden. Ob eine

Leistung unaufschiebbar ist und damit eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht, beurteilt sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien. Der übliche Beschaffungsweg muss mit einer für den Berechtigten unvermeidbaren Verzögerung, d.h. mit medizinischen Risiken, nicht aber unbedingt Lebensgefahr verbunden sein, die die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnten oder die für den Versicherten nicht zumutbar sind (vgl. [BSGE 77, 227](#)). Hierbei kommt es ausschließlich auf die objektive Bedarfssituation, jedoch nicht auf private Dispositionen des Versicherten oder termingebundene Zusagen des Leistungserbringers an. Unaufschiebbare Leistungen, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, liegen demnach vor allem in Notfällen im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor, hauptsächlich also dann, wenn die Behandlung durch einen Vertragsarzt nicht möglich oder nicht zumutbar und der Versicherte daher auf die Hilfe eines Nichtvertragsarztes angewiesen ist, namentlich also weil dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt rechtzeitig nicht zur Verfügung steht.

Ein vergleichbarer Sachverhalt lag hier nicht vor. Dies folgt für den Senat bereits, wie das SG zutreffend erkannt hat, aus dem zeitlichen Ablauf der Erkrankung. Wie aus der Aussage von Dr. R. vom 26.07.2004 hervorgeht, erlitt der Kläger Bandscheibenvorfälle im Juni und Dezember 2002 sowie erneut im Juni 2003. Bei Dr. R. war der Kläger lediglich am 17.12.2003 in Behandlung. Als nächster Arzt hat er sodann am 27.04.2004 Dr. H. aufgesucht. Eine Behandlungsbedürftigkeit ist somit für den Zeitraum zwischen dem 17.12.2003 und dem 10.05.2004 nicht dokumentiert. Der Kläger hat auch an keiner Stelle vorgetragen, dass er in diesem Zeitraum wegen seiner Bandscheibenbeschwerden einen Vertragsarzt in Anspruch genommen hat. Gegen eine besondere Eilbedürftigkeit spricht auch der Umstand, dass sich der Kläger bereits im Telefonat mit der Beklagten vom 23.02.2004 für eine Operation in der Klinik von Dr. H. entschieden hat.

Läge ein echter Notfall im Sinne des [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor, wäre Dr. H. berechtigt gewesen, die stationäre Notfallbehandlung des Versicherten als Sachleistung der gesetzlichen Krankenversicherung abzurechnen. Sein Vergütungsanspruch richtete sich in einem Notfall nicht gegen den Versicherten, sondern allein gegen die Krankenkasse ([BSGE 89, 39](#), 41). Davon ist der Operateur aber selbst nicht ausgegangen, wie seine privatärztlich gestellten Rechnungen vom 3.5.2004 und 22.5.2004 zeigen.

Auch darüber hinaus ist die Ablehnung der Übernahme der Kosten der Bandscheibenoperation bei Dr. H. nicht zu beanstanden. Offenbleiben kann dabei, ob die Operation ambulant von Dr. H. in dessen Praxis durchgeführt wurde oder ob sie stationär in der Al.klinik erfolgt ist. In beiden Fällen hätte der Kläger einen nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Behandler in Anspruch genommen. Grundsätzlich lösen Kosten, die durch die Verpflichtung gegenüber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer entstehen, keinen Anspruch gegenüber der Krankenkasse aus, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden könnte (ständige Rechtsprechung vgl. etwa BSG Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) Rn. 20). Dass weder Dr. H. noch die Al.klinik zugelassene Leistungserbringer sind, ist zwischen den Beteiligten nicht weiter streitig.

Durch die Kostenerstattungsregelung in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll lediglich in Fällen eines Systemversagens eine Lücke in dem durch das Sachleistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung garantierten Versicherungsschutz geschlossen werden. Davon ist regelmäßig auszugehen, wenn der Versicherte sich eine Maßnahme beschafft hat, die dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung unterfällt und von der Krankenkasse zu Unrecht abgelehnt wurde. Ein solches Systemversagen liegt hier nicht vor.

Zunächst ist klarzustellen, dass die vom Kläger gewünschte Operationsmethode der percutanen Nukleotomie von Vertragskrankenhäusern angeboten wird. Dr. Sch., Ärztlicher Direktor der Orthopädischen Klinik Markgröningen hat in seiner Auskunft vom 11.09.2006 gegenüber dem Senat dargelegt, dass in seiner Abteilung alle bewährten und sinnvollen wirbelsäulenchirurgischen Operationstechniken durchgeführt werden, so auch percutane Verfahren bei strenger Indikationsstellung, weil hier häufig eine nicht operative konservative Therapie vorzuziehen sei. Percutane Eingriffe würden in seiner Klinik zumeist mit fieberoptischer Unterstützung im Sinne endoskopischer Bandscheibenoperationen durchgeführt. Eine ausschließliche Chemonukleolyse sei seit einigen Jahren nicht mehr durchgeführt worden. Technisch handele es sich allerdings um einen aus seiner Sicht sehr einfachen Eingriff, der in der Regel als ambulante Leistung durch niedergelassene Kollegen erbracht werden könne. Im gleichen Sinn hat sich Oberarzt Dr. Kn. von der Universitätsklinik Freiburg geäußert. Auch dort werden grundsätzlich alle Möglichkeiten einer Bandscheibenbehandlung durchgeführt, darunter auch die percutane Nukleotomie (Chemonukleolyse). Voraussetzung sei allerdings, dass für die entsprechende Maßnahme die erforderliche Indikation vorliege (Auskünfte vom 02.08.2006 und 01.08.2007). Aus diesen Auskünften ist zu folgern, dass percutane Nukleolysen bei Vorliegen der entsprechenden Indikationen grundsätzlich von allen größeren neurochirurgischen Kliniken durchgeführt werden können. Ein Systemmangel in dem Sinne, dass vertragliche Leistungserbringer der gesetzlichen Krankenkassen diese spezielle Behandlungsart (mangels Kenntnissen) nicht anbieten, liegt nicht vor.

Aus dem Umstand, dass die Neurochirurgen in Vertragskrankenhäusern die Durchführung einer percutanen Nukleotomie grundsätzlich von einer entsprechenden Indikationsstellung abhängig machen, kann der Kläger kein Systemversagen ableiten. Ein Systemversagen liegt grundsätzlich nicht vor, wenn die gewünschte Behandlungsmethode von den entsprechenden Leistungserbringern nicht mehr angeboten wird, weil sie nicht mehr dem Stand der medizinischen Wissenschaft entspricht. Nach [§ 28 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) umfasst die ärztliche Behandlung nur die Tätigkeit eines Arztes, die nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. An diesen Standard haben sich die Leistungserbringer zu orientieren. Eine Leistung, die nicht mehr dem aktuellen ärztlichen Wissen entspricht, dürfen Leistungserbringer deshalb auch dann nicht anbieten, wenn die vertragsärztlichen Gebührenordnungen für ihre Erbringung noch Gebührentatbestände enthalten. Mit der Ausrichtung an den anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst will der Gesetzgeber Versicherte davor bewahren, auf Kosten der GKV mit zweifelhaften Therapien behandelt zu werden, wenn auf diese Weise eine naheliegende, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht wahrgenommen wird. Erst wenn feststeht, dass derartige nach allgemeinem Standard anerkannte Behandlungsmethoden generell überhaupt nicht zur Verfügung stehen oder im konkreten Einzelfall ausscheiden, ist der Bereich eröffnet, in dem nach dem Bundesverfassungsgericht (Beschluss vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#)) Raum für eine verfassungskonforme Auslegung insoweit besteht, als auf den exakten wissenschaftlichen Nachweis des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit einer Behandlungsmethode verzichtet werden kann.

Dieser Bereich ist vorliegend für den Kläger aber nicht eröffnet. Denn für die Behandlung von Bandscheibenvorfällen im Bereich der Halswirbelsäule stehen grundsätzlich geeignete, wissenschaftlich anerkannte Behandlungsalternativen zur Verfügung. Dies ergibt sich für den Senat zum einen aus dem umfangreichen Gutachten des MDS (Bl. 24-36 der SG-Akte) über ambulant durchgeführte percutane

Bandscheibenoperationen, in dem die verschiedenen (ambulanten) Behandlungsmethoden dargelegt und im Einzelnen gewürdigt werden. Zum anderen folgt aus den Auskünften der gehörten Krankenhäuser, dass dort Halswirbelsäulenoperationen durchgeführt werden, ohne dass die Notwendigkeit gesehen wird, auf die percutane Nukleotomie zurückzugreifen. Schließlich hat auch der MDK in den Gutachten vom 24.02.2004 bzw. 27.01.2004 konkret im Falle des Klägers andere Behandlungsmethoden als die der percutanen Nukleotomie für angezeigt gehalten. Dass in seinem Falle die seltene Indikation für eine percutane Nukleotomie vorliegt und alle anderen Behandlungsoptionen nicht angezeigt sind, vermag der Kläger mangels vertragsärztlicher Untersuchung und Beratung nicht plausibel darzulegen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die gesetzlichen Krankenkassen über ihre vertraglichen Leistungserbringer ein Angebot an Behandlungsmöglichkeiten für Bandscheibenvorfälle im Bereich der Halswirbelsäule vorhalten, das dem aktuellen Stand der ärztlichen Wissenschaft entspricht. Eine einzelne Behandlungsmethode, die dem Stand der ärztlichen Wissenschaft nicht mehr entspricht, kann der Kläger nicht beanspruchen, zumal eine (vertragsärztliche) Bestätigung einer in sehr seltenen Fällen notwendigen ausnahmsweisen Indikationsstellung für eine perkutane Nukleotomie hier nicht vorliegt.

Gegen den Anspruch des Klägers spricht auch, dass in seinem Falle die Ablehnung der beantragten Kostenübernahme durch die Beklagte für die Selbstbeschaffung der Leistung nicht ursächlich war.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt einen Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten voraus. Ohne diesen Zusammenhang ("dadurch ... entstanden") ist die in [§ 13](#)Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V geregelte Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt. Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist also ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte.

Ein solcher Sachverhalt lag hier vor. Der Kläger war von vornherein entschlossen, eine percutane Nukleotomie bei Dr. H. durchführen zu lassen. Zur Begründung seines Antrags hat er nur Atteste von Privatärzten vorgelegt, die ihm diese Operation bei diesem Arzt empfohlen haben. Seinem Vortrag lässt sich in keiner Weise entnehmen, dass er darüber hinaus Vertragsärzte konsultiert hätte, die ihm diese Art der Operation ebenfalls angeraten hätten. Dafür, dass der Kläger von vornherein entschlossen war, unabhängig von der Entscheidung der Beklagten die Operation durchführen zu lassen, spricht der Umstand, dass er sich nicht um Behandlungsalternativen ernsthaft bemüht hatte, obwohl ihm die Beklagte renommierte Kliniken im näheren räumlichen Umkreis benannt hatte. Der Kläger hat lediglich mit den genannten Kliniken telefonisch Kontakt aufgenommen. Eine fernmündliche Anfrage mit der Beantwortung durch einen nicht über den konkreten Gesundheitszustand unterrichteten Gesprächspartner kann aber nicht als ernsthafter Informationsversuch über die konkret in Betracht kommenden Behandlungsoptionen angesehen werden. Vielmehr wäre es erforderlich gewesen, sich in einer spezialisierten Vertragsklinik vorzustellen, eingehend untersuchen zu lassen und mit den Ärzten die Vor- und Nachteile verschiedener Operationstechniken durchzusprechen. Dies wäre im weiteren räumlichen Umkreis unschwer möglich gewesen, ist aber unterblieben. Hinzu kommt, dass dem Kläger offensichtlich von dritter Seite bei einer Operation in München angeboten wurde, einen Teil der Behandlungskosten zu übernehmen (vgl. Bl. 9/10 der Verwaltungsakten).

Um eine Klärung der sich für ihn ergebenden (vertragsärztlichen) Behandlungsoptionen auf der Basis moderner medizinischer Erkenntnisse war der Kläger nicht bemüht. Die Inanspruchnahme eines spezialisierten Facharztes ist nicht vorgetragen worden. Alles in allem war der Kläger damit nach EinSch.ung des Senates auf die Durchführung einer percutanen Nukleotomie bei Dr. H. in München so fixiert, dass die Entscheidung der Krankenkasse nicht geeignet war, das weitere Behandlungsgeschehen zu beeinflussen. Der Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten liegt somit nicht vor.

Nach alledem erweist sich der Ablehnungsbescheid vom 27.01.2004 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22.04.2004 als rechtmäßig. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, weswegen die Berufung keinen Erfolg haben konnte.

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

Die Voraussetzungen für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-09-12