

## L 11 KR 6054/08

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Mannheim (BWB)  
Aktenzeichen  
S 8 KR 2689/08  
Datum  
26.11.2008  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 6054/08  
Datum  
28.04.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil  
Leitsätze

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben keinen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Kostenübernahme für eine ambulant durchgeführte DermoDyne Lichttherapie.

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 26. November 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung einer vom 17. Dezember 2007 bis 28. Februar 2008 ambulant durchgeführten DermoDyne Lichttherapie in Höhe von insgesamt 3.033,40 EUR streitig.

Die 1977 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Klägerin leidet seit Geburt an einer starken Neurodermitis mit ausgeprägtem atopischem Ekzem. Nach ihren Angaben war die Erkrankung durch stationäre Aufenthalte oder Kortisonbehandlungen immer nur kurzfristig leicht zu bessern.

Am 06. November 2007 beantragte sie die Kostenübernahme für die DermoDyne Lichttherapie unter Vorlage eines Kostenplanes vom 19. Oktober 2007 für die Behandlung bei der J.-G.-Universität M ... Sie wisse, dass diese Therapieform noch keine Kassenzulassung habe, bitte aber zu bedenken, dass ein stationärer Klinikaufenthalt oder eine Kurmaßnahme die Kosten der Behandlung deckten oder sogar überstiegen. Die Kosten für Salben, die sich nach ihren Kenntnissen auf etwa 500,- EUR im Quartal beliefen, würden ebenfalls entfallen. Im Kostenplan wird u.a. ausgeführt, die Liquidation erfolge analog zur GOÄ-Ziffer 2886, da es sich technisch um ein der Farbstoff-Lasertherapie ähnelndes Verfahren handle. Die Wahl dieser Analog-Ziffer werde durch den hohen personellen und organisatorischen Aufwand gerechtfertigt. Die Therapie erfordere einen eigenen Behandlungsraum und jederzeitige Präsenz von Personal. Zudem entstünden hohe Gerätekosten.

Die Beklagte holte daraufhin ein Gutachten bei dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung B.-W. (MDK) ein. Dr. B. führte aus, die DermoDyne Lichttherapie stelle ein Laserverfahren dar, durch das bestimmte Immunzellen (aktivierte T-Lymphocyten) vernichtet werden sollten. Bei dieser Behandlung handle es sich um eine unkonventionelle Behandlungsmethode, deren Bewertung den "Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden und über die Überprüfung erbrachter vertragsärztlicher Leistung" und den dort festgelegten Kriterien (Methoden vertragsärztlicher Versorgung) zu folgen habe. Im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM) finde sich keine Abrechnungsziffer, die dieser Behandlungsmethode zugeordnet werden könne. Die Methode stehe auch nicht auf der Prioritätenliste des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (GBA). Ein Modellversuch zur DermoDyne-Behandlung mit nachfolgender entsprechender Kostenerstattung über die gesetzliche Krankenkasse werde noch vorbereitet. Solange bliebe die Behandlung als Kassenleistung ausgeschlossen. Bei der Erkrankung der Klägerin handle es sich auch nicht um eine lebensgefährliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung. Es stünden noch vertragsärztliche Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung, so z.B. die medikamentöse Behandlung in Form einer topischen (äußerlichen) oder systemischen (innerlichen). Auch Klimatherapie oder Entspannungstechniken wie z.B. autogenes Training könnten zur Symptomlinderung eine unterstützende Maßnahme sein. Die Therapiemöglichkeiten seien daher nicht erschöpft und die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung damit insgesamt nicht erfüllt. Gestützt hierauf lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 06. Dezember 2007 den Antrag der Klägerin ab.

Mit ihrem dagegen eingelegten Widerspruch machte die Klägerin geltend, auch andere Krankenkassen würden die DermoDyne Lichtimpfung

für ihre Mitglieder bezahlen. Sie habe schon viel unternommen um ihre Leiden zu lindern, wozu sie zwar verpflichtet sei. Sie habe mittlerweile die Lichtimpfung absolviert, ihr Hautzustand habe sich deutlich gebessert. Es sei nicht einsehbar, dass die Krankenkassen alles und jeden bezahlten, aber ein erfolgversprechendes Behandlungsverfahren nicht übernehmen, weil die Formalien noch nicht erfüllt seien. Offensichtlich passe die Behandlung nicht in das medizinisch-pharmazeutische Konzept der Gesundheitspolitik. Beigefügt war ein Attest von Dr. S., wonach es unter der Bestrahlung mit DermoDyne zu einer deutlichen Verbesserung der Hautreizung mit erheblichem Rückgang des Verbrauchs von Externa gekommen sei. Die Klägerin legte des Weiteren die Rechnung über die DermoDyne-Behandlung in Höhe von 3.033,40 EUR vor. Daraus lässt sich entnehmen, dass die Behandlung der Klägerin ambulant erfolgt ist. Die Abrechnung ist "vereinbarungsgemäß" nach der GOÄ-Ziffer 2886A erfolgt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. Juli 2008 wies die Beklagte den Widerspruch mit der Begründung zurück, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seien solange von der Abrechnung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen, bis der GBA sie als zweckmäßig anerkannt habe. Dies sei bei der DermoDyne Lichtimpfung bislang nicht der Fall. Das Argument, dass Kosten erspart würden, könne ebenfalls keine Leistungsverpflichtung begründen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot könne sich immer nur auf solche Behandlungsmethoden beziehen, die überhaupt zur vertragsärztlichen Versorgung gehörten. Das Prinzip des Finanzausgleichs zwischen Versicherten- und Kassenvermögen mit der Wirkung, ersparte Aufwendungen der Kasse den Versicherten gut zu bringen, sei dem Gedanken des Solidarausgleichs fremd. Der Hinweis auf die Leistungsgewährung anderer Krankenkassen vermöge den geltend gemachten Anspruch ebenfalls nicht zu begründen. Es müsse von einer fehlerhaften Leistungsgewährung und somit von einem rechtswidrigen Verwaltungshandeln ausgegangen werden. Es gebe aber keine Gleichbehandlung im Unrecht.

Mit ihrer dagegen am 8. August 2008 beim Sozialgericht Mannheim (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht, sie habe insgesamt 20 Behandlungszyklen in Anspruch genommen. Nach vielen vergeblichen Behandlungsversuchen durch schulmedizinische Maßnahmen sei ihr endlich geholfen worden.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhaltes hat das SG eine Auskunft beim GBA eingeholt. Dieser teilte mit, die DermoDyne Lichtimpfung sei bisher weder von dem GBA noch dem vormalig zuständigen Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen überprüft worden. Bislang sei kein Antrag zur Überprüfung dieser Methode von den antragsberechtigten Organisationen gestellt worden. Es lägen auch keine Informationen darüber vor, dass es sich um eine medizinische Methode handele, die die für die vertragsärztliche Versorgung gesetzlich vorgegebenen Kriterien "diagnostischer oder therapeutischer Nutzen", "medizinischer Notwendigkeit" und "Wirtschaftlichkeit" erfülle.

Mit Gerichtsbescheid vom 26. November 2008 hat das SG daraufhin die Klage mit der Begründung abgewiesen, bei der DermoDyne Lichtimpfung handele es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die nur zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürften, wenn der GBA auf Antrag darüber Empfehlungen abgegeben habe. Dies sei nach der eingeholten Auskunft nicht der Fall. Damit gehöre die DermoDyne Lichtimpfung nicht zur Behandlung, die der Versicherte als Sachleistung oder im Wege der Kostenerstattung beanspruchen könne. Auch der Verweis auf die Einsparung von Kosten durch den Wegfall der Erforderlichkeit von Salben vermöge eine Erstattungspflicht nicht zu begründen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot beziehe sich nur auf solche Behandlungen, die anerkannt und vom GBA empfohlen worden seien. Dass der Ausschluss nicht anerkannter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Verfassungsrecht nicht verletze, habe das Bundessozialgericht (BSG) bereits mehrfach entschieden. Das Fehlen einer Empfehlung des GBA begründe auch keinen Systemmangel, aus dem die Klägerin Rechte herleiten könne. Dies sei nur dann der Fall, wenn das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt worden wäre. Dies sei indessen bei der DermoDyne Lichtimpfung nicht der Fall. Sie sei im Januar 2003 nach dem Medizinproduktegesetz für die klinische Anwendung am Patienten zugelassen worden. Bis zum November 2008 habe dem GBA noch nicht einmal ein Antrag der antragsberechtigten Organisationen zu dieser Methode vorgelegen. Dies sei dem GBA nicht anzulasten, denn er sei zur Prüfung auf einen Antrag angewiesen.

Zur Begründung ihrer dagegen am 24. Dezember 2008 eingelegten Berufung hat die Klägerin geltend gemacht, sie leide an einem unheilbaren Krankheitsgeschehen, welches sie in schwerer und generalisierter Form begleite. Sie habe sich de facto ständig in ärztlicher und frühmedizinischer Behandlung befunden, ohne dass Erfolge um ihr Leiden sichtbar erzielt worden wären. Es sei ihr letztlich nur übrig geblieben, ihr weiteres Leben mit der Krankheit zu verbringen. Dies bringe bekanntermaßen viele Probleme mit sich, angefangen bei dem erheblichen Juckreiz, dem optischen neurodermitischen Hautbild und der eingeschränkten Lebensqualität. Wenn ein Patient, dem seit 32 Jahren schulmedizinisch nicht geholfen werden können, sich einmal einer Alternative zuwende, so bedürfe dies wohl keiner Diskussion. Sie hat noch zwei weitere Atteste von Dr. S. und der Universitäts-Hautklinik J.-G.-Universität vorgelegt.

Die Klägerin beantragt (sinngemäß),

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 26. November 2008 sowie den Bescheid vom 06. Dezember 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. Juli 2008 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 3.033,40 EUR Behandlungskosten für die DermoDyne Lichtimpfung zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet die angefochtene Entscheidung für zutreffend.

Die Berichterstatterin hat am 10. März 2009 einen Erörterungstermin durchgeführt.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie die von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#), da die erforderliche Berufungssumme von 750,- EUR durch die entstandenen Kosten der DermoDyne Lichtimpfung überschritten wird.

Die damit insgesamt zulässige Berufung der Klägerin ist aber nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Sie hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung der DermoDyne Lichtimpfung.

Rechtsgrundlage für den geltend gemachten Anspruch auf Kostenerstattung ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alternative Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V). Nach dieser Anspruchsgrundlage sind dem Versicherten Kosten einer selbst beschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Der Anspruch auf Kostenerstattung reicht nicht weiter als ein entsprechender Naturalleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (so zuletzt BSG Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#), zitiert nach Juris). Die Klägerin hat keinen solchen Naturalleistungsanspruch auf die DermoDyne Lichtimpfung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung. Der Anspruch scheidet daran, dass der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) die neue Methode nicht positiv empfohlen hat und kein Ausnahmefall vorliegt, in welchem dies entbehrlich ist.

Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er erfasst 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 nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der GBA 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 nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer (Ärzte, Zahnärzte usw.) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien nach der ständigen Rechtsprechung des BSG auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt. Ärztliche Behandlungsmethoden im Sinne der gesetzlichen Krankenversicherung sind medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll (BSG [SozR 3 - 2500 § 31 Nr. 5](#)).

Darum geht es bei der von der Klägerin selbst beschafften DermoDyne Lichtimpfung. "Neu" ist eine Methode, wenn sie wie hier zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist (BSG [SozR 3 - 2500 § 135 Nr. 4](#)). Als nicht vom GBA empfohlene neue Methode ist die DermoDyne Lichtimpfung mithin grundsätzlich kein Leistungsgegenstand der GKV (so auch BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008, [B 1 KR 11/08 R](#), zitiert nach Juris). Die Versicherten, bei denen die Kosten erstattet wurden, sind deswegen in der J.-G.-Universität M. im Wege eines Modellvorhabens behandelt worden, wie die Klägerin im Erörterungstermin vorgetragen hat.

Der Ausnahmefall, in dem es keiner Empfehlung des GBA bedarf, besteht im Falle der Klägerin ebenfalls nicht.

Die Voraussetzungen, unter denen das BSG von einem Systemversagen ausgeht, liegen hier nicht vor. Ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt kann nach der Rechtsprechung eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde (sog. Systemversagen). Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen Fällen die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden. Ein solcher Fall des Systemversagens liegt hier schon deshalb nicht vor, weil das Verfahren vor dem GBA antragsabhängig ist und ein entsprechender Antrag beim GBA bislang nicht gestellt worden ist. Dies folgt aus der vom SG eingeholten Auskunft beim GBA. Daraus oder aus den Akten und dem Vorbringen der Beteiligten ergeben sich keine Hinweise darauf, dass eine Antragstellung hintertrieben, verhindert oder in einer den Krankenkassen oder dem GBA sonst zuzurechnender Weise unzulässig verzögert worden sein könnte (vgl. zum Ganzen BSG [SozR 4 - 2500 § 27 Nr. 12](#)).

Es bestehen auch keine Anhaltspunkte für eine gebotene grundrechtsorientierte Auslegung (BVerfG [SozR 4 - 2500 § 27 Nr. 5](#); BSG [SozR 4 - 2500 § 27 Nr. 12](#)). Das erfordert das Vorliegen einer lebensbedrohlichen Krankheit, das Fehlen einer anwendbaren Standardtherapie und das Bestehen von mehr als bloß ganz entfernt liegenden Aussichten auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf durch die streitige Therapie.

Es fehlt schon daran, dass die Erkrankung der Klägerin nicht mit einer lebensbedrohlichen Krankheit gleichgesetzt werden kann. Nach der Rechtsprechung ist mit dem Kriterium einer Krankheit, die mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung in der Bewertung vergleichbar ist, eine strengere Voraussetzung umschrieben, als sie etwa mit dem Erfordernis einer "schwerwiegenden" Erkrankung für die Öffnung des sogenannten Off-Label-Use (BSG vom 19.03.2002 - [B 1 KR 37/00 R](#), [SozR 3 - 2500 § 31 Nr. 8](#)) formuliert ist. Versicherte der GKV haben danach Anspruch auf eine verfassungskonforme Leistungserweiterung nur wegen solcher Krankheiten, die in absehbarer Zeit zum Verlust des Lebens oder eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion führen (BSG vom 14.05.2007 - [B 1 KR 16/07 B](#), zitiert nach Juris). Dies ist bei der Neurodermitis nicht der Fall, zumal es Standardtherapien gibt, die bei der Klägerin - zumindest für gewisse Zeit - erfolgreich zur Anwendung gekommen sind.

Das Vorbringen der Klägerin, dass ihr allein die DermoDyne Lichtimpfung nachhaltig geholfen habe, ist mangels positiver Empfehlung in den Richtlinien unbeachtlich und für das Ergebnis nicht relevant (BSG [SozR 3 - 2500 § 135 Nr. 4](#)). Die gesetzliche Krankenversicherung kennt keine Leistung oder Erstattung nach dem Erfolgsprinzip, insofern kommt es auf den Einzelfall nicht an. Auf den Erfolg der durchgeführten Behandlung im Einzelfall kommt es daher nicht an.

Auch dass die Klägerin durch die durchgeführte Operation möglicherweise Folgekosten erspart hat, da sie in Zukunft vielleicht gar keiner Behandlung mehr bedarf, begründet keinen Kostenerstattungsanspruch. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht nicht schon deshalb, weil eine Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart; denn sonst könnte die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 26.07.2004 - [B 1 KR 30/04 B](#)-; zitiert nach juris).

Die Berufung der Klägerin ist damit zurückzuweisen, wobei die Kostenentscheidung auf [§ 193 SGG](#) beruht.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-06-02