

L 4 KR 1/07 ZVW

Land

Freistaat Bayern

Sozialgericht

Bayerisches LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

4

1. Instanz

SG München (FSB)

Aktenzeichen

S 29 KR 124/05

Datum

26.04.2006

2. Instanz

Bayerisches LSG

Aktenzeichen

L 4 KR 1/07 ZVW

Datum

22.03.2007

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

B 1 KR 40/07 B

Datum

04.07.2007

Kategorie

Urteil

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 26. April 2006 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung für eine Operation beider Augen mittels Excimer-Laser.

Der 1978 geborene und bei der Beklagten versicherte Kläger leidet nach dem augenärztlichen Attest von Dr. M. (M.) vom 19.05.2004 an einer Hyperopie, Astigmatismus und Anisometropie. Nach Angaben des Klägers betrug die Weitsichtigkeit rechts + 5,5 und links + 7,5. Er beantragte am 27.05.2004 unter Vorlage dieses Attests und eines Kostenvoranschlags des Augenarztes vom 19.05.2004 die Kostenübernahme für eine Lasik-Behandlung beider Augen. Eine Brille könne er nicht tragen. Der von der Beklagten gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK) hielt in der Stellungnahme vom 07.06.2004 unter Bezugnahme auf die Anlage B der BUB-Richtlinien eine Kostenübernahme für ausgeschlossen. Der Kläger ließ am 23.06.2004 die Operation beider Augen mittels Excimer-Laser (Lasik-Behandlung) bei Dr. M. durchführen. Der Arzt forderte mit der Rechnung vom 23.06.2004 hierfür 4.100,43 Euro. Am 24.06.2004 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Behandlung ab; die durchgeführte Augenoperation sei eine sog. individuelle Gesundheitsleistung (IGEL), für die die Krankenkassen nicht einzustehen haben.

Auf den Widerspruch des Klägers holte die Beklagte eine weitere Stellungnahme des MDK ein, der am 09.09.2004 zu dem Ergebnis gelangte, unter Berücksichtigung des Ausmaßes der Fehlsichtigkeit und auch der Brechkraftunterschiedlichkeit bestehe die Möglichkeit, problemfrei eine Brille zu verwenden, um Stereosehen zu vermitteln. Durch Einsatz spezieller Brillenglasmaterialien könne ein Tragekomfort erreicht werden, bei entsprechender Durchbiegung der Gläser könnten auch die Probleme der Anisometropie und Anisekonie brillentechnisch gelöst werden. Die durchgeführte Lasik-Behandlung gehöre als Verfahren der refraktiven Augenchirurgie zu den Behandlungsmethoden, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

Die Beklagte wies mit dem Widerspruchsbescheid vom 27.01.2005 den Widerspruch mit der Begründung zurück, eine Kostenübernahme sei durch die BUB-Richtlinien ausgeschlossen, der Kläger könne eine Brille mit entsprechend geeigneten Gläsern tragen.

Er hat mit der Klage vom 08.02.2005 beim Sozialgericht München (SG) geltend gemacht, bei ihm liege eine Ausnahmeindikation für die Lasik-Behandlung vor; diese Behandlung sei die einzige Möglichkeit gewesen, seine Fehlsichtigkeit zu korrigieren. Die Beklagte habe ihm etwa eine Woche nach Eingang der Antragsunterlagen telefonisch mitgeteilt, dass sie für die Kosten nicht aufkommen werde. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts sei es mit dem Grundrecht auf Leben und dem Sozialstaatsprinzip nicht zu vereinbaren, einem gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Unter Anwendung dieser Grundsätze sei die Beklagte zur Kostenerstattung zu verurteilen.

Das SG hat mit Urteil vom 26.04.2006 die Klage abgewiesen. Dem Kläger stehe ein Kostenerstattungsanspruch der refraktiven augenchirurgischen Leistung nicht zu. Es habe sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt und die Beklagte habe auch nicht zu Unrecht die Leistung abgelehnt. Der Kläger hätte vor Durchführung der Leistung die Entscheidung der Beklagten abwarten müssen. Die von ihm behauptete fermündliche Ablehnung der Kostenübernahme stelle keine Entscheidung der Krankenkasse dar. Daher müsse nicht mehr

darauf eingegangen werden, ob die begehrte Maßnahme der Art nach von der Leistungspflicht der Beklagten umfasst war.

Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 04.05.2006, mit der er wie im Klageverfahren u.a. wieder geltend macht, weder eine Brille noch Kontaktlinsen seien bei ihm aus augenmedizinischer Sicht indiziert gewesen. Es habe lediglich die Möglichkeit bestanden, die Fehlsichtigkeit mittels des Excimer-Lasers zu korrigieren. Das Gericht hat mit Beschluss vom 30.08.2006 die Berufung im Hinblick auf den Ausschluss der streitigen Behandlung in den BUB-Richtlinien zurückgewiesen. Das Bundessozialgericht (BSG) hat mit Beschluss vom 14.12.2006 auf die Nichtzulassungsbeschwerde des Klägerbevollmächtigten den Beschluss des Gerichts wegen der fehlenden Anhörung des Klägers aufgehoben und die Streitsache zurückverwiesen. Das Gericht hat die Anhörung nachgeholt; die Beteiligten haben sich hierzu nicht geäußert.

Der Klägerbevollmächtigte beantragt, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts München vom 26.04.2006 sowie des Bescheides der Beklagten vom 24.06.2004 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27.01.2005 zu verurteilen, die Kosten der Lasik-Behandlung in Höhe von 4.100,43 Euro zu erstatten, hilfsweise ein Gutachten von Amts wegen darüber einzuholen, dass die vorgenommene Operation die einzige Möglichkeit war, die Augenkrankheit beim Kläger angemessen zu beheben.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt der beigezogenen Akten wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung (§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG) ist zulässig.

Die Berufung ist unbegründet.

Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten der Lasik-Behandlung (Laser in situ Keratomileusis). Eine andere Entscheidung war dem Senat wegen der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu den neuen Behandlungsmethoden nicht möglich (z.B. BSG vom 16.09.1997 [BSGE 81, 73](#)). Als Anspruchsgrundlage kommt nach Lage des Falles allein [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch V \(SGB V\)](#) in Frage. Danach hat die Krankenkasse die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn sie entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Beide Voraussetzungen liegen nicht vor.

Die Lasik-Behandlung war keine unaufschiebbare Leistung, da sie nicht dringlich gewesen ist. Unaufschiebbare Leistungen sind vor allem krankenversicherungsrechtliche Notfälle und andere dringliche Bedarfslagen. Hieran fehlt es aus medizinischen Gründen, weil zwischen dem Antrag auf Kostenübernahme und der Durchführung der Augenoperation nahezu vier Wochen liegen.

Die Beklagte hat die Kostenübernahme auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Der in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorausgesetzte Kausalzusammenhang zwischen Leistungsablehnung durch die Krankenkasse und der Selbstbeschaffung der Leistung durch den Versicherten hat nach der ständigen Rechtsprechung des BSG zur Folge, dass die Versicherten sich vor der Inanspruchnahme einer Behandlung außerhalb des Sachleistungssystems grundsätzlich an die Krankenkasse wenden, die Leistungsgewährung beantragen und die Entscheidung der Krankenkasse darüber abwarten müssen. Ohne diesen ursächlichen Zusammenhang ist die in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) geregelte Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz ([§§ 2 Abs. 2, 13 Abs. 1 SGB V](#)) nicht erfüllt (vgl. z.B. BSG vom 22.03.2005, SGB 2005, 335; BSG vom 20.05.2003 [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#), [BSGE 79, 125, 127](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#)). Denn die Operation wurde einen Tag vor der Erteilung des Bescheides vom 24.06.2004 durchgeführt. Der Kläger behauptet demgegenüber eine fernmündliche Ablehnung seines Antrags. Den Kassenakten ist nicht zu entnehmen, dass die Beklagte bereits vor der Durchführung der Operation die Kostenübernahme in einem Telefongespräch mit dem Kläger abgelehnt hat.

Hierüber muss allerdings nicht Beweis erhoben werden, da die Beklagte, selbst wenn der Senat die Angaben des Klägers insoweit als wahr unterstellt, auch aus sonstigen Gründen zu einer Kostenerstattung nicht verpflichtet ist. Denn die Lasik-Behandlung gehörte im Zeitpunkt der Durchführung nicht zu dem vom Sachleistungsprinzip umfassten Behandlungsanspruch. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#) rechnet zur Krankenbehandlung die ärztliche Behandlung. Welche Leistungen im Einzelfall hierzu zählen, ergibt sich im weiteren unter anderem aus den allgemeinen Leistungsgrundsätzen des [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#), wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben, sowie aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs. 1 SGB V](#), das vorsieht, dass die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen.

Für neue Behandlungsmethoden wie die hier durchgeführten Maßnahme der refraktiven Augenchirurgie gilt [§ 135 Abs. 1 SGB V](#). Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen abgegeben hat über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung. Der Kostenerstattungsanspruch reicht dabei nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, die die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG vom 04.04.2006 [SozR 4-2500 § 27 Nr. 7](#); [BSGE 79, 125, 126](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 11](#) m.w.N.; [BSGE 93, 236](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 1](#); BSG vom 27.09.2005 [B 1 KR 28/03 R](#)).

Den im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Richtlinien des (Gemeinsamen) Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen gemäß [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) ist zu entnehmen, dass die Verfahren der refraktiven Augenchirurgie zu den Methoden gehörten, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden durften. Im Zeitpunkt der Behandlung galt die Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie) vom 10.12.1999 (Bundesanzeiger 2000

Nr. 56 S. 4602), in deren Anlage B (nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) unter Nr. 13 die Verfahren der refraktiven Augenchirurgie aufgeführt waren. Diese Entscheidung des Ausschusses war bereits in den vorausgegangenen Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinie) enthalten, die mit Beschluss vom 10.12.1999 durch die BUB-Richtlinie abgelöst wurden. Die früheren Anlagen 1, 2 und 3 der NUB-Richtlinie wurden in die Anlagen A und B der BUB-Richtlinie überführt. Mit Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 17.01.2006 wurde die BUB-Richtlinie in die Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung übernommen (Bundesanzeiger Nr. 48, S. 1523). Auch in diesen Richtlinien (Anlage II Nr. 13) sind die Verfahren der refraktiven Augenchirurgie als Methoden genannt, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG ist es nicht grundsätzlich die Aufgabe der Gerichte, die in einem ordnungsgemäßen Verfahren getroffene Entscheidung, mit der der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode von der Anwendung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen hat, auf ihre medizinische Richtigkeit inhaltlich zu überprüfen (BSG vom 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#); BSG vom 20.11.2003, [B 1 KR 55/02 B](#) (nicht veröffentlicht), BSG vom 19.02.2003 [SozR 4-2500 § 135 Nr. 1](#)). Denn [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) regelt, dass Methoden ohne positive Empfehlung in Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht zu Lasten der Krankenversicherung angewandt werden dürfen. An diese Entscheidungen des Bundesausschusses über den Ausschluss bestimmter Methoden sind Verwaltung und Gerichte im Grundsatz gebunden.

Die Aufnahme der phototherapeutischen Keratektomie (PTK) mit dem Excimer-Laser in die Anlage I "Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" durch Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses vom 18.07.2006 (BAnz Nr. 193 (S. 6703) vom 13.10.2006 führt nicht zu einer Leistungsverpflichtung der Beklagten im vorliegenden Fall, da es auf die Sach- und Rechtslage im Zeitpunkt der Behandlung ankommt ([§ 135 Abs. 1 SGB V](#)). Die Empfehlung des Ausschusses muss im Zeitpunkt der Leistungserbringung abgegeben worden sein. Es ist unerheblich, ob die Lasik-Operation zu den sog. individuellen Gesundheitsleistungen (IGEL) zählt. Hierunter sind Leistungen zu verstehen, die medizinisch zwar sinnvoll, aber nicht notwendig sind. Sie müssen vom Patienten privat bezahlt werden. Eine einheitliche IGEL-Liste gibt es nicht. Die unterschiedlichen Berufsverbände erstellen zum Teil für sie relevante Listen. Entscheidend ist vielmehr, dass der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen bei der streitigen Leistung den therapeutischen Nutzen in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) nicht anerkannt hat.

Ein anderes Ergebnis folgt auch nicht aus dem vom Kläger zitierten Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 ([NJW 2006, 891](#) = [NZS 2006, 84](#)). Das Bundesverfassungsgericht hat hier eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass aus dem Grundgesetz keine konkreten krankenversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche hergeleitet werden können, nur für lebensbedrohliche oder medizinisch regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen gemacht, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht. Es fehlt hier bereits bei dem Kläger an einem entsprechenden Krankheitsbild. Im Übrigen ist der gutachtlichen Stellungnahme des MDK zu entnehmen, dass der Kläger zum Ausgleich der Fehlsichtigkeit durch beidseitige Weitsichtigkeit kombiniert mit Astigmatismus trotz jahrelanger Gewöhnung an Kontaktlinsen problemfrei eine Brille mit speziellen Gläsern tragen kann. Auch der Beweisantrag ist daher abzulehnen. Selbst wenn die streitige Operation die einzige Behandlungsmöglichkeit gewesen wäre, folgt daraus nach den o.g. Ausführungen noch keine Verpflichtung der Beklagten zur Kostenerstattung.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#). Dies gilt auch für die Kosten der Nichtzulassungsbeschwerde.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2007-07-18