

S 6 KN 338/01 KR

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Gelsenkirchen (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Gelsenkirchen (NRW)
Aktenzeichen
S 6 KN 338/01 KR
Datum
12.04.2002
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Berufung wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger einen Betrag von 000,00 EUR (000,00 DM), den dieser für eine am 00.00.2001 durchgeführte Elektronenstrahl-Computertomographie (EBT) aufgewandt hat, zu erstatten.

Der 0000 geborene Kläger leidet auf kardiologischem Fachgebiet unter einer Zweigefäß-KHK mit Zustand nach Vorderwandinfarkt im August 1995, Zustand nach PTCA einer LAD-Stenose im August 2000 sowie unter einem Vorderwandspitzenaneurysma. Wegen dieser Erkrankungen wurde er vom 00.00.2001 bis zum 00.00.2001 im Zentrum für Innere Medizin - Abteilung für Kardiologie - des Universitätsklinikums F stationär behandelt. Der Direktor der Abteilung für Kardiologie, Herr Prof. Dr. F1, gelangte im Rahmen des stationären Aufenthalts des Klägers zu der Auffassung, dass eine genauere Untersuchung der Herzkranzgefäße dringend erforderlich sei und empfahl dem Kläger die Untersuchung mittels EBT. Nachdem sich der Kläger damit einverstanden erklärt hatte, beantragte der Stationsarzt Dr. I die Kostenübernahme für die Untersuchung bei der Beklagten und schlug vor, die Notwendigkeit telefonisch mit dem Zentralen Beratungsdienst der Beklagten zu erörtern. Die Beklagte forderte daraufhin ausführliche Befundunterlagen zur Weiterleitung an den Zentralen Beratungsdienst an. Bei der Beklagten ging daraufhin ein Befundbericht aus dem Jahre 1995 ein. In einer Stellungnahme vom 00.00.2001 gelangte der begutachtende Arzt Dr. N zu der Auffassung, dass Befundberichte über die aktuelle kardiologische Diagnostik sowie zur therapeutischen Konsequenz der EBT erforderlich seien. Gleichzeitig wurde am 00.00.2001 die EBT dem B L Krankenhaus durchgeführt und dem Kläger für die Untersuchung ein Betrag von 000,00 DM in Rechnung gestellt. Vor Durchführung der Untersuchung hatten der Kläger und die "B L C und I1 Krankenhaus gem. GmbH" einen Vertrag über die Untersuchung mit dem Elektronenstrahltomographen geschlossen. Es heißt dort unter I. Abs. 1:

"Mir ist bekannt, dass es sich hierbei um eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode handelt, die noch nicht in die amtlichen Gebührenordnungen aufgenommen und die nicht im Rahmen einer Krankenhausbehandlung notwendig ist. Mir ist bewusst, dass ich den obengenannten Preis auch dann an das Krankenhaus bezahlen muss, wenn ich dafür keine Erstattung vom Dritten (z. B. Krankenkasse, Krankenversicherung, Beihilfestelle, Berufsgenossenschaft) erhalte."

In einem Bericht an die Beklagte vom 00.00.2001 führte Dr. I aus, dass durch die nunmehr durchgeführte EBT-höhergradige Stenosierungen der Koronararterien hätten ausgeschlossen werden können. Darüber hinaus sei eine invasive und mit Risiken behaftete Koronarangiographie vermieden worden. Die Beklagte reichte diesen Bericht wie auch den Entlassungsbericht vom 00.00.2001 an den Zentralen Beratungsdienst weiter. In einer Stellungnahme vom 01.09.2001 gelangte Dr. C1 zu der Auffassung, dass als kassenärztliche Untersuchung die Koronarangiographie zur Verfügung gestanden habe. Unter Bezugnahme auf diese Stellungnahme lehnte die Beklagte den Antrag des Klägers mit Bescheid vom 21.08.2001 ab.

Hiergegen erhob der Kläger am 04.09.2001 Widerspruch und betonte nochmals die medizinische Notwendigkeit der durchgeführten Elektronenstrahl-Computertomographie. Mit Widerspruchsbescheid vom 30.10.2001 wurde der Widerspruch des Klägers vom Widerspruchsausschuss der Beklagten zurückgewiesen. In dem Bescheid führte der Widerspruchsausschuss aus, dass es sich bei der EBT nicht um eine kassenübliche Leistung handele. Gleichwohl werde im Interesse der Versicherten eine Kostenübernahme nicht generell ausgeschlossen, sondern vielmehr in jedem Einzelfall ohne Anerkennung einer Rechtspflicht geprüft, ob zwingende medizinische Gründe für die Durchführung der EBT gegeben seien. Ausweislich der Stellungnahme des Zentralen Beratungsdienstes vom 01.08.2001 habe sich jedoch die durchgeführte Untersuchung aus sozialmedizinischer Sicht nicht befürworten lassen.

Mit seiner am 07.12.2001 erhobenen Klage verfolgt der Kläger sein Begehren weiter.

Der Kläger vertritt die Auffassung, dass die von der Beklagten angeführten zwingenden medizinischen Gründe in seinem Falle vorgelegen hätten. Darüber hinaus behauptet er, dass Prof. Dr. F1 nicht nur den Kostenübernahmeantrag vom 00.00.2001 veranlasst, sondern dem Kläger in einem persönlichen Gespräch mitgeteilt habe, dass die Kostenübernahme geregelt sei. Vor dem Hintergrund der nachträglichen Entwicklung habe es sich jedoch um eine fehlerhafte Beratung gehandelt, die sich die Beklagte zurechnen lassen müsse, weil Prof. Dr. F1 in ihrer Sphäre als Erfüllungsgehilfe tätig geworden sei. Somit rechtfertige sich die begehrte Kostenerstattung auch unter dem Gesichtspunkt des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 21.08.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2001 zu verurteilen, ihm einen Betrag von 000,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie nimmt Bezug auf den Inhalt der angefochtenen Bescheide und führt ergänzend aus, dass sich der sozialrechtliche Herstellungsanspruch nur auf solche Leistungen beziehen könne, die in das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherungen fielen.

Wegen der weiteren Einzelheiten im Hinblick auf den Sach- und Streitstand wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze sowie auf den Inhalt der den Kläger betreffenden Verwaltungsakte der Beklagten, die vorgelegen haben und ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige, insbesondere form- und fristgerecht erhobene Klage ist in der Sache nicht begründet.

Der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung eines Betrages in Höhe von 000,00 EUR. Insofern ist der angefochtene Bescheid der Beklagten vom 21.08.2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30.10.2001 nicht rechtswidrig, und der Kläger wird durch ihn nicht beschwert, [§ 54 Abs. 2 S. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG). Denn der vom Kläger erhobene Anspruch lässt sich weder aus [§ 13 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) herleiten noch unter dem Gesichtspunkt des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs rechtfertigen.

Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind dem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann (Voraussetzung 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2) und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst beschafft. Wie sich aus [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ergibt, tritt der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung. Vor diesem Hintergrund reicht er nur so weit, wie die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. Mit der Durchbrechung des in [§ 2 Abs. 2 SGB V](#) verankerten Sachleistungsgrundsatzes trägt [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen (vgl. hierzu [§ 1 Abs. 1 S. 1](#), [§ 27 Abs. 1 S. 1](#) und [§ 70 Abs. 1 S. 1 SGB V](#)) und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall (vgl. [§ 76 Abs. 1 S. 2 SGB V](#)) oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben. Wortlaut und Zweck der Vorschrift lassen die Abweichungen vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht sind (BSG, Urteile vom 16.09.1997 - Az.: [1 RK 28/95](#) und [1 RK 17/95](#)).

Es kann vorliegend dahingestellt bleiben, ob der Kläger nach Antragstellung durch Dr. I zunächst die ablehnende Entscheidung der Beklagten hätte abwarten müssen oder ob es sich bei der Durchführung der Untersuchung mittels Elektronenstrahltomographie um eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gehandelt hat. Denn eine ambulante Behandlung bzw. Untersuchung (und um eine solche hat es sich bereits deshalb gehandelt, weil der Kläger nicht stationär in das B L Krankenhaus aufgenommen wurde) mittels EBT zählt nicht zu den Leistungen, die von den gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung als Sachleistung zu erbringen sind. Das ergibt sich aus [§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V](#), der vorsieht, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden dürfen, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u. a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Ungeachtet ihres Standortes im 4. Kapitel des SGB V über die Beziehungen der Krankenkassen zu den Leistungserbringern regelt [§ 92 Abs. 1 S. 2](#) nicht nur die Modalitäten der Leistungserbringung, sondern legt für ihren Anwendungsbereich zugleich den Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen fest. Dabei bezweckt [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) die Sicherung der Qualität der Leistungserbringung der gesetzlichen Krankenversicherung; es soll gewährleistet werden, dass neue medizinische Verfahren nicht ohne Prüfung ihres diagnostischen bzw. therapeutischen Nutzens und etwaiger gesundheitlicher Risiken in der vertragsärztlichen Versorgung angewandt werden. Das ist zum Schutz der Versichertengemeinschaft für unwirtschaftliche Behandlung gleichermaßen wichtig wie zum Schutz des Versicherten vor unerprobten Methoden, deren Nebenwirkungen von ihren Befürwortern nicht immer richtig eingeschätzt werden. Vor diesem Hintergrund ist die Regelung in der Art eines Verbots mit Erlaubnisvorbehalt gefasst: Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind so lange von der Abrechnung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen, bis der Bundesausschuss sie als zweckmäßig anerkannt hat (vgl. hierzu BSG, a.a.O.).

Bei der Untersuchung mittels EBT handelt es sich um eine "neue" Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#). Das Gesetz erläutert zwar nicht selber, wann eine Behandlungsmethode als "neu" zu qualifizieren ist. Nach dem Normzweck muss danach unterschieden werden, ob eine Methode schon bisher zur vertragsärztlichen Versorgung gehört hat. Der Bundesausschuss soll - wie oben bereits gezeigt - darüber wachen, dass die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht auf unwirksame oder unwirtschaftliche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausgedehnt wird. Vor diesem Hintergrund kann es nicht darauf ankommen,

wann das betreffende Verfahren entwickelt und erstmals eingesetzt wurde. Für die Abgrenzung kommt es vielmehr darauf an, ob eine Methode schon bisher Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung war oder nicht. Hierzu ist darauf abzustellen, ob die Methode als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM-Ä) enthalten ist (BSG, Urteil vom 23.07.1998 - Az.: [B 1 KR 2/97 R](#)). Der EBM-Ä bestimmt nach [§ 87 Abs. 2 S. 1 SGB V](#) den Inhalt der abrechnungsfähigen Leistungen und ihr wertmäßiges, in Punkten ausgedrücktes Verhältnis zueinander. Er wird gemäß [§ 87 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) von den kassenärztlichen Bundesvereinigungen mit den Spitzenverbänden der Krankenkassen durch Bewertungsausschuss vereinbart. Untersuchungen mittels Elektronenstrahltomographie sind nicht als vertragsärztliche Leistung in EBM-Ä enthalten und vor diesem Hintergrund auch nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung. Die demnach erforderliche Anerkennung durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen liegt nicht vor, so dass die hier in Streit stehende Untersuchung mit EBT in der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist. In diesem Zusammenhang kommt es nicht darauf an, ob der Bundesausschuss die betreffende Methode bereits geprüft und abgelehnt hat oder ob - wie im Falle der EBT - über die Anerkennung noch nicht entschieden wurde. Denn das Gesetz schließt eine Abrechnung zu Lasten der Krankenkasse nicht nur bei ablehnenden Entscheidungen des Bundesausschusses, sondern nach seinem Wortlaut ausdrücklich auch für den Fall des Fehlens einer solchen Entscheidung aus, weil sichergestellt werden soll, dass neue Behandlungs- und Untersuchungsmethoden erst nach ausreichender Prüfung in dem dafür vorgesehenen Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung eingesetzt werden (BSG a.a.O. zur EBT vgl. auch LSG NRW, Urteil v. 16.08.2001 - Az.: [L 5 KR 8/01](#)).

Ausnahmsweise kann jedoch ein Kostenerstattungsanspruch trotz fehlender Anerkennung durch den Bundesausschuss in Betracht kommen, wenn die Wirksamkeit der betreffenden Therapie wissenschaftlich nachgewiesen ist und die fehlende Anerkennung der neuen Methode auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruht (sogenanntes "Systemversagen"). Für die Anerkennung der therapeutischen Zweckmäßigkeit einer neuen Methode ist es erforderlich, aber auch ausreichend, dass sich diese in der medizinischen Praxis durchgesetzt hat. Davon ist auszugehen, wenn sie in der medizinischen Fachdiskussion eine breitere Resonanz gefunden hat und von einer erheblichen Anzahl von Ärzten angewandt wird. Die Verbreitung einer Methode kann als Beleg für ihre Zweckmäßigkeit gewertet werden, weil sich erfolgreiche oder erfolgversprechende Untersuchungs- und Behandlungsverfahren erfahrungsgemäß über kurz oder lang durchsetzen und ungeeigneten Therapien eine breite Akzeptanz versagt bleibt (BSG, a.a.O.). Es sind keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, dass sich Untersuchungen mittels Elektronenstrahltomographie zwischenzeitlich in der ärztlichen Praxis durchgesetzt haben. Vielmehr bildet insbesondere der Umstand, dass die EBT weder in der Gebührenordnung der Ärzte (GOÄ), die zur Abrechnung privatärztlicher erbrachter Leistungen anzuwenden ist, Berücksichtigung gefunden noch der Gebührenausschuss der Bundesärztekammer eine Abrechnungsempfehlung zur analogen Bewertung ausgesprochen hat, ein starkes Indiz dafür, dass es sich bei der EBT (noch) nicht um eine erfolgreiche Untersuchungsmethode handelt.

Letztlich muss die Frage, ob die Durchführung der EBT im ambulanten Bereich als zweckmäßig zu qualifizieren ist, nicht entschieden werden. Denn die fehlende Anerkennung dieser Methode beruht nicht auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems.

Ein solcher Systemmangel kann zunächst dann vorliegen, wenn das Anerkennungsverfahren durch den Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wird, wobei nach [§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) nur die kassenärztliche Bundesvereinigung, die kassenärztlichen Vereinigungen sowie die Spitzenverbände der Krankenkassen antragsberechtigt zur Einleitung eines Verfahrens sind. Für einen Systemmangel im vorbezeichneten Sinne liegen jedoch keine Anhaltspunkte vor und sind vom Kläger auch nicht vorgetragen worden.

Ein Systemversagen mit der Folge einer Erstattungspflicht liegt darüber hinaus nicht unter dem Gesichtspunkt eines etwaigen amtspflichtwidrigen Verhaltens des Herrn Prof. Dr. F1 bzw. der Ärzte des Uni-Klinikums F bzw. des B L Krankenhauses vor. Ein Systemversagen, das zu einem Kostenerstattungsanspruch des Versicherten nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) führen kann, kann sich auch daraus ergeben, dass ärztliche Leistungserbringer, die ihnen kraft Zulassung übertragenen öffentlich-rechtlichen Informationspflichten gegenüber dem Versicherten nicht oder nur schlecht erfüllen, so dass der Versicherte die vom ärztlichen Leistungserbringer veranlasste objektiv ungerechtfertigte Fremdleistung in schutzwürdigem Vertrauen als Kassenleistung in Anspruch nimmt (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 23.04.1996 - Az.: [1 RK 20/95](#) und Urteil vom 23.10.1996 - Az.: [4 RK 2/96](#)). Gleichwohl hat der ärztliche Leistungserbringer durch die ihm übertragene Hoheits- und Rechtsmacht nicht die Kompetenz, dem Versicherten ein Recht gegen die Krankenkasse auf Bezahlung von objektiv ungerechtfertigten Fremdleistungen einzuräumen (BSG, Urteil vom 23.10.1996 - Az.: [4 RK 2/96](#)). Gleichwohl kann die Krankenkasse dies dem Versicherten dann nicht entgegenhalten, wenn sie es sich zurechnen lassen muss, dass er diese objektiv ungerechtfertigte Leistung in schutzwürdigem Vertrauen darauf entgegengenommen hat, dass es sich um eine Naturalleistung der gesetzlichen Krankenversicherung gehandelt habe. Das Vertrauen des Versicherten ist allerdings dann nicht schutzwürdig, wenn er weiß oder trotz ausreichender Unterrichtung durch den ärztlichen Leistungserbringer und persönlicher Einsichtsfähigkeit nicht weiß, dass eine Fremdleistung verordnet oder sonstwie veranlasst werden soll. Unter Zugrundelegung des klägerischen Sachvortrages herrschte zwischen Prof. Dr. F1 und dem Kläger Einigkeit darüber, dass es sich bei der Durchführung der EBT um eine nicht vertragsgemäße Leistung gehandelt hat. Dass der Kläger insofern nicht gutgläubig gewesen ist, ergibt sich auch aus dem zwischen ihm und dem B L Krankenhaus geschlossenen Vertrag über die Untersuchung mit dem Elektronenstrahltomographen vom 00.00.2001, der ausdrücklich darlegt, dass es sich bei der EBT nicht um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt. Die vermeintliche Falschauskunft des Prof. Dr. F1 hat sich demzufolge nur auf das Problem der Kostenerstattung bezogen, wie der Kläger in seinem Schriftsatz vom 06.12.2001 ausführt. Demnach hat sich die Gutgläubigkeit des Klägers lediglich auf den Aspekt der Kostenerstattung, nicht jedoch auf die Frage, ob es sich bei einer Untersuchung mittels EBT um eine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung handelt, erstreckt. Da insoweit keine Verletzung einer der Beklagten zurechenbaren Aufklärungs- oder Betreuungspflicht vorgelegen hat, musste das Gericht auch nicht Prof. Dr. F1 und die Universität F als Krankenhausträger nach [§ 75 Abs. 2 SGG](#) notwendig beiladen.

Der Kläger kann die begehrte Kostenerstattung auch nicht im Wege des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs verlangen. Ein Anspruch aus dem sozialrechtlichen Herstellungsanspruch ist gegeben, wenn eine Behörde oder ein Versicherungsträger eine Betreuungspflicht verletzt, die ihr den Sozialleistungsberechtigten gegenüber obliegt. Voraussetzung ist somit, dass ein rechtswidriges Verhalten eines Sozialleistungsträgers festgestellt werden kann, auf ein Verschulden kommt es demgegenüber nicht an. Der durch das Fehlverhalten des Sozialleistungsträgers eingetretene Zustand muss zum einen durch eine zulässige Amtshandlung wieder hergestellt werden können, zum anderen darf - worauf die Beklagte zutreffend hinweist - der durch die Amtshandlung hergestellte Zustand selbst nicht dem Gesetz zuwiderlaufen (BSG, Urteil vom 08.03.1990 - Az.: [3 RK 9/89](#); Gagel, Sgb 2000, 517, 518 S.). Im hier interessierenden Zusammenhang kann zunächst offen bleiben, ob eine Verletzung einer Betreuungspflicht daraus resultieren kann, dass Prof. Dr. F1 den Kläger fehlerhaft über eine

etwaige Erstattungsmöglichkeit aufgeklärt haben mag. Selbst wenn jedoch eine fehlerhafte Beratung durch Prof. Dr. F1 vorgelegen hätte und diese auch der Beklagten zugerechnet werden könnte, kann eine Erstattung des vom Kläger geltend gemachten Betrages nicht in Betracht kommen, weil eine Kostenerstattung für eine nicht in der vertragsärztlichen Behandlung zugelassene Untersuchungsmethode dem Gesetz ([§ 135 Abs. 1 SGB V](#)) zuwiderliefe.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§§ 183, 193 SGG](#).

Anlass, die Berufung zuzulassen, hat nicht bestanden ([§ 144 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2003-08-18