

L 11 KR 4509/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Karlsruhe (BWB)
Aktenzeichen
S 3 KR 1605/06
Datum
23.08.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 4509/06
Datum
19.12.2006
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. August 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist streitig, ob die Beklagte die Kosten für eine ambulante Augenoperation in Form eines refraktiven laserchirurgischen Eingriffs an beiden Augen (Lasik-Operation) in Höhe von 4.000,- EUR zu erstatten hat.

Der 1963 geborene und bei der Beklagten krankenversicherte Kläger beantragte am 09.01.2006 bei der Beklagten unter Vorlage einer augenfachärztlichen Bescheinigung von Prof. Dr. W., Augenklinik des Klinikums der S. L., vom 29.12.2005, derzufolge entsprechend der Empfehlung der K. R. C. (KRC) eine Indikation zur Lasik-Operation bestehe, die Kostenübernahme in einer Größenordnung von 4.001,- EUR. Prof. Dr. W. beschrieb eine Anisometropie im Bereich der Sphäre von 2,0 dpt, wobei ein Refraktionsausgleich durch Brille wegen dann auftretender Doppelbilder und weiterer Komplikationen nicht oder nur unter großen Einbußen beim räumlichen Sehen oder größerem Verlust der Sehschärfe zumindest an einem Auge möglich gewesen sei. Bei Kontaktlinsenversuchen mit verschiedenen harten und weichen Kontaktlinsen habe keine verträgliche Linse gefunden werden können, da ein erhöhter Liddruck und eine verminderte Tränenproduktion eine erfolgreiche Anpassung verhindert hätten.

Mit Bescheid vom 11.01.2006 lehnte die Beklagte den Antrag mit der Begründung ab, bei der beantragten Methode handle es sich um eine so genannte "Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode", die bisher nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen gehöre, da sie vom sog. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen worden sei. Eine Kostenübernahme oder -beteiligung sei den Krankenkassen daher gesetzlich untersagt, auch wenn die Methode aus medizinischer Sicht des Behandlers empfohlen werde oder in Einzelfällen erfolgreich gewesen sei.

Mit seinem hiergegen eingelegten Widerspruch wandte der Kläger ein, es könne nicht angehen, dass die Richtlinien des Bundesausschusses für Ärzte, die vielleicht etliche Jahre alt seien, es ausschlossen, dass eine neue anerkannte Behandlungsmethode, zumal Gefahr in Verzug vorliege, nicht zur Anwendung kommen dürfe, nur weil zwischenzeitlich noch kein neuer Antrag gestellt worden sei. Die Lasik-Operationsmethode werde erst seit wenigen Jahren durchgeführt, die Methoden würden jedoch ständig verfeinert und verbessert, so dass gerade keine nachhaltige Schädigung der Hornhaut entstehe. Die Lasik-Behandlungsmethode dürfe nicht nur ausnahmsweise befürwortet werden, sondern sei dann zu empfehlen, wenn es - wie bei ihm - keine andere Möglichkeit gebe, einem Patienten zu helfen. Er solle weder Kontaktlinsen noch Brille tragen, da beide Hilfsmittel mit enormen Nachteilen verbunden seien. Die Entscheidungsfindung des Bundesausschusses sei daher rechtsfehlerhaft, da bei der Lasik-Methode auf den Einzelfall abzustellen und die medizinische Indikation in Verbindung mit den augenfachärztlichen Bescheinigungen zu prüfen sei, um über eine Zusage oder eine Ablehnung individuell entscheiden zu können.

Die Beklagte ließ sich durch den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) sozialmedizinisch beraten. Dr. G. führte aus, es handle sich im vorliegenden Fall um ein Verfahren der refraktiven Augenchirurgie, welches sich in der Anlage B Ziffer 13 der BUB-Richtlinie (Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) finde. Es dürfe daher gemäß § 135 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht erbracht werden. Gutachterlich könne hiervon nicht abgewichen werden, selbst wenn im Einzelfall durch den Einsatz der Methode eine Linderung oder Heilung eintreten sollte bzw. wenn sie medizinisch nachvollziehbar wäre. Es bestehe auch kein

Anlass, Behandlungsalternativen anzugeben.

Am 02.02.2006 ließ der Kläger die Korrekturoperation durch Prof. Dr. W. durchführen. Für die Behandlung, die insgesamt bis Juli 2006 andauerte, wurde ihm ein Betrag von 4.007,23 EUR in Rechnung gestellt (Schluss-Liquidation vom 09.10.2006 - Bl. 32/33 LSG-A).

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.03.2006 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück: Die Verfahren zur refraktiven Augen Chirurgie gehörten zu den unkonventionellen Behandlungsmethoden, deren Wirksamkeit nicht allgemein wissenschaftlich nachgewiesen seien. Sie seien durch den GBA als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode in die Anlage B Nr. 13 der BUB-Richtlinie als Methoden aufgenommen worden, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürften. Für die Methoden, die der GBA durch Aufnahme in diese Richtlinie ausgeschlossen habe, sei festzustellen, dass sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse nicht erforderlich seien.

Deswegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) und machte geltend, die bei ihm vorliegenden völlig ungewöhnlichen Dioptrienwerte von + 2,0 und + 4,0 hätten es unmöglich gemacht, auf Dauer Sehhilfen in Anspruch zu nehmen, ohne mit unvermeidlichen ständigen Sehverschlechterungen rechnen zu müssen, was die Augen auf Dauer schädigen würde. Es gebe überhaupt keine Alternative zu dem kleinen harmlosen ambulanten Eingriff einer Lasik-Operation, die bei ihm mit vollem Erfolg durchgeführt worden sei. Er könne nunmehr auf Sehhilfen verzichten. Kosten entstünden zukünftig für die Beklagte nicht mehr, eine Sehverschlechterung sei ausgeschlossen. Der Kläger legte einen augenärztlichen Verlaufsbericht von Prof. Dr. W. vom Mai 2006 sowie eine Kopie der Stellungnahme der K. R. C. (KRC) vor.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Sie könne sich über die für die Beteiligten verbindliche Richtlinie des GBA nicht hinwegsetzen. Darauf weise auch die K. R. C. hin und erläutere, dass einige private Krankenversicherungen im Einzelfall Kosten übernommen hätten. Dies könne aber für die gesetzliche Krankenversicherung nicht gelten.

Mit Urteil vom 23.08.2006, den Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellt am 30.08.2006, wies das SG die Klage ab. In den Entscheidungsgründen führte es im wesentlichen aus, der Kostenerstattungsanspruch könne nur bestehen, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehöre, die die gesetzlichen Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistungen zu gewähren hätten. Die streitige Excimer-Laser-Behandlung gehöre jedoch nicht zu den von der gesetzlichen Krankenkasse geschuldeten Leistungen. Sie sei bisher nicht Bestandteil des vertragsärztlichen Leistungsspektrums, weshalb insoweit der Vorbehalt des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) mit der Folge gelte, dass die Anerkennung dieser Therapie in der vertragsärztlichen Versorgung eine Empfehlung durch den GBA erfordere. Eine solche Empfehlung liege jedoch nicht vor, im Gegenteil seien Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie durch Beschluss vom 11.05.1993 als Nr. 13 in die Anlage 2 der Richtlinien (damals NUB-Richtlinien) als Behandlungsmethoden aufgenommen worden, die für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnis nicht erforderlich seien. Diese Richtlinien seien durch Bekanntmachung vom 10.12.1999 außer Kraft gesetzt und durch Bekanntmachung vom selben Tag in die nunmehrige Anlage B der BUB-Richtlinien eingefügt worden, wobei die streitbefangene Behandlungsform unverändert als Nr. 13 übernommen worden sei. Der Kläger habe somit keinen Anspruch auf Erstattung der ihm durch diese Behandlung entstandenen Kosten. Dies gelte selbst dann, wenn die außervertraglichen Behandlungen kostengünstiger wären als die innerhalb des Systems zur Verfügung stehenden. Eine abweichende Beurteilung könnte nur dann in Betracht kommen, wenn der GBA über die Anerkennung der streitigen Methode ohne sachlichen Grund nicht oder nicht zeitgerecht erneut trotz Vorliegens neuer medizinischer Erkenntnisse entschieden hätte. Anhaltspunkte hierfür lägen nicht vor. Auch im Hinblick auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichtes vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) - bestehe keine Veranlassung, von der Verbindlichkeit der Richtlinie des GBA abzuweichen, da dies nur bei einer lebensbedrohlichen oder sogar regelmäßig tödlichen Erkrankung gerechtfertigt sein könnte. Ein derartiger Sachverhalt sei beim Kläger jedoch nicht gegeben.

Hiergegen richtet sich die am 04.09.2006 eingelegte Berufung des Klägers. Zur Begründung trägt er ergänzend vor, das SG verkenne, dass es bei ihm aufgrund der eindeutigen medizinischen Indikation dringend erforderlich gewesen sei, die Behandlungsmethode einer Lasik-Operation anzuwenden, um Schäden für seine Augen für die Zukunft abzuwenden. Es sei auch nicht richtig, dass keine Notfallbehandlung vorgelegen habe, denn in der augenfachärztlichen Bescheinigung des Prof. Dr. W. sei ausdrücklich davon gesprochen worden, dass eine dauernde Sehverschlechterung unvermeidlich sei, wenn Kontaktlinsen weiter getragen würden und dass eine Brillenversorgung mit großen gesundheitlichen Nachteilen verbunden sei. Die Operation habe auch das Kriterium der Zweckmäßigkeit erfüllt, denn sie habe hervorragend geklappt. Kontaktlinsen und Brille seien nicht mehr nötig und die Beschwerden seien verschwunden. Die Lasik-Methode setze sich immer mehr durch und es sei nicht einzusehen, warum er nicht die bestmögliche Behandlungsmethode wählen sollte, zumal keine Alternativen vorlägen. Es bestehe insoweit ein gravierender Mangel im gesetzlichen Leistungssystem. Der Bundesausschuss müsse selbst eine Überprüfung der Behandlungsmethode vornehmen und könne sich nicht darauf berufen, solch eine Überprüfung fände nicht statt, nur weil kein neuer Antrag gestellt worden sei. Eine solche Formalie könne nicht zu Lasten seines Augenlichts gehen. Sachfremde Erwägungen in der ablehnenden Entscheidung von 1993 seien allein schon vor dem Hintergrund gegeben, dass diese Entscheidung mehr als zehn Jahre alt sei, so dass sie überhaupt nicht mehr in das aktuelle Bild der heutigen medizinischen Möglichkeiten passe. Im übrigen stehe die Lasik-Behandlung derzeit zumindest in Teilen auf dem Prüfstand des Bundesausschusses.

Der Kläger beantragt - teilweise sinngemäß -,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 23. August 2006 sowie den Bescheid vom 11. Januar 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 27. März 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die Lasik-Augenoperation in Höhe von 4.000,- EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet das angefochtene Urteil für zutreffend.

Der Senat hat eine Auskunft des GBA - U. "Ärztliche Behandlung" - vom Oktober 2006 eingeholt. Danach fielen unter den Oberbegriff der "Refraktiven Augenchirurgie" die "Radiäre Keratomie" (RK), die "Photorefraktive Keratektomie" (PRK) sowie nach einer Stellungnahme der Kommission "Refraktive Laserchirurgie" der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft und des Berufsverbandes der Augenärzte von 1998 auch die "Augenoperation mittels Lasik" (Lasik-Verfahren) und das Verfahren der "Implantation einer intraokularen Kunstlinse" (Clear-Lense-Exchange). Die Verfahren der refraktiven Augenchirurgie seien mit Beschlüssen vom 11.05.1993 und 10.12.1999 den nicht anerkannten Behandlungsmethoden zugeordnet worden. Hiervon streng abzugrenzen sei das Verfahren der phototherapeutischen Keratektomie, das für eine Behandlung der erkrankten Hornhaut des Auges in Frage komme, und zu dem der GBA am 18.07.2006 einen Beschluss zur Aufnahme in die Anlage 1 der zwischenzeitlich aus der vormaligen BUB-Richtlinie hervorgegangenen Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung gefasst habe. Eine erneute Beratung von photorefraktiven Verfahren, insbesondere der Lasik-Behandlung, habe es in diesem Zusammenhang nicht gegeben.

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

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

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 151 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, über die der Senat im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig und insbesondere statthaft im Sinne des [§ 144 Abs. 1 Nr. 1 SGG](#), da die Erstattungsforderung die Berufungssumme von 500,- EUR übersteigt. Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen, denn die angefochtenen Bescheide der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten. Er hat keinen Anspruch auf Erstattung der ihm durch die Lasik-Operation entstandenen Kosten.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Krankenbehandlung gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), für eine Kostenerstattung gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sowie die Bedeutung der Entscheidung des (jetzt) Gemeinsamen Bundesausschusses (vormals Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen) und der BUB-Richtlinie (vormals NUB-Richtlinie) - Erlaubnisvorbehalt in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) - für den hier streitigen Anspruch sind im Urteil des SG zutreffend dargestellt. Hierauf wird zur Vermeidung von Wiederholungen verwiesen.

Nach Auffassung des Senats ist die Berufung bereits aus den vom SG ausführlich dargestellten Gründen als unbegründet zurückzuweisen. Insoweit nimmt der Senat gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) auf die zutreffenden Entscheidungsgründe des SG, denen er sich voll inhaltlich anschließt, Bezug und verzichtet auf deren erneute Darstellung.

Ergänzend ist im Hinblick auf das Vorbringen des Klägers im Berufungsverfahren und die Auskunft des GBA auszuführen, dass es auf die Frage einer Notfallbehandlung vorliegend nicht ankommt, da es nicht an der erforderlichen Kausalität der Leistungsablehnung nach [§ 13 Abs. 1 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V fehlt. Ungeachtet dessen liegen auch keine Anhaltspunkte für eine Notfallbehandlung vor. Der ärztlichen Bescheinigung des Prof. Dr. W. ist nicht zu entnehmen, dass medizinische Risiken drohen, wenn die Operation nicht sofort durchgeführt wird. Gegen eine sofortige Behandlungsnotwendigkeit spricht schon der zeitliche Abstand zwischen der Bescheinigung vom 29.12.2005 und der am 02.02.2006 durchgeführten Operation.

Eine Krankenkasse ist zwar zur Kostenerstattung verpflichtet, wenn sie eine notwendige Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. Der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht allerdings nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch, er setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. BSG vom 19.10.2004 - [B 1 KR 27/02 R](#) und vom 27.09.2005 - [B 1 KR 6/04](#) -).

Das Verfahren der refraktiven Augenchirurgie, wozu die Lasik-Operation gehört, ist als neue Behandlungsmethode anzusehen und unterliegt daher dem Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Es war beim Inkrafttreten dieser Vorschrift nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung und ist seitdem nicht einbezogen worden. Bei dem Merkmal der "neuen" Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist nämlich im Interesse der Rechtssicherheit vorzugsweise an formale Kriterien anzuknüpfen. Deswegen wird bei ärztlichen Leistungen regelmäßig anhand des hierfür aufgestellten einheitlichen Bewertungsmaßstabs (EBM) geprüft, ob eine Methode als neu einzustufen ist ([BSGE 81, 54 ff.](#)). Für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gilt zwar generell, dass diese zeitnah in das vertragsärztliche Versorgungssystem aufzunehmen sind. Dazu bedarf es aber einer Bewertung der neuen Verfahren, wozu aufgrund seiner Sachkunde allein der GBA nach [§§ 91, 92 SGB V](#) beauftragt ist. Diesem Auftrag ist der Bundesausschuss durch die Anlage B Nr. 13 der BUB-Richtlinie nachgekommen (Beschlüsse vom 11.05.1993 und 10.12.1999). Durch die Richtlinien des Bundesausschusses nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) wird nach der ständigen Rechtsprechung des BSG, der sich der Senat anschließt, der Umfang der dem Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (vgl. BSG, Urteil vom 19.02.2002 - [B 1 KR 16/00 R](#) - in [SozR 3 - 2500 § 92 Nr. 12](#)). Der Leistungsausschluss gilt auch im Verhältnis zum Versicherten (vgl. BSG, Urteil vom 16.09.1997 - [1 RK 28/95](#) -). Diese Richtlinien sind nunmehr nach [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) in der seit 01.01.2004 gültigen Fassung für die Versicherten verbindlich. Diese Vorschrift setzt lediglich die Rechtsprechung des BSG um, wonach der Bundesausschuss über den therapeutischen Nutzen neuer Behandlungsmethoden verbindlich auch für die Gerichte entscheidet, sodass ihnen die Qualität untergesetzlicher Rechtsnormen zukommt (vgl. BSG [SozR 3 - 2500 § 138 Nr. 2](#); BSG, Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -).

Anhaltspunkte für ein sog. Systemversagen, d.h., dass der GBA nach der Zuweisung der Verfahren der refraktiven Augenchirurgie in die Anlage B (Nr. 13) am 10.12.1999 sich erneut mit der Lasik-Methode hätte befassen müssen, bestehen nicht. Insoweit ist darauf hinzuweisen, dass der GBA nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auf Antrag einer kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen tätig wird und nur bei einer entsprechenden Antragstellung in Richtlinien nach [§ 92 SGB V](#) Empfehlungen abgibt über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich zu den bereits von den Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung. Ein solcher Antrag gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) auf erneute Überprüfung der Verfahren der refraktiven Augenchirurgie bzw. der Lasik-Operation ist bisher nicht gestellt worden. Es haben sich seit dem

Beschluss des GBA auch keine neuen Erkenntnisse ergeben, die eine andere Entscheidung nahe legen könnten (vgl. Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 26.03.2004 - [L 4 KR 4024/02](#) - und Urteile des erkennenden Senats vom 25.10.2005 - [L 11 KR 3304/05](#) -, 15.11.2005 - [L 11 KR 3823/05](#) - und vom 14.02.2006 - [L 11 KR 5227/05](#) -). Insoweit ist nämlich der Nachweis wissenschaftlich einwandfrei geführter Studien erforderlich. Der Bundesausschuss hat nicht selbst über den medizinischen Nutzen einer bestimmten Methode zu urteilen. Seine Aufgabe ist es vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise besteht (BSG, Urteil vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) -). Nach der vom Senat eingeholten Auskunft bestand für den GBA keine Veranlassung, die Lasik-Behandlung erneut zu beraten. Der Kläger hat dazu auch nichts vorgetragen. Die Stellungnahme der K. R. C. spricht gegen das Vorliegen ausreichender Langzeitstudien. Allein der Umstand, dass der Beschluss des GBA über den Ausschluss der refraktiven Augenchirurgie längere Zeit zurückliegt und die Behandlungsmethode inzwischen verbessert wurde und vermehrt durchgeführt wird, begründet noch kein Systemversagen (Beschluss des LSG Rheinland-Pfalz vom 16.03.2006 - [L 5 KR 20/06](#) - und Urteil des Thüringer LSG vom 27.03.2006 - [L 6 KR 195/04](#) -).

Das Vorbringen des Klägers, dass die Lasik-Operation die einzige Möglichkeit war, um Schäden für die Augen abzuwenden, ist mangels positiver Empfehlung in den Richtlinien unbeachtlich und für das Ergebnis nicht relevant (vgl. BSG in [SozR 3 - 2500 § 135 Nr. 4](#)). Die gesetzliche Krankenversicherung kennt keine Leistung oder Erstattung nach dem Erfolgsprinzip, insoweit kommt es nicht auf den Einzelfall an.

Auch dass der Kläger durch die durchgeführte Operation möglicherweise Folgekosten erspart hat, da er in Zukunft keiner Sehhilfen bedarf, begründet keinen Kostenerstattungsanspruch, denn ein solcher 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 (vgl. zuletzt BSG, Urteil vom 26.07.2004 - [B 1 KR 30/04](#) -; [BSGE 79, 125](#)).

Schließlich folgt zu Gunsten des Klägers auch nichts aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 - [1 BvR 347/98](#) ([NZS 2006, 84](#) = [NJW 2006, 891](#)), worauf das SG zutreffend hingewiesen hat. Denn das BVerfG hat eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass aus dem Grundgesetz keine konkreten krankenversicherungsrechtlichen Leistungsansprüche hergeleitet werden können, nur für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen, für die eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, gemacht. Um eine derartige Konstellation ging es bei dem Kläger jedoch nicht.

Die Berufung des Klägers konnte daher keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#).

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-01-09