

L 5 KR 123/06

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Ulm (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 3407/03
Datum
30.11.2005
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 123/06
Datum
24.01.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 30. November 2005 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Übernahme der Kosten einer bereits durchgeführten Knorpelzellimplantationsbehandlung (autologe Chondrozytentransplantation - ACT -) in Höhe von insgesamt 8.810,22 EUR.

Die am 1977 geborene Klägerin ist als gelernte Krankenschwester tätig. Sie leidet an beiden Kniegelenken an einer Osteochondrosis dissecans großen Ausmaßes mit tiefen knöchernen Defekten und instabiler Oberfläche. Der die Klägerin behandelnde Facharzt für Orthopädie Dr. H. von der N. Clinic in B. vertrat gegenüber den behandelnden Allgemeinmedizinerinnen Dres. Sp. und Sch. mit Schreiben vom 28. Januar 2003 die Auffassung, dass als einzig in Frage kommende Therapie die Knorpeltransplantation anzusehen sei. Zunächst sei die Durchführung einer Knochenaufbauplastik am rechten Kniegelenk für den 24. Februar 2003 geplant. Nach sechs Wochen bis drei Monaten sei dann die Durchführung der nächsten offenen Kniegelenksoperation zur autologen Chondrozytentransplantation geplant. Die Kostenübernahme der Krankenkasse möge im Vorfeld geklärt werden. Die zu erwartenden Kosten allein für die Chondrozytentransplantation (Fremdleistungen) beliefen sich auf ca. 6.000 EUR pro Kniegelenk (Bl. 7 Verwaltungsakte - VA -).

Eine Mehrfertigung dieses Schreibens ging am 4. Februar bei der Beklagten ein, die es als Antrag der Klägerin bewertete und es an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) weiterleitete. Der Chirurg und Unfallchirurg Dr. von B. vom MDK hat in seinem darauf hin abgegebenen sozialmedizinischen Gutachten vom 11. Februar 2003 (Bl. 16 VA) der Beklagten empfohlen, die Kosten nicht zu übernehmen. Er hat darauf hingewiesen, dass die beantragte Methode per Beschlussfassung vom 10. April 2000 durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen der Anlage B der BUB-Richtlinien zugeordnet und damit als vertragsärztliche Leistung ausgeschlossen worden sei. Er hat weiter darauf hingewiesen, dass sich nämlich die Methode der autologen Chondrozytentransplantation noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung befinde und derzeit noch nicht als etabliert anzusehen sei. Als therapeutische Alternativen stünden neben einer Refixation des Dissekates zur Verfügung wie beispielsweise Pridie-Bohrung, Mikrofrakturierung, Abrasionsarthroplastik, "Shaving". Nach diesen Verfahren bilde sich bekanntermaßen ein biomechanisch minderwertiger Regeneratknorpel. Allerdings könne es nach kurzfristig guten Resultaten typischerweise zu einer Verschlechterung im späteren Verlauf bis hin zur Notwendigkeit des totalendoprothetischen Gelenkersatzes kommen.

Mit Bescheid vom 13. Februar 2003 lehnte die Beklagte daraufhin die Kostenübernahme für den von der Klägerin begehrten Eingriff ab (Bl. 20 VA).

Mit Schreiben vom 17. Februar 2003 bat Dr. Hagen im Namen der Klägerin um Übernahme der Gesamtkosten für die Behandlung einschließlich der Zellzüchtung und der Collagen-Membran in diesem speziell gelagerten Einzelfall (Bl. 22 VA). Mit Schreiben vom 7. März 2003 (Bl. 32 VA) lehnte die Beklagte jedoch auch die Kostenübernahme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung ab, der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen sei der Auffassung, dass die Behandlung nicht für die ambulante Versorgung geeignet sei. Das Schreiben vom 7. März 2003 hatte ebenso wenig wie der Bescheid vom 13. Februar 2003 eine Rechtsbehelfsbelehrung.

Mit Schreiben vom 25. März 2003 teilte die Klägerin über ihre damalige Bevollmächtigte (Bl. 34 VA) mit, dass nunmehr ein Teil des Knorpels zum Züchten der Knorpelzellen entnommen worden sei. Diese erste Operation sei erfolgreich verlaufen. Hierfür habe sie einen Betrag in

Höhe von 1.116 EUR an die Fa. O. GmbH & Co KG bezahlen müssen. Des Weiteren sei die Klägerin in der Zeit vom 24. Februar bis 25. Februar 2003 stationär in der N. Clinic für diesen Eingriff untergebracht gewesen. Insofern seien ihr weitere Kosten in Höhe von 87 EUR entstanden. Es habe sich um eine stationäre Behandlung gehandelt. Sie bitte um einen rechtsmittelfähigen Bescheid. Dies wurde als Widerspruch gewertet.

In einer weiteren vorgelegten fachärztlichen Bescheinigung vom 18. März 2003 führte Dr. H. von der N. Clinic aus, dass die entstehenden bzw. entstandenen Fremdkosten in Form von Laborkosten bei einer stationären Behandlung auf die Krankenhäuser abgewälzt werden könnten, eine Möglichkeit, die im ambulanten Bereich nicht greife (Bl. 40 VA). Die BUB-Richtlinie vom 10. April 2000 sei diesbezüglich überholt und nicht mehr zutreffend. Eine neue Entscheidung stehe an und sei derzeit in der Schwebe. Die im MDK-Gutachten genannten Alternativmethoden seien bei der Klägerin bereits ausgereizt, deshalb sei das sozialmedizinische Gutachten inhaltlich nicht zutreffend.

In der Zeit vom 2. bis 5. April 2003 wurden dann die im Februar entnommenen und im Labor gezüchteten Zellen in das rechte Knie der Klägerin injiziert. Aufgrund der Rechnung der Fa. O. GmbH & Co. KG vom 8. April 2003 hat die Klägerin an diese einen Betrag in Höhe von 3.700, 40 EUR überwiesen.

Mit Schreiben vom 8. September 2003 informierte die Beklagte die Klägerin über die Arbeit des Bundesausschusses Krankenhaus (Bl. 61/63 VA). Dieser habe beschlossen, die autologe Chondrozytentransplantation an Schulter und Fingergelenken als Behandlungsmethode zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung im stationären Bereich auszuschließen. Ein Einsatz dieser Methode in beiden Gelenkregionen sei nicht ausreichend belegt (Beschluss vom 26. März 2003). Andere Indikationen würden zur Zeit vom Ausschuss geprüft.

Im September/Oktober 2003 ließ die Klägerin auch am linken Kniegelenk einen entsprechenden operativen Eingriff vornehmen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 2003 wies die Beklagte den Widerspruch als unbegründet zurück. Sie führte hierzu aus, aufgrund aktueller Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) sowie der sozialmedizinischen Stellungnahmen des MDK könne man der beantragten Kostenübernahme für die autologe Chondrozytentransplantation nicht zustimmen. Für die Entscheidung seien nicht die Veröffentlichungen des Bundesausschusses Krankenhaus, sondern des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen maßgeblich. Dessen Richtlinien seien für alle Beteiligten bindend. Es stünde eindeutig fest, dass es sich um eine ambulante Behandlung gehandelt habe. Die Übernachtungen auf der Pflegestation für postoperative Pflege in der N. Clinic seien lediglich zur Überwachung erfolgt. Sofern es sich allerdings um eine stationäre Behandlung gehandelt haben sollte, wären aufgrund der Vergütungsstruktur im stationären Krankenhausbereich die Behandlungskosten mit den vereinbarten Pflegesätzen bzw. Sondervergütungen des Krankenhauses abgegolten.

Hiergegen hat die Klägerin am 30. Dezember 2003 Klage vor dem Sozialgericht Ulm (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie nunmehr geltend gemacht, entgegen der Auffassung der Beklagten sei sie sowohl bei der ersten wie auch der zweiten Operation jeweils in stationärer Behandlung gewesen. Deshalb sei die Sachlage nach dem Bundesausschuss Krankenhaus zu beurteilen. Nachdem seitens der Beklagten und des Gerichts auf die Tatsache hingewiesen worden war, dass die Behandlung nicht in einem Vertragskrankenhaus stattgefunden habe, hat die Klägerin ausgeführt, es habe sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Bei einem längeren Zuwarten sei die Durchführung einer Chondrozytentransplantation nicht mehr möglich gewesen. Sie habe mehrfach gegenüber der Beklagten darauf hingewiesen, dass die Angelegenheit äußerst eilbedürftig sei. Sie habe die Antwort erhalten, dass sie sich in jeder Klinik operieren lassen könne. Deshalb habe sie sich in derjenigen Klinik operieren lassen, in der sie den frühesten Operationstermin bekommen habe. Dies habe buchstäblich "in letzter Sekunde" stattgefunden. Aufgrund der fehlerhaften Auskunft der Beklagten bestehe ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch. Die Klägerin hat in dem Zusammenhang zwei zusprechende Urteile des Sozialgerichts Hannover vom 18. April 2002 (S 4 KR 859/01) und des Sozialgerichts Düsseldorf vom 27. September 2001 ([S 4 KR 170/98](#)) sowie sämtliche Rechnungen vorgelegt.

Die Beklagte ist dem entgegen getreten und hat nochmals darauf hingewiesen, dass eine zwingende Indikation für einen stationären Aufenthalt nicht bestanden habe.

Das SG hat ferner Beweis erhoben durch eine schriftliche Einvernahme der Zeugin A. S., Mitarbeiterin der Beklagten in der Filiale E ... Diese hat mit Schreiben vom 18. Oktober 2005 u. a. angegeben, die Klägerin habe ihr gesagt, sie habe bereits einen Kredit für die anstehenden Eingriffe aufgenommen.

Mit Urteil vom 30. November 2005 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, ein Anspruch der Klägerin auf Kostenerstattung für die selbst beschaffte Leistung nach [§ 13 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - \(SGB V\)](#) bestehe nicht. Im Hinblick auf den größten Teil des geltend gemachten Betrages - den an die Fa. O. GmbH & Co. KG bezahlten Betrag für die Knorpelzüchtung - scheide ein Anspruch bereits wegen [§ 13 Abs. 2 Satz 4 SGB V](#) aus. Hiernach dürften nicht im Vierten Kapitel genannte Leistungserbringer nur nach vorheriger Zustimmung der Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Fa. O. als Hersteller der Knorpelzellen zähle jedoch ersichtlich nicht zu den im Vierten Kapitel genannten Leistungserbringern. Ebenso wenig komme eine Kostenerstattung für den viermaligen Aufenthalt in der N. Clinic gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Voraussetzung wäre hierfür, dass es sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt habe. Eine sofortige Behandlungsbedürftigkeit sei nicht gegeben gewesen. Es habe vielmehr eine Entscheidung der Krankenkasse abgewartet werden können. Im Übrigen habe die Beklagte die begehrte Leistung zu Recht nicht erbracht, denn die streitige Leistung wurde nicht von einem Vertragskrankenhaus, sondern von einem ambulanten Ärztehaus erbracht. Die Klägerin könne sich schließlich auch nicht auf einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützen. Voraussetzung hierfür wäre zunächst eine Pflichtverletzung eines Leistungsträgers. Das SG habe sich nicht davon überzeugen können, dass hier eine Pflichtverletzung vorliege. So habe die schriftlich vernommene Zeugin zum einen eine solche nicht eingeräumt und zum anderen erscheine es auch äußerst unwahrscheinlich, dass eine langjährige Sachbearbeiterin eine Beratung dahingehend vornehme, man könne sich zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in jedem Krankenhaus behandeln lassen. Im Übrigen müsste der Klägerin aufgrund ihrer beruflichen Qualifikation als Krankenschwester durchaus bekannt sein, dass gerade nur Leistungen in einem Vertragskrankenhaus zu Lasten der Krankenkassen durchgeführt werden dürften. Im Übrigen erscheine selbst bei Annahme eines Beratungsfehlers die Kausalität zum eingetretenen Schaden äußerst zweifelhaft. Denn wie die Klägerin sowohl schriftlich als auch im Termin zur mündlichen Verhandlung habe durchblicken lassen, wäre für sie das Einsetzen eines künstlichen Gelenkes aufgrund ihres Alters nicht in Betracht gekommen. Somit müsse davon ausgegangen werden, dass sie in jedem Falle die autologe Chondrozytentransplantation in der N. Clinic hätte durchführen lassen.

Die Klägerin hat gegen das mit Empfangsbekanntnis ihren Bevollmächtigten am 22. Dezember 2005 zugestellte Urteil am 9. Januar 2006 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht die Bevollmächtigte geltend, die Klägerin habe Anspruch auf Kostenerstattung, da ein Notfall im Sinne von [§ 76 SGB V](#) vorgelegen habe. Das SG habe nicht berücksichtigt, dass sämtliche Operationsmethoden bereits durchgeführt worden seien und keine Besserung der Kniebeschwerden der Klägerin erbracht hätten. Die einzige Möglichkeit, die der Klägerin verblieben gewesen sei, sei die Chondrozytentransplantation oder die Einsetzung künstlicher Kniegelenke gewesen. Letzteres wäre angesichts des jungen Alters der Klägerin nicht sinnvoll gewesen. Die Chondrozytentransplantation habe sofort durchgeführt werden müssen. Ein weiteres Zuwarten hätte zur Folge gehabt, dass sich die Knieschäden vergrößerten und eine Chondrozytentransplantation deshalb zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr möglich gewesen wäre. Die Klägerin hätte dann Zeit ihres Lebens erhebliche Kniebeschwerden und massive Funktionsbeeinträchtigungen gehabt. Zahlreiche weitere ärztliche Behandlungen, die Durchführung von Krankengymnastik usw. wäre erforderlich geworden. Die dadurch entstehenden erheblichen Kosten wären weit höher gelegen als die Kosten für die autologe Chondrozytentransplantation.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 30. November 2005 sowie den Bescheid der Beklagten vom 13. Februar 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die entstandenen Kosten der autologen Chondrozytentransplantation in Höhe von 8.810,22 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend und verweist ergänzend noch auf entsprechende Urteile der Landessozialgerichte (LSG) Hamburg ([L 1 KR 44/02](#)) und Nordrhein-Westfalen ([L 5 KR 63/02](#)), die in ihrem Sinne entschieden hätten.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Der Senat konnte gemäß [§ 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) aufgrund der Zustimmung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden.

II.

Die Berufung ist zulässig, sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1 SGG](#) besteht nicht. Der Beschwerdewert in Höhe von 500 EUR ist überschritten. Im Streit steht eine Kostenerstattung in Höhe von 8.810,22 EUR.

III.

Die Berufung ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da kein Anspruch der Klägerin auf Erstattung der im Zusammenhang mit der durchgeführten autologen Chondrozytentransplantation entstandenen Kosten besteht.

Gegenstand des geltend gemachten Erstattungsbegehrens sind nicht allein die Kosten der Zellzüchtung durch die Fa. O., sondern die Kosten der autologen Chondrozytentransplantation insgesamt, einschließlich der Operationskosten für die Zellimplantation und der Kosten für den stationären Aufenthalt der Klägerin in der N. Clinic.

Die Klägerin hat die ACT nach vorheriger Zellzüchtung in der N. Clinic, bei der es sich nicht um ein zugelassenes Vertragskrankenhaus im Sinne von [§ 108](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) handelt, von Dr. H. im Rahmen einer privatärztlichen Behandlung durchführen lassen. Nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2) Kosten (für privatärztliche Behandlungen) aber nur erstatten, soweit das im Fünften oder Neunten Buch Sozialgesetzbuch vorgesehen ist. Denn das die gesetzliche Krankenversicherung beherrschende Sachleistungsprinzip besagt, dass sächliche Mittel und persönliche Dienste von der Krankenkasse beschafft und ihren Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung gestellt werden. Hierüber schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V Verträge mit den Leistungserbringern ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 und Abs. 2 SGB V](#)). Der Versicherte muss sich daher die Leistung nicht selbst verschaffen und vorfinanzieren, so dass er vor mangelnder medizinischer Versorgung wegen zu hoher finanzieller Belastung geschützt ist (vgl. BSG SozR 2200 § 182 Nr. 74). Der gesetzliche Anspruch auf Dienst- oder Sachleistungen ([§ 13 Abs. 1 SGB V](#)) setzt daher in der Regel voraus, dass ein an einer vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender, das vorgesehene Zulassungsverfahren durchlaufender Leistungserbringer pflichtgemäß den Eintritt des Versicherungsfalles der Krankheit feststellt und eine nach Zweck oder Art bestimmte Leistung verordnet, wobei es für inländische Behandlungen auf die Zulassung der Leistungserbringer ankommt (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#)). Andere Ärzte als Vertragsärzte oder Ärzte in einem nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Krankenhaus dürfen nur in Notfällen vertragsärztlich in Anspruch genommen werden ([§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Begibt sich der Versicherte ohne Not in privatärztliche Behandlung, verlässt er dadurch grundsätzlich den Schutzbereich der Solidargemeinschaft der Krankenversicherung ([§ 1 Satz 1 SGB V](#)); er kann deshalb von dieser insoweit nichts beanspruchen (vgl. BSG [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4](#)).

Als gesetzliche Rechtsgrundlage des geltend gemachten Kostenerstattungsanspruchs kommt hier nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Voraussetzung der Kostenerstattung ist danach, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V). Beides ist nicht der Fall.

Ob eine Leistung unaufschiebbar im Sinne des [§ 13 Abs. 3](#), 1. Alt. SGB V 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, der die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte oder der für den Versicherten nicht zumutbar ist (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 danach vor allem in den 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 ([BSGE 34, 172](#) = SozR Nr. 6 zu § 368d RVO = [NJW 1972, 2244](#); [BSGE 35, 10](#) = SozR Nr. 7 zu § 368d RVO; Höfler in Kasseler Kommentar [§ 13 SGB V](#) Rdnr. 26), namentlich weil dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung steht und ohne sofortige Behandlung durch den Nichtvertragsarzt Gefahren für Leib und Leben bestehen oder heftige Schmerzen unzumutbar lang andauern würden (Hess in Kasseler Kommentar [§ 76](#) Rdnr. 12). Unaufschiebbarkeit bejaht die Rechtsprechung auch bei zunächst nicht eilbedürftigen Behandlungen, wenn so lange gewartet wird, bis Eilbedürftigkeit eingetreten ist (Höfler aaO mit Hinweis auf BSG [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 22](#) S. 105).

Die bei der Klägerin in der N. Clinic vorgenommene ACT nach vorheriger Anzüchtung der Knorpelzellen stellt eine unaufschiebbare (Notfall-)Leistung in diesem Sinne nicht dar. Es handelte sich vielmehr um eine im Vorhinein geplante, auf einen längeren Zeitraum angelegte und in mehreren aufeinander folgenden Schritten (Zellzüchtung - Transplantation - nachfolgende Physiotherapie) ausgeführte Behandlung. Nach der Entnahme des Knorpelmateri als am rechten Knie Ende Februar 2003 erfolgte die Injektion der gezüchteten Zellen Anfang April 2003 und bezüglich des linken Kniegelenks wurden die entsprechenden Eingriffe im September/Okttober 2003 durchgeführt. Dies verdeutlicht, dass eine planmäßige und auf einen längeren Zeitraum angelegte Therapie in Rede steht und keineswegs ein Notfallgeschehen, dem durch i. S. d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V unaufschiebbares Handeln begegnet werden musste. Schließlich sollte offensichtlich vor Ausführung der Behandlung auch die Frage der Kostenerstattung abgeklärt werden, nachdem Dr. H. in seinen Bericht vom 28. Januar 2003 an die behandelnden Hausärzten ausdrücklich darauf verweist, die Kostenübernahme der Krankenkasse solle bitte im Vorfeld geklärt werden. Das wäre aber nicht in Betracht gekommen, wenn die Behandlung tatsächlich unaufschiebbar gewesen wäre.

Zu Unrecht wendet die Klägerin hiergegen ein, ihr Kniegelenk wäre ohne Operation weiter zerstört worden und sie hätte dann eine Knieprothese benötigt. Auch diese Folge wäre nämlich erst auf längere Sicht eingetreten und kann deshalb die Unaufschiebbarkeit der in Anspruch genommenen Leistung als notfallmäßiges Handeln nicht begründen. Das geht schon aus dem Bericht bzw. Kostenvoranschlag des Dr. H. vom 28. Januar 2003 hervor, in dem ausgeführt ist, dass eine Invalidisierung drohe, ohne dies jedoch näher einzugrenzen. Bestätigt wird diese Einschätzung durch die von Dr. H. im Antrag auf Kostenübernahme vom 17. Februar 2003 gemachten Ausführungen, wonach ohne Behandlung das Kniegelenk der noch jungen Patientin einem frühzeitigen pathologischen Verschleiß unterworfen würde, was die Notwendigkeit von weiteren Operationen bis hin zur Knieendoprothese nach sich ziehen könnte. Anhaltspunkte dahingehend, dass etwa "innerhalb weniger Tage" das Knie bereits unwiederbringlich zerstört gewesen wäre, ergeben sich daraus also gerade nicht.

Auch die Voraussetzungen nach [§ 13 Abs. 1 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V sind letztlich nicht erfüllt. Nach Wortlaut und Zweck der Bestimmung muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen (siehe etwa BSG Urteil vom 20. Mai 2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) - sowie Urteil vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 18/01 R](#) -). Ein Anspruch auf Erstattung und damit auch auf Freistellung von Kosten ist daher ausgeschlossen, wenn der Versicherte vor der Inanspruchnahme der Leistung nicht die Entscheidung der Krankenkasse über deren Gewährung abgewartet hat.

Die Klägerin hat allerdings hier die streitige Maßnahme erst nach der ablehnenden Entscheidung vom 13. Februar 2003 nämlich in der Zeit ab dem 24. Februar 2003 durchführen lassen. Wobei allerdings der Termin 24. Februar 2003 bereits vor der Entscheidung der Beklagten, wie sich dem Schreiben von Dr. H. vom 28. Januar 2003 entnehmen lässt, vereinbart war. Und die Tatsache, dass die Klägerin nach der ablehnenden Entscheidung der Beklagten dennoch zum vereinbarten Termin die Operation noch durchführen ließ, zeigt, dass sie auf jeden Fall fest entschlossen war diese Behandlungsmaßnahme durchzuführen. Damit würde sich schon die Frage stellen, ob die ablehnende Entscheidung der Beklagten überhaupt noch kausal werden konnte für die von der Klägerin durchgeführte Selbstbeschaffung der Leistung. Dies kann jedoch offen bleiben.

Denn unabhängig davon ist die Entscheidung der Beklagten rechtmäßig. Die Beklagte hat zu Recht die Übernahme der im Zusammenhang mit der autologen Chondrozytentransplantation stehenden Kosten abgelehnt.

Zunächst ist festzuhalten, dass nach dem Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 1. April 2000 die autologe Chondrozytentransplantation zur vertragsärztlichen Versorgung nicht zugelassen ist. Der Bundesausschuss hat in dem Zusammenhang insbesondere ausdrücklich darauf hingewiesen, dass unabhängig von dem damals noch ausstehenden Wirksamkeits- und Wirtschaftlichkeitsnachweis die autologe Chondrozytentransplantation nach Art und Umfang des damit verbundenen operativen Eingriffes nach seiner Auffassung nicht für die ambulante Versorgung geeignet ist.

Gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) Empfehlungen abgegeben haben über

1. 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, 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte, die apparativen Anforderungen sowie Anforderungen an Maßnahmen der Qualitätssicherung, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern, und 3. die erforderlichen Aufzeichnungen über die ärztliche Behandlung (Satz 1).

Das bedeutet, dass im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Voraussetzung für die Abrechnung entsprechender Leistungen eine ausdrückliche Zulassung einer bestimmten Untersuchungs- und Behandlungsmethode ist (so genannter

Erlaubnisvorbehalt). Da eine solche Erlaubnis nicht vorliegt, können die hier angefallenen ärztlichen Leistungen ebenso wenig wie die in Verbindung damit stehenden Leistungen der Fa. O. (Anzüchtung der Knorpelzellen) von der Krankenkasse als vertragsärztliche ambulante Leistungen übernommen werden. Insbesondere hat in der Zwischenzeit der an die Stelle des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und des Bundesausschusses Krankenhaus gem. [§ 91 SGB V](#) getretene Gemeinsame Bundesausschuss mit Beschluss vom 17. Januar 2006 (mit Wirkung zum 1. April 2006) die Ziffer 28 der Anlage B der BUB-Richtlinien unverändert in die Anlage II der Richtlinienmethoden vertragsärztliche Versorgung - Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden dürfen - überführt und damit den Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 10. April 2000 bestätigt.

Soweit die Klägerin nunmehr geltend macht, es habe sich hier tatsächlich um eine stationäre Behandlung gehandelt, da sie jeweils im Anschluss an die durchgeführten operativen Eingriffe in der Kranken- und Pflegestation der N. Clinic "stationär" untergebracht gewesen sei, kann der Senat letztlich dahingestellt bleiben lassen, ob es sich insoweit tatsächlich dann um eine stationäre Behandlung im Sinne des SGB V handelt (der erkennende Senat hatte sich im Bereich des Vertragsarztrechtes im Zusammenhang mit der Kombination ambulantes Operieren in einer zugelassenen Vertragsarztpraxis und anschließende Unterbringung in der angegliederten Privatklinik zur stationären Nachsorge bereits auseinander setzen müssen, vgl. Urteil vom 4. Dezember 2002 - [L 5 KA 1991/00](#) -, bestätigt mit Urteil des BSG vom 8. September 2004 - [B 6 KA 14/03 R](#) - in [SozR 4-2500 § 39 Nr. 3](#)). Selbst wenn man damit eine stationäre Behandlung in diesem Sinne anerkennen wollte, scheitert hier die von der Klägerin begehrte Kostenübernahme aber daran, dass es sich bei der N. Clinic um kein zugelassenes Vertragskrankenhaus handelt. Soweit daher der Bundesausschuss Krankenhaus ausdrücklich die autologe Chondrozytentransplantation lediglich für die Indikation von Schulter- und Fingergelenken mit Beschluss vom 26. März 2003 als Kassenleistung ausgeschlossen hat (siehe [§ 137 c SGB V](#) - wobei es sich hier anders als im Bereich der ambulanten Versorgung um einen so genannten Verbotsvorbehalt handelt, mit der Folge, dass grundsätzlich, solange eine bestimmte Behandlungsmethode nicht ausdrücklich als Kassenleistung ausgeschlossen ist, von den Krankenhäusern auf Kosten der Kassen erbracht werden kann) führt dies daher zu keinem für die Klägerin günstigeren Ergebnis.

Im Übrigen besteht auch weder ein Systemversagen, noch eine Systemstörung oder eine Versorgungslücke (s. [BSGE 34, 172](#) = SozR Nr. 6 zu § 368d RVO; [BSGE 53, 144](#), 149 = SozR 2200 § 182 Nr. 80; [BSGE 79, 190](#) = [SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 12](#)). Ein Systemversagen kann vorliegen, wenn eine bestimmte Behandlung, etwa wegen ihrer Neuartigkeit, Aufwändigkeit oder Schwierigkeit, durch einen Vertragsarzt (noch) nicht erfolgen kann, wohl aber durch einen anderen, nicht zugelassenen praktizierenden Arzt ([BSGE 34, 172](#), 174). Ein Systemversagen, das der Versicherungsträger sich zurechnen lassen muss, kann auch darin bestehen, dass der ärztliche Leistungserbringer (Vertragsarzt oder der Arzt des Vertragskrankenhauses) den Versicherten nicht ausreichend darüber unterrichtet, dass er ihm eine Fremdleistung verordnen oder sonst wie verschaffen will. Der Versicherte, der krankenversicherungsrechtlich zulässig einen zugelassenen Leistungserbringer aufsucht, darf grundsätzlich darauf vertrauen, dass dieser ihm nur zugelassene Naturalleistungen im Rahmen des gesetzlichen Naturalleistungssystems, d.h. durch zugelassene Leistungserbringer, erbringt oder verschafft. Dieses System ist stets für den Versicherten kostenfrei. Ein Vertrauen des Versicherten darauf, der zugelassene ärztliche Leistungserbringer werde ihm nur für ihn kostenfreie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, nicht aber grundsätzlich von ihm selbst zu bezahlende Fremdleistungen verordnen oder verschaffen, ist jedoch nicht schutzwürdig, wenn der Versicherte - wie hier - weiß oder trotz ausreichender Unterrichtung durch den ärztlichen Leistungserbringer und trotz persönlicher Einsichtsfähigkeit nicht weiß, dass eine Fremdleistung verordnet oder sonst wie veranlasst werden soll (so [BSGE 79, 190](#) = [SozR 3-2500 § 13 Nr. 2](#)).

Soweit die Klägerin schließlich noch den von ihr erhobenen Erstattungsanspruch auf einen sozialrechtlichen Herstellungsanspruch stützt, greift auch dies nicht durch. Insoweit wird von einer weiteren Darstellung abgesehen und auf die Entscheidungsgründe im Urteil des SG nach [§ 153 Abs. 2 SGG](#) Bezug genommen.

Aus all diesen Gründen ist daher die Berufung zurückzuweisen.

IV.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2007-02-23