

L 11 KR 134/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 2148/06
Datum
18.12.2006
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 134/07
Datum
17.04.2007
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 18. Dezember 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 übernehmen hat.

Der 1966 geborene, bei der Beklagten krankenversicherte Kläger beantragte am 02.02.2006 bei der Beklagten unter Vorlage eines Kostenvoranschlags und einer augenfachärztlichen Bescheinigung von Prof. Dr. W., Augenklinik des Klinikums der Stadt L., jeweils vom 25.01.2006 die Kostenübernahme einer Lasik-Operation. Prof. Dr. W. beschrieb in der augenfachärztlichen Bescheinigung am rechten Auge eine Kurzsichtigkeit von -4,25 Dptr. comb cyl -1,25 A 15 Grad und am linken Auge von -5,5 Dptr. cyl -2,5 A 161 Grad. Eine Brillenversorgung sei bei diesen Werten mit großen gesundheitlichen Nachteilen verbunden. Durch das hohe Gewicht der Gläser seien bei dem Kläger Druckekzeme auf dem Nasenrücken und hinter den Ohren entstanden. Schmerzen an diesen Druckstellen und Kopfschmerzen seien die Folge. Wegen der hohen Dioptrienzahl bestehe eine verschlechterte Abbildungsqualität, insbesondere im Randbereich. Kontaktlinsenversuche hätten zu chronischen Veränderungen der Bindehaut und zu Gefäßeinsprossungen in die Hornhaut als Zeichen von rezidivierenden Keratitiden geführt. Bei weiterem Tragen der Kontaktlinsen sei mit Bindehautüberwachsung der Hornhaut zu rechnen. Dann werde eine Kontaktlinsenanpassung unmöglich werden, eine dauernde Sehverschlechterung sei unvermeidlich. Die sich ergebenden Kosten bezifferte Prof. Dr. W. mit 4.001,05 EUR. In Rechnung stellen werde er 4.000,- EUR.

Die Beklagte holte hierzu eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) ein. Für diesen äußerte sich Dr. G. dahingehend, dass die Lasik in der Anlage B, Ziffer 13 der BUB-Richtlinien aufgeführt sei.

Mit Bescheid vom 09.03.2006 lehnte die Beklagte hierauf den Antrag mit der Begründung ab, dass die Lasik-Operation in den "Richtlinien über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" (NUB-Richtlinien) ausdrücklich von der Erstattung in der kassenärztlichen Versorgung ausgenommen sei. Eine Kostenübernahme könne deshalb nicht erteilt werden.

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 wenn Gefahr im 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 in seinem Fall, keine andere Möglichkeit gebe, um ihm zu helfen. Er solle weder Kontaktlinsen noch Brille tragen, da beide Hilfsmittel mit enormen Nachteilen verbunden seien. Die Entscheidungsfindung des Bundesausschusses sei daher folgerichtig rechtsfehlerhaft. Bei der Lasik-Methode sei auf den Einzelfall abzustellen und die medizinische Indikation in Verbindung mit den augenfachärztlichen Bescheinigungen zu prüfen, um über eine Zusage oder eine Ablehnung individuell entscheiden zu können.

Die Beklagte ließ sich hierauf erneut durch den MDK sozialmedizinisch beraten. Dr. G. wiederholte, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Leistung nicht erfüllt seien.

Mit Widerspruchsbescheid vom 29.06.2006 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Gemäß [§ 135 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) dürften neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung nur dann zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss in einer Richtlinie gemäß [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine entsprechende Empfehlung abgegeben habe. Diese Richtlinie sei die BUB-Richtlinie. Die Lasik-Operation sei in der Anlage B, Ziffer 13 der BUB-Richtlinien von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen. Diese Richtlinie habe normative Wirkung und binde sowohl die Krankenkassen als auch die Leistungserbringer. Eine Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung sei daher nicht möglich. Es handele sich hier auch nicht um eine schwere das Sehvermögen gefährdende Erkrankung, sondern lediglich um einen Refraktionsfehler, so dass Anlass für eine Einzelfallentscheidung nicht bestehe.

Deswegen erhob der Kläger Klage zum Sozialgericht Mannheim (SG) und machte geltend, die bei ihm vorliegenden völlig außergewöhnlichen Dioptrienwerte -4,25 und -5,5 würden es unmöglich machen, auf Dauer Sehhilfen in Anspruch zu nehmen, ohne mit unvermeidlichen ständigen Sehverschlechterungen rechnen zu müssen. Dies würde seine Augen auf Dauer schädigen. Es gebe überhaupt keine Alternative zu diesem kleinen harmlosen ambulanten Eingriff einer Lasik-Operation, welcher künftig durchgeführt werde. Er könne dann auf Sehhilfen verzichten. Kosten entstünden zukünftig für die Krankenkasse keine mehr, eine Sehverschlechterung sei ausgeschlossen.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Bei der Lasik-Operation handele es sich um eine neue Behandlungsmethode im Sinne von [§ 135 SGB V](#), die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfe. Die Lasik-Operation sei ausdrücklich durch den Bundesausschuss als nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringbar eingestuft worden. Es fehle noch an überzeugenden wissenschaftlichen Nachweisen des diagnostischen und therapeutischen Nutzens, so dass der Bundesausschuss bereits mit Beschluss vom 10.12.1999 die Lasik-Operation in die Anlage B unter Ziffer 13 der NUB-Richtlinien aufgenommen habe. Deshalb unterfalle sie ausdrücklich nicht der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkasse komme auch nicht ausnahmsweise aus dem Grund in Betracht, weil die Nichtanerkennung der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen sei, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss nicht zeitgerecht durchgeführt worden sei. Dies treffe für die Lasik-Operation nicht zu. Dass die Methode zu positiven Ergebnissen führen könne, könne nicht berücksichtigt werden. Die genannten Beschwerden wie Druckstellen auf dem Nasenrücken dürften sich durch eine entsprechende Ausstattung des Brillengestelles vermeiden lassen. Sie rechtfertigten noch keine Operation. Genauso wenig falle die geringe Dioptriendifferenz zwischen beiden Augen ins Gewicht. Diese lasse sich durch eine entsprechend eingestellte Brille ausgleichen. Kopfschmerzen dürften durch das Tragen einer korrekt eingestellten Brille ebenfalls entfallen.

Zur weiteren Aufklärung des Sachverhalts hat das SG die im Parallelverfahren S 11 KR 2105/06 eingeholte Auskunft des Gemeinsamen Bundesausschusses eingeführt. Ausweislich dieser Auskunft hat der Bundesausschuss mit Beschluss vom 11.05.1993 die Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie den nicht anerkannten Behandlungsmethoden zugeordnet. Mit Beschluss des Bundesausschusses vom 10.12.1999 seien die Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie - also der brechkraftändernden Verfahren - aus der Anlage 2 (nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) in die Anlage B (nicht anerkannt) der Beschlüsse des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zu den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) (BUB-Richtlinien) überführt 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 Gemeinsame Bundesausschuss 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 angefragten Lasik-Operation, habe es in diesem Zusammenhang nicht gegeben.

Mit Gerichtsbescheid vom 18.12.2006 wies das SG die Klage mit der Begründung ab, der Kläger habe keinen Anspruch auf medizinische Versorgung in Form einer Lasik-Operation zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung, denn die ambulante Augenoperation in Form der sogenannten refraktiven Augen Chirurgie nach der Lasik-Methode gehöre nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Dies ergebe sich aus [§ 135 SGB V](#) i.V.m. der vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erlassenen BUB-Richtlinie vom 10.12.1999, welche an die Stelle der früheren Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) vom 04.12.1990 getreten sei. Eine danach notwendige Empfehlung durch den Bundesausschuss liege für die vorliegende Methode nicht vor. Diese sei vielmehr als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode eingestuft worden, weil es an den erforderlichen Langzeitbeobachtungen hinsichtlich eventueller Spätschäden fehle. Der Einwand, dass die Entscheidung bereits 1993 stattgefunden habe, führe zu keinem anderen Ergebnis. Der Bundesausschuss habe auf Nachfrage angegeben, dass neue Anträge bis zum September 2006 nicht gestellt worden seien. Der Beschluss vom 11.05.1993 sei auch nicht durch Zeitablauf rechtswidrig geworden. Nach wie vor bestünden keine ausreichenden Studien, die sich mit der Langzeitwirkung der Lasik-Methode auseinandersetzen würden. Im übrigen erfordere die Annahme eines Ausnahmefalles von der Notwendigkeit einer positiven Empfehlung des Bundesausschusses, also das Vorliegen eines Systemversagens, dass die Wirksamkeit der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen aufgrund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt sei. Dieser erforderliche Wirksamkeitsnachweis müsse zum Behandlungszeitpunkt vorliegen. Ein zu einem späteren Zeitpunkt erbrachter Wirksamkeitsnachweis könne das Verbot auch erst zu diesem Zeitpunkt entfallen lassen.

Hiergegen richtet sich die am 08.01.2007 eingelegte Berufung des Klägers, zu deren Begründung er ergänzend vorträgt, das SG habe zu Unrecht eine Notfallbehandlung verneint. 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 derartige Formalie könne nicht zu Lasten seines Augenlichts gehen. Sachfremde Erwägungen in der ablehnenden Entscheidung von 1993 seien alleine 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 - wie sich aus dem Schreiben der S.-B.-Kasse ergebe - derzeit zumindest in Teilen auf dem Prüfstand des Bundesausschusses.

Der Kläger beantragt - teilweise sinngemäß -,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Mannheim vom 18. Dezember 2006 sowie den Bescheid vom 09. März 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 29. Juni 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für eine Lasik-Operation zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie erachtet den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend. Eine Lasik-Operation gehöre nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung. Darüber hinaus sei es dem Kläger sehr wohl möglich, seine Fehlsichtigkeit durch das Tragen einer Brille zu beheben.

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 voraussichtlichen Kosten der Operation sich auf 4.000,- EUR belaufen. Die Berufung ist jedoch nicht begründet. 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 Übernahme der Kosten einer Lasik-Operation durch die Beklagte.

Die gesetzlichen Voraussetzungen für einen Anspruch auf Krankenbehandlung gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 1 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 Gerichtsbescheid 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](#) auch 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 auszuführen, dass es auf die Frage einer Notfallbehandlung vorliegend nicht ankommt, da die begehrte Operation bisher noch nicht durchgeführt wurde. 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 auch die Tatsache, dass die Operation bisher noch nicht durchgeführt wurde.

Der Kostenübernahmeanspruch scheitert daran, dass die begehrte Lasik-Operation nicht zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat.

Das Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie, wozu die Lasik-Operation gehört, ist als neue Behandlungsmethode anzusehen und unterliegt daher dem Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Ursächlich hierfür ist, dass die Methode beim Inkrafttreten dieser Vorschrift nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung war und seitdem nicht einbezogen worden ist. 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 Gemeinsame Bundesausschuss (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 Bundessozialgerichts (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](#) -). Dies ist nunmehr in [§ 91 Abs. 9 SGB V](#) in der seit 01.01.2004 gültigen Fassung ausdrücklich normiert. Die Vorschrift setzt insoweit 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 Augen Chirurgie 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 (BSG, Urteil vom 16.09.2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) -). Ein solcher Antrag gemäß [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) auf erneute Überprüfung der Verfahren der refraktiven Augen Chirurgie 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](#) -, 14.02.2006 - [L 11 KR 5227/05](#) -, 19.12.2006 - [L 11 KR 4590/06](#) - und vom 20.02.2007 - [L 11 KR 6522/06](#) -). 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 SG eingeholten Auskunft bestand für den GBA

keine Veranlassung, die Lasik-Behandlung erneut zu beraten. Der Kläger hat dazu auch nichts vorgetragen. Nichts anderes ergibt sich auch aus der vom Kläger eingeführten Auskunft der S.-B.-Krankenkasse, denn diese bezieht sich nur auf Hornhautveränderungen und nicht auf die hier in Frage stehende photorefraktive Laserchirurgie. Bezüglich letzterer spricht die Stellungnahme der Kommission Refraktive Chirurgie gegen das Vorliegen ausreichender Langzeitstudien. Etwas anderes folgt auch nicht aus dem 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 (vgl. 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 sei, 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 beantragte Operation möglicherweise Folgekosten ersparen würde, da er in Zukunft keiner Sehhilfen bedarf, begründet keinen Kostenübernahmeanspruch, denn ein solcher besteht nicht schon deshalb, weil eine Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch nimmt, vermeintliche Aufwendungen anderer Art erspart (vgl. zuletzt [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](#). Danach ist es mit den Grundrechten aus [Artikel 2 Abs. 1](#) Grundgesetz i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip und aus [Artikel 2 Satz 2 Satz 1](#) Grundgesetz nicht vereinbar, einem gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche und regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende medizinische 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 auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Um eine derartige Konstellation geht es hier nicht. Die Sehschwäche des Klägers ist nicht als lebensbedrohlich oder gar regelmäßig tödlich verlaufend einzuschätzen. Für eine Anspruchsbegründung auf Grund grundrechtsorientierter Auslegung ist im übrigen auch deswegen kein Raum mehr, weil der Bundesausschuss - nach nicht zu beanstandender Prüfung - zu der negativen Bewertung der Therapie gelangt ist. In diesem Fall ist verfassungsrechtlich gegen den Ausschluss einer Behandlungsmethode aus dem GKV-Leistungskatalog nichts einzuwenden, weil nach dem maßgeblichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse medizinische Notwendigkeit, diagnostischer und therapeutischer Nutzen sowie Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend gesichert sind (so BSG vom 07.11.2006 - [B 1 KR 25/06 R](#)). Überdies stehen beim Kläger Behandlungsalternativen im Raum. Er kann seine Sehschwäche mit einer Brille ausgleichen. Mögliche Druckstellen des Klägers, die im übrigen bisher noch keine Behandlung erforderlich gemacht haben, können durch richtiges Einstellen der Brille vermieden werden.

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

2007-04-26