L 4 KR 172/08

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 11 KR 4764/06
Datum
10.12.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 4 KR 172/08
Datum
06.03.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 10. Dezember 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger erhebt Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine photoselektive Vaporisation (PVP) der Prostata mit Greenlight-Laser einschließlich der Kosten für Vor- und Nachuntersuchungen in Höhe von EUR 5.695,54.

Der am 1920 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Er litt unter einer obstruktiven Prostatahyperplasie (gutartigen Vergrößerung der Prostata) sowie einem Zustand nach wiederholtem Harnverhalt und Thermotherapie (Bescheinigung des Facharztes für Urologie Dr. L. vom 03. März 2005). Mit Schreiben vom 12. Februar 2005 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Übernahme der Kosten einer Prostatatherapie in der Klinik für Prostata-Therapie in H. (im Folgenden Privatklinik). Am 19. Januar 2005 sei ihm im Klinikum La. wegen Harnverhalten ein Katheder gesetzt worden und ihm sei von seinem Urologen Dr. L. erklärt worden, dass eine Hobel-Operation anstehe. In der Privatklinik werde jedoch eine schonende Therapieform angeboten, die er vorziehe, sodass er sich in dieser Klinik behandeln lassen wolle. Er schätze die Kosten hierfür auf ca. EUR 3.900,00. Eine herkömmliche Operation mit chirurgischem Eingriff verursache das 5-fache an Kosten. Zur Begründung legte er ein Schreiben des Facharztes für Urologie Dr. D. von der Privatklinik vom 03. Februar 2005 bei, wonach in dieser Privatklinik die Behandlung mit Greenlight-Laser zur Verfügung stehe. Laut Aktennotiz der Beklagten wurde der Ehefrau des Klägers am 21. Februar 2005 telefonisch mitgeteilt, dass die Kostenübernahme der Prostata-Operation in der Privatklinik nicht möglich sei.

Am 22. Februar 2005 wurde der Kläger in der urologischen Privatpraxis des Dr. D. ambulant untersucht (vgl. Liquidation vom 16. März 2005). Dr. D. diagnostizierte eine benigne Prostatahyperplasie.

Mit Schreiben vom 23. Februar 2005 beantragte der Kläger erneut die Übernahme der Kosten für eine PVP der Prostata mit Greenlight-Laser. Da die bisherige medikamentöse Therapie nicht ausreichend gewesen sei, sei die Durchführung einer Prostata-Operation notwendig. Eine derartige Operation finde unter Vollnarkose statt und sei mit einem ein- bis zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt verbunden. Alternativ bestehe in der nächst gelegenen Privatklinik die Möglichkeit, die Prostatabeschwerden ohne Operation mittels einer PVP der Prostata mit Greenlight-Laser zu behandeln. Dieses Verfahren habe erhebliche Vorteile, da die Besserung der Symptomatik sofort eintrete und der Patient am nächsten Tag die Harnblase beschwerdefrei entleeren könne. Ein Auftreten von Strikturen der Harnröhre postoperativ erfolgten im Allgemeinen nicht. Das Verfahren sei unblutig und daher für Risikopatienten besonders geeignet und stamme aus einer der berühmtesten Kliniken der Welt, der Mayo-Klinik in Rochester. Das Verfahren werde in Amerika seit über fünf Jahren angewendet und es gebe zahlreiche wissenschaftliche Veröffentlichungen. Die Kosten beliefen sich auf ca. EUR 3.900,00 zuzüglich Anästhesie-Honorar. Für ihn bestehe der Vorteil darin, dass kein Krankenhausaufenthalt notwendig sei, kein Blutverlust drohe, keine Vollnarkose notwendig sei, eine minimale Rate an operationsbedingten Komplikationen bestehe und auch keine Bluttransfusion notwendig sei. Zur Begründung legte er ein Schreiben der Privatklinik vom 22. Februar 2005 vor, wonach er an einer gutartigen Vergrößerung der Prostata (benigne Prostatahyperplasie) Stadium II leide. Es bestehe die Möglichkeit, ihn mit einer PVP der Prostata (Greenlight-Laser-Therapie) von seinen Beschwerden ohne Operation zu befreien. Des Weiteren legte der Kläger die Bescheinigung des Dr. L. vom 03. März 2005 vor, wonach er an einer obstruktiven Prostatahyperplasie sowie an einem Zustand nach wiederholtem Harnverhalt und Thermotherapie leide. Aus medizinischer Sicht sei die Indikation zur Prostataresektion gegeben. Die Beklagte holte das Gutachten nach Aktenlage des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) in W.-T., Dr. F., vom 01. April 2005 ein. Der Gutachter legte dar, bei der

Greenlight-Laser-Vaporisation der Prostata handle es sich um eine vollkommen neuartige Behandlung der gutartigen Prostatavergrößerung. Bei dieser Operation werde das Prostatagewebe verdampft. Die Lasertherapie der Prostata werde bisher gemäß Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen (nunmehr Gemeinsamer Bundesausschuss (GBA)) entsprechend den Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) - jetzt: Richtlinien des GBA zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Methoden-Richtlinien) - der Anlage B zugeordnet. Zwar sei das Thema der nichtmedikamentösen lokalen Behandlung der benignen Prostatahyperplasie als weiteres Beratungsthema beim GBA aufgenommen worden. Ein Ergebnis sei aber noch nicht veröffentlicht. Als Standardtherapie gelte unverändert entweder die transurethrale Resektion der Prostata (TUR-P) oder die transvesikale Adenomektomie. Mit diesen operativen Verfahren ließen sich hervorragende und dauerhafte Ergebnisse erzielen. Laut Aktennotiz der Beklagten vom 05. April 2005 wurde der Kläger telefonisch darüber informiert, dass - wenn er auf eine Entscheidung bestehe - diese negativ ausfalle. Wenn er damit einverstanden sei, bis zur Veröffentlichung der Beratungsergebnisse des GBA zu warten, könne eine andere Entscheidung möglich sein.

Am 10. März 2005 fand in der Privatklinik die PVP der Prostata mit Greenlight-Laser statt. Für die PVP, einschließlich der Vor- und Nachuntersuchungen, wurden dem Kläger berechnet:

Rechnung der Privatklinik vom 10. März 2005 (Laserablation der Prostata am 10. März 2005) EUR 4.139,81

Liquidation des Dr. D. vom 11. März 2005 (Abrechnungszeitraum 10./11. März 2005) EUR 747,27

Liquidation der Ärzte für Anästhesieologie Tagesklinik Dr. P. u. Kollegen vom 15. März 2005 (Anästhesieleistungen) EUR 399,23

Liquidation des Dr. D. vom 16. März 2005 (Abrechnungszeitraum 22. bis 24. Februar 2005) EUR 189,91

Liquidation der Urologischen Privatpraxis Dr. D. vom 18. Mai 2005 (Abrechnungszeitraum 10. Mai 2005) EUR 190,62

Liquidation der Urologischen Privatpraxis Dr. D. vom 21. Juni 2005 (Krankheits- und Befundbericht vom 30. Mai 2005) EUR 17,98

Liquidation der Urologischen Privatpraxis Dr. D. vom 23. August 2005 (Beratung am 15. August 2005) EUR 10,72

zusammen EUR 5.695,54

Sämtliche Rechnungen enthielten den Stempel-Vermerk "Betrag dankend erhalten" bzw. "Bezahlt".

Nachdem auf die Anfragen der Beklagten vom MDK mitgeteilt worden war (Schreiben vom 03. August und 21. November 2005 sowie vom 11. April 2006), die nicht medikamentöse lokale Behandlung der Prostatahyperplasie werde unverändert vom GBA als Beratungsthema geführt, wobei ein Beschluss noch nicht veröffentlicht sei, bestand der Kläger ausweislich der Aktennotizen der Beklagten vom 13. April und 17. Mai 2006 auf einer schriftlichen Entscheidung der Beklagten. Mit Bescheid vom 23. Mai 2006 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme mit der Begründung ab, nach der Entscheidung des GBA sei die Wirksamkeit des vom Kläger beantragten Verfahrens nicht durch eindeutige wissenschaftliche Studien bewiesen, sodass deshalb für diese Methode keine Kosten erstattet werden könnten. Als Alternative seien vom MDK die transurethrale Resektion der Prostata sowie die transvesikale Adenomektomie benannt worden. Mit diesen Verfahren ließen sich hervorragende Ergebnisse erzielen. Mit seinem dagegen eingelegten Widerspruch machte der Kläger geltend, die Durchführung einer Prostataoperation sei unaufschiebbar gewesen. Eine derartige Operation finde unter Vollnarkose statt und sei mit einem zweiwöchigen Krankenhausaufenthalt verbunden. Hinzu kämen die bekannten möglichen Nebenwirkungen und Risiken durch Narkose und Entfernung der Prostata. Er habe sich für die unblutige PVP der Prostata (Greenlight-Laser-Therapie) in der Privatklinik entschieden, um sich von den Prostatabeschwerden ohne Operation und Vollnarkose befreien zu lassen. Dieses Verfahren habe für ihn die bereits benannten Vorteile und führe zudem zu enormen Kosteneinsparungen. Er sei im Übrigen von der Beklagten nicht gründlich informiert worden, insbesondere seien ihm keine Alternativen benannt worden. Neben den zuvor genannten Rechnungen legte der Kläger die Rechnung der Firma D. M. Europe GmbH vom 07. Dezember 2004 über die Lieferung von 20 Greenlight Lichtleitern in Höhe von insgesamt EUR 17.000,00 (1 Stück = EUR 850,00) zuzüglich 16 v.H. Umsatzsteuer, insgesamt EUR 19.720,00 sowie die Rechnung der ATOS-APOTHEKE vom 04. Februar 2005 über Ciprobay 200 ml zur Infusion in Höhe von EUR 173,43 (100 ml = EUR 34,69) vor. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch des Klägers zurück (Widerspruchsbescheid vom 24. August 2006). Die Beklagte könne keine Kosten übernehmen, da der GBA die PVP der Prostata mit Greenlight-Laser von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen habe. Der Kläger habe diese Therapie privat außerhalb der vertragsärztlichen Versorgung in Anspruch genommen. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften nur dann über die gesetzliche Krankenversicherung abgerechnet werden, wenn sie in ihrer Qualität und Wirksamkeit dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprächen. Diese Prüfung unterliege dem GBA. In der Anlage II der Methoden-Richtlinien sei unter Nr. 15 die Laseranwendung zur Behandlung der Prostata aufgeführt. Zudem stünden gemäß dem Gutachten des MDK vom 01. April 2005 mit der transurethralen Resektion der Prostata und der transvesikalen Adenomektomie alternative medizinische (Standard-)Therapien zur Verfügung. Der Einwand, dass die Greenlight-Laser-Therapie kostengünstiger sei als eine stationär durchgeführt Operation, könne keine andere Entscheidung rechtfertigen.

Hiergegen erhob der Kläger am 26. September 2006 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG). Er bezifferte die ihm bislang entstandenen Aufwendungen für die ambulante PVP der Prostata mit Greenlight-Laser mit EUR 5.695,54 und machte geltend, es sei unstreitig, dass es sich bei der streitigen Behandlung um eine neue Behandlungsmethode im Sinne des § 135 des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) handle, die ohne Zweifel unter Nr. 15 der Anlage B des Beschlusses vom 10. Dezember 1999 der BUB-Richtlinien unterfalle. Grundsätzlich sei damit zwar eine Kostenerstattung ausgeschlossen. Ihm stehe aber ein Kostenerstattungsanspruch nach den Grundsätzen des sogenannten Systemversagens zu. Das Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) habe zwar im Urteil vom 24. Januar 2006 (- L 11 KR 3292/05 -) in einem ähnlich gelagerten Fall ein Systemversagen verneint. Heute müsse dies jedoch anders beurteilt werden. Bereits seit dem Jahr 2001 befasse sich der GBA mit der Frage, ob neuartige, nicht medikamentöse lokale Behandlungen der benignen Prostatahyperplasie zu den zulässigen vertragsärztlichen Behandlungsmethoden hinzugenommen werden müssten. Sämtliche laserbezogenen Behandlungsmethoden der Prostatahyperplasie würden daher bereits seit dem Jahr 2001 geprüft. Erst Ende 2004 habe der GBA das Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) mit der notwendigen Prüfung beauftragt und diesen

Auftrag erst im Jahr 2005 konkretisiert. Diese zeitliche Abfolge spreche deutlich für ein Systemversagen. Unterlasse der GBA eine zeitgerechte Prüfung in Fällen, in denen für den Versicherten eine deutlich geringere Belastung und ein reduziertes Risiko bei neuen Behandlungsmethoden bestünden, so sei dieses Unterlassen rechtswidrig. Bei einer frühzeitigen Beauftragung des IQWiG hätte zum Zeitpunkt seiner Operation längst eine Entscheidung des GBA vorliegen müssen. Außerdem sei davon auszugehen, dass der GBA die neue Behandlungsmethode dann anerkannt hätte.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Auf ein Systemversagen könne sich der Kläger nicht berufen, da gemäß dem Gutachten des MDK vom 01. April 2005 mit der transurethralen Resektion der Prostata und der transvesikalen Adenomektomie alternative medizinische (Standard-) Therapien zur Verfügung stünden.

Mit Gerichtsbescheid vom 10. Dezember 2007 wies das SG die Klage ab. Von einer unaufschiebbaren, im gesetzlichen Versorgungssystem der vertragsärztlichen Versorgung nicht rechtzeitig erbringbaren Leistung könne nicht ausgegangen werden. Als Standardtherapie stehe die transurethrale Resektion der Prostata oder die transvesikale Adenomektomie zur Verfügung. Zudem sei die Selbstverschaffung der Leistung nicht Folge der Leistungsablehnung durch die Beklagte gewesen. Die Behandlung sei bereits am 10. März 2005 erfolgt. Nach Vorlage des MDK-Gutachtens vom 01. April 2005 hätte zwar schon Anfang April 2005 eine Entscheidung der Beklagten über den Antrag ergehen können. Auch zu diesem Zeitpunkt hätte aber eine ablehnende Entscheidung nicht ursächlich für die schon erfolgte Beschaffung sein können, da der Kläger die Behandlung bereits mit der Voruntersuchung am 22. Februar 2005 eingeleitet habe.

Gegen den am 12. Dezember 2007 dem Prozessbevollmächtigten des Klägers zugestellten Gerichtsbescheid hat der Kläger am 11. Januar 2008 schriftlich Berufung beim LSG eingelegt. Er stütze seinen Anspruch nicht auf § 13 SGB V, sondern auf ein Systemversagen im Rahmen des § 135 SGB V. Da der GBA die Aktualisierung der Methoden-Richtlinien unterlassen habe, liege ein Systemversagen vor. Die im Streit stehende Behandlungsmethode werde seit ca. 15 bis 20 Jahren angewandt. Nach den Leitlinien der deutschen Urologen werde seit ca. 1992 in publizierten Studien dargelegt, dass die klinischen Ergebnisse bezüglich der signifikanten Besserung der Symptome (ca. 70 bis 90 %) und der Lebensqualität sowie der objektiven Harnflussparameter mit einer Zunahme des maximalen Harnflusses um 100 bis 120 % durchweg positiv gewesen seien. In Langzeitbeobachtungen über mehr als fünf Jahre hätten sich die Ergebnisse in den meisten Studien als dauerhaft erwiesen. Im Übrigen habe der GBA das IQWiG erst am 16. November 2004 mit einer entsprechenden Überprüfung beauftragt. Dies bedeute, dass über einen Zeitraum von drei Jahren nichts unternommen worden sei, um die Frage, ob Behandlungsmethoden, wie sie hier im Streit stünden, in den Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung aufzunehmen seien oder nicht, zu prüfen. Hinzu komme, dass der GBA sich bis zum 21. März 2005 Zeit gelassen habe, um den Auftrag zu konkretisieren. Da das IQWiG davon ausgehe, dass es insgesamt für die Bearbeitung drei Jahre benötige, hätte mit einem Ergebnis im Laufe des Jahres 2004 gerechnet werden können, wenn der GBA bereits seit 2001 das Verfahren ordnungsgemäß betrieben hätte. Außerdem werde im Bereich der stationären Krankenhausversorgung die bei ihm vorgenommene Behandlung seit längerer Zeit für gesetzlich Versicherte angeboten. Er habe im Übrigen auch nicht die ablehnende Entscheidung der Beklagten abwarten müssen, da er sich des Risikos der Kostentragung bewusst gewesen sei. Er sei vom operierenden Arzt über dieses Risiko aufgeklärt worden. Auch sei ihm mitgeteilt worden, dass die Operation nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung sei und er die Kosten deshalb selbst tragen müsse. Zudem habe ihm die Beklagte schon am 21. Februar 2005 mitgeteilt, dass ein Kostenerstattung nicht möglich sei. Das Abwarten einer weiteren Entscheidung der Beklagten stelle dann einen bloßen Formalismus dar, über den er auch von der Beklagten nicht aufgeklärt worden sei.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 10. Dezember 2007 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 23. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. August 2006 zu verurteilen, ihm EUR 5.695,54 zu zahlen, hilfsweise ein urologisches Sachverständigengutachten einzuholen zum Beweis der Tatsache, dass die Photoselektive Vaporisation durch Greenlight-Laser zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie bereits im Zeitraum Ende 2004/Anfang 2005 eine verbreitete und medizinisch anerkannte Behandlungsmethode war.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Der Kläger habe den Beschaffungsweg nicht eingehalten. Dies gelte selbst dann, wenn man unterstelle, in dem Telefonat vom 05. April 2005 sei eine mündliche Leistungsablehnung erfolgt, da der Kläger die begehrte ambulante Maßnahme bereits am 10. März 2005 habe vornehmen lassen. Im Übrigen reiche ein Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Er setze daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehöre, welche die Krankenkasse allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen habe. Dies sei vorliegend nicht der Fall gewesen. Anhaltspunkte für einen Systemmangel lägen nicht vor. Es erscheine nicht abwegig, dass bis zur Entscheidung über die Anerkennung neuer Behandlungs- und Untersuchungsmethoden ein erheblicher Zeitaufwand entstehe. Im Übrigen habe Dr. D. keine Kassenzulassung.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß § 151 Abs. 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers ist statthaft und zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat zu Recht entschieden, dass der Kläger von der Beklagten nicht die Erstattung von Kosten für die Behandlung (einschließlich Vor- und Nachuntersuchungen) für die durchgeführte PVP der Prostata mit Greenlight-Laser verlangen kann. Der Bescheid der Beklagten vom 23. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 24. August 2006 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

1. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach § 13 Abs. 1 SGB V darf die

Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2 SGB V) Kosten nur erstatten, soweit es dieses (das SGB V) oder das Neunte Buch des Sozialgesetzbuchs (SGB IX) - im vorliegenden Fall nicht einschlägig, weil keine Leistungen zur Teilhabe streitig sind - vorsieht.

Da der Kläger nicht nach § 13 Abs. 2 SGB V anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch nur § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V in Betracht. Nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

1.1. Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 Satz 1 Erste Alternative SGB V steht (unstreitig) nicht in Rede. Eine Leistung ist unaufschiebbar, wenn eine Leistungserbringung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse mehr besteht (vgl. Bundessozialgericht (BSG) SozR 3-2500 § 13 Nr. 22). Dies kann hier nicht bejaht werden. Das ergibt sich bereits daraus, dass schon am 19. Januar 2005 nach den Angaben des Klägers im Klinikum La. ein Katheter wegen Harnverhaltens gesetzt wurde und der Kläger erst am 10. März 2005 eine transurethrale Laserablation (PVP der Prostata mit Greenlight-Laser) hat durchführen lassen. Auch aus der Bescheinigung des Dr. L. vom 03. März 2005 lassen sich keine Anhaltspunkte dafür entnehmen, dass es sich um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt hat. Er gab in dieser Bescheinigung lediglich an, dass eine Indikation zur Prostatasektion besteht. Aus diesen Gesamtumständen ergibt sich auch, dass erst recht kein Notfall im Sinne von § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V, bei dem ausnahmsweise nicht zugelassene Ärzte oder Krankenhäuser in Anspruch genommen werden können, vorgelegen hat (vgl. hierzu BSGE 97, 6 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 9; BSGE 98, 26).

1.2. Auch die Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1 Zweite Alternative SGB V sind nicht gegeben.

Nach ständiger Rechtsprechung reicht der in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Zweite Alternative SGB V nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr. 11; BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 12; BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 27 Nr. 12). Ist das Tatbestandsmerkmal der rechtwidrigen Ablehnung der begehrten Leistung zu verneinen, bedarf es keiner Entscheidung, ob der Ausschluss der Leistung aus materiellen Gründen rechtwidrig oder auch verfassungswidrig ist.

1.2.1. Es fehlt hier an der Voraussetzung, dass dem Kläger dadurch Kosten entstanden sind, dass die Beklagte die Leistung abgelehnt hat. Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach ständiger Rechtsprechung aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. § 13 Abs. 3 SGB V soll einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall gewähren, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. SozR 3-2500 § 13 Nr. 15; BSGE 96, 161 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 8; BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 13 Nr. 12). Dieses Verfahren ist entgegen früherer Andeutung (vgl. BSG SozR 3-2500 § 34 Nr. 2) auch zu fordern in Fällen, in denen von vornherein feststand, dass eine durch Gesetz oder Verordnung von der Versorgung ausgeschlossene Sachleistung verweigert werden würde und sich der Versicherte dadurch gezwungen gesehen hat, die Leistung selbst zu beschaffen (vgl. jetzt eingehend BSGE 98, 26 unter Hinweis auf die - hier nicht einschlägige - Besonderheit der Verschreibung nicht zum Leistungskatalog gehörender Arzneimittelverordnungen auf Privatrezept). Nur bei einer Vorabprüfung können die Krankenkassen ihre - Gesundheitsgefahren und wirtschaftlichen Risiken vorbeugenden - Beratungsaufgaben erfüllen, die Versicherten vor dem Risiko der Beschaffung nicht zum Leistungskatalog gehörender Leistungen zu schützen und ggf. aufzeigen, welche Leistungen an Stelle der begehrten in Betracht kommen.

Zwar hat der Kläger bereits mit Schreiben vom 12. Februar 2005 bei der Beklagten einen Antrag auf Kostenübernahme für eine Behandlung in der Privatklinik gestellt. Unabhängig davon, ob es für eine Ablehnung der Leistung genügt, wenn - wie hier am 21. Februar 2005 - die Beklagte der Ehefrau des Klägers fernmündlich mitteilt, dass eine Kostenerstattung nicht möglich sei, hat der Kläger mit Schreiben vom 23. Februar 2005 unter Vorlage medizinischer Unterlagen (Schreiben der Privatklinik vom 22. Februar 2005 und Bescheinigung des Dr. L. vom 03. März 2005) erneut die Kostenübernahme bei der Beklagten beantragt und hierbei sein Begehren auf die PVP der Prostata mit Greenlight-Laser konkretisiert. Die Beklagte hat aufgrund dieses (neuen) konkretisierten Antrags und den damit eingereichten medizinischen Unterlagen den MDK mit der Erstattung eines Gutachtens nach Aktenlage beauftragt (§ 275 Abs. 1 SGB V). Der Kläger hat die Entscheidung der Beklagten über diesen Antrag jedoch nicht abgewartet. Er nahm die Behandlung (PVP der Prostata mit Greenlight-Laser) in der Privatklinik vielmehr am 10. März 2005 in Anspruch, nachdem bereits am 22. Februar 2005 die Voruntersuchung durch Dr. D. stattfand. Damit konnte weder die mündliche Ablehnung der Beklagten am 05. April 2005 noch die schriftliche Ablehnung der Kostenerstattung mit Bescheid vom 23. Mai 2006 kausal für die Entstehung der Behandlungskosten in der Privatklinik werden. Hinzu kommt, dass der Kläger sowohl bei der Antragstellung am 12. Februar als auch am 23. Februar 2005 von Anfang an auf die von ihm gewünschte Behandlung (PVP der Prostata mit Greenlight-Laser) in der Privatklinik festgelegt war. Dies ergibt sich für den Senat zum einen direkt aus dem Schreiben vom 12. Februar 2005, wonach er "die schonende Methode vorziehe" und er sich in "dieser Klinik behandeln lassen" wolle. Zum anderen folgt dies aus dem Umstand, dass der Kläger bereits am 22. Februar 2005, d.h. vor der (erneuten) Antragstellung am 23. Februar 2005 mit den Voruntersuchungen durch Dr. D. begann. Dies entnimmt der Senat der Liquidation des Dr. D. vom 16. März 2005. Das Abwarten der (erneuten) Entscheidung der Beklagten stellt auch keinen bloßen Formalismus dar. Denn der Kläger hat mit seinem Antrag vom 23. Februar 2003 erstmals medizinische Unterlagen vorgelegt, mit denen er seinen Antrag begründet hat. Der Beklagten war daher ein Zeitraum einzuräumen, in dem sie diese Unterlagen - unter Inanspruchnahme des MDK (§ 275 Abs. 1 SGB V) - prüfen konnte. Nur durch diese Vorgehensweise konnte die Beklagte ihre - Gesundheitsgefahren und wirtschaftliche Risiken vorbeugende - Beratungsaufgabe wahrnehmen.

1.2.2. Der Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung der in der Privatklinik ambulant durchgeführten Behandlung (einschließlich der Vor- und Nachuntersuchungen) scheitert auch daran, dass ein Sachleistungsanspruch auf diese Behandlung nicht bestand.

Die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten sind in § 27 Abs. 1 SGB V grundlegend umschrieben. Nach § 27 Abs. 1 Satz 1

SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 und 3 SGB V) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechtigte Behandler (§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V). Abgesehen davon, dass Dr. D. (unstreitig) nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist, haben die Krankenkassen nicht für jegliche Art von Behandlung aufzukommen. Ihre Leistungspflicht unterliegt vielmehr den in §§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V gesetzlich festgelegten Grenzen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Zu beachten sind schließlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des SGB V, §§ 69 bis 140h SGB V), insbesondere auch die Regelungen über die Qualitätssicherung, für den ambulanten Bereich insoweit das in § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (vgl. dazu BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8; SozR 4-2500 § 27 Nr. 12). Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch dann nur zu den den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen (ständige Rechtsprechung, BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8), wenn der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. An die Entscheidungen des GBA sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8). Ohne befürwortende Entscheidung des GBA kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht (zu alledem auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 30. August 2006 - L 5 KR 281/06 - und ausführlich m.w.N. Urteil vom 31. Oktober 2007 - L 5 KR 2563/07 -, beide veröffentlicht in juris).

Die Behandlung in der Privatklinik bestand in der Anwendung der PVP der Prostata mit Greenlight-Laser. Diese Behandlung erfolgte ambulant und nicht stationär. Denn es wurden keine Pflegesätze oder Fallpauschalen dem Kläger in Rechnung gestellt (vgl. Rechnung der Privatklinik vom 10. März 2005). Im Übrigen wollte der Kläger eine stationäre Behandlung nicht, wie sich aus seinen Schreiben vom 12. und 23. Februar 2005 ergibt. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, diese Therapie als ambulante Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren. Es fehlt an der nach § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V erforderlichen befürwortenden Entscheidung des GBA, ohne die neue Behandlungsmethoden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht gewährt werden können. Vielmehr hat der GBA nach Anlage II Nr. 15 der Methoden-Richtlinien, die transurethrale Laseranwendung zur Behandlung der Prostata als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode angesehen. Für die PVP, falls man die transurethrale Laseranwendung nicht als Oberbegriff für Laserbehandlungen der Prostata ansieht, fehlt es an einer Empfehlung des GBA.

Der Erlaubnisvorbehalt des § 135 Abs. 1 SGB V ist vorliegend einschlägig. Die PVP der Prostata mit Greenlight-Laser ist eine Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V (vgl. z.B. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8), also eine medizinische Vorgehensweise, der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt bzw. zugrunde liegen soll, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. Sie ist auch eine neue Behandlungsmethode. Sie war zum Zeitpunkt der Durchführung im März 2005 nicht oder nicht in dieser Form Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung, weil sie nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) enthalten war (vgl. z.B. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8).

Eine Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme von dem Erfordernis der Empfehlung durch den GBA in Betracht kommen kann (vgl. dazu z. B. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 1), ist nicht gegeben. Die Prostatahyperplasie ist keine einzigartige Erkrankung, die weltweit nur extrem selten auftritt und die deshalb im nationalen wie im internationalen Rahmen weder systematisch erforscht noch systematisch behandelt werden kann.

Auch ein Ausnahmefall des "Systemversagens" liegt nicht vor. Nach der Rechtsprechung des BSG (SozR 4-2500 § 27 Nr. 8) kann ungeachtet des in § 135 Abs. 1 SGB V statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. Dann ist die in § 135 Abs. 1 SGB V vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien nämlich rechtswidrig unterblieben, weshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden. Wie bereits der 11. Senat des LSG entschieden hat (Urteil vom 24. Januar 2006 - L 11 KR 3292/05 -) liegen - auch nach Ansicht des erkennenden Senats (vgl. zu der in der Privatklinik ebenfalls durchgeführten transuretralen Nadelablation bereits Beschluss des Senats vom 29. März 2007 - L 4 KR 3707/05 -) - keine Anhaltspunkte dafür vor, dass der GBA seine Entscheidung trotz Vorliegens der notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen willkürlich oder aus sachfremden Erwägungen verzögert hat. Dies ergibt sich bereits daraus, dass der Auftrag zur Prüfung nicht medikamentöser lokaler Verfahren zur Behandlung der benignen Prostatahyperplasie am 16. November 2004 durch den GBA erteilt wurde. Das belegt gerade kein Systemversagen des GBA, sondern im Gegenteil sein Tätigwerden.

Im Übrigen liegt nunmehr der Abschlussbericht des IQWiG vom 02. Juni 2008 vor. Zwar befasst sich der GBA derzeit noch mit diesem Abschlussbericht; eine Stellungnahme bzw. ein Beschluss des GBA liegt noch nicht vor (Quelle: Angaben des GBA unter www.g-ba.de, Stand 06. März 2009). Der Senat entnimmt dem Abschlussbericht des IQWiG vom 02. Juni 2008 aber, dass hinsichtlich der PVP der Prostata mit Greenlight-Laser kein Zusatznutzen gegenüber einer Standardtherapie als belegt angesehen werden kann (S. 462 des Abschlussberichts vom 02. Juni 2008). Dies liegt daran, dass keine diesbezüglichen Studien vorliegen, die in die Nutzenbewertung hätten eingehen können (IQWiG, a.a.O.). Vor diesem Hintergrund bestand keine Leistungspflicht der Beklagten, da eine solche nur besteht, wenn die Qualität und Wirksamkeit der begehrten Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V). Dies ist jedoch für die PVP der Prostata mit Greenlight-Laser nicht nachweisbar. Auch Privatdozent Dr. S. führte in dem vom Kläger vorgelegten Bericht "Entwicklung und Stellenwert der Greenlight-Laservaporisation der Prostata bei der Therapie des benignen Prostatasyndroms" (Blatt 61/73 der LSG-Akte) aus, nach wie vor lägen keine längerfristigen Erkenntnisse nach erfolgter PVP vor, sodass zum jetzigen Zeitpunkt eine abschließende Einschätzung der Methoden im Vergleich zum "Goldstandard TURP" nicht möglich sei (Blatt 68 der LSG-Akte).

1.3. Der Kläger kann sich nicht auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Leistungspflicht der gesetzlichen

Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung berufen. In seinem Beschluss vom 06. Dezember 2005 (BVerfGE 115, 25) hat es das BVerfG für mit dem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 des Grundgesetzes (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht für vereinbar erklärt, einen gesetzlichen Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die zu einem solchen Ergebnis führende Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts sei in der extremen Situation krankheitsbedingter Lebensgefahr (im vom BVerfG entschiedenen Fall durch die Duchenne schen Muskeldystrophie) verfassungswidrig. Das BSG hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben seiner neueren Rechtsprechung zugrunde gelegt und näher konkretisiert. Der Senat hat sich dem in ständiger Rechtsprechung angeschlossen. Danach (z.B. BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8; SozR 4-2500 § 27 Nr. 12) verstößt die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige GBA diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt habe, gegen das GG, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: 1. Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor. 2. Bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. 3. Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine "auf Indizien gestützte" nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Ergänzend hat das BSG im Urteil vom 07. November 2006 (B 1 KR 24/06 R) Folgendes ausgeführt: Art. 2 GG verlangt eine verfassungskonforme Auslegung nur derjenigen Normen des SGB V, die einem verfassungsrechtlich begründeten Anspruch auf eine bestimmte Versorgung der Versicherten entgegenstehen. Dagegen bleibt die Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen des SGB V für einen Leistungsanspruch auch unter Berücksichtigung der Verfassungsmäßigkeit eines abgeschlossenen Katalogs der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unberührt (vgl. dazu BSG SozR 4-2500 § 27 Nr. 8). Die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten sollen einerseits verhindern, dass die den Versicherten durch Gesetz eingeräumten Leistungsansprüche in einer dem Zweck des Art. 2 GG zuwiderlaufenden Weise eingeschränkt werden; so lag der Fall nach Ansicht des BVerfG in der Entscheidung vom 6. Dezember 2005. Andererseits setzen die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten dem Leistungsbegehren der Versicherten selbst im Falle regelmäßig tödlich verlaufender Krankheiten Grenzen. Sie sollen die Versicherten in solchen Fällen auch davor bewahren, auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung mit zweifelhaften Therapien behandelt zu werden, wenn auf diese Weise eine nahe liegende, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht wahrgenommen wird. Erst wenn feststeht, dass derartige nach allgemeinem Standard anerkannte Behandlungsmethoden (generell) überhaupt nicht zur Verfügung stehen oder im konkreten Einzelfall ausscheiden, weil der Versicherte diese nachgewiesenermaßen nicht verträgt, ist der vom BVerfG geforderte Bereich einer weiten, verfassungskonformen Auslegung der Vorschriften des SGB V eröffnet, in welchem auf den exakten wissenschaftlichen Nachweis des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit einer bestimmten Behandlungsmethode verzichtet werden darf und man sich mit einem der notstandsähnlichen Situation angemessenen geringeren Wahrscheinlichkeitsmaßstab begnügen darf. Die anzuwendende Methode muss allerdings im Allgemeinen wie auch im konkret zu beurteilenden Fall überwiegend positive Wirkungen haben und es muss feststehen, dass sie "mehr nützt als schadet".

Ausgehend hiervon sind die Voraussetzungen dafür, dass die Beklagte ausnahmsweise die ambulante Behandlung (PVP der Prostata mit Greenlight-Laser) als Sachleistung zur Verfügung zu stellen hatte, nicht gegeben. Denn die benigne Prostatahyperplasie ist keine regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung. Zudem standen weitere Behandlungsoptionen zur Verfügung. Dies entnimmt der Senat dem Gutachten des Dr. F. vom MDK vom 01. April 2005. Danach stand als Standard-Therapie entweder die transurethrale Resektion der Prostata (TURP) oder die transvesikale Adenomektomie zur Verfügung.

1.4. Ein Kostenerstattungsanspruch besteht schließlich nicht schon deshalb, weil die Beklagte dadurch, dass der Kläger Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart. Denn sonst könnte die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden (BSG, Beschluss vom 26. Juli 2004 - B 1 KR 30/04 B -; Senatsurteil vom 06. Juni 2008 - L 4 KR 2055/06 -).

1.5. Anlass zur Erhebung eines Sachverständigengutachtens besteht nicht. Für den Senat ist nicht erkennbar, welcher Arzt über weitergehende Erkenntnisse verfügt als diejenigen, die im Abschlussbericht des IQWiG verwertet worden sind.

2. Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.
Rechtskraft
Aus
Login
BWB
Saved
2009-03-10