

## L 5 KR 3517/08

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 9 KR 1402/07  
Datum  
29.05.2008  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 5 KR 3517/08  
Datum  
04.03.2009  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-

Datum  
-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 29. Mai 2008 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Erstattung von Kosten für eine in der (Privat-)Klinik für Prostatatherapie Dr. D. durchgeführte HIFU (Hoch Intensiv Fokussierter Ultraschall)-Behandlung.

Der 1930 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Seit 2003 ist bei ihm ein Prostatakarzinom bekannt. Nachdem er sich wegen befürchteter Nebenwirkungen nicht zu einer Operation oder Bestrahlung der Prostata hatte entschließen können, erfolgte seither eine Hormondeprivation mit bisher "sehr gutem Ansprechen" und ohne "Hinweis für einen Progress" (so der behandelnde Urologe Z. in seinem Schreiben vom 13. Dezember 2006 - Bl. 1 Verwaltungsakte JVA()). Wegen des lediglich "palliativen Therapieansatzes" und möglicher "langfristig erheblicher Nebenwirkungen" empfahl und beantragte der Urologe Z. mit Schreiben vom 13. Dezember 2006 bei der Beklagten für den Kläger die Erstattung der Kosten für eine HIFU-Behandlung (durch verbesserte technische Möglichkeiten inzwischen bewährtes Verfahren, die Tumorerkrankung auch tatsächlich zu heilen - so der Urologe Z.). Gleichzeitig reichte der Kläger am 18. Dezember 2006 das Schreiben des Facharztes für Urologie Dr. D. ein, in dessen urologischer Privatpraxis der Kläger sich bereits am 6. Dezember 2006 zur vorbereitenden Untersuchung für die vorgesehene Thermoablation der Prostata bei Prostatakarzinom mit hoch intensiv fokussiertem Ultraschall (HIFU) mit dem Gerät Sonablate 500 vorgestellt hatte, und beantragte die Übernahme der voraussichtlichen Behandlungskosten von ca. 8.230 EUR (pauschale Klinikrechnung 5.500 EUR plus MwSt zuzüglich GOÄ-Rechnung des Belegarztes und des Anästhesisten).

Die Beklagte holte daraufhin beim Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) das sozialmedizinische Gutachten von Dr. H. vom 28. Dezember 2006 ein. Dr. H. führte in seinem Gutachten aus, bei der HIFU-Methode zur Therapie des Prostatakarzinoms handele es sich um eine lokale Thermotherapie, für die keine wissenschaftlich erwiesene Evidenz hinsichtlich eines überlegenen Nutzens gegenüber den als Standard anerkannten wissenschaftlich gesicherten, vertraglich verfügbaren Behandlungsmethoden belegt sei. Neben der Prostataektomie könne bei fehlender Eignung des Patienten oder Ablehnung einer Operation auf externe Bestrahlung in 3-D-Technik als anerkannte und ambulant durchführbare Behandlungsmethode verwiesen werden. Die HIFU-Methode sei den vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen negativ bewerteten Thermotherapien der Prostata zuzurechnen.

Mit Bescheid vom 9. Januar 2007 lehnte die Beklagte daraufhin die Übernahme der Kosten für die beantragte Thermoablation ab.

Hiergegen erhob der Kläger Widerspruch mit der Begründung, das HIFU-Sonablate-500-Verfahren gewährleiste gegenüber dem im Prinzip gleichen Ablatherm-Verfahren, für das die Behandlungskosten seit Anfang 2004 von den Krankenkassen übernommen würden, eine ebenfalls seit 2004 eher sicherere und verbesserte Anwendung. Mit Widerspruchsbescheid vom 22. März 2007 wies die Beklagte den Widerspruch unter Hinweis auf die Verbindlichkeit der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses ([§ 91 Abs. 9 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - JSGB V\(\)](#)), wonach die Kostenübernahme für die HIFU-Therapie ausgeschlossen sei, ab. Diese gehöre zu der in der Anlage 2 der Richtlinien aufgenommenen Thermotherapie der Prostata und damit zu den in der vertragsärztlichen Versorgung nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden.

Hiergegen hat der Kläger am 12. April 2007 Klage vor dem Sozialgericht Reutlingen (SG) erhoben. Er hat an seinem Anspruch auf Kostenerstattung für die "private HIFU-Therapie", die ihm sein behandelnder Urologe dringend angeraten habe, festgehalten. Diese Methode

sei ausweislich des beigelegten Behandlungsberichts im Rahmen der stationären Behandlung vom 21. bis 24. Januar 2007 in der Klinik für Prostatatherapie H. störungsfrei durchgeführt worden (Behandlungskosten 8.282,60 EUR + 207,60 EUR). Demgegenüber wären 16.000 bis 17.000 EUR Behandlungskosten bei Durchführung einer Ablathermo-Therapie in einer von ca. 30 deutschen Kliniken, wie sie von den Krankenkassen übernommen würden, angefallen. Die Einsparung für die Beklagte liege also auch bei Erstattung der strittigen Behandlungskosten bei 8.000 bis 9.000 EUR.

Der Kläger legte in dem Zusammenhang u. a. Arztberichte des Urologen Z. vom 2. November 2006 und 13. Dezember 2006 sowie Berichte über die Klinik für Prostatatherapie H. einschließlich Behandlungsbericht und Rechnungsunterlagen (über insgesamt 8.489,86 EUR) vor.

Das SG hat u. a. bei dem Urologen Z. und dem Hausarzt Dr. Ehret Arztbriefe seit Januar 2004 über den regelmäßigen Behandlungsstand und die PSA-Werte beigelegt (Bl. 41/59 der SG-Akte).

Die Beklagte ist der Klage entgegen getreten und hat geltend gemacht, bei der Privatklinik für Prostatatherapie H. handele es sich um eine reine Privatklinik ohne Kassenzulassung. Weder Dr. D. noch einer der anderen in dieser Klinik tätigen Urologen habe eine Kassenzulassung.

Mit Gerichtsbescheid vom 29. Mai 2008 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht vorliegen würden. Voraussetzung hierfür sei, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig habe erbringen können (1. Alternative) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt habe (2. Alternative) und dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden seien, soweit die Leistung notwendig sei.

Der Kläger habe aber zum einen im Sinne dieser Regelung mit der streitigen, privatärztlich vereinbarten und abgerechneten ambulanten Behandlung durch den nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Arzt Dr. D. am 6. Dezember 2006 und die stationäre Behandlung am 23./24. Januar 2007 in der Privatklinik für Prostatatherapie keine unaufschiebbare Leistung in Anspruch genommen, die die Beklagte nicht rechtzeitig hätte erbringen können. Außerdem habe die Beklagte die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Nach der ständigen Rechtsprechung des BSG sei auch Voraussetzung für einen Erstattungsanspruch, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehe. Hieran fehle es, wenn sich der Versicherte die Leistung selbst besorgt habe, ohne die Krankenkasse vorher einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. So liege der Fall hier. Der Kläger habe sich zu der strittigen Behandlung bei dem Nichtvertragsarzt Dr. D. in H. entschlossen und diese am 6. Dezember 2006 aufgenommen und privatärztlich vereinbart, ohne sich zuvor zwecks Kostenübernahme an die Beklagte zu wenden und deren Entscheidung abzuwarten. Dabei habe eine Notfallsituation, also eine unaufschiebbare Leistung im Sinne von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#), ersichtlich nicht vorgelegen. Ein Notfall im Sinne dieser Vorschrift liege nur vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestehe und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt bzw. Krankenhaus nicht rechtzeitig zur Verfügung stehe. Dies sei vor allem der Fall, wenn ohne eine sofortige Behandlung durch einen nicht zugelassenen Leistungserbringer Gefahren für Leib und Leben entstünden oder heftige Schmerzen unzumutbar lange andauern würden, also eine Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich sei, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Leistungserbringers und dessen Behandlung fehle. Davon könne vorliegend keine Rede sein. Ausweislich der Befundberichte des behandelnden Urologen, zuletzt vom 2. November 2006, sei unter der bis dahin durchgeführten Hormondeprivation weiterhin ein unauffälliger PSA-Wert und auch sonst von Seiten des Prostatakarzinoms ein unverändert günstiger Befund ohne Hinweis auf ein akutes Fortschreiten der Erkrankung beschrieben worden und die strittige privatärztliche Behandlung etliche Wochen im Voraus geplant worden, bevor sich der Kläger erstmals am 18. Dezember 2006 mit seinem Antrag an die Beklagte gewandt habe. Der Kläger könne sich auch nicht darauf berufen, die Beklagte habe die Gewährung der streitigen Leistung zu Unrecht abgelehnt. Ein auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheide nach der ständigen Rechtsprechung des BSG nämlich regelmäßig aus, wenn sich der Versicherte - wie hier - die Leistung besorgt habe, ohne vorher die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten. Denn in diesen Fällen könne die ablehnende Entscheidung der Beklagten nicht ursächlich dafür geworden sein, dass dem Versicherten Kosten für eine privatärztlich in Anspruch genommene Behandlung entstanden seien. Vorliegend habe sich der Kläger, wie sich aus den Akten ergebe und auch durch seine Einlassungen im Erörterungstermin bestätigt worden sei, bereits am 6. Dezember 2006 bewusst in die privatärztliche Behandlung durch den Nichtvertragsarzt Dr. D. begeben und sich durch Durchführung der HIFU-Behandlung mit der Sonablate 500-Therapie-Einheit von Focus Surgery in dessen Privatklinik für Prostatatherapie entschlossen, ohne sich zuvor an die Beklagte zu wenden und deren Entscheidung abzuwarten. Deren (ablehnende) Entscheidung vom 9. Januar 2007 habe daher nicht mehr ursächlich werden können für die bereits zuvor getroffene Entscheidung des Klägers zugunsten der dann durchgeführten außervertraglichen Behandlung. Ein Anspruch auf Kostenerstattung komme hier auch nicht etwa deshalb in Betracht, weil die Beklagte den Kläger auf seinen Antrag auf Kostenübernahme hin nicht rechtzeitig auf die Möglichkeit der stationären Durchführung der begehrten HIFU-Therapie in einem der dies anbietenden, zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland verwiesen habe. Denn die Beklagte habe vorliegend, wie auch die Befragung des Klägers im Erörterungstermin ergeben habe, zum Zeitpunkt ihrer Entscheidung bereits von einer Festlegung des Klägers auf einen bestimmten (außervertraglichen) Leistungserbringer und eine bestimmte Art und Weise der Leistungserbringung (in der Privatklinik für Prostatatherapie in H.) ausgehen dürfen, weshalb für die Beklagte kein Anlass mehr bestanden habe, den Kläger darüber aufzuklären und zu beraten, ob und inwieweit er die begehrte Behandlung in stationärer Form in einem Vertragskrankenhaus erlangen könne (mit Hinweis auf Urteile des BSG vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - und vom 27. März 2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) -). Schließlich komme ein Anspruch auch nicht unter dem Gesichtspunkt eines Systemmangels in Betracht. Für einen Versorgungsnotstand, der es rechtfertigen würde, die Beklagte zur Erstattung der Behandlungskosten in einer Nichtvertragsklinik zu verpflichten, bestünde kein Anlass, nachdem seinerzeit die HIFU-Behandlung bereits in annähernd 30 Vertragskrankenhäusern stationär (zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen) angewandt worden sei. Schließlich könne der Kläger auch nicht aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) eine Kostenerstattung herleiten. Auch der Umstand, dass die Beklagte an sich verpflichtet gewesen wäre, dem Kläger bei Bedarf eine entsprechende Operation in einer Vertragseinrichtung zur Verfügung zu stellen, begründe keinen Anspruch auf Erstattung der nunmehr geltend gemachten Kosten. Der Kläger habe sich aus freien Stücken außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung begeben und dies auch gewusst. Für derartige Behandlungen habe die Krankenkasse selbst dann nicht einzustehen, wenn hierdurch - wie vom Kläger wiederholt dargelegt - höhere (wohl gemeint: keine höheren) Kosten als im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems entstanden seien.

Der Kläger hat gegen den ihm mit Postzustellungsurkunde am 4. Juli 2008 zugestellten Gerichtsbescheid am 24. Juli 2008 Berufung eingelegt. Zur Begründung führt er aus, die Beklagte lehne jede Thermoablation der Prostata ab. Wie aus dem Schreiben von Dr. D. vom 17.

April 2007 (das der Kläger in Anlage vorlegte) ersichtlich sei, sollten unter dem Deckmantel der DRG-Abrechnung (gemeint sind die Fallpauschalen, über die die Krankenhäuser mit den Krankenkassen abrechnen) die angewandten Verfahren gegenüber der Kasse verschleiert werden. Er sei auch von der Beklagten nicht auf eine nochmalige Kostenerstattung anstelle einer Sach- oder Dienstleistung hingewiesen worden. Außerdem lasse der ständige seelische Druck bei einer Krebserkrankung nach einer über dreijährigen Hormonbehandlung eine so genannte aufschiebbare Leistung oder Behandlung nicht mehr zu. Im SWR-Fernsehen sei u. a. am 12. bzw. 13. Juni 2008 ein Bericht der Universitätsklinik Tübingen gesendet worden, wobei ein Patient mit einem Prostatakarzinom seine täglichen Ängste und Sorgen zum Ausdruck gebracht habe. Auch der zuständige Arzt habe diese Belastung bestätigt, die durch eine jederzeit überraschende Ausweitung von Metastasen die Heimtücke dieser Erkrankung beweise. Genötigt durch diese Gründe habe er sich zu einer selbst beschafften Therapie entschlossen, die er jederzeit, bis zur Behandlung am 23. Januar 2007, bei einer gleichwertigen Behandlung von Seiten der Beklagten nicht angetreten hätte. Die Informationen über Sonablate 500 von Dr. D. vom 30. Oktober 2006 habe er umgehend in der Geschäftsstelle der Beklagten in VS-S. mit der Bitte um Kostenübernahme vorgelegt. Jedoch sei nach einer zwischenzeitlichen Rücksprache von ihm von diesen Unterlagen nichts greifbar.

Bei einem PSA-Wert von 8,9 sei bei ihm im Frühjahr 2003 bei Dr. C. in VS-S. eine Prostata-Gewebeprobe entnommen worden. Der Befund sei gutartig gewesen, Krebszellen seien keine gefunden worden. Er habe nach einem halben oder einem Jahr wieder zur Ermittlung des PSA-Wertes erscheinen sollen. Nach einer selbst beschafften Rücksprache mit dem zuständigen Labor sei ihm nach einer speziellen Gegenprobe des PSA-Werts eine weitere selbst beschaffte Gewebeprobe der Prostata empfohlen worden. Diese sei im Juli 2003 beim Urologen Z. entnommen worden. Das Ergebnis habe auf Prostatakrebs mit einer Aggressivität von 7 (bei einer Skala von 1 bis 10) gelaute. Mit der nachfolgenden Hormontherapie sei ein PSA-Wert von 0,01 erreicht worden. Hierbei sei allerdings zu beachten, dass nur durch notwendige weitere Untersuchungen wie Blasen- und Darmspiegelungen sowie Knochen- und Lungenprüfungen zusätzliche Belastungen und Angstzustände zu ertragen gewesen seien. In den Entscheidungsgründen werde auch vom SG bestätigt, dass die Behandlungskosten der Thermotherapien in ca. 30 Vertragskrankenhäusern von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen würden. In Deutschland werde die Sonablate 500-Therapie nur in der Prostatakl. Dr. D. in H. jedoch angeboten und ausgeführt. Es werde auch übersehen, dass die Ablatherm-Therapie mit der Sonablate 500-Therapie nicht vergleichbar sei. Bei der HIFU-Sonablate 500-Therapie seien weder Inkontinenzen noch Verletzungen der umliegenden Organe beobachtet worden. Schließlich gehöre bezüglich der Kostenerstattung die Thermoablation entgegen den Äußerungen der Beklagten zu ihren Leistungen, weil sie bei einer Ablatherm-Therapie von der Beklagten auch übernommen würde. Ergänzend hat der Kläger im Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 14. Januar 2009 noch ausgeführt, dass richtig sei, dass ursprünglich beabsichtigt gewesen sei, im Klinikum V.-S. diese HIFU-Methode durchzuführen. Letztlich sei der Kläger aber nicht nach S., sondern nach H. gegangen, da in S. die Behandlungstiefe nur 2,5 cm gegenüber 4 cm in H. betragen habe und dadurch in S. noch zusätzlich eine Abhoblung mit weiteren Risiken notwendig gewesen wäre. Daher habe er sich dann für H. entschieden. Er habe der Beklagten auch mitgeteilt, wenn sie ihm eine alternative Klinik benennen könne, bei der er in der Art von H. behandelt werde, dann könne er auch dort hingehen.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 29. Mai 2008 sowie den Bescheid der Beklagten vom 9. Januar 2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 22. März 2007 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, ihm die anlässlich der HIFU-Behandlung in der Klinik für Prostatatherapie Dr. D. angefallenen Kosten zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend.

Die Beteiligten haben im Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 14. Januar 2009 zu Protokoll einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung zugestimmt.

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

II.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 2 SGG](#) liegt nicht vor. Der Beschwerdewert von 500 EUR ist überschritten. Der Kläger begehrt die Übernahme von Kosten in Höhe von 8.489,86 EUR.

III.

Die Berufung des Klägers ist jedoch unbegründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen, da der Kläger keinen Anspruch auf Übernahme der Kosten der in der Prostatakl. H. durchgeführten HIFU-Behandlung hat.

1. Als Rechtsgrundlage des mit Klage und Berufung verfolgten Erstattungsanspruchs kommt nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in Betracht. Danach sind Kosten für (notwendige) selbst beschaffte Leistungen zu erstatten, wenn 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

hier 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, die die Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte oder 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; auch Senatsurteil vom 22.11.2006, - [L 5 KR 1015/06](#) -).

Die beim Kläger in der Klinik für Prostatatherapie, H., durchgeführten Prostatabehandlung stellt eine unaufschiebbare (Notfall-)leistung (Notfalloperation) in diesem Sinne nicht dar. Das SG hat das richtig erkannt und im angefochtenen Gerichtsbescheid auch zutreffend begründet, auf die entsprechenden Darlegungen auf Seite 5/Seite 6 oben des Entscheidungsabdrucks wird Bezug genommen ([§ 153 Abs. 2 SGB V](#)). Insbesondere ist auch den vom SG noch eingeholten Arztbriefen und Befundberichten nicht zu entnehmen, dass ein akuter Notfall vorgelegen hätte. Nach dem Schreiben des Urologen Z. vom 13. Dezember 2006 hatte bis dahin die Hormondeprivation gut angesprochen und es keinen Hinweis für einen Progress (Fortschreiten) der Erkrankung gegeben. Damit also bestand kein Notfall im oben beschriebenen Sinne. Der Senat verkennt in dem Zusammenhang nicht die grundsätzlich bei Krebspatienten bestehende Sorge eines Fortschreitens der Erkrankung bzw. der Bildung von Metastasen, die auch den Wunsch der Betroffenen begründet, sofern sich vermeintlich Erfolg versprechende Behandlungsmethoden auftun, diese auch schnellstmöglich zu nutzen. Dennoch bleibt festzuhalten, dass objektiv kein akuter Behandlungsbedarf in diesem Sinne zum damaligen Zeitpunkt bestanden hatte, der es dem Kläger unmöglich gemacht hätte, eine Behandlung in einem Vertragskrankenhaus in Anspruch zu nehmen. Letztlich war auch der Grund für den Kläger, nicht die bereits im Klinikum V.-S. vorgesehene Behandlung, sondern stattdessen eine Behandlung in der Privatklinik für Prostatatherapie H. durchführen zu lassen, nicht eine Notfallsituation, sondern nach seiner Bestätigung im Termin zur Erörterung des Sachverhalts am 14. Januar 2009 der Umstand, dass er im Hinblick auf die größere Behandlungstiefe der Anlage Sonablate 500 in der Privatklinik H. davon ausging, im Zusammenhang damit dann keinen weiteren möglichen negativen Nebenwirkungen ausgesetzt zu sein.

Zum anderen hätte, wenn es denn tatsächlich ein Notfall gewesen wäre, Dr. D. überhaupt nicht dem Kläger gegenüber privat abrechnen dürfen, sondern vielmehr direkt der Krankenkasse gegenüber abrechnen müssen. Also ging ganz offensichtlich auch Dr. D. nicht von einem Notfall im Sinne von [§ 76 SGB V](#) aus.

2. Die Beklagte hat die Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt, da im Zeitpunkt der Behandlung ein Leistungsanspruch nicht bestand, nachdem es sich bei Dr. D. und der Klinik für Prostatatherapie nicht um zugelassene Leistungserbringer (Vertragsarzt -bzw. Vertragskrankenhaus) handelt, sodass die Beklagte schon deshalb zur Ablehnung der begehrten Operation auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung berechtigt (und verpflichtet) war ([§§ 76 bzw. 39, 108, 115 b SGB V](#)).

3. 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](#)). Die HIFU-Behandlungsmethode als solche wird jedoch auch in Vertragskrankenhäusern angeboten (so z. B. auch im Klinikum V.-S., bei dem ursprünglich auch die Behandlung des Klägers vorgesehen war). Der einzige Unterschied liegt lediglich darin, dass nach dem Vortrag des Klägers die Behandlungstiefe bei der Behandlung in der Klinik für Prostatatherapie H. größer ist (4 cm statt 2,5 cm) und der Kläger sich davon geringere Nebenwirkungen bzw. weniger belastende Begleitbehandlungen versprochen hat.

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. Dem Kläger war hier jedoch unstreitig bekannt, dass es sich bei der Behandlung in der (Privat-)Klinik für Prostatatherapie, H., nicht um eine Kassenleistung handelte.

Von all dem abgesehen hat die gesetzliche Krankenversicherung nicht den jeweils unter allen denkbaren Gesichtspunkten bestmöglichen Versorgungsstandard zu gewährleisten, sondern sie muss ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Leistungen zur Verfügung stellen ([§ 2 Abs. 1, 12 Abs. 1 SGB V](#)). Dem wird das Behandlungsangebot in den zugelassenen Vertragskrankenhäusern gerecht. Auch deshalb kommt ein Kostenerstattungsanspruch nicht in Frage. Das Berufungsvorbringen des Klägers ändert hieran nichts.

4. Gegen den Anspruch des Klägers spricht auch, dass in seinem Falle die Ablehnung der beantragten Kostenübernahme durch die Beklagte für die Selbstbeschaffung der Leistung nicht ursächlich war.

Der Anspruch auf Kostenerstattung setzt einen Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten voraus. Ohne diesen Zusammenhang ("dadurch ... entstanden") ist die in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2 SGB V](#) geregelte Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt. Ein Anspruch auf Kostenerstattung ist also ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte.

Ein solcher Sachverhalt lag hier letztlich vor. Der Kläger, für den im Vorfeld ursprünglich eine entsprechende HIFU-Behandlung im Klinikum V.-S. vorgesehen war, also in einem Vertragskrankenhaus, hatte sich ganz bewusst anders entschieden, nämlich für die Behandlung in der Privatklinik für Prostatatherapie in H., weil er die dort (bislang wohl in Deutschland einmalig) angebotene Behandlung mit dem Gerät Sonablate 500 ausdrücklich nutzen wollte. Der Kläger hat zwar darauf verwiesen, dass er jederzeit bereit gewesen wäre, die Behandlung auch in einem Vertragskrankenhaus durchzuführen, sofern dort die Behandlung in der Art und Weise und mit dem Gerätetyp, wie sie bei der Privatklinik H. ausgeführt wurde, möglich gewesen wäre. Da es sich aber auf der anderen Seite bei dieser Privatklinik für Prostatatherapie H. um die (zumindest bis dahin wohl) einzige Klinik handelte, die die HIFU-Behandlung mit diesem neuen Gerät Sonablate 500 anbot, bedeutet dies auf der anderen Seite, dass der Kläger letztlich auch fest entschlossen war, wenn keine Behandlung mit einem Gerät Sonablate 500 in einem Vertragskrankenhaus möglich ist, die Behandlung dort durchzuführen.

Ergänzend sei hinsichtlich der völlig neben der Sache liegenden Ausführungen von Dr. D. in den vom Kläger noch vorgelegten Schreiben vom 17. April 2007 zur Klarstellung darauf hingewiesen, dass die Vertragskrankenhäuser keineswegs die HIFU-Behandlungsmethode in rechtswidriger Weise oder unter Verschleierung durch die DRG-Fallpauschalen den Kassen gegenüber abrechneten. Während Vertragsärzte zu Lasten der Krankenkassen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur dann anwenden dürfen, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss diese ausdrücklich zur vertragsärztlichen ambulanten Versorgung zugelassen hat (was gerade bezüglich dieser Methoden nicht der Fall ist - siehe Nr. 14 der Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung - Anlage II - Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen -), gilt für Krankenhäuser umgekehrt, dass diese grundsätzlich auch neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anwenden dürfen, solange der Gemeinsame Bundesausschuss sie nicht ausdrücklich auch für die Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen hat ([§ 135 Abs. 1 SGB V](#), [§ 137c Abs. 1 SGB V](#)).

Es entspricht daher den gesetzlichen Regelungen, wenn die Beklagte hier konkret zwar eine entsprechende HIFU-Behandlung durch einen Vertragsarzt in ambulanter Behandlung nicht übernehmen kann, wohl aber eine entsprechende Behandlung in einem Vertragskrankenhaus.

Aus diesen Gründen ist daher die Berufung zurückzuweisen.

IV.

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

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-03-12