

L 11 KR 816/11

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 5356/07
Datum
25.01.2011
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 816/11
Datum
15.05.2012
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum
-

Kategorie
Urteil
Leitsätze

Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung haben keinen Anspruch auf Kostenübernahme für eine Untersuchung mittels einer Kombination aus PET (Positronen-Emissions-Tomographie) und CT (Computertomographie), wenn lediglich der Verdacht auf eine Krebserkrankung besteht.
Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25.01.2011 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Im Streit steht die Kostenerstattung für eine Untersuchung mittels einer Kombination aus PET (Positronen-Emissions-Tomographie) und CT (Computertomographie).

Der bei der Beklagten versicherte Kläger ließ sich am 24. und 25.04.2007 in der privaten "Tumorklinik S." in F. mittels einer PET/CT ambulant untersuchen. Anlass der Untersuchung war eine vom Hausarzt des Klägers vorgenommene Blutuntersuchung, die den Verdacht auf eine Krebserkrankung im Bereich der Bauchorgane ergeben hatte. Dem Kläger wurden für die Untersuchung unter dem 26.04.2007 insgesamt 1.985,34 EUR in Rechnung gestellt.

Mit Schreiben vom 23.05.2007 beantragte der Kläger bei der Beklagten die Kostenübernahme. Zur Begründung gab er an, es sei ihm empfohlen worden, anstatt vielerlei Untersuchungen, wie zB CT, Magen- und Darmspiegelung, eine PET zur Abklärung durchführen zu lassen. Die Untersuchung sei sehr aussagekräftig und kräfteschonend. Mit Bescheid vom 30.05.2007 lehnte die Beklagte die Übernahme der Kosten ab, da die PET nach Beurteilung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) eine Behandlungsmethode sei, die nicht als vertragsärztliche Leistung erbracht werden dürfe.

Hiergegen legte der Kläger am 11.06.2007 Widerspruch ein. Zur Begründung gab er im Wesentlichen an, es handle sich nicht um eine Behandlungs-, sondern um eine Untersuchungsmethode. Er habe diese Methode gewählt, da er die von seinen Ärzten verordneten Magen- und Darmuntersuchungen wegen des Verletzungsrisikos abgelehnt habe. Jedenfalls müssten die Kosten für die CT erstattet werden. Mit Widerspruchsbescheid vom 25.09.2007 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Es handle sich um eine vom GBA ausdrücklich ausgeschlossene Behandlungsmethode. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung liege nicht vor.

Am 15.10.2007 hat der Kläger beim Sozialgericht Freiburg (SG) Klage erhoben und zur Begründung vorgetragen, der Kläger habe sich für eine PET/CT entschlossen, da er wegen einer Phobie vor engen und dunklen Räumen massive Probleme bei tomographischen Untersuchungen habe. Die Methode sei den meisten üblichen Untersuchungsverfahren überlegen. In anderen Ländern sei die PET anerkannt und werde dort von den gesetzlichen Krankenkassen bezahlt. Auch in Deutschland würden die Kosten für die Untersuchung bei anderen Indikationen von der Krankenkasse übernommen. Der GBA hätte die PET auch für Untersuchungen im Bauchraum zulassen müssen. Der Beschluss des GBA sei daher rechtswidrig. Die Entscheidung der Beklagten verstoße außerdem gegen [Art 3 Grundgesetz \(GG\)](#). Private Krankenkassen erstatteten die Kosten bei Verdacht auf Brust- oder Leberkrebs. Die Techniker Krankenkasse zahle bei Brust- oder Lymphdrüsenkrebs. Zudem werde Bundeswehrsoldaten die Untersuchung bezahlt. Die Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit der Untersuchung sei nachgewiesen. Die fehlende Anerkennung durch den GBA stelle ein Systemmangel dar. Die vorherige Entscheidung der Beklagten sei in einem solchen Fall nicht erforderlich, da dies ein Fall der Unaufschiebbarkeit der Leistung im Sinne des [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) darstelle.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten und hat im Wesentlichen darauf hingewiesen, dass sich der GBA bereits umfassend mit der PET-Diagnostik befasst habe. Ein Systemmangel liege daher nicht vor. Zudem habe sich der Kläger erst nach Inanspruchnahme der Leistungen an die Beklagte gewandt. Darüber hinaus hätten herkömmliche Untersuchungsmethoden zur Verfügung gestanden.

Auf Anfrage des SG hat der GBA am 17.08.2010 mitgeteilt, dass derzeit auf Antrag vom 19.09.2006 ein Prüfverfahren zum Nutzen und zur Notwendigkeit der PET bei verschiedenen weiteren Indikationen laufe (Rezidive bei kolorektalen Karzinomen, Mammakarzinom). Die Prüfungen seien noch nicht abgeschlossen.

Mit Urteil vom 25.01.2011 (dem Kläger zugestellt am 16.02.2011) hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Anspruch auf Kostenerstattung scheitere bereits daran, dass der Kläger nicht vor Inanspruchnahme der Leistungen die Entscheidung der Beklagten abgewartet habe. Es habe sich nicht um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt. Im Übrigen habe der Kläger keinen Anspruch auf die PET/CT gehabt. Der GBA habe diese Untersuchungsmethode bislang nur bei Lungenkarzinomen anerkannt. Ein Systemmangel liege nicht vor. Der GBA habe sich eingehend mit der PET auseinandergesetzt. Der derzeit zur Prüfung stehende Auftrag sei im Zeitpunkt der streitgegenständlichen Untersuchung nur wenige Monate alt gewesen. Von einer grundlosen Verzögerung könne nicht ausgegangen werden. Schließlich scheide eine Kostenübernahme auch mit Blick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 aus, da weder eine lebensbedrohliche noch eine regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorgelegen habe. Zudem hätten anerkannte Untersuchungsmethoden zur Verfügung gestanden.

Am 25.02.2011 hat der Kläger beim Landessozialgericht (LSG) Berufung eingelegt. Zur Begründung hat er seine Argumentation aus dem Verfahren beim SG wiederholt. Ergänzend hat er ausgeführt, das Systemversagen sei mit der Unaufschiebbarkeit der Leistung im Sinne des [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V](#) gleichzusetzen. Das Systemversagen liege darin, dass die vorliegende Indikation vom GBA nicht geprüft worden sei und auch nicht vom Prüfauftrag umfasst sei. Die Entscheidung des GBA dürfe nicht ohne materielle Prüfung auf ihre Richtigkeit übernommen werden. Dies habe bereits das Bundesverfassungsgericht entschieden ([1 BvR 131/04](#)). Es habe zudem Zweifel an der Verfassungsmäßigkeit des [§ 135 SGB V](#) geäußert ([1 BvR 347/98](#)). Dem GBA fehle die demokratische Legitimation. Auch inhaltlich sei der Beschluss des GBA vom 26.02.2002 nicht tragbar. Der Ausschluss der vorliegenden Indikation entbehre einer Rechtfertigung. Es bestünden Diskrepanzen auch zum stationären Bereich, in dem die PET/CT zur Diagnose von Magen- oder Darmkrebs zum Einsatz komme.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 25.01.2011 zu ändern und unter Aufhebung des Bescheids der Beklagten vom 30.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.09.2007 die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die PET/CT-Untersuchung vom 24.04.2007 in Höhe von 1.985,34 EUR zu erstatten,

hilfsweise die Revision zuzulassen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung des Klägers zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung für zutreffend.

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

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

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs 1 Nr 1, 151 Abs 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat gemäß [§ 124 Abs 2 SGG](#) mit dem Einverständnis der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist zulässig, jedoch nicht begründet. Das SG hat zu Recht die Klage abgewiesen. Der Bescheid der Beklagten vom 30.05.2007 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 25.09.2007 ist rechtmäßig und verletzt den Kläger nicht in seinen Rechten.

Als Anspruchsgrundlage kommt allein [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) (in der Fassung vom 26.03.2007) in Betracht, da der Kläger keine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) gewählt hatte. Danach sind die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Alt 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alt 2) und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gibt demnach einen Kostenerstattungsanspruch für den Fall, dass der Versicherte wegen eines Systemversagens gezwungen ist, sich eine Behandlung, die ihm die Krankenkasse an sich als Sachleistung schuldet, außerhalb des für Sachleistungen vorgesehenen Weges selbst zu beschaffen.

Unabhängig von der Frage des Vorliegens eines Systemversagens hat der Kläger schon wegen der Nichteinhaltung des gesetzlich vorgesehenen Beschaffungsweges keinen Anspruch auf Kostenerstattung.

Die medizinischen Leistungen waren nicht unaufschiebbar, weil es dem Kläger ohne Beeinträchtigung seiner Gesundheit oder der Behandlung möglich gewesen wäre, vor Beginn der Leistungsanspruchnahme die Beklagte einzuschalten. Dies folgt bereits aus dem Umstand, dass es sich lediglich um eine Untersuchung wegen Verdachts auf eine Krebserkrankung und nicht um eine Behandlung einer bereits festgestellten akuten Erkrankung handelte. Zudem wäre die Beklagte – wie sie mit ihrer Entscheidung vom 30.05.2007 gezeigt hat – in der Lage gewesen, binnen weniger Tage über einen Antrag des Klägers zu entscheiden. Anhaltspunkte dafür, dass die Untersuchung derart dringend war, dass dem Kläger ein Abwarten weniger Tage nicht zumutbar war, liegen nicht vor. Damit liegt erst recht kein Notfall im Sinne von [§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V](#) vor. Eine Notfallbehandlung hätte im Übrigen als Sachleistung erbracht werden müssen, so dass sich der

Vergütungsanspruch nicht gegen den Kläger, sondern allein gegen die Krankenkasse gerichtet hätte (BSG 19.10.2001, [B 1 KR 6/01 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 25](#)). Damit scheidet ein Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V](#) aus.

Aber auch die Voraussetzungen des [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V](#) sind nicht erfüllt. Denn Voraussetzung für eine Kostenerstattung nach rechtswidriger Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse ist der notwendige Kausalzusammenhang zwischen der Entscheidung der Krankenkasse und der Selbstbeschaffung (vgl BSG 01.04.2010, [B 1 KR 114/09 B](#), juris; BSG 30.6.2009, [B 1 KR 5/09 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr 15 stRspr](#)). Hieran fehlt es vorliegend. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten war nicht kausal für den Anfall der Kosten. Der Kläger hat sich erst nach der Untersuchung an die Beklagte gewandt.

Entgegen der Auffassung des Klägers kann ein Systemversagen der behaupteten Art nicht den Fällen unaufschiebbarer Leistungen im Sinne von [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 1 SGB V](#) gleichgesetzt werden. Eine vorherige Entscheidung der Krankenkasse im Rahmen des [§ 13 Abs 3 Satz 1 Alt 2 SGB V](#) ist selbst dann nicht entbehrlich, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens – etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen – von vornherein feststeht (vgl BSG 01.04.2010, [B 1 KR 114/09 B](#), juris; BSG 30.6.2009, [B 1 KR 5/09 R](#), [SozR 4-2500 § 31 Nr 15 stRspr](#)). Eine Gleichsetzung mit den Fällen unaufschiebbarer Leistungen hätte eine Umgehung des Erfordernisses der vorherigen Entscheidung der Krankenkasse zur Folge, wofür im vorliegenden Fall keinerlei Veranlassung besteht. Im Gegenteil, der Wortlaut des [§ 13 Abs 3 SGB V](#) verlangt unmissverständlich einen Ursachenzusammenhang zwischen rechtswidriger Ablehnung und Kostenlast. Und auch nach Sinn und Zweck der Regelung kann in Fällen, in denen mit der Ablehnung zu rechnen ist, nicht auf die vorherige Entscheidung der Beklagten verzichtet werden. [§ 13 Abs 3 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse (BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)). Die Krankenkasse hat den nötigen Überblick über die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung und kann beurteilen, ob und wie Leistungen im bestehenden Versorgungssystem realisiert werden können (BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)). Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#)).

Es ist deshalb kein bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über ihre Leistungspflicht zu entscheiden. Dies gilt insbesondere dann, wenn Leistungen bei einem nicht zugelassenen Arzt in Anspruch genommen werden. Denn der Krankenkasse muss vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden kann. Der Versicherte darf der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgreifen, dass er die erstrebte Behandlung bei einem Nichtvertragsarzt durchführen lässt und die erforderliche Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagert (BSG 10.02.1993, [1 RK 31/92](#), [SozR 3-2200 § 182 Nr 15](#); BSG 15.04.1997, [1 BK 31/96](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 15](#)). Dasselbe gilt dann, wenn nicht vom GBA zugelassene Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden in Anspruch genommen werden. Der Krankenkasse obliegt es in solchen Fällen zu prüfen, ob das GKV-System Leistungen für die konkrete Situation des Versicherten vorhält.

Darüber hinaus hätte der Kläger auch bei Einhaltung des Beschaffungsweges keinen Anspruch auf Erstattung der ihm entstandenen Kosten für die PET/CT. Der Kostenerstattungsanspruch reicht 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. Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs 1](#) und [§ 12 Abs 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß [§ 135 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Die Beschlüsse des GBA sehen die PET bei der vorliegenden Indikation nicht vor (vgl insb die Beschlüsse vom 26.02.2002, 18.01.2007, 19.06.2008, 01.12.2008 und 21.10.2010; im Einzelnen: LSG Baden-Württemberg 26.01.2011, [L 5 KR 374/08](#)). Ernsthafte Zweifel an der hinreichenden demokratischen Legitimation des GBA zum Erlass normkonkretisierender untergesetzlicher Richtlinien bestehen auch unter Berücksichtigung des klägerischen Vorbringens nicht (vgl BSG 28.10.2009, [B 6 KA 11/09 R](#), [BSGE 105, 26](#); offen lassend: BSG 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#)). Ein Ausnahmefall, in dem es keiner positiven Empfehlung des GBA bedarf, liegt nicht vor. Für einen Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme von diesem Erfordernis erwogen werden könnte (vgl dazu BSG 19.10.2004, [B 1 KR 27/02 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 1](#)), ist nichts vorgetragen oder sonst ersichtlich. Auch ein Systemversagen wegen verzögerter Bearbeitung eines Antrags auf Empfehlung einer neuen Methode liegt nicht vor. Insoweit schließt sich der Senat den Ausführungen im Urteil des LSG Baden-Württemberg vom 26.01.2011 ([L 5 KR 374/08](#)) nach eigener Prüfung an und verweist auf die dortige Begründung. Schließlich sind auch die Voraussetzungen für eine grundrechtsorientierte Auslegung nicht erfüllt (BVerfG 06.12.2005, [1 BvR 347/98](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#)). Es lag weder eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende (vgl BSG 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#), [BSGE 96, 170](#)) oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vor (BSG 04.04.2006, [B 1 KR 12/04 R](#), [BSGE 96, 153](#)). Es bestand lediglich der Verdacht auf eine Krebserkrankung. Im Übrigen standen allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Untersuchungsmethoden zur Verfügung. Wie der Kläger selbst einräumt, kamen alternativ zur PET/CT eine Magen- und Darmspiegelung und/oder eine CT in Betracht. Dem Kläger war es auch zumutbar, diese Untersuchungen anstelle einer PET/CT in Anspruch zu nehmen. Denn das allgemeine Verletzungsrisiko bei einer Magen- und Darmspiegelung begründet keinen Anspruch auf Leistungen außerhalb des Systems der Gesetzlichen Krankenversicherung. Gleiches gilt für die im Klageverfahren erstmals vorgebrachte Phobie des Klägers vor engen und dunklen Räumen. Abgesehen davon, dass er auch im Rahmen der streitgegenständlichen Untersuchung in der Lage war, eine CT erstellen zu lassen, hätte einer Phobie durch das Aufsuchen einer modernen Arztpraxis mit offenem Computertomographen begegnet werden können.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login
BWB
Saved
2012-07-19