

L 4 KR 279/07

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 44 KR 531/06
Datum
25.05.2007
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 279/07
Datum
22.10.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 149/09 B
Datum
03.03.2010
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Stehen bei einem behandlungsbedürftigen Prostataadenom stationäre Vertragsleistungen zur Verfügung hat der Versicherte keinen Anspruch auf Versorgung mit einer Prostatahyperthermie in einer Privatklinik.

- I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 25. Mai 2007 wird zurückgewiesen.
- II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darüber, ob die Beklagte verpflichtet ist, dem Kläger 2.457,92 EUR für eine Prostatahyperthermiebehandlung in der St.-G.-Privatklinik zu erstatten.

Der 1940 geborene Kläger litt seit längerem an einer gutartigen Prostatavergrößerung, die dringender Behandlung bedurfte. Zu der bei dieser weit verbreiteten Krankheit üblichen Operation durch den Harnleiter konnte er sich nicht entschließen, sondern entschied sich im November 2005 zu einer Behandlung in der Privatklinik St. G. in Bad A ... Nach verschiedenen Voruntersuchungen und zwischenzeitlicher Legung einer Fistel beantragte der Kläger am 23.01.2006 bei der Beklagten die Kostenübernahme für den Eingriff mit dem Hinweis, dass er sich dieser Behandlung unterziehen werde. Die Beklagte teilte ihm mit Schreiben vom 25.01.2006 mit, dass die Kosten für eine Behandlung in dieser Privatklinik nicht übernommen würden. Die eigentliche Hyperthermiebehandlung, die erfolgreich verlief, fand dann am 01.02.2006 statt. Dafür wurden dem Kläger Klinikkosten in Höhe von 2.034,29 EUR berechnet. Dabei schlug die eigentliche Hochfrequenzbestrahlung mit 1.407,63 EUR zu Buche. Die Klinik hatte dafür den 3,5-fachen Satz aus analog der Gebühr 5851 GOÄ herangezogen, die ihrerseits für die Ganzkörperstrahlenbehandlung von Knochenmarkamputationen vorgesehen ist, während die Nr.5854 für die Tiefenhyperthermie den einfachen Satz von 145,14 EUR vorsieht. Der Kläger begründete seinen Widerspruch damit, dass er mit dieser Behandlung den Risiken einer Operation hätte aus dem Wege gehen wollen. Dies überzeugte die Beklagte jedoch nicht, sie wies den Widerspruch mit Hinweis, dass die Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus erfolgt sei, mit Widerspruchsbescheid vom 07.04.2006 zurück.

Auch die am 25.04.2006 erhobene Klage begründete der Kläger mit seinen Bedenken bezüglich einer herkömmlichen Operation, deren Risiken er habe vermeiden wollen. Mit Urteil vom 25.05.2007 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und die Ansicht der Beklagten bestätigt, wonach die Behandlung in einer Privatklinik von der Beklagten nicht zu bezahlen sei. Davon könne im Falle des Klägers auch keine Ausnahme gemacht werden, denn es wäre ihm zumutbar gewesen, sich der Operation zu unterziehen, wie sie vom behandelnden Urologen auch vorgeschlagen war und wie sie von der Kasse übernommen worden wäre. Die freie Wahl des Behandlers bzw. des Krankenhauses könne sich nur auf zugelassene Ärzte oder Einrichtungen beziehen. Verfassungsrechtliche Aspekte seien durch diese Regelung beim Kläger nicht berührt.

Am 26.06.2007 hat der Kläger dagegen Berufung eingelegt und die von der vergrößerten Prostata ausgehenden Beschwerden geschildert. Ihm sei das Risiko einer Operation einfach zu groß gewesen, die Hyperthermiebehandlung habe ihm große Erleichterung gebracht, schließlich müsse es dem mündigen Bürger selbst überlassen bleiben, wie er über seine Gesundheit und die Behandlungsmethoden entscheide. Die von ihm gewählte sei jedenfalls die deutlich bessere, so dass nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts er von der Schulmedizin habe abweichen dürfen. Auch aus der Rechtsprechung des EuGH über die Erstattung von Behandlungskosten im Ausland lasse sich sein Anspruch herleiten.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 25.05.2007 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom

25.01.2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 07.04.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 2.457,92 EUR zu bezahlen.

Damit macht er neben den reinen Behandlungskosten in der St. G.-Klinik auch Fahr- und Unterbringungskosten geltend.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie wiederholt ihren Standpunkt und weist darauf hin, dass seit Januar 2007 die durchgeführte Therapie im ambulanten Sektor durch die Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses bezüglich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausdrücklich ausgeschlossen sei, wodurch bestätigt werde, dass die Hyperthermie nicht zu den von ihr zu erbringenden Leistungen zu rechnen sei. Auch in den Vertragskrankenhäusern, in denen die Hyperthermie als stationäre Leistung angeboten werde, werde diese für die Behandlung der Prostata medizinisch jedoch nicht als sinnvoll erachtet, was sich mit den Richtlinien decke. Das Standardverfahren zur Therapie der benignen Prostatahypertrophie sei die transurethrale Resektion der Prostata (TURP). Dabei werde durch die Harnröhre ein Instrument eingeführt, mit der das störende Gewebe unter Videokontrolle mit einer Schlingenelektrode abgetragen werde, auch sei es möglich, über die Harnröhre mittels Laser die vergrößerten Gewebeanteile zu zerstören, so dass es der vom Kläger gewählten aber ausgeschlossenen Behandlungsmethode nicht bedurft hätte.

Die abschließend angehörten behandelnden Ärzte Dres. C. und S. haben dem Senat vom klägerischen Entschluss zur Durchführung der Thermotherapie berichtet.

Im Übrigen wird zur weiteren Darstellung des Tatbestandes auf den Inhalt der gewechselten Schriftsätze und den der beigezogenen Akten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht erhobene Berufung ist zulässig (§§ 143, 151 SGG).

In der Sache selbst ist die Berufung unbegründet. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, die geforderte Geldsumme an den Kläger zu bezahlen. Dies ist im Urteil des Sozialgerichts umfassend und zutreffend dargestellt. Da der Kläger im Berufungsverfahren nichts Neues vorgebracht hat, verweist der Senat gemäß § 153 Abs.2 SGG auf die zutreffende Begründung im angefochtenen Urteil.

Dort ist richtigerweise herausgestellt, dass als mögliche Anspruchsgrundlage für eine Kostenerstattung allein § 13 Abs.3 Sozialgesetzbuch V in Betracht kommt, jedoch die dort genannten Voraussetzungen nicht erfüllt sind, Kosten für eine selbst beschaffte Leistung zu erstatten. Dies kommt dann in Betracht, wenn die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch dem Versicherten Kosten entstanden sind.

Wie das Sozialgericht zutreffend festgestellt hat, scheidet die erste Variante des § 13 Abs.3 SGB V allein schon vom Zeitablauf aus. Denn der Kläger hat lange Zeit vorher mit dem St.-G.-Krankenhaus verhandelt und sich von dort Rat geholt. Auch der behandelnde Arzt hatte zunächst eine versicherungskonforme Behandlung vorgeschlagen und ihn im Krankenhaus B. angemeldet, so dass die Situation des unaufschiebbaren Handelns-Müssens nicht eingetreten war.

Eine Leistung, die nicht im System der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist, kann auch nicht zu Unrecht abgelehnt werden. Dies gilt für die hier angewandte Methode der Hyperthermiebehandlung einer Prostatavergrößerung. Nach § 135 Abs.1 SGB V dürfen neue Untersuchungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss dies in den entsprechenden Richtlinien nach § 92 Abs.1 Satz 2 Nr.5 SGB V empfiehlt. Dabei ist zu betonen, dass es sich hier nicht um eine stationäre Krankenhausbehandlung gehandelt hat, sondern um eine ambulante Behandlung in einer Privatklinik. Wie sich nachträglich herausgestellt hat, ist diese Form der ambulanten Hyperthermie nicht nur nicht empfohlen, sondern sie ist vom Bundesausschuss im Jahre 2007 auf die Negativliste gesetzt worden, nämlich in Anlage 2 Nr.14 zu den ausgeschlossenen Behandlungsmethoden. Allein daraus ergibt sich schon, dass die Beklagte seinerzeit richtigerweise die Kostenübernahme abgelehnt hat.

Da es sich um eine gutartige, unter Männern im Alter des Klägers weit verbreitete Krankheit handelt, für die ausreichende Methoden zur Verfügung stehen, die als Kassenleistungen erbracht werden, lassen sich auch nicht die Gedanken heranziehen, die das Bundesverfassungsgericht seiner Entscheidung vom 06.12.2005 SozR 4-2500 § 27 Nr.5 zu Grunde gelegt hat, denn die Entscheidungsfreiheit des Versicherten über die ihm zuträgliche Behandlung kann sich nur innerhalb des Bereichs bewegen, der von den Krankenkassen gegenüber ihren Versicherten geschuldet wird. Also nicht alles, was auf dem Medizinmarkt an Leistungen angeboten wird, sind auch Leistungen, die die gesetzliche Krankenkasse zu erbringen hat.

Die in § 13 Abs. 4 SGB V aufgestellten Vorschriften über die Behandlungsmöglichkeiten im EU-Raum und den dafür vorgesehenen Erstattungen, lassen sich nicht auf Behandlungen im Inland übertragen. Auch weiten sie den inländischen Sachleistungsanspruch nicht aus.

Da also die Hauptleistung, nämlich die Übernahme der Behandlungskosten, nicht geschuldet ist, gilt dies auch für die damit verbundenen Nebenkosten für Unterkunft und An- und Abfahrten.

Die Kostenentscheidung richtet sich nach § 193 SGG.

Gründe, die Revision nach § 160 SGG zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-03-17