

L 6 KR 700/05

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Meiningen (FST)

Aktenzeichen

S 4 KR 1320/03

Datum

26.04.2005

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 700/05

Datum

28.09.2010

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Meiningen vom 26. April 2005 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für einen ambulant vorgenommenen chirurgischen Eingriff in Höhe von 2.051,33 EUR streitig.

Bei der bei der Beklagten freiwillig versicherten Klägerin wurde durch Prof. Dr. Dr. B. eine "generalisierte Fibromyalgie" diagnostiziert. Mit Schreiben vom 6. Mai 2003 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine ambulante chirurgische Operation in der Privatklinik von Prof. Dr. Dr. B. in München, bei der Gefäßnervenbündel von Akupunkturpunkten freigelegt würden. Nach der dem Antrag beigefügten "Notwendigkeits-BESCHEINIGUNG" des Prof. Dr. Dr. B. vom 25. April 2003, werde die neue Operationsmethode nur von ihm durchgeführt. Die Beklagte forderte Unterlagen zur Operationsmethode von Prof. Dr. Dr. B. an und legte diese Unterlagen sowie die von den behandelnden Ärzten beigezogenen Arztberichte dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Stellungnahme vor. Im Gutachten vom 17. Juni 2003 kam der MDK zu dem Ergebnis, dass die angestrebte Therapie nicht den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entspreche. Ein wissenschaftlicher Nachweis des therapeutischen Nutzens der Methode sowie der medizinischen Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit sei bisher nicht erbracht worden. Der MDK verwies auf alternative nichtmedikamentöse Behandlungsformen und medikamentöse Therapien. Mit Bescheid vom 27. Juni 2003 lehnte die Beklagte den Antrag der Klägerin ab. Den hiergegen mit Schreiben vom 3. Juli 2003 erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. August 2003 zurück.

Mit ihrer am 10. September 2003 vor dem Sozialgericht Meiningen (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin geltend gemacht, dass die von der Beklagten vorgeschlagenen alternativen Behandlungen bereits ohne Erfolg versucht worden seien. Prof. Dr. Dr. B. sei zwar kein zugelassener Arzt, er habe jedoch in Anspruch genommen werden müssen, da ein zugelassener Arzt die begehrte Leistung nicht anbiete. Die Beklagte habe verabsäumt, beim Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen ein Bewertungsverfahren bzgl. der angewandten Therapie einzuleiten. Nachdem die Operation am 25. Oktober 2003 durchgeführt worden sei, sei es zu einer deutlichen Besserung der Beschwerden gekommen. Die Beklagte sei daher verpflichtet, die entstandenen Kosten zu erstatten. Die Klägerin hat im Rahmen der mündlichen Verhandlung am 26. April 2005 einen Kostenvoranschlag des Prof. Dr. Dr. B. vorgelegt, ausweislich dessen die Behandlung 2.051,33 Euro kosten soll.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 26. April 2005 abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen ausgeführt, die Klägerin habe keinen Anspruch darauf, dass die Beklagte die Kosten für die ambulante Operation durch Prof. Dr. Dr. B. übernehme, da kein Notfall vorgelegen habe und es sich bei der Behandlung um eine neue Behandlungsmethode gehandelt habe, zu der keine Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliege. Die Beklagte habe auch kein Bewertungsverfahren beim Gemeinsamen Bundesausschuss einleiten müssen, da die vorliegenden Unterlagen hierfür nicht ausreichten. Schließlich habe sich die Klägerin die Leistung auch außerhalb des gesetzlichen Krankenversicherungssystems beschafft.

Die Klägerin hat gegen das ihrem Bevollmächtigten am 5. September 2005 zugestellte Urteil am 26. September 2003 Berufung eingelegt und zur Begründung im Wesentlichen auf ihr erstinstanzliches Vorbringen verwiesen. Ergänzend hat sie vorgetragen, dass sie in gleicher Angelegenheit vor dem Verwaltungsgericht Gera einen Beihilfeanspruch einklage, und im Laufe des Berufungsverfahrens das ihre Klage abweisende Urteil des Verwaltungsgerichts Gera vom 15. Dezember 2005 (Az.: 1 K 968/04 Ge) sowie die Rechnung des Prof. Dr. Dr. Bauer vom 25. Oktober 2003 vorgelegt.

Die Klägerin beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Meiningen vom 26. April 2005 sowie des Bescheids der Beklagten vom 27. Juni 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 12. August 2003 zu verurteilen, ihr die Kosten für die ambulante Operation durch Prof. Dr. Dr. Bauer in Höhe von 2.051,33 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Der Berichterstatter hat am 10. April 2006 mit den Beteiligten einen Erörterungstermin durchgeführt. Insoweit wird auf den Inhalt der Niederschrift Bezug genommen.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, die Gegenstand der geheimen Beratung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig. Sie ist jedoch unbegründet; denn das angefochtene Urteil und die Bescheide der Beklagten sind im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte gemäß [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) auf Erstattung der Kosten für die selbstbeschaffte ambulante Operation durch Prof. Dr. Dr. Bauer in Höhe von 2.051,33 Euro.

Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Leistung darf die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) an Stelle der geschuldeten Sach- oder Dienstleistung ausnahmsweise erstatten, soweit das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) es vorsehen. Einzig hier in Betracht kommende Ausnahme ist die Bestimmung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), wonach dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten sind, wenn sie dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Voraussetzung 1) oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2). Dabei muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Voraussetzung 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Voraussetzung 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen. Nur dann ist die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz erfüllt (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl. z.B. Urteil vom 20. Mai 2003 – Az.: [B 1 KR 9/03 R](#), in Breithaupt 2004, S. 182 ff.; ebenso h.M. in der Lit., vgl. Noftz in Hauck/Noftz, SGB V – Gesetzliche Krankenversicherung, Kommentar, Stand: März 2005, Bd. 1, K § 13 Rdnr. 54). Dabei reicht der Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z. B. Urteil vom 18. Mai 2004 – Az.: [B 1 KR 21/02 R](#)).

Die beiden Voraussetzung gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) für einen Kostenerstattungsanspruch liegen hier offenkundig nicht vor. Insoweit wird gemäß [§ 153 Abs. 1](#) und 2 i.V.m. [§ 136 Abs. 3 SGG](#) zur Vermeidung von Wiederholungen auf die zutreffenden Ausführungen in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils des SG verwiesen.

Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die Klägerin den geltend gemachten Zahlungsanspruch auch nicht aus dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 SGB V](#) herleiten kann. Nach [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) i. V. m. [§ 31 Abs. 1 SGB V](#) hat die bei der Beklagten versicherte Klägerin einen Anspruch auf ärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit den für eine Krankenbehandlung notwendigen Arzneimitteln. Dieser Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliegt allerdings den sich aus [§ 2 Abs. 1 SGB V](#) 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. Die von der Klägerin in Anspruch genommene Leistung gehört, da sie durch einen Nichtvertragsarzt in einer nicht zugelassenen Klinik, d.h. mit der kein Versorgungsvertrag nach [§ 108 SGB V](#) besteht, durchgeführt wurde, von vornherein schon nicht zu den Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen zu gewähren haben und damit am Wirtschaftlichkeitsgebot zu messen sind. Andere als zugelassene Leistungserbringer können nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. In einem solchen Fall ist jedoch ein Kostenerstattungsanspruch des Versicherten ausgeschlossen, weil der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung oder - bei stationärer Notfallbehandlung - allein von der Krankenkasse verlangen kann (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 – Az.: [B 1 KR 114/06 B](#), m.w.N., nach juris).

Auch der Umstand, dass die Beklagte an sich verpflichtet gewesen wäre, der Klägerin eine Operation in einer Vertragseinrichtung bzw. durch Vertragsärzte zur Verfügung zu stellen, begründet keinen Anspruch auf Erstattung der nunmehr geltend gemachten Kosten. Denn die Klägerin hat sich letztlich aus freien Stücken außerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung begeben. Für derartige Behandlungen hat die Krankenkasse selbst dann nicht einzustehen, wenn hierdurch keine höheren Kosten als im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems entstanden sind. Auch auf niedrigere Kosten der selbst beschafften Leistung kann sich die Klägerin nicht berufen. Ferner kommt es nicht darauf an, dass sie auf den Erfolg der bei ihr am 25. Oktober 2003 durchgeführten Operation hinweist. Ein solcher Anspruch auf Kostentragung ergäbe sich nicht einmal dann, wenn dieselbe oder andere gesetzliche Krankenkassen Kosten für solche ambulant durch Prof. Dr. Dr. B. durchgeführten Operationen in anderen Fällen ganz oder teilweise übernommen hätten.

Im Übrigen fehlt es, wie bereits in den Entscheidungsgründen des angefochtenen Urteils ausgeführt, bezüglich der neuen Operationsmethode des Prof. Dr. Dr. B. an einer positiven Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses (im Folgenden: GBA).

Auch ein Ausnahmefall, in dem trotz fehlender Empfehlung eine neuartige Therapie nach der gesetzlichen Konzeption beansprucht werden kann, liegt nicht vor. Weder handelt es sich um einen sogenannten Selteneitsfall, der sich systematischer Forschung entzieht, noch sind die Voraussetzungen eines sogenannten Systemversagens erfüllt. Danach kann ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Verbots

mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder 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. In solchen Fällen ist die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben. Deshalb muss die Möglichkeit bestehen, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (vgl. BSG, Urteil vom 27. März 2007, Urteil vom 27. März 2007 - Az.: [B 1 KR 30/06](#), m.w.N., nach juris).

Ein - gesetzlich vorgesehener - Prüfantrag für die Operationsmethode von Prof. Dr. Dr. B. ist an den GBA nicht gestellt worden. Anhaltspunkte dafür, dass die antragsberechtigten Stellen oder der GBA sich aus sachfremden oder willkürlichen Erwägungen mit der Materie nicht oder zögerlich befasst haben, sind, wie das SG ebenfalls zutreffend ausgeführt hat, nicht ersichtlich. Fehlt einer neuartigen Methode, wie hier, die allgemeine wissenschaftliche Anerkennung, ist in Würdigung der gesetzlichen Anforderungen an Qualität und Wirksamkeit der Leistungen nach [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) kein Raum für die Annahme, es liege ein Systemversagen vor (vgl. BSG, Urteil vom 27. März 2007, [a.a.O.](#), m.w.N.).

Zu keinem anderen Ergebnis führt auf Grund des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6. Dezember 2005 (Az.: [1 BvR 347/98](#)) die verfassungskonforme Auslegung derjenigen Normen des SGB V, die einem verfassungsrechtlich begründetem Anspruch auf ärztliche Behandlung entgegenstehen.

Es ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die Gesetzliche Krankenversicherung (GKV) den Versicherten Leistungen nur nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots zur Verfügung stellt, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden ([§ 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Nur das, was in diesen Leistungskatalog fällt, hat die GKV ihren Versicherten zu leisten. Versicherte können dagegen nicht alles von der GKV beanspruchen, was ihrer Ansicht nach oder objektiv der Behandlung einer Krankheit dient. Die gesetzlichen Krankenkassen sind auch nicht aufgrund der Verfassung gehalten, alles zu leisten, was an Mitteln zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar ist (vgl. BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005, [a.a.O.](#), sowie Beschluss vom 5. März 1997 - Az.: [1 BvR 1071/95](#), nach juris).

Etwas anderes kann die Klägerin für sich auch nicht im Wege verfassungskonformer Auslegung nach den Maßstäben des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 ([a.a.O.](#)) beanspruchen. Danach ist mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende medizinische Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Hierzu müssen folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: 1. Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche verlaufende Erkrankung vor, bei der 2. eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, und 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 (vgl. BSG, Urteil vom 4. April 2006 - Az.: [B 1 KR 7/05](#), m.w.N., nach juris).

Im vorliegenden Falle leidet die Klägerin nicht unter einer lebensbedrohlichen oder einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung. Der Senat kann auch nicht feststellen, dass ihre Erkrankung - Fibromyalgie - wertungsmäßig einer solchen Erkrankung gleich steht, zumal jedenfalls Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen. Davon, dass die Klägerin eigenem Bekunden nach bereits alle Behandlungsalternativen ohne Erfolg durchlaufen hätte, konnte sich der Senat keine Überzeugung verschaffen. Soweit der Prozessbevollmächtigte der Klägerin im Berufungsverfahren vorgetragen hat, die Klägerin habe psychische Probleme bis hin zur Suizidgefahr gehabt, kann ihr auch das nicht zum Erfolg verhelfen. Insoweit hätte sie sich gegebenenfalls in psychiatrische bzw. psychotherapeutische Behandlung begeben müssen. Eine regelmäßig tödlich verlaufende oder dem wertungsmäßig gleich stehende Erkrankung ergibt sich daraus jedenfalls nicht.

Schließlich steht der Klägerin auch kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Behandlung durch Prof. Dr. Dr. B. zu wegen einer Verletzung der der Beklagten nach [§ 14](#) des Ersten Buches Sozialgesetzbuch (SGB I) obliegenden Pflicht, die Klägerin über vertragärztliche Behandlungsalternativen zu beraten.

Ausweislich des in der Behördenakte befindlichen Gesprächsvermerkes vom 12. Mai 2003, an dessen inhaltlicher Richtigkeit zu zweifeln der Senat keinen Anlass hat, sowie ausweislich des angefochtenen Bescheides der Beklagten vom 27. Juni 2003 wurden der Klägerin Behandlungsalternativen genannt und ein Beratungsgespräch mit dem begutachtenden Arzt des MDK angeboten. Diese Angebote hat die Klägerin nicht angenommen.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2011-11-29