

L 1 KR 67/04

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 72 KR 2020/02

Datum

16.01.2004

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 67/04

Datum

15.12.2006

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Leitsätze

Die "Systemtherapie der Maculadegeneration" gehört nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse und muss auch nicht dazu gehören.

Das Grundgesetz gebietet es nicht, dass die gesetzlichen Krankenkassen die Kosten auch für solche Heilmethoden zu erstatten haben, die nur wirksam sind, weil daran gelautet wird.

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der 1927 geborene bei der Beklagten versicherte Kläger begehrt die Übernahme von Kosten für die ärztliche Behandlung durch den R Augenarzt Dr. S nach dessen "Systemtherapie der Maculadegeneration".

Der Kläger leidet an Maculadegeneration. Die Macula ist die Mitte der Netzhaut. Sie ist für die wesentlichen Sehleistungen verantwortlich. Im Alter kann es zu Störungen ihres Stoffwechsels kommen, die zu Ablagerungen unter der Netzhaut (sogenannten Drusen) und zu weiteren Funktionseinbußen führen können, der altersabhängigen Maculadegeneration (AMD). Als Folge hiervon ist die Mitte des Gesichtsfeldes verschwommen, verzerrt oder man sieht stattdessen einen dunklen Fleck. Die AMD führt jedoch nicht zur kompletten Erblindung. Es wird zwischen der "trockenen" Form und der "feuchten" Maculadegeneration unterschieden. Bei der trockenen Form bilden sich nur die Drusen. Bei der schlimmeren feuchten Form bilden sich als Reaktion auf die Drusen kleine Gefäßknospen unter der Netzhaut.

Der Kläger leidet an einer feuchten AMD auf dem linken und einer trockenen auf dem rechten Auge. Mit Schreiben vom 14. Juni 2002 beantragte er eine Behandlung nach der "Systemtherapie der Maculadegeneration" nach Dr. S samt Fahrt- und Übernachtungskosten. Er ließ sich, ohne eine Antwort der Beklagten erhalten zu haben, vom 24. Juni 2002 bis 5. Juli 2002 in R behandeln. Mit Schreiben vom 12. Juli 2002 beantragte er die Erstattung von 1.249,76 EUR Behandlungskosten sowie 414,00 EUR Übernachtungs- und die Fahrtkosten mit dem eigenen Pkw. Beigefügt waren unter anderem ein augenärztlicher Bericht des Dr. S vom 4. Juli 2002 sowie eine Rechnung vom 5. Juli 2002. Unter dem 11. Juli 2002 bescheinigte ihm seine Augenärztin K, unter Anwendung der alternativen Methode habe sich der Visus rechts von 0,8 auf 1,0 verbessert. Beim linken Auge sei der Zustand stabil. Sie bitte um Übernahme der Behandlungskosten, da mit dieser Behandlung einer Verschlechterung entgegengewirkt werden könne. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg (MDK) teilte der Beklagten mit Schreiben vom 9. September 2002 mit, dass die Systembehandlung nach Dr. S ihren Wert bislang wissenschaftlich nicht untermauern können. Studien höherer Evidenzklasse lägen nicht vor. Eine Kostenübernahme sei nicht empfehlenswert. Daraufhin lehnte die Beklagte den Kostenerstattungsantrag mit Bescheid vom 13. September 2002 ab. Hiergegen erhob der Kläger am 23. September 2002 Widerspruch (VV Bl. 28 f). Es sei seiner Auffassung nach an der Zeit, die Systemtherapie anzuerkennen.

Mit Schreiben vom 17. November 2002 beantragte er die Übernahme wenigstens eines Teils der Kosten für die beabsichtigte zweite Behandlung durch Dr. S. Die Beklagte lehnte dies mit Schreiben vom 26.11.2002 ab.

Bereits zuvor, am 19. November 2002 wies sie den Widerspruch gegen die erste Ablehnung zurück. Gesetzlich Krankenversicherte hätten Anspruch auf diejenige vertragsärztliche Versorgung, die zur Heilung oder Linderung nach den Regeln der ärztlichen Kunst zweckmäßig und ausreichend sei. Leistungen, die für die Erzielung des Heilerfolges nicht notwendig oder unwirtschaftlich seien, könne der Versicherte nicht beanspruchen, die Vertragsärzte dürften sie nicht anwenden oder verordnen und die Kassen nicht bewilligen. Die vertragsärztliche Versorgung sei (nur) so zu regeln, dass eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter

Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse gewährleistet sei. Leistungen, die aus der Sicht des Versicherten oder seines behandelnden Arztes zwar wünschenswert erschienen, zu einer ausreichenden Krankenbehandlung jedoch nicht erforderlich seien oder deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse nicht entsprechen, schieden aus. Die ärztlichen Leistungen seien für gesetzlich Versicherte kostenfrei. Dr. S sei zwar Vertragsarzt, habe jedoch die Leistung nur im Rahmen einer privaten Behandlung angeboten. Eine Kostenerstattung sei gemäß § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) nur bei unaufschiebbaren Leistungen möglich oder wenn eine Leistung zu Unrecht abgelehnt worden sei. Beide Kriterien seien nicht erfüllt. Vertragsärzte dürften nur in den Grenzen des Vertragsarztrechtes tätig werden und müssten die verbindlichen Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen beachten. Nach § 2 Abs. 1 Satz 1 SGB V müssten Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen. Welche Methoden diesen Anforderungen genügten, werde grundsätzlich durch die vorgesehenen Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen bestimmt. Die Systembehandlung der Maculadegeneration nach Dr. S gehöre nicht zu den anerkannten Heilmethoden. Wie sich aus der eingeholten MDK-Stellungnahme ergebe, habe Dr. S den Wert seiner Behandlung wissenschaftlich nicht untermauern können. Somit seien auch die Kriterien der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) zur Leistungspflicht bei Außenseiterbehandlungsmethoden nicht erfüllt. Im Übrigen scheidet eine Kostenerstattung von vornherein aus, weil der Kläger vor der Inanspruchnahme der Leistungen nicht die Bescheidung seines Antrages abgewartet habe. Die Erstattung von Fahrkosten scheidet gemäß § 60 SGB V aus. Es handle sich um unselbständige Nebenleistungen. Die Kosten für Verpflegung und Übernachtung gehörten von vornherein nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen.

Der Kläger hat hiergegen am 30. November 2002 Klage erhoben.

Am 23. Dezember 2002 hat er auch Widerspruch gegen den zweiten Ablehnungsbescheid erhoben. Die Beklagte hat ihm darauf hin zugesichert, eine Leistungsentscheidung nach dem Ausgang des Klageverfahrens zu treffen. Der Kläger könne auch den Streitgegenstand entsprechend erweitern (Schreiben vom 9.01.2003). Am 09.02.2003 hat er einen dritten Antrag auf Kostenübernahme für eine Folgebehandlung (für Ende erstes Halbjahr 2003), den die Beklagte mit Bescheid vom 18. Februar 2003 mit der Rechtsbehelfsbelehrung abgelehnt hat, der Bescheid werde in entsprechender Anwendung des § 96 Sozialgerichtsgesetz (SGG) Teil des anhängigen Klageverfahrens.

Der Kläger hat vorgetragen, bei der Systembehandlung handle es sich um die einzige Erfolg versprechende Behandlung, bei der eine vollständige Erblindung verhindert werden könne. Durch die Behandlung bei ihm am rechten Auge sei eine Verbesserung eingetreten. Die Systembehandlung werde seit 10 Jahren in Deutschland und noch viel länger in der Schweiz praktiziert. Der Kläger habe in den Selbsthilfegruppen viele Patienten kennen gelernt, bei denen durch sie die Degeneration gestoppt bzw. Verbesserungen erreicht worden seien.

Vom 28.04.2003 bis 02.05.2003 hat sich der Kläger wieder von Dr. S in R behandeln lassen. Dieser hat ihm hierfür 753,44 EUR in Rechnung gestellt. Gleichzeitig sind ihm Übernachtungskosten von 246,00 EUR entstanden.

Mit Urteil vom 16. Januar 2004 hat das Sozialgericht Berlin (SG) die Klage mit Bezugnahme auf den Widerspruchsbescheid abgewiesen. Hiergegen richtet sich die Berufung des Klägers vom 29. Juli 2004.

Der Senat hat Befundberichte eingeholt von Frau Prof. Dr. S. Bei ihr war der Kläger (einmalig) am 25. Juli 2000 zur Anfertigung einer Video-Fluoreszenzangiographie gewesen. Im Arztbrief hatte sie geschrieben, eine Laserbehandlung oder photodynamische Therapie sei links nicht möglich, rechts nicht erforderlich. Die Augenärztin F hat angegeben, zwischen dem 14.08.2004 und dem 25.03.2006 habe sich der Zustand des rechten Auges gebessert. Die Augenärztin G hat am 05.03.2006 bescheinigt, dass durch die Behandlung mit der Systemtherapie eine Verschlimmerung des Leidens aufgehalten worden sei bzw. es sich jeweils vorübergehend verbessert habe, was sich wiederum auf den Erhalt der Lebensqualität ausgewirkt habe. Mit Attest vom 18. September 2006 hat sie nochmals die Kostenübernahme empfohlen.

Dr. S hat seine vertragsärztliche Tätigkeit zum 31.03.2005 beendet. Er hat im Befundbericht vom 10.03.2006 die Diagnose rechts eine beginnende feuchte und links eine feuchte AMD mit Narbenbildung gestellt. Durch die Systemtherapie sei das Gesichtsfeld wie auch die allgemeine Wahrnehmung verbessert worden.

Der MDK hat in einer Stellungnahme vom 30.01.2006 mitgeteilt, eine Literaturrecherche zu Studien zur Systemtherapie bzw. zum Namen S sei ergebnislos geblieben. Aus den Unterlagen gehe hervor, dass die Systemtherapie aus parabolbären ("neben das Auge") Injektionen von hochmolekularen organspezifischen Proteinen, Coenzymen, BVK, Solu-Decortin, Lymphaden in Kombination mit Neuraltherapie und Akupunktur bestehe. Die organspezifischen Proteine seien ebenso wenig wie die Coenzyme genauer benannt. BVK sei ein Vitamin B-Präparat das apotheken- aber nicht rezeptpflichtig bei Vitaminmangel zur Verfügung stehe. Solu-Decortin sei ein Kortikoid, welches in Deutschland rezeptpflichtig zugelassen sei und unter anderem zur Behandlung des anaphylaktischen Schocks (allergische Reaktion), des Lungenödems, beim Status Asthmaticus, bei Abstoßungskrisen nach Nierentransplantation, bei Pemphigus vulgaris ("(Haut-)Blasensucht"), bei der Purpura ("Blutfleckenkrankheit") und bei akuter Nebenniereninsuffizienz und weiteren Krankheiten eingesetzt werden könne. Die Maculadegeneration sei keine Zulassungsindikation. Lymphaden gehörten zu den homöopathischen Präparaten, die zur Begleittherapie bei chronisch entzündlich bedingten Lymphdrüsenanschwellungen in Deutschland zugelassen seien. Die Neuraltherapie sei eine Vertragsleistung, bei der mittels lokaler Injektionen des Anästhetikums Procain sogenannte Störfelder des menschlichen Körpers ausgeschaltet würden. Die Akupunktur sei im Rahmen von Modellprojekten anwendbar, sonst vom Gemeinsamen Bundesausschuss von der vertraglichen Versorgung ausgeschlossen.

Zur Behandlungsmöglichkeit der trockenen AMD heißt es weiter, aufgrund einer großen Studie mit 4700 Patienten mit unterschiedlichen Formen der AMD sei hinsichtlich der Wirkung einer Hochdosis-Vitamintherapie ein prophylaktischer Effekt nur bei zahlreichen mittelgroßen bis großen Drusen in beiden Augen beobachtet worden, oder wenn in einem Auge bereits ein Spätstadium der AMD mit Gefäßneubildungen oder Atrophie aufgetreten sei. Die Rheopherese sei ein Verfahren zur Behandlung der trockenen Maculadegeneration und anderer Erkrankungen der Mikrozirkulation. Dabei werde das Blut außerhalb des Körpers gefiltert. Aktuell liefen Phase III-Studien, die einen wirksamen Effekt bei der trockenen Maculadegeneration nachweisen sollen. Es handle sich also (noch) nicht um eine Vertragsleistung. Als

weitere Therapieverfahren würden nur bei der feuchten Maculadegeneration Argon-Laserkoagulation, photodynamische Therapie, der Einsatz von VEGF (vascular endothelial growth factor, also Wachstumsfaktoren, die für das Auswachsen neuer Gefäße und für eine Ödembildung verantwortlich sind) -Antagonisten (Lucentis, Macugen) sowie Triamcinolon (ein Glukokortikoid) parabolbar eingesetzt. Ferner als chirurgisches Verfahren für die feuchte Maculadegeneration die Membran-Extraktion (Entfernung der neuen Gefäße). Die Verlaufsform der trockenen Maculadegeneration sei unterschiedlich. Es gebe Spontanheilungen, bei denen die Erkrankung nicht weiter fortschreibe und nicht weiter zur Sehbehinderung führe. Bei der Mehrzahl der Erkrankten, und dies seien überwiegend ältere Personen (ca. 25 % aller über 65-jährigen), nehme die Maculadegeneration mit dem Lebensalter zu. Allerdings stagniere die Erkrankung in vielen Fällen und ermögliche auf Dauer ein leidliches Sehvermögen, im schlimmsten Fall falle das Zentrum der schärfsten Sehfähigkeit aus, d. h. die Gesichtsfeldmitte. Eine vollständige Erblindung trete bei dieser Erkrankung nicht auf. Für die trockene Maculadegeneration gebe es keine vertragliche Leistung, welche die Erkrankung zum stoppen bringe bzw. heile. Der Augenarzt habe die Möglichkeit, vergrößernde Sehhilfen anzubieten.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) - Unterausschuss ärztliche Behandlung gemäß § 91 Abs. 5 SGB V - hat mit Schreiben vom 9. Mai 2006 mitgeteilt, für die Systemtherapie der Maculadegeneration sei kein Antrag gem. § 135 Abs. 1 SGB V auf Prüfung dieser Methode als einer neuen Behandlungsmethode gestellt worden. Es lägen keine Informationen vor, die nahe legten, dass die Methode nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis als wirksam und wirtschaftlich angesehen werden könnte. Es werde jedoch auf die Beschlüsse vom 16.10.2000 und 21.02.2006 hinsichtlich der photodynamischen Therapie für die Behandlung der feuchten Maculadegeneration hingewiesen. Die Beklagte hat auch einen erneuten Antrag vom 28.05.2006 mit Schreiben vom 20.09.2006 abgelehnt.

Der Senat hat mit Schreiben vom 15. November 2006 eine Information des Bundesverbandes der Augenärzte Deutschlands e. V. und der deutschen ophthalmologischen Gesellschaft "Augenärzte informieren: Die altersabhängige Maculadegeneration (AMD)", die "Empfehlung der Macula-Kommission von BVA und DOG zum gegenwärtigen Stand der PTT-Therapie" sowie eine "Stellungnahme der Deutschen Ophthalmologischen Gesellschaft, des Bundesverbandes der Augenärzte Deutschlands und der retinologischen Gesellschaft zu aktuellen therapeutischen Möglichkeiten bei der neovaskulären altersabhängigen Maculadegeneration" vom Mai 2006 eingeführt.

Der Kläger ist der Auffassung, die Beklagte verstoße gegen das Sozialstaatsprinzip. Dieses verpflichte die gesetzlichen Krankenkassen alles zu tun, um die Gesundheit der Versicherten zu gewährleisten. Beim bisherigen System spielten die Menschen und ihre Beschwerden keine Rolle, weil die Heilmethoden auf den Leistungskatalog der Krankenkassen reduziert würden. Er sei nicht auf einen Scharlatan hereingefallen und bilde sich die Heilerfolge nicht ein. Dr. S habe mindestens 10 000 erfolgreiche Behandlungen der trockenen AMD allein in R durchgeführt. Es sei falsch, dass die trockene AMD nicht behandelt werden könne. Er habe sich, nachdem bei ihm am linken Auge plötzlich die feuchte AMD aufgetreten sei, intensiv mit allen angebotenen Methoden befasst, die ihn nicht überzeugt hätten. Hingegen habe ihm die Systemtherapie gefallen. Deren Wirksamkeit sei praktisch bewiesen, obwohl es bislang keine Doppelblindstudien für den wissenschaftlichen Nachweis gebe. Eine solche könne nämlich bei einer so komplexen Therapie nicht durchgeführt werden. Bei der Entscheidung über seine Anträge solle sein Gesundheitszustand und das erreichte Ergebnis seiner Heilbehandlung beachtet werden. Im Übrigen träfen auf seine Behandlung die Kriterien des Bundesverfassungsgerichtes in dessen Beschluss vom 6. Dezember 2005 zu.

Er beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 16. Januar 2004 und den Bescheid der Beklagten vom 13. September 2002 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 19. November 2002 und den Bescheid vom 18.02.2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten, die ihm für die Behandlung bei Dr. S in der Zeit bis Mai 2003 entstanden sind, zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichts- und der Beklagtenakte verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung ist unbegründet. Das SG hat die Klage im Ergebnis zu Recht abgewiesen.

Nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alternative SGB V besteht anstelle der sog. Sachleistung nur dann ein Kostenerstattungsanspruch, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat.

1. Soweit es den ersten Behandlungszyklus betrifft, welchem sich der Kläger bei Dr. S unterzogen hat, steht einer Kostenerstattung bereits entgegen, dass er nicht zuvor die Entscheidung der Beklagten über seinen Kostenerstattungsantrag vom 14.06.2002 abgewartet hat. Aus der genannten Vorschrift folgt, dass die Kostenerstattungspflicht der Krankenkassen bereits dann nicht besteht, wenn die ärztliche Leistung bereits in Anspruch genommen wurde bevor die Krankenkasse entschieden hat (BSG SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 15 Seite 75 mit weiteren Nachweisen). So liegt der Fall hier, weil kein Notfall vorgelegen hat.

2. Ein Anspruch auf Kostenerstattung besteht auch ansonsten nicht.

2.1 Eine Erstattung der Behandlungskosten scheidet bereits weitgehend, dass nicht vorgetragen oder ersichtlich ist, dass die Behandlung nicht auch von einem Vertragsarzt bzw. als vertragsärztliche Leistung hätte erbracht werden können. Die gesetzlich Versicherten haben nur die freie Arztwahl hinsichtlich der an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte ("Kassenärzte"), § 76 Abs. 1 SGB V (vgl. BSG SozR 3 - 2500 § 13 Nr. 7 und Urteil vom 12. März 1996 [USK 96167]). Die privatärztlich erbrachten Leistungen von Ärzten, die nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen, sind grundsätzlich nicht erstattungsfähig. Der grundsätzliche Ausschluss von nicht an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringern hat einen diese Regelung rechtfertigenden, sachlichen Grund: Der Vertragsarzt übernimmt mit seiner Zulassung die Pflicht, die gesetzlichen Leistungsansprüche der Versicherten auf ärztliche Behandlung (§ 11 i.V.m. § 27 SGB V) zu befriedigen. Die ärztlichen Leistungen werden den Versicherten von den Krankenkassen zur Verfügung gestellt (§ 2 Abs. 1 i.V.m. § 1 Satz 3 SGB V), dabei soll - von besonderen Ausnahmen abgesehen - den Versicherten der Gesetzlichen

Krankenversicherung die gesamte Krankenbehandlung als Sach- bzw. Dienstleistung zur Verfügung gestellt werden (BSGE 81, 54, 55f; BSGE 81,73,74). Die Pflicht der Krankenkassen zur Leistungserbringung in Natur und die Einbindung der Leistungserbringer in diese Aufgabe (vgl. §§ 70 Abs. 1, 72 Abs. 1 Satz 1, 75 Abs. 1 SGB V) ist dabei nicht bloßer Selbstzweck, sondern hat zum einen den Schutz der Versicherten vor mangelnder medizinischer Versorgung infolge der damit eintretenden finanziellen Belastungen des einzelnen zum Ziel (so bereits BSG SozR 2200 § 182 Nr. 74); zum anderen dient das Naturalleistungsprinzip der Sicherstellung einer wirtschaftlichen Versorgung mittels Einflussnahme der das System finanzierenden Krankenkassen auf die Ausgestaltung des Inhalts und insbesondere der Honorierung des Leistungsgeschehens (vgl. nur BSGE 88, 20 = SozR 3-2500 § 75 Nr. 12 m.w.N.; Noftz in Hauck/Noftz § 13 SGB V RdNr. 16 f, 20). All diese das Sachleistungsprinzip bestimmenden Grundsätze sind Ausdruck des öffentlichen Interesses an der Funktionsfähigkeit der medizinischen Versorgung als einer Aufgabe von Verfassungsrang (vgl. BSGE 69, 170 = SozR 3-2200 § 321 Nr. 1).

Ausweislich der vom Kläger eingereichten Rechnungen bestand die ärztliche Leistung zum großen Teil aus ganz üblichen Augen- und Sehleistungsuntersuchungen. Es ist weder ersichtlich, dass Dr. S diese nicht auch auf vertragsärztlicher Basis hätte erbringen können, noch dass ausschließlich er als Arzt dazu in der Lage gewesen sein könnte.

2.2 Eine Kostenerstattung scheidet ansonsten daran, dass die beim Kläger durchgeführte Therapie nicht zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenkasse gehört und auch nicht gehören muss: Der Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 2. Alternative SGB V reicht nicht weiter, als ein entsprechender Sachleistungsanspruch und setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. zuletzt Urteile vom 26.09.2006 - B 1 KR 3/06 R - und vom 4.4.2006 -B 1 KR 12/05 R-).

Gemäß § 27 Abs. 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. Die Leistungen müssen hierbei ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten, § 12 Abs. 1 SGB V. Alle Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken, die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 Satz 2 SGB V). Die Versicherten können sie nicht beanspruchen.

Gemäß § 135 Abs. 1 SGB V dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (heute: Gemeinsame Bundesausschuss) auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in den BUB-Richtlinien, also der Richtlinie des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V, Empfehlungen u. a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Ein Vertragsarzt darf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nur abrechnen, wenn sie in den sog. Positivkatalog (Anlage A der BUB-Richtlinien) aufgenommen wurde. Diese Vorschrift hat unmittelbare Auswirkungen auch auf das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versicherten. Dieser kann die Anwendung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkasse nur beanspruchen, wenn eine positive Empfehlung in den Richtlinien vorliegt. Einwände des Versicherten, wie hier die des Klägers, die Methode sei zweckmäßig und in seinem konkreten Fall auch wirksam, sind grundsätzlich unbeachtlich (BSGE 81, 73,64f, die Entscheidung ist allerdings durch das Bundesverfassungsgericht [BVerfG] aufgehoben worden, siehe dazu unter II 3.).

Bei der Systemtherapie zur Maculadegeneration handelt es sich insgesamt um eine Behandlungsmethode. Ihre einzelnen Elemente (Verabreichung von Medikamenten und Spritzen, Akupunktur etc) sind nicht einzeln zu betrachten, sondern bilden eine unteilbare Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 SGB V. Der Begriff der Behandlungsmethode hat nämlich schon vom reinen Wortsinn her eine umfassendere Bedeutung als der Begriff der ärztlichen Leistung in § 87 SGBV. Er bezeichnet das therapeutische Vorgehen als Ganzes unter Einschluss aller nach dem jeweiligen methodischen Ansatz zur Erreichung des Behandlungsziels erforderlichen Einzelschritte (vgl. ausführlich BSGE 86, 54, 58f auch zu Gegenauffassungen). Bei der Systemtherapie nach Dr. S handelt es sich um eine Untersuchungs- und Behandlungsmethode, weil ihr ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen bisherigen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung (einer) bestimmten Krankheit rechtfertigen soll (vgl. zu dieser Definition BSGE 82, 233, 237). Sie ist neu, weil sie zum Zeitpunkt der Behandlung nicht als abrechnungsfähige Leistung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä nach § 87 SGB V) aufgeführt wird (BSG, Urteil vom 26.09.2006 Randnr. 17 mit Bezug auf BSG 81, 54, 58 und weiteren Nachweisen). Sie war und ist nicht in der Positivliste der BUB-Richtlinien aufgeführt.

2.3. Die Kosten für eine Behandlung nach der Systemtherapie nach Dr. S sind von der Beklagten als gesetzlicher Krankenkasse auch nicht zu erstatten, weil sie zu Unrecht nicht in den Richtlinien aufgeführt ist. Es kann nicht von einem sogenannten Systemversagen ausgegangen werden: Ein Systemversagen liegt nach der Rechtsprechung des BSG in Fällen vor, in denen die im Gesetz vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist, also die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. In einem solchen Fall muss die Möglichkeit bestehen, das Anwendungsverbot zu überwinden (BSGE 81, 54, 65 f; Urteil vom 26.09.2006 - B 1 KR 3/06 R - Randnr. 24). Ein Systemmangel kann vorliegen, wenn das Verfahren von den antragsberechtigten Stellen bzw. dem Bundesausschuss selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß betrieben wurde und dies auf eine willkürliche oder sachfremde Untätigkeit bzw. Verfahrensverzögerung zurückzuführen ist. In einem derartigen Fall widersprechen die einschlägigen Richtlinien einer den Anforderungen des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V genügenden Krankenbehandlung, wenn -wie dort normiert-, Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Diese Voraussetzung muss sich in zuverlässigen wissenschaftlich nachprüfbaren Aussagen niedergeschlagen haben (ständige Rechtsprechung des BSG seit BSGE 76, 194, 199). Für Heilverfahren, deren generelle Wirksamkeit statistisch nicht nachgewiesen ist, sind die gesetzlichen Krankenkassen grundsätzlich nicht leistungspflichtig (BSGE 76, 194, 199). Ob die Heilmethode einer wissenschaftlich begründeten Theorie folgt, wovon der Kläger ausgeht, ist unmaßgeblich.

Ein Systemversagen liegt nicht vor. Es ist nämlich nicht ersichtlich, dass die Methode Dr. S dem anerkannten Stand der Wissenschaft entspricht. Die eingeholten Auskünfte des MDK und des GBA haben ergeben, dass es keine Studien zur Systemtherapie gibt und dass keine Informationen vorliegen, die nahe legen, dass die Methode nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnis als wirksam und wirtschaftlich angesehen werden könne. Der Kläger hat selbst eingeräumt, dass relevante wissenschaftliche Studien über die

Wirksamkeit (auch unter Beachtung etwaiger Nebenwirkungen) nicht bestehen und von Dr. S auch nicht angestrebt werden. Für die klägerische Behauptung, dass die Systemtherapie so komplex sei, dass systematische Versuche wie so genannte Doppelblindversuche nicht vorgenommen werden könnten, gibt es keinerlei Beleg und Indiz. Gegen die Methode spricht auch, dass Dr. S nicht preiszugeben scheint, welche Inhaltsstoffe er seinen Patienten spritzt. Dass der Kläger selbst sowie (viele) andere der Patienten von Dr. S die Methode für wirksam halten, reicht nicht. Die unstreitigen Erkenntnisse lassen für den Senat den Schluss zu, dass Dr. S selbst kein Interesse an einer wissenschaftlichen Untermauerung seiner Methode hat. Anderes ergibt sich auch nicht aus den vom Senat eingeholten Befundberichten. Die Ärztinnen F und G bescheinigen nicht mehr als eine positive Wirkung bzw. eine subjektive Verminderung des Leidens.

3. Ein Klageerfolg folgt für den Kläger auch nicht aus seinen Grundrechten aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG und aus Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. mit dem Sozialstaatsprinzip.

Das BVerfG hat es mit Beschluss vom 06.12.2005 - 1 BvR 347/98 - (NZS 2006, 84) mit den genannten Rechtsprinzipien und Grundrechten für nicht vereinbar erachtet, einem gesetzlich 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 (BVerfG a.a.O. Rdnr.15ff). Es hat ausdrücklich offengelassen, ob die Interpretation der Richtlinien des Bundesausschusses (jetzt Gemeinsamer Bundesausschuss) als untergesetzliche außenwirksame Rechtssätze mit dem Grundgesetz vereinbar sei (BVerfG a.a.O. Rdnr. 13)

3.1 Der Erste Senat des BSG vertritt hierzu die Auffassung, das Leistungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung sei hinsichtlich der materiellen wie formellen Vorschriften grundsätzlich verfassungsgemäß, auch soweit es im Einzelfall Leistungen versage. Das BVerfG habe es im Beschluss vom 6. Dezember 2005 für grundgesetzlich nicht ausgeschlossen, zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung im Interesse einer Gleichbehandlung und zum Zweck der Ausrichtung der Leistungen im Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit ein Verfahren vorzusehen, in dem neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen sowie ihre medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse sachverständig geprüft werden, um die Anwendung dieser Methoden zu Lasten der Krankenkassen auf eine fachlich-medizinisch zuverlässig Grundlage zu stellen. Er hält auch nach wie vor die Legitimation des GBA für den Erlass der Richtlinien (zum Beispiel für die Anerkennung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) für gegeben. Verwaltung und Gerichte seien an die Entscheidungen des Bundesausschusses über bestimmte Methoden im Grundsatz ebenso gebunden, wie wenn der Gesetzgeber die Entscheidung selbst getroffen hätte (Urt. v. 26.09.2006 -B 1KR 3/06 R- Rdnr. 20; zur Rechtsetzungsbefugnis des Bundesausschusses vgl. ferner: BSGE 81, 73, 80 ff; 82, 41, 46 ff.)

Nach Auffassung des BSG bleibe auch die Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen des SGB V-Erstattungsanspruchs unberührt (Urteil vom 04.04.2006 - B 1 KR 12/04 R - Randnr. 28 ff mit weiteren Nachweisen), bevor eine verfassungskonforme Ergänzung der bestehenden gesetzlichen Regelungen in Betracht komme. Deshalb scheidet hier -wie oben ausgeführt- eine Erstattung bereits aus, weil Dr. S seine Therapie nur auf privatärztlicher Basis anbietet.

Nach der Rechtsprechung des ersten Senats des BSG bedürfe es zur Umsetzung und Konkretisierung des genannten Beschlusses des BVerfG lediglich einer Korrektur, wenn nach den Vorschriften ein Leistungsausschluss bestehe, - obwohl es sich um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung handele, - bei der eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe und - bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbar positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vorliege. In allen anderen Fällen (keine derart lebensbedrohliche Krankheit; anerkannte und zumutbare Standardtherapie steht zur Verfügung; die Alternativmethode bietet ebenfalls keine hinreichende Erfolgsaussicht) müsse der Versicherte Leistungsausschlüsse hinnehmen, wenn keine notstandsähnliche Extremsituation zugrunde liege, die mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung auf eine Stufe gestellt werden könne (Urteil vom 18.07.2006 - B 1 KR 10/05 R - Randnr. 13 mit Bezug auf Urteil vom 04.04.2006 - B 1 KR 12/04 R).

Danach scheiden Ansprüche des Klägers direkt aus der Verfassung aus, weil die trockene AMD keine lebensbedrohliche Erkrankung ist bzw. einer solchen gleichzustellen ist und es zudem für die Behandlung der feuchten AMD Alternativen gibt. Die trockene AMD mit Drusenbildung führt zu Sehbehinderungen, jedoch auch nach Übergang zu einer feuchten (nie) zur völligen Erblindung (für eine Gleichstellung mit einer lebensbedrohlichen Erkrankung bei Gefahr akut drohender Erblindung wohl BSG, Urteil vom 4.4.2006 -B 1 KR 12/04 R- Rdnr. 31). Für die feuchte AMD stehen Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung. Der Senat verweist auf die eingeführte Stellungnahme des Berufsverbandes der Augenärzte Deutschlands und der deutschen optamologischen Gesellschaft, sowie die fachlichen Äußerungen des MDK.

3.2. Ob das BSG damit den Rechten der versicherten Patienten aus Art. 2 Abs. 1 GG i. V. m. dem Sozialstaatsprinzip (vgl. hierzu BVerfG, a.a.O., Rdnr.1 ff) und den Grundrechten auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG (dazu BVerfG, a.a.O., Randnr. 8 f) in ausreichendem Maße genügt, braucht im vorliegenden Fall nicht entschieden zu werden. Es ist auch nicht ersichtlich, dass etwa unzureichende Verfahrensvorschriften im Zusammenhang mit der Richtlinienkompetenz des GBA (etwa fehlende Möglichkeit des einzelnen versicherten Patienten, ein Verfahren nach § 135 SGB V in Gang zu setzen, Stichwort: Legitimation durch Verfahren, vgl. BVerfGE 53; 30, 65) bzw. die Rechtsposition des BSG zur Rechtsnatur der Richtlinien die Grundrechtsposition des Klägers beeinträchtigt haben könnte (vgl. zur Notwendigkeit eines Zusammenhanges zwischen etwaigem Verfahrensverstoß und einem für den Betroffenen möglicherweise günstigeren Ergebnis: BVerfGE 73, 280, 299): In § 2 Abs. 1 Satz 2 SGB V ist ausdrücklich geregelt, dass Behandlungsmethoden, Arznei- und Heilmittel der besonderen Therapieeinrichtungen nicht ausgeschlossen sind. Die Methoden müssen sich jedoch der gleichen Kontrolle stellen wie herkömmliche. Maßstab sind wissenschaftliche Erkenntnisse im Sinne eines empirischen, methodisch-planmäßigen Erkennens und Bewertens sowie Zuverlässigkeit und Reproduzierbarkeit der Ergebnisse (Noftz im Hauck/Heines SGB V § 2 Randnr. 52). Wie ausgeführt, fehlen wissenschaftliche Untersuchungen zur Erprobung des therapeutischen Nutzens der Systemtherapie ohne dass Versäumnisse ersichtlich sind. Aus den genannten Rechten folgt nicht, dass die gesetzliche Krankenkasse Kosten für Heilmethoden zu erstatten haben, welche nur wirken, wenn man an die Heilung glaubt. Anderes ist, wie ausgeführt, zur Überzeugung des Senats hier nicht ersichtlich.

4. Der Kläger hat auch keinen Anspruch auf Ersatz von Fahrt- und Übernachtungskosten. Auf die Begründung im Widerspruchsbescheid wird

verwiesen (§ 136 Abs. 3 SGG).

III.

Die Kostenentscheidung nach § 193 SGG entspricht dem Ergebnis in der Hauptsache.

Gründe für die Zulassung der Revision gem. § 160 Abs. 2 SGG liegen nicht vor. Es handelt sich um eine Einzelfallentscheidung.
Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2007-02-06