

## L 24 KR 38/06

Land  
Berlin-Brandenburg  
Sozialgericht  
LSG Berlin-Brandenburg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
24  
1. Instanz  
SG Berlin (BRB)  
Aktenzeichen  
S 87 KR 2242/05  
Datum  
19.12.2005  
2. Instanz  
LSG Berlin-Brandenburg  
Aktenzeichen  
L 24 KR 38/06  
Datum  
24.04.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum  
-

Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 19. Dezember 2005 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Erstattung der Kosten in Höhe von 8 275,00 EUR für eine bei ihm am 22. Juli 2005 ambulant vorgenommene Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation bei Prostatakrebs.

Bei dem 1944 geborenen Kläger, der bei der Beklagten krankenversichert ist, diagnostizierte der Facharzt für Urologie H im Juni 2005 einen Prostatakrebs im Anfangsstadium ohne Nachweis von Metastasen und verwies den Kläger zur weiteren Behandlung an den Facharzt für Urologie Dr. med. H, bei dem sich der Kläger am 30. Juni 2005 vorstellte.

Der Kläger überließ es Dr. H mit von diesem unterschriebenen "Kostenvoranschlag" vom 30. Juni 2005, auf dessen Inhalt Bl. 7 bis 9 der Verwaltungsakten ausdrücklich Bezug genommen wird, die Übernahme der Kosten in Höhe von 8275 EUR für eine ambulant durchzuführende interstitielle Brachytherapie, bei der strahlende radioaktive Jod-Teilchen (Seeds) in den Körper eingebracht werden und dort lebenslang verbleiben, um den Tumor zu bestrahlen, bei der Beklagten zu beantragen. In dem Schreiben ist weiter ausgeführt, dass sich der Kläger aufgrund der besseren Langzeitergebnisse nach Aufklärung über andere Therapiemöglichkeiten (radikale Prostatovesikulektomie, externe Bestrahlung, komplette Androgenblockade) für diese Monotherapie entschieden habe.

Die Beklagte lehnte den Antrag ab, da der Gemeinsame Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die Behandlung mit dieser neuen Methode bisher noch nicht empfohlen habe (Bescheid vom 08. Juli 2005).

Der Kläger bat daraufhin Dr. med. H gegen diesen Bescheid Widerspruch einzulegen; unabhängig davon sollte, wie vereinbart, am 22. Juli 2005 die Operation durchgeführt werden (vgl. handschriftliche, undatierte Erklärung des Klägers, von ihm eigenhändig unterschrieben auf dem Bescheid der Beklagten vom 08. Juli 2005, in dem auch eine Teilzahlung in Höhe von 4000 EUR angekündigt ist).

Am 12. Juli 2005 schloss der Kläger "als Privatpatient (Selbstzahler)" mit den Fachärzten der Upraxis Dres. med. H und K einen Behandlungsvertrag mit Honorarvereinbarung über die "Vorbereitung der Permanent Seed Implantation, den operativen Eingriff und die Nachbetreuung durch die Dres. med. H und K" und verpflichtete sich, den "lt. Kostenvoranschlag anfallenden Betrag von ca. 8275,- EUR (nach der Gebührenordnung für Ärzte, GOÄ) in voller Höhe zu begleichen, unabhängig von der Höhe der Erstattung oder Bezuschussung durch den Kostenträger. Mit seiner Unterschrift bestätigte der Kläger, dass er auf die möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Honorarleistung hingewiesen worden sei.

Die Dres. H und K übersandten daraufhin der Beklagten mit einem von ihnen unterschriebenen vorformulierten Vordruck eine Stellungnahme als "Nachtrag zum Widerspruch" mit Datum vom 18. Juli 2005, in der unter Bezugnahme auf ein Schreiben des Bundesversicherungsamtes vom 15. August 2000 sowie des Urteils des Bundessozialgerichts BSG vom 28. März 2000 ([B 1 KR 11/98 R](#)) ein Systemmangel bezüglich der Zulassung der interstitiellen Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation geltend gemacht und gebeten wurde, dem Patienten die diesbezügliche Behandlung zu erstatten.

Am 22. Juli 2005 unterzog sich der Kläger der ambulant durchgeführten Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation.

Nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. MDK (Schreiben vom 27. Juli 2005) lehnte die Beklagte mit weiterem Bescheid vom 02. August 2005 eine Kostenübernahme wiederum ab und bezog sich ergänzend zur Begründung auf die Beurteilungen des MDK. Den vom Kläger selbst hiergegen am 09. August 2005 erhobenen Widerspruch wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 06. September 2005 zurück.

Hiergegen hat der Kläger am 04. Oktober 2005 beim Sozialgericht Berlin Klage erhoben und vorgetragen, dass er bis zum Erhalt der Ablehnungsentscheidung der Beklagten noch davon ausgegangen sei, dass die Leistung bewilligt werde, da die Techniker Krankenkasse derartige Kosten übernehme. Er hat die Ansicht vertreten, dass Kosten auch für noch nicht empfohlene Behandlungsmethoden ausnahmsweise zu übernehmen seien, wenn die Einleitung oder Durchführung eines Verfahrens beim Gemeinsamen Bundesausschuss zur Beurteilung einer neuen Behandlungsmethode verzögert werde. Im Übrigen sei die Seeds-Brachytherapie zwischenzeitlich in die "Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser für das Jahr 2004" und damit in den Abrechnungskatalog der Krankenkassen aufgenommen worden.

Das Sozialgericht hat als Antrag des Klägers zugrunde gelegt,

die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 08. Juli und 02. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. September 2005 zu verurteilen, ihm die Kosten der am 22. Juli 2005 durchgeführten Brachytherapie in Höhe von 8 275,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte hat erstinstanzlich beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat ergänzend ausgeführt, dass, soweit vom Kläger auf die Verordnung zum Fallpauschalensystem für Krankenhäuser verwiesen werde, der Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhausbereich nicht zwingend auf das Vorliegen der Voraussetzungen für die Anerkennung auch im vertragsärztlichen Bereich schließen lasse, da [§ 137 c](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch SGB V bei Krankenhausleistungen auf einen Erlaubnisvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden verzichtet habe.

Durch Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 19. Dezember 2005 ist die Klage abgewiesen worden. Zur Begründung hat sich das Sozialgericht auf die Begründung des Widerspruchsbescheides vom 06. September 2005 bezogen und ergänzend ausgeführt, dass ein Systemmangel nicht vorliege, da bezüglich der infrage stehenden Behandlungsmethode ein Anerkennungsverfahren zeitgerecht durchgeführt werde.

Gegen das der Prozessbevollmächtigten des Klägers am 22. Dezember 2005 zugestellte Urteil ist am (Montag) 23. Januar 2006 Berufung beim Landessozialgericht Berlin-Brandenburg eingelegt worden. Zur Begründung ist vorgetragen worden, dass das Schleswig-Holsteinische Landessozialgericht in seinem Urteil vom 28. Juni 2006 ([L 5 KR 66/05](#)) einen Systemmangel im Hinblick auf die hier infrage stehende interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds jedenfalls schon für das Jahr 2004 festgestellt habe. Gegen dieses Urteil sei die Revision eingelegt worden. Im Übrigen habe die Beklagte ihre Aufklärungspflicht verletzt, da sie es unterlassen habe, den Kläger auf die Möglichkeit einer Brachytherapie mit Permanent-Seeds als stationäre Behandlung hinzuweisen. Hätte der Kläger gewusst, dass die am 22. Juli 2005 durchgeführte Behandlung für ihn kostengünstiger auch in einem Krankenhaus hätte erfolgen können, hätte er selbstverständlich von der Möglichkeit einer Krankenhausbehandlung Gebrauch gemacht. Im Übrigen habe der Kläger entgegen der Ansicht der Beklagten auch nicht das Widerspruchsverfahren vor der Behandlung am 22. Juli 2005 abwarten müssen, da die Beklagte schon mit Schreiben vom 08. Juli 2005 eindeutig die Übernahme von Kosten für die vorgesehene ambulante Behandlung durch die Dres. H und K abgelehnt habe.

Die Beklagte hat vorgetragen, dass das BSG in seinem Urteil vom 04. April 2006 ([B 1 KR 12/05 R](#)) ein Systemversagen im Hinblick auf eine Bewertung der interstitiellen Brachytherapie mit Permanent-Seeds zwischenzeitlich verneint habe. Im Übrigen habe der Kläger eine Entscheidung der Beklagten auch gar nicht abgewartet, so dass auch keine zu Unrecht abgelehnte Leistung als Voraussetzung des Erstattungsanspruchs nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) vorliege. Denn bis zum Erlass des Widerspruchsbescheides sei die Krankenkasse Herrscherin des Verfahrens; der Versicherte habe die Verpflichtung, den Ausgang des Widerspruchsverfahrens insoweit abzuwarten. Dies habe der Kläger, wie aus dem zeitlichen Ablauf ersichtlich, nicht getan. Im Übrigen stelle sich bezüglich des geltend gemachten Beratungsfehlers die Sachlage genauso dar wie in dem BSG Urteil vom 04. April 2006: Die dort beklagte Krankenkasse habe die Kostenübernahme mit Hinweis auf die fehlende Anerkennung der Behandlungsmethode durch den Gemeinsamen Bundesausschuss abgelehnt, ohne auf etwaige stationäre Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen; das BSG habe einen Beratungsfehler der beklagten Krankenkasse nicht gesehen.

Auf Antrag der Beteiligten hat das Landessozialgericht Berlin-Brandenburg im Hinblick auf ein beim BSG rechtshängiges Revisionsverfahren ([B 1 KR 25/06 R](#)) durch Beschluss vom 15. März 2007 das Ruhen des Verfahrens angeordnet.

Mit Schriftsatz der Prozessbevollmächtigten des Klägers vom 02. Oktober 2007 ist das Verfahren nach der Entscheidung des BSG vom 27. März 2007, Az. [B 1 KR 25/06 R](#) wieder aufgenommen worden.

Der Kläger hat die Rechnung über die Behandlung vom 22. Juli 2005 übersandt und weiter vorgetragen, dass er von seinem behandelnden Urologen über die Möglichkeit der Durchführung einer Brachytherapie in stationärer Behandlung nicht informiert worden sei; dieser habe ihn vielmehr zur Durchführung der empfohlenen Brachytherapie an die diese Behandlung durchführenden Dres. H und K verwiesen. Insoweit unterscheide sich der vorliegende Fall von dem vom BSG am 27. März 2007 entschiedenen. Der Kläger habe auch keine Vorstellung davon gehabt, was "vertragsärztliche Versorgung" gewesen sei. Nach seiner Auffassung spreche das Urteil des BSG gerade dafür, dass hier hinreichende Anhaltspunkte vorgelegen hätten, den Kläger aufgrund besseren Wissens der Beklagten auf die Möglichkeit der stationären Durchführung einer Brachytherapie hinzuweisen, was nicht erfolgt sei.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 19. Dezember 2005 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 08. Juli und 02. August 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. September 2005 zu verurteilen, dem Kläger die Kosten der

am 22. Juli 2005 durchgeführten Brachytherapie in Höhe von 8 275,00 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie bezieht sich zur weiteren Begründung darauf, dass die Beratungspflicht der Krankenkasse tatsächlich nicht soweit reiche, dass sie Versicherten mitzuteilen habe, wo eine ambulant ausgeschlossene Behandlung stationär erbracht werde. Wenn es keinen Anspruch auf Gewährung spezieller Gesundheitsleistungen im System der gesetzlichen Krankenversicherung gebe, erscheine es fragwürdig, die Krankenkasse auf der anderen Seite für verpflichtet zu halten, den Versicherten aufzeigen zu müssen, wo sie ganz bestimmte Behandlungen erlangen könnten. Bei Nachfragen nach einer konkreten Behandlung, die wegen Ausschlusses der begehrten Methode aus dem Leistungskatalog nicht erbracht werden dürfe, müsse es vielmehr ausreichen, allgemein bestehende Behandlungsalternativen zu benennen. Im vorliegenden Falle komme hinzu, dass ambulante und stationäre Behandlungen nicht beliebig "austauschbar" seien. Der Umstand, dass wegen der unterschiedlichen Regelungsansätze in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) und [§ 137 c SGB V](#) für den Ausschluss (neuer) Methoden eine im ambulanten Bereich ausgeschlossene Methode im stationären Bereich erbracht werden dürfe, könne nicht bedeuten, dass die Erforderlichkeit einer stationären Behandlung damit zu begründen wäre, nur im Krankenhaus bestehe die Leistungspflicht der Kasse für diese Methode. Von daher könne bei einer Nachfrage eines Versicherten nach einer ausgeschlossenen ambulanten Behandlung die Kasse nicht verpflichtet sein, ihn darauf hinzuweisen, dass er sich auch stationär behandeln lassen könne, um die gewünschte Behandlungsmethode zu erlangen. Im Übrigen entscheide nicht die Krankenkasse über die Aufnahme eines Patienten in ein Krankenhaus, sondern die behandelnden Ärzte. Die Entscheidung über Art und Umfang einer Behandlung treffe regelmäßig der behandelnde Arzt; der Beklagten obliege es sodann zu prüfen, ob die verordneten Maßnahmen auch zum Leistungskatalog der GKV gehörten und mithin eine Kostenübernahme erfolgen könne. Im Übrigen verweist die Beklagte auf das Urteil des BSG vom 02. November 2007 ([B 1 KR 14/07 R](#)), in dem sich das BSG intensiv zum Umfang der Beratungspflicht der Krankenkassen bei Geltendmachung von Erstattungsansprüchen der Versicherten geäußert habe.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung ([§ 124 Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz SGG](#)) einverstanden erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten sowie die Verwaltungsakten der Beklagten, die dem Senat bei seiner Entscheidung vorgelegen haben.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Parteien ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann, ist unbegründet.

Das Sozialgericht hat zu Recht festgestellt, dass der Kläger keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die am 22. Juli 2005 durchgeführte Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation in Höhe von 8 275,00 EUR gegen die Beklagte hat. Die Bescheide der Beklagten vom 08. Juli 2005 und 02. August 2005 (wiederholender Zweitbescheid) in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 06. September 2005 sind rechtmäßig und verletzen den Kläger nicht in seinen Rechten.

Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in der ab dem 01. Juli 2001 gültigen Fassung (Gesetz vom 19. Juni 2001, [BGBl. I Seite 1046](#)) sind dem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann (Alternative 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alternative 2) und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst beschafft.

Anhaltspunkte dafür, dass es sich hier im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alternative SGB V um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt hat, liegen nicht vor; eine rechtzeitige Antragstellung war dem Kläger möglich und ist hier auch erfolgt. Gegen eine Unaufschiebbarkeit spricht, dass der Tumor beim Kläger im Anfangsstadium diagnostiziert wurde und auch Metastasen noch nicht nachweisbar waren. Der Senat geht dabei davon aus, dass angesichts der Krebsdiagnose eine zügige Behandlung des Klägers durchaus angeraten war.

Die Beklagte hat die Gewährung der beantragten Leistung auch nicht im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alternative SGB V zu Unrecht abgelehnt. Dabei steht dem Erstattungsanspruch – entgegen der Auffassung der Beklagten – nicht entgegen, dass der Kläger vor der Selbstbeschaffung der Leistung am 22. Juli 2005 nicht den weiteren Bescheid der Beklagten vom 27. Juli 2005 bzw. den Widerspruchsbescheid vom 06. September 2005 abgewartet hat. Denn bereits mit Bescheid vom 08. Juli 2005 hatte die Beklagte die Kostenübernahme einer Brachytherapie mit Seeds-Implantation unter Hinweis darauf, dass sich der Gemeinsame Bundesausschuss zu dieser neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode bisher nicht positiv geäußert habe, abgelehnt. Der Kläger musste nicht abwarten, ob die Beklagte sich – auch unter Einschaltung des MDK und unter Berücksichtigung der ärztlichen Stellungnahme der Dres. Med. H und K vom 18. Juli 2005 – anders entscheiden oder bei ihrer Entscheidung bleiben würde; es ist nicht erforderlich, dass der Versicherte mit der Selbstbeschaffung der Leistung bis zu einer Entscheidung der Krankenkasse über einen Widerspruch gegen die Leistungsablehnung wartet (BSG, Urteil vom 23. Juli 2002, [B 3 KR 66/01 R](#), SozR 3 2500 § 33 Nr. 45). Es lag zum Behandlungszeitpunkt am 22. Juli 2005 auch noch keine bestandskräftige (Ablehnungs-)Entscheidung der Beklagten vor, an der ein Anspruch des Klägers nach [§ 13 Abs. 3 S. 1](#) 1. Alt. SGB V scheitern könnte (vgl. Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichtes vom 28. November 2007, [L 5 KR 14/07](#), veröffentlicht in juris). Denn der – erste – Ablehnungsbescheid der Beklagten erging am 08. Juli 2005, also 14 Tage vor der Behandlung des Klägers und innerhalb der Monatsfrist des [§ 77 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#). Soweit sich die Dres. med. H und K mit ihrer ärztlichen Stellungnahme vom 18. Juli 2005 – mit dem Einwand eines Systemmangels – gegen die erste Leistungsablehnung der Beklagten vom 08. Juli 2005 wandten, ist die Beklagte zwar richtigerweise nicht von einem Widerspruch des Klägers ausgegangen ("ärztlicher Widerspruch"), hat aber – unter Einschaltung des MDK mit einem "Antrag auf Einzelentscheidung für einen Brachytherapie mit Seeds-Implantation" vom 20. Juli 2005 – das Verwaltungsverfahren auch ohne Widerspruch des Klägers weiter betrieben, ohne den Kläger hierüber zu informieren, und einen weiteren – wiederholenden – Bescheid (vom 02. August 2005) erlassen, den der Kläger dann – fristgerecht – mit Widerspruch vom 09. August 2005 angefochten hat.

Die ambulant durchgeführte Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation gehörte aber zum Behandlungszeitpunkt nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Dies ergibt sich aus [§ 135 SGB V](#) i. V. m. dem vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen erlassenen Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB Richtlinien) vom 10. Dezember 1999, hier in der Fassung vom 01. Dezember 2003, mit der – bezogen auf den Zeitpunkt des Antrages des Klägers – letzten Änderung vom 18. Januar 2005 (Bundesanzeiger 2004; Nr. 57: Seite 5 678 und Bundesanzeiger 2005; Nr. 90, Seite 7 458). Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen – jetzt Gemeinsamer Bundesausschuss – in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u. a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Dies ist hier nicht der Fall. Ein Kostenerstattungsanspruch nach den Grundsätzen eines Systemversagens ist nicht gegeben.

Zur Begründung schließt sich der Senat dem – den Beteiligten bekannten – Urteil des BSG vom 04. April 2006 (Az.: [B 1 KR 12/05 R](#)), das konkret zur ambulant durchgeführten Brachytherapie mit permanenter Seeds-Implantation ergangen ist, an. In diesem Urteil wird wie folgt ausgeführt:

"3. Die interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds ist eine ‚neue‘ Behandlungsmethode, für die es zu dem für die Beurteilung der Leistungsansprüche des Klägers maßgeblichen Zeitpunkt an der erforderlichen positiven Empfehlung des Bundesausschusses fehlte.

b) Die interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds ist als ‚neue‘ Behandlungsmethode anzusehen und unterliegt daher dem Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#).

c) Da mithin für die interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds als neue Behandlungsmethode eine befürwortende Entscheidung des Bundesausschusses erforderlich war, bevor sie in der vertragsärztlichen Versorgung auf Kosten der Krankenkassen erbracht werden konnte, diese aber fehlte, kann der Kläger mit seinem Begehren keinen Erfolg haben.

Das Gesetz ordnet in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) an, dass Methoden ohne positive Empfehlung in Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht zu Lasten der Krankenversicherung angewandt werden dürfen. An diese Entscheidung des Bundesausschusses über den Ausschluss bestimmter Methoden sind Verwaltung und Gericht im Grundsatz ebenso gebunden, wie wenn die Entscheidung vom Gesetzgeber selbst getroffen worden wäre (vgl. [BSGE 86, 54](#) = SozR 3 2500 § 135 Nr. 14; BSG SozR 4 2500 § 135 Nr. 1 S. 5). Nach ständiger Rechtsprechung des Senats bestehen keine Anhaltspunkte dafür, dass die hier in Rede stehende Regelung des Bundesausschusses nicht von der Ermächtigungsgrundlage ([§ 135 Abs. 1 Satz 1](#), [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#)) gedeckt oder die Regelung nicht in dem dafür vorgesehenen Verfahren zustande gekommen ist (vgl. dazu allgemein z. B. [BSGE 81, 73](#), 80 ff. = SozR 3 2500 § 92 Nr. 7 S. 55 ff.; [BSGE 82, 41](#), 46 ff. = SozR 3 2500 § 103 Nr. 2 S. 15 ff.; [BSGE 85, 36](#), 44 f. = SozR 3 2500 § 27 Nr. 11 S. 45 m. w. N.).

Selbst wenn der Bundesausschuss in der BUB Richtlinie in der Zeit nach der Behandlung des Klägers neuere medizinische Erkenntnisse umgesetzt und sich für eine Leistungspflicht für ambulant erbrachte interstitielle Brachytherapien mit Permanent-Seeds ausgesprochen hätte (was nicht der Fall ist), wäre dies für den Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung für die bereits im Jahr 2002 erfolgte Behandlung ohne Belang. Denn nach der ständigen Rechtsprechung des Senats muss im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung regelmäßig bereits zum Zeitpunkt der Behandlung in dem dafür jeweils vorgesehenen Verfahren zweifelsfrei geklärt sein, ob die erhofften Vorteile einer Therapie die möglicherweise zu befürchtenden Nachteile überwiegen (vgl. schon [BSGE 81, 54](#), 58 = SozR 3 2500 § 135 Nr. 4 S. 13 f. - immunbiologische Therapie; SozR 3 2500 § 135 Nr. 12 S. 56 f. - ASI, jeweils für Festlegungen in den RL des Bundesausschusses; [BSGE 93, 236](#), 243 = SozR 4 2500 § 27 Nr. 1 RdNr. 19 für eine Pharmakotherapie; zuletzt Senats-Urteil vom 27. September 2005 [B 1 KR 6/04 R](#) Wobe Mugos E, zur Veröffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen).

4. Ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers ergibt sich ebenfalls nicht über die Grundsätze des so genannten Systemversagens. b) Mit seinem Vorbringen zum Vorliegen eines Systemversagens kann der Kläger nicht durchdringen. Der Maßstab für die Leistungspflicht nach dem SGB V besteht nämlich nicht in der Gewährleistung von ‚Spitzenmedizin um jeden Preis‘ bis an ihre medizinisch-technischen Grenzen, sondern hat sich stets an den zentralen Prinzipien der [§§ 2, 12 SGB V](#) zu orientieren. Das bedeutet, dass jeweils zu beachten und sicherzustellen ist, dass nur solche Leistungen von den Krankenkassen gewährt werden, die wirtschaftlich sind und insbesondere dem ‚allgemein‘ anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (vgl. erneut [BSGE 92, 164](#), 167 = SozR 4 2500 § 18 Nr. 2 RdNr. 12, 13). In diesem Zusammenhang hat der Gesetzgeber dem Bundesausschuss eine besondere steuernde Funktion zugemessen; seit 01. Januar 2004 hat in diesem Bereich das nach [§ 139 a SGB V](#) gegründete, fachlich unabhängige IQWiG eine ergänzende und unterstützende Rolle.

Als der Kläger im Januar 2002 die Kostenübernahme für die streitbefangene Therapie beantragte, lag dem Bundesausschuss ein Prüfantrag der Antragsberechtigten, in der BUB RL genannten Stellen (Kassenärztliche Bundesvereinigung, eine Kassenärztliche Vereinigung oder ein Spitzenverband der Krankenkassen) noch nicht vor. Bei der entscheidungserheblichen Prüfung, ob eine bestimmte Behandlungsmethode zu einem bestimmten Zeitpunkt dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprach und dem Bundesausschuss bzw. den antragsberechtigten Beteiligten hätte Veranlassung für die Einleitung eines Prüfverfahrens geben müssen, geht es um die Feststellung genereller Tatsachen, für die die Beschränkung des [§ 163 SGG](#) nicht gilt. Diese Frage stellt sich nämlich in allen Fällen, in denen über die Leistungspflicht der Krankenkassen zu entscheiden ist, und kann nicht von Fall zu Fall und von Gericht zu Gericht unterschiedlich beantwortet werden. Es ist daher Aufgabe der Revisionsinstanz, auch in einer solchen Konstellation durch Ermittlung und Feststellung der allgemeinen Tatsachen die Einheitlichkeit der Rechtsprechung sicherzustellen und so die Rechtseinheit zu wahren.

Wenn vor diesem, gerade nicht für die im hiesigen Rechtsstreit streitige Behandlungsmethode sprechenden Hintergrund gleichwohl ein Anerkennungsverfahren beim Bundesausschuss im April 2003 eingeleitet wurde, sind Hinweise auf eine damit verbundene Verzögerung der Verfahrenseinleitung bzw. auf eine Blockade des Verfahrens in der davor liegenden Zeit nicht erkennbar. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat mit Beschluss vom 02. September 2003 das Beratungsthema ‚permanente interstitielle Brachytherapie mit der Implantation zugelassener Isotope bei lokal begrenztem Prostatakarzinom‘ als ‚prioritäres Thema‘ eingestuft und der Fachöffentlichkeit dazu zunächst Gelegenheit zur Äußerung gegeben (vgl. DÄBl 2003, A 2750). Mit Auftrag vom 21. Dezember 2004 Auftrags Nr. N 04/02 hat der Gemeinsame Bundesausschuss schließlich das IQWiG damit beauftragt, insoweit den Nutzen und die medizinische Notwendigkeit der Therapie zu bewerten. Dass insoweit abschließende Ergebnisse selbst bis heute noch nicht vorliegen, muss angesichts der erforderlichen

umfangreichen Recherchen und der in sorgfältiger Weise vorzunehmenden Bewertungen hingenommen werden.

Die in diesen Ausführungen selbst noch im Jahre 2005 zum Ausdruck kommende Zurückhaltung gegenüber der interstitiellen Brachytherapie mit Permanent-Seeds unterstreicht jedenfalls im Ergebnis die Auffassung der Vorinstanzen, dass von einem schon 2002 bestehenden Systemversagen mit Blick auf eine Nichtbefassung des Bundesausschusses nicht ausgegangen werden kann. Dies deckt sich im Übrigen mit Stellungnahmen und Äußerungen, die zu der Therapie seit 2000 in der deutschen medizinischen Fachpresse veröffentlicht worden sind. "

Darüber hinaus hat das BSG in seinem späteren Urteil vom 27. März 2007 (B KR 25/06 R), dessentwegen das vorliegende Verfahren zwischenzeitlich zum Ruhen gebracht worden war und mit dem das vom Kläger in Anspruch genommene positive Urteil des Schleswig-Holsteinischen Landessozialgerichtes vom 28. Juni 2006 aufgehoben worden ist, zu einem Systemversagen bei der Bewertung der hier infrage stehenden Behandlungsmethode ausgeführt:

"Anhaltspunkte dafür, dass sich die antragsberechtigten Stellen oder der Gemeinsame Bundesausschuss aus sachfremden bzw. willkürlichen Erwägungen mit der Materie nicht oder zögerlich befasst haben, hat der Kläger nicht vorgetragen. Sie sind auch sonst nicht ersichtlich. Darauf hat er sich dann auch nicht berufen. Auch die Verfahrensdauer beim Gemeinsamen Bundesausschuss gibt für ein Systemversagen nichts her. Der Senat hat es bei komplexen Leistungen nicht für gerechtfertigt erachtet, allein wegen einer Verfahrensdauer von mehr als drei Jahren den Schluss auf eine unsachgemäße Verfahrensweise zu ziehen ([BSGE 88, 51](#), 61 f. = SozR 3 2500 § 27 a Nr. 2 S. 21; weitere Nachweise zuletzt in BSG, Urteil vom 26. September 2006 [B 1 KR 3/06 R](#), SozR, a. a. O., RdNr. 32 - neuropsychologische Therapie). Erst Recht konnte der Kläger hier bei einem Zeitraum von weniger als zwei Jahren zwischen dem Antrag an den Bundesausschuss von April 2002, dem Antrag auf Kostenübernahme von Dezember 2003 und dem Behandlungszeitpunkt im März 2004 nichts aus diesem Gesichtspunkt für sich ableiten. "

Der Senat schließt sich auch insoweit den Ausführungen des BSG ausdrücklich an.

Etwas anderes ergibt sich hier für das geltend gemachte Systemversagen auch nicht daraus, dass der Antrag des Klägers und dessen Behandlung – anders als in den vom BSG entschiedenen Fällen – erst von Juni/Juli 2005 datieren, also drei Jahre und ca. drei Monate nach dem Antrag an den Bundesausschuss vom April 2002. Denn abgesehen davon, dass das BSG ausdrücklich auch bei einer mehr als dreijährigen Verfahrensdauer, die im vorliegenden Behandlungszeitpunkt nur knapp überschritten war, keinen Schluss auf eine unsachgemäße Verfahrensweise zieht und auch für das Jahr 2005, in dem die Behandlung des Klägers stattgefunden hat, ausdrücklich von einer offensichtlichen "Zurückhaltung" in der Bewertung des Nutzens der interstitiellen Brachytherapie mit Permanent-Seeds spricht, zeigt die Tatsache, dass das BSG auch die Befassung des IQWiG (Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen) im Dezember 2004 mit einer Einschätzung der Wirksamkeit der in Frage stehenden Methode für sachgemäß gehalten und auch durch dessen im Zeitpunkt seiner Entscheidung vom 27. März 2007 noch anhaltende Gutachtertätigkeit ein Systemversagen gerade nicht erkennen konnte. Das IQWiG hat seinen Abschlussbericht über die interstitielle Brachytherapie beim lokal begrenzten Prostatakarzinom am 17. Januar 2007 – also weit nach der Behandlung des Klägers – veröffentlicht und die vom BSG in seinem Urteil vom 27. März 2007 erkannte "zurückhaltende" Bewertung der hier in Frage stehenden Behandlungsmethode bestätigt. Denn in dem genannten Abschlussbericht des IQWiG ist als "Fazit" festgehalten, dass die möglichen Vorteile der Brachytherapie hinsichtlich Organfunktion und Lebensqualität bei Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom als Nutzenbeleg allein für einen Einsatz dieses Therapieverfahrens nicht ausreichen, da ein möglicher Schaden bezogen auf das Überleben und krankheitsbedingte Beschwerden nicht hinreichend sicher ausgeschlossen werden könne; es werde dringend die Durchführung von aussagekräftigen klinischen Studien empfohlen, um den Stellenwert der Brachytherapie im Vergleich zu den sonstigen Behandlungsoptionen zu definieren (S. ix des Abschlussberichtes des IQWiG vom 17. Januar 2007, IQWiG Berichte, Jahr: 2007 Nr. 15, veröffentlicht auf der Webseite des IQWiG).

Für den Kläger kam die gewünschte Behandlung in ambulanter Form mangels Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) mithin rechtmäßig nur als ambulante Krankenhausbehandlung nach [§ 116 b Abs. 2](#) 4 SGB V (in Kraft seit dem 01. Januar 2004) in Betracht. Hierfür gelten die rechtlichen Grenzen, die [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vertragsärztlichen Leistungen zieht, nicht in gleicher Weise. Vielmehr können die Krankenkassen, die Landesverbände der Krankenkassen, oder die Verbände der Ersatzkassen mit zugelassenen Krankenhäusern Verträge über die ambulante Erbringung hoch spezialisierter Leistungen sowie zur Behandlung seltener Erkrankungen und Erkrankungen mit besonderen Krankheitsverläufen schließen, sofern diese Leistungen und diese Behandlung in dem Katalog des [§ 116 b Abs. 3 SGB V](#) enthalten sind. In den Verträgen ist das Nähere über die Durchführung der Versorgung, insbesondere der Nachweis der Einhaltung der sächlichen und personellen Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses, zu regeln ([§ 116 b Abs. 2 SGB V](#)). Der Katalog nach Abs. 3 Satz 1 umfasst gemäß Nr. 1 auch die Brachytherapie als hoch spezialisierte Leistung. Nur für die sächlichen und personellen Mindestanforderungen an die ambulante Leistungserbringung des Krankenhauses verweist [§ 116 b Abs. 3 Satz 2 SGB V](#) auf [§ 135 SGB V](#). Das bedeutet im Gegenschluss, dass im Übrigen die Anforderungen des [§ 135 SGB V](#) nicht erfüllt sein müssen. Der Gesetzgeber hat den Katalog in [§ 116 b Abs. 3 SGB V](#) konzipiert, damit die Krankenkassen und die Krankenhäuser möglichst bald nach In Kraft Treten des Gesetzes von der Öffnung der Krankenhäuser nach Abs. 2 Gebrauch machen können (vgl. BT Drs. 15/1525 S. 120 zu § 116 b Abs. 3). Welche Leistungen damit erfasst werden sollten, beleuchtet auch das Zusammenspiel mit den weiteren Leistungen, die nach Abs. 4 zukünftig in den Katalog aufgenommen werden können. Voraussetzung für die Aufnahme einer Leistung in den Katalog ist u. a., dass der diagnostische oder therapeutische Nutzen die medizinische Notwendigkeit und die Wissenschaftlichkeit belegt sind und die Erbringung im Krankenhaus medizinisch notwendig ist. Da die Beklagte keinen Vertrag nach [§ 116 b SGB V](#) mit einem Krankenhaus geschlossen hatte, in dessen Rahmen die den Kläger behandelnden Ärzte Dres. med. H und. K zu Lasten der Beklagten ihre ambulante Monotherapie des Klägers hätten durchführen können, waren sie mithin keine zugelassenen Leistungserbringer, wie sich auch aus dem Behandlungsvertrag/der Honorarvereinbarung des Klägers mit diesen Ärzten vom 12. Juli 2005 ergibt, worin auf die die Behandlung des Klägers als "Privatpatient" und die "möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der – nach der GOÄ erstellten – Honorarleistung ausdrücklich hingewiesen wird. Soweit der Kläger mitgeteilt hat, dass die Techniker Krankenkasse die Kosten für die ambulante Durchführung der infrage stehenden Behandlung übernimmt, mag dies auf einem Vertrag mit der Techniker Krankenkasse nach [§ 116 b SGB V](#) beruhen (vgl. entsprechende Pressemitteilung der Urologischen Gemeinschaftspraxis Dres. H, K und K vom 23. August 2005). Ein solcher Vertrag bestand jedenfalls mit der Beklagten nicht.

Dass – wie der Kläger geltend macht – die interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds in der stationären Versorgung zu den von einer Krankenkasse geschuldeten Leistungen gehören kann, führt nicht schon zu einer Leistungspflicht der Beklagten für einen entsprechende

ambulant (durch Vertragsärzte) vorgenommene Therapie. Hierzu hat das BSG in seinem Urteil vom 04. April 2006, [B 1 KR 12/05 R](#) ausgeführt:

"Das Vorbringen verkennt die grundsätzlichen rechtlichen Unterschiede einer Leistungserbringung im ambulanten und stationären Bereich: Während nämlich für den Bereich der ambulanten Versorgung bezüglich neuer Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 SGB V](#) ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt gilt, ist die rechtliche Konstruktion für den stationären Bereich durch [§ 137c SGB V](#) ( ) so ausgestaltet, dass neuartige Behandlungsverfahren im Rahmen einer Krankenhausbehandlung umgekehrt keiner besonderen Zulassung bedürfen und nur dann ausgeschlossen sind, wenn der Ausschuss Krankenhaus des Bundesausschusses dazu eine negative Stellungnahme abgegeben hatte ( ). Der vom Senat schon in der Vergangenheit nicht beanstandete sachliche Grund für diese unterschiedliche rechtliche Behandlung liegt darin begründet, dass der Gesetzgeber die Gefahr des Einsatzes zweifelhafter oder unwirksamer Maßnahmen wegen der internen Kontrollmechanismen und der anderen Vergütungsstrukturen im Krankenhausbereich geringer eingestuft hat als bei der Behandlung durch einzelne niedergelassene Ärzte ( , ). Mit Blick darauf sind nach [§ 137c Abs 1 Satz 2 Halbsatz 2 SGB V](#) ( ) klinische Studien zur Entwicklung neuer Behandlungsmethoden unter Kostenbeteiligung der gesetzlichen Krankenversicherung allein im Krankenhaus vorgesehen ( )."

Ein Anspruch auf Kostenerstattung kommt auch nicht deshalb in Betracht, weil die Beklagte den Kläger auf seinen Antrag auf Kostenübernahme hin nicht rechtzeitig auf die Möglichkeit der stationären Durchführung der begehrten Behandlungsmethode an einem der dies anbietenden, zugelassenen Krankenhäuser in Deutschland verwiesen hätte. Ein solcher Kostenerstattungsanspruch könnte unmittelbar aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) abgeleitet werden. Eine Herleitung nach den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs scheidet demgegenüber wegen des abschließenden Charakters des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) aus (vgl. im Einzelnen: BSG, Urteil vom 04. April 2006, [B 1 KR 5/05 R](#), SozR 4 - 2500 § 13 Nr. 8, insbesondere RdNr. 21, 22). Als Begründung für einen Erstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 S. 1](#) und [2](#). Alt. SGB V kommen - u. a. - Verstöße gegen spezifische Betreuungspflichten der Krankenkasse in Betracht. Wie alle Leistungsträger sind auch die Krankenkassen gemäß den [§§ 14, 15](#) und [16 Abs. 3](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch verpflichtet. Dies gilt insbesondere, wenn ein Antrag - ob als Verfahrenshandlung oder als materiell-rechtliche -Voraussetzung - darauf gerichtet ist, die ärztliche Leistung als Kassenleistung zu erhalten, sei es ambulant oder stationär, und das von den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf einem Gebiet bereitgestellte Leistungsangebot für die Versicherten so unübersichtlich ist, dass sich im Einzelfall nicht vermeiden lässt einen konkreten Weg aufzuzeigen, der zu den gesetzlich möglichen Leistungen führt; dies gilt insbesondere, wenn sich aus dem Verhalten eines Versicherten ergibt, dass er über die gesetzlichen Möglichkeiten nicht ausreichend informiert ist (vgl. BSG, Urteil vom 04. April 2006, [B 1 KR 5/05 R](#), Uterus-Arterien-Embolisation, a.a.O., RdNr. 12-16). Ist ein Versicherter aber von Anfang an auf bestimmte Leistungserbringer und eine bestimmte Art und Weise der Leistungserbringung festgelegt, besteht kein Anhalt für die Annahme, dass die Krankenkasse ihn darauf hätte hinweisen müssen, ob und inwieweit die begehrte Behandlung in stationärer Form in einem Vertragskrankenhaus erlangt werden konnte (vgl. BSG, Urteil vom 04. April 2005, [B 1 KR 12/05 R](#), a.a.O., RdNr. 26). So liegt zur Überzeugung des Senates der Fall des Klägers hier. Der Kläger war von Anfang an auf Dr. med. H als Leistungserbringer und auf die von ihm angebotene ambulante interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seed-Implantation als Art und Weise der Leistung festgelegt, so dass ein Anhalt für eine weitergehende Beratungspflicht der Beklagten nicht bestand.

Dies folgt nach Auffassung des Senates aus dem aktenkundigen Ablauf. Dem Kläger war schon von seinem zunächst behandelnden Urologen H "nach umfassender Aufklärung" die Brachytherapie mittels Seeds-Implantation als Behandlungsmethode empfohlen worden. Auch von diesem der Kontakt zu Dr. med. H als weiterem Behandler hergestellt worden (Arztbrief vom 28. Juni 2005). Ausweislich des "Kostenvoranschlages" vom 30. Juni 2005 hat sich der Kläger dann nach Vorstellung bei Dr. med. H auf eine interstitielle Brachytherapie mittels Seeds-Implantation und zwar ambulant festgelegt. Er hat den entsprechenden Antrag bereits durch diesen Arzt bei der Beklagten stellen lassen. Die Tatsache, dass der Kostenübernahmeantrag auf einer vorgedruckt dokumentierten Patienteninformation der Urologischen Gemeinschaftspraxis gestellt worden ist und für Rückfragen auf die Telefonnummer des behandelnden Arztes Dr. med. H verwiesen wurde, und dass der Kläger auch das weitere Betreiben des Verfahrens seinem Arzt überließ, indem er diesen bat, für ihn den Widerspruch gegen den ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 08. Juli 2005 zu stellen, zeigt, dass der Kläger umfassend Vertrauen zu Dr. med. H gefasst und es ihm überlassen hatte, die Kostenerstattung für die ambulante Behandlung bei der Beklagten durchzusetzen. Dabei war ihm klar, dass Dr. med. H ihn nicht als Vertragsarzt behandelt wollte bzw. konnte, wie sich insbesondere aus der von ihm mit den Dres. med. H und K am 12. Juli 2005, also unmittelbar nach dem Erlass des Ablehnungsbescheides der Beklagten, ergibt. Denn in der "Honorarvereinbarung Brachytherapie" wurde er ausdrücklich auf die "möglicherweise nicht volle Erstattungsfähigkeit der Honorarleistung" hingewiesen, die der Kläger - ausweislich des Wortlautes der Honorarvereinbarung im Übrigen - nach "Aufklärung und Beratung wünsche". Der Kläger war also durchaus informiert darüber, dass die interstitielle Brachytherapie mit Permanent-Seeds als neue Behandlungsmethode nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung war. Dass er auf die von Dr. med. H angebotenen ambulante Behandlungsmethode festgelegt war, ergibt sich auch daraus, dass er neben der Honorarvereinbarung und in Kenntnis des Inhalts des Ablehnungsbescheides der Beklagten vom 08. Juli 2005, in dem auch auf alternative, vertragsärztlich angebotene Leistungen der radikalen Prostatektomie sowie die Möglichkeit der 3D konformalen externen Bestrahlung und die Möglichkeit eines Afterloadingverfahrens hingewiesen worden war, am 12. Juli 2005 auch den schriftlichen Privat-Behandlungsvertrag mit Dres. med. H und K unterschrieben und an die Ärzte gefaxt hat. Darüber hinaus hat er neben der Bitte an diese Ärzte, gegen den Bescheid Widerspruch einzulegen und unabhängig davon die Operation wie vereinbart am 22. Juli 2005 durchführen zu lassen, auch bereits eine Teilsumme der Kosten (4 000,00 EUR) angewiesen (vgl. handschriftliche und vom Kläger eigenhändig unterzeichnete Erklärung auf dem Bescheid der Beklagten vom 08. Juli 2005). Auf das Angebot der Beklagten im Bescheid vom 08. Juli 2005, sich fachärztlich weiter beraten zu lassen, ist er nicht eingegangen. Es war gerade nicht so, dass der Kläger zu seiner Behandlung und wegen der Unübersichtlichkeit des ärztlichen Leistungsangebotes von der Beklagten allein das haben wollte, was als vertragsärztliche Leistung möglich war, sei es ambulant oder stationär. Der Kläger hat sich vielmehr von vornherein auf eine ambulant durchzuführende Brachytherapie mit Permanent-Seeds festgelegt, obwohl er wissen konnte, dass solche Behandlungen auch stationär durchgeführt werden und andere, von der Beklagten als Sachleistung zu erbringende Behandlungsmethoden zur Verfügung standen. Denn im Kostenübernahmeantrag vom 30. Juni 2005 ist in dem Abschnitt "3. Interstitielle Brachytherapie" ausdrücklich festgehalten, dass im Unterschied zur stationären Bestrahlung im Sinne einer so genannten "Afterloadingtechnik" es andererseits möglich sei, in einer Sitzung eine permanente Seeds-Implantation "entweder stationär oder ambulant durchzuführen", die nachfolgenden Ausführungen bezögen sich auf die letztgenannte Methode. Darüber hinaus wird mitgeteilt, dass der Kläger eine radikale Prostatektomie wegen der im Text angegebenen Komplikationsraten ablehne und dass unter Wertung der einzelnen Therapieoptionen - genannt werden neben der radikalen Prostatektomie auch die externe Bestrahlung, die interstitielle Brachytherapie und die komplette Androgenblockade - die Monotherapie mit interstitieller Bestrahlung des Prostatakarzinoms zwingend die Therapie der Wahl für diesen Patienten sei. Angesichts des in seinem Namen gestellten Antrages vom 30. Juni 2005 und den klar

geäußerten Präferenzen zur nach umfassender Aufklärung gewählten Behandlungsmethode und eindeutiger Festlegung auf Dr. med. H als Behandler hatte die Beklagte keinen Anlass, den Kläger darauf hinzuweisen, ob und inwieweit die begehrte Behandlung in stationärer Form in einem Vertragskrankenhaus zu erlangen wäre (vgl. zu einem vergleichbaren Fall: BSG, Urteil vom 27. März 2007, [B 1 KR 25/06 R](#), Rz. 13, veröffentlicht in juris).

Zugunsten des Klägers folgt schließlich auch nichts aus dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06. Dezember 2005 ([1 BvR 347/98](#), [NZS 2006, 84](#)), wie das BSG in einem gleich gelagerten Fall festgestellt hat. Das BSG hat in seinem schon mehrfach erwähnten Urteil vom 04. April 2006 ([B 1 KR 12/05 R](#), a.a.O., RdNr. 36) ausgeführt:

"Das Bundesverfassungsgericht hat darin eine Ausnahme von dem Grundsatz, dass aus dem Grundgesetz keine konkreten krankenhausrrechtlichen Leistungsansprüche hergeleitet werden können, nur für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen gemacht, für die eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht. Um eine derartige Konstellation ging es bei dem Kläger im Jahr 2002 jedoch nicht. Wie seine behandelnden Ärzte seinerzeit gegenüber der Beklagten mitgeteilt hatten, bestand bei ihm lediglich ein Prostatakarzinom im Anfangsstadium ohne Hinweis auf metastatische Absiedlungen. Darüber hinaus existierte für die Behandlung dieses Leidens mit der Prostatektomie eine (vom Kläger nicht gewünschte) medizinische Standardtherapie, von der wie die weiteren Ermittlungen im Verfahren ergeben haben selbst bis heute nicht hinreichend klar ist, dass sie der begehrten Therapie unterlegen ist."

Nach alledem konnte die Berufung keine Aussicht auf Erfolg haben.

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen hierfür nach [§ 160 Abs. 1 Nr. 2 und 3 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2009-03-16