S 13 KR 315/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Sozialgericht Darmstadt
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	-
Kategorie	Gerichtsbescheid
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 13 KR 315/21
Datum	15.06.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 166/22
Datum	21.03.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Klage wird abgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten

Tatbestand

Die Beteiligten streiten um die Ãbernahme der Kosten fÃ¼r eine Positronen-Emissions-Tomographie mit Computertomographie (PET-CT) als Leistung nach dem FÃ¼nften Buch des Sozialgesetzbuchs â Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V).

Der 1951 geborene KlÃ¤ger ist Mitglied in der Gesetzlichen Krankenversicherung bei der Beklagten. Er leidet an den Folgen eines Prostatakarzinoms bei radikaler Prostatektomie. Im November 2019 wurde bei ihm ein postoperativer Anstieg des PSA-Werts festgestellt. Unter Vorlage eines Attests seines behandelnden Urologen beantragte er die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r eine PSMA PET-CT â Untersuchung.

Mit Schreiben vom 21. November 2019 wies die Beklagte den KlÃ¤ger auf die Rechtslage hin und teilte mit, den Medizinischen Dienst mit einer Begutachtung

dahingehend zu beauftragen, im Rahmen einer Einzelfallentscheidung die Kosten Ã¼bernommen werden kÃ¶nnten, obwohl es sich bei der beantragten Leistung um eine sog. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handele, fÃ¼r die eine BefÃ¼rwortung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht gegeben sei. Hierzu zog die Beklagte weitere medizinische Unterlagen von dem KlÃ¤ger bei.Â

Unter dem 10. August 2020 stellte der Medizinische Dienst gutachterlich fest, dass eine Ausnahmeindikation fÃ¼r eine PET-CT nicht vorliege. Als Vertragsleistung sei eine Savage Strahlentherapie anzuwenden. Vorliegend sei noch kein Rezidiv nachzuweisen, weil es nur einen einmaligen Anstieg des PSA-Werte aus dem Nullbereich gegeben habe. In diesem Fall sei die Strahlentherapie aber leitliniengerecht und solle mÃ¶glichst frÃ¼hzeitig begonnen werden. Eine akut lebensbedrohliche Situation sei nicht ersichtlich.

GestÃ¼tzt auf dieses Begutachtungsergebnis lehnte die Beklagte den Antrag des KlÃ¤gers mit Bescheid vom 12. August 2020 ab.Â

Der KlÃ¤ger legte dagegen am 20. August 2020 Widerspruch ein. Im Widerspruchsverfahren holte die Beklagte ein weiteres Gutachten ein, das unter dem 20. September 2020 erstattet wurde. Darin fÃ¼hrt der Gutachter aus, dass zu beachten sei, dass die PET-CT nur der Bestrahlungsplanung zu dienen bestimmt sei. HierfÃ¼r sei aber eine konventionelle Bildgebung ausreichend.

Am 29. September 2020 wurde die PET-CT â□□ Untersuchung durchgefÃ¼hrt. Das UniversitÃ¤tsklinikum Frankfurt am Main berechnete hierfÃ¼r privatÃ¤rztlich einen Betrag in HÃ¶he von 1.421,86 Euro, der dem KlÃ¤ger unter dem 3. November 2020 in Rechnung gestellt wurde.

Das Klinikum Darmstadt ging in einer medizinischen Stellungnahme vom 25. November 2020 davon aus, dass das Vorliegen einer akut lebensbedrohlichen oder regelmÃ¤Ã□ig tÃ¶dlich verlaufenden Erkrankung anzunehmen sei. Vertragliche Untersuchungsverfahren seien nicht gegeben; ein MRT habe keinen Anhalt fÃ¼r makroskopischen Tumorbefall erbracht. Die PET-CT sei auch geeignet. Dies sei daran zu erkennen, dass der Gemeinsame Bundesausschuss die Untersuchung nunmehr in bestimmten Konstellationen empfehle. Die Untersuchung sei schlieÃ□lich alternativlos. Aufgrund der PET-Untersuchung sei das Bestrahlungskonzept geÃ¤ndert worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 30. Juni 2021 wies die Beklagte den Widerspruch des KlÃ¤gers zurÃ¼ck. Die beantragte Untersuchung sei als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode grundsÃ¤tzlich von der Leistungspflicht der Beklagten ausgenommen. Nur in bestimmten Konstellationen habe der Gemeinsame Bundesausschuss die PET-CT als Untersuchungsmethode befÃ¼rwortet. Eine solche Ausnahmeindikation sei im Fall des KlÃ¤gers aber nicht gegeben. Die Beklagte sei hieran gebunden. Eine andere Beurteilung ergebe sich auch nicht aufgrund der Schwere der Erkrankung des KlÃ¤gers. Die Gutachten des Medizinischen Dienstes hÃ¤tten â□□ entgegen der EinschÃ¤tzung des Klinikums Darmstadt â□□ bereits keine akute Lebensbedrohlichkeit der Erkrankung des KlÃ¤gers ergeben. Selbst

wenn man diese aber annehme, so habe jedenfalls eine vertragliche Behandlungsalternative bestanden. Es sei nicht herleitbar, dass der KlÃ¤ger von den Ergebnissen der Untersuchung profitiert habe. Ferner sei die PET-CT zur Bestrahlungsplanung nicht hinreichend validiert.

Dagegen hat der KlÃ¤ger am 14. Juli 2021 Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt erhoben. Zur KlagebegrÃ¼ndung bezieht er sich auf sein Vorbringen im Widerspruchsverfahren.

Der KlÃ¤ger beantragt schriftlich,
den Bescheid der Beklagte vom 12. August 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Juni 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten fÃ¼r eine PSMA-PET-CT zu Ã¼bernehmen.

Die Beklagte beantragt schriftlich,
die Klage abzuweisen.

Die Beklagte bezieht sich zur Klageerwiderung auf die GrÃ¼nde der angefochtenen Verwaltungsentscheidungen.

Das Gericht hat bei den (behandelnden) Ãrzten Dr. K. und Dr. P. Befundberichte eingeholt.Â

Mit Schreiben vom 7. April 2022 hat das Gericht die Beteiligten zu seiner Absicht, den Rechtsstreit durch Gerichtsbescheid ohne mÃ¼ndliche Verhandlung entscheiden zu wollen, angehÃ¶rt.

Zur ErgÃ¤nzung des Tatbestands wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte des Beklagten.

EntscheidungsgrÃ¼nde

Das Gericht konnte gem. Â§ 105 Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mÃ¼ndliche Verhandlung durch Gerichtsbescheid entscheiden. Der Sachverhalt ist aufgeklÃ¤rt und die Rechtslage bietet keine besonderen Schwierigkeiten. Die Beteiligten sind hierzu angehÃ¶rt worden und hatten ausreichend Gelegenheit zu einer Stellungnahme.

Die zulÃ¤ssige Klage hat in der Sache keinen Erfolg.

Der Bescheid der Beklagte vom 12. August 2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 30. Juni 2021 ist rechtmÃ¤Ãig. Der KlÃ¤ger hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten fÃ¼r eine PSMA-PET-CT.

Als Rechtsgrundlage fÃ¼r einen Kostenerstattungsanspruch kommt vorliegend allein Â§ 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten fÃ¼r die selbst beschaffte

Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war (Â§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V).

Der Kostenerstattungsanspruch gem. Â§ 13 Abs. 3 SGB V reicht allerdings nicht weiter als der Sachleistungsanspruch, den er ersetzt. Nicht als Sachleistung geschuldete Leistungen kÃ¶nnen also auch auf dem Erstattungswege nicht verlangt werden. Dies ist aber schon deshalb selbstverstÃ¤ndlich und nicht erst eine Frage der Rechtsfolge, weil nicht geschuldete Leistungen bereits nicht â□□zu Unrecht abgelehnt sindâ□□ (MÃ¼ller, in OK-SGB V Â§ 13 Rn. 13).

Gem. Â§ 27 Abs. 1 Sozialgesetzbuch FÃ¼nftes Buch (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst die Ã¤rztliche Behandlung einschlieÃ□lich Psychotherapie als Ã¤rztliche und psychotherapeutische Behandlung, die zahnÃ¤rztliche Behandlung, die Versorgung mit Zahnersatz einschlieÃ□lich Zahnkronen und Suprakonstruktionen, die Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln, die hÃ¤usliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, die Krankenhausbehandlung und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergÃ¤nzende Leistungen.

Diese Vorschrift findet ihre Grenze allerdings in der Verbotsnorm des Â§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Nach Â§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V kÃ¶nnen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur abgerechnet werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss nach Â§ 91 Abs. 1 Satz 1, Abs. 5 SGB V in Richtlinien nach Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen u.a. Ã¼ber die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Neu ist dabei jede Behandlungsmethode, die bisher noch nicht Gegenstand der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung war. Der Gesetzgeber macht damit den Einsatz neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden von einer vorherigen Anerkennung durch den Bundesausschuss abhÃ¤ngig. Dies dient der Sicherung der QualitÃ¤t der Leistungserbringung zum Schutz der Versichertengemeinschaft vor Unwirtschaftlichkeit und der Versicherten vor unerprobten Methoden. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden sind solange von der Abrechnung zu Lasten der Krankenkassen ausgeschlossen, bis der Bundesausschuss sie als zweckmÃ¤Ã□ig anerkannt hat. Der Einwand des einzelnen Versicherten, eine nicht empfohlene Behandlungsmethode sei gleichwohl zweckmÃ¤Ã□ig und in seinem konkreten Fall wirksam bzw. lasse einen Behandlungserfolg als mÃ¶glich erscheinen, ist nicht beachtlich. Die gegenstÃ¤ndliche Untersuchung ist gem. Â§ 135 Abs. 1 SGB V deshalb grundsÃ¤tzlich ausgeschlossen. Es handelt sich um eine sog. â□□neue Untersuchungsmethodeâ□□, weil sie nicht als abrechnungsfÃ¤hige Ã¤rztliche Leistung im Einheitlichen BewertungsmaÃ□stab fÃ¼r vertragsÃ¤rztliche Leistungen (EBM-Ã□) enthalten ist.

Ein Anspruch kÃ¶nnte sich nur in den FÃ¤llen des Â§ 2 Abs. 1a SGB V. Diese Fallgruppe setzt jedoch eine lebensbedrohliche oder regelmÃ¤Ã□ig tÃ¶dlich verlaufende Erkrankung und das Fehlen einer allgemein anerkannten, dem

medizinischen Standard entsprechenden Behandlung voraus, durch die eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spÃ¼rbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Das subjektive Empfinden des Versicherten, ggf. gestÃ¼tzt durch die EinschÃ¤tzung oder Empfehlung behandelnder Ãrzte oder deren Behandlungserfahrung im Einzelfall, genÃ¼gt fÃ¼r sich allein regelmÃ¤Ãig nicht.

Im vorliegenden Fall dÃ¼rfte es bereits an einer lebensbedrohlichen Erkrankung in diesem Sinne fehlen. Mit seiner als â Nikolausbeschlussâ bekannt gewordenen Entscheidung vom 6. Dezember 2005 (1 BvR 347/98) hat das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) erkannt, dass es aufgrund einer verfassungskonformen Auslegung des krankenversicherungsrechtlichen Leistungsrechts trotz einer fehlenden Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses erforderlich ist, im Einzelfall die Eignung der Behandlungsmethode zu prÃ¼fen. In Â§ 2 Abs. 1a SGB V ist diese Rechtsprechung des BVerfG seit 1.1.2012 Gesetz geworden.Â

Die in Â§ 2 Abs. 1a SGB V geregelte medizinische Konstellation meint stets eine notstandsÃ¤hnliche Lage mit einer sehr begrenzten Lebensdauer. WertungsmÃ¤Ãig damit vergleichbar ist nach der hierzu ergangenen Rechtsprechung der wahrscheinlich drohende Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen kÃ¶rperlichen Funktion innerhalb eines kÃ¼rzeren Ã¼berschaubaren Zeitraums (siehe zur Kasuistik: jurisPK-SGB V/Plagemann, 4. Aufl., Â§ 2 SGB V (Stand: 15.06.2020), Rn. 55). Bei der Auslegung des Begriffs der regelmÃ¤Ãig tÃ¶dlich verlaufenden Erkrankung ist deshalb insbesondere auf den Faktor Zeit abzustellen, d.h. die notstandsÃ¤hnliche Situation des Â§ 2 Abs. 1a SGB V ist an einen besonderen Zeitdruck zu knÃ¼pfen (BSG v. 16. August 2021 â B 1 KR 29/20 R mAnm. MÃ¼ller, NZS 2022, 390). Vorliegend spricht der Zeitablauf gegen diesen besonderen Zeitdruck. Der PSA-Wert â Anstieg wurde im November 2019 festgestellt. Die streitgegenstÃ¤ndliche Untersuchung erfolgte im September 2020. Die Bestrahlung wurde ab Oktober 2020 vorgenommen. Die streitgegenstÃ¤ndliche Untersuchung fÃ¼hrte im Ãbrigen nicht zu einer vÃ¶llig anderen Bestrahlungstherapie, sondern lediglich zu einer ErgÃ¤nzung eine â Boostâ in der Region des kleinen Beckens.

Die Kammer geht im Ãbrigen gestÃ¼tzt auf das Begutachtungsergebnis des Medizinischen Dienstes davon aus, dass eine vertragliche Behandlungsalternativ bestanden hat. Leitlinienkonform war eben die vorgenommene Strahlentherapie bei Bestrahlungsplanung nach konventioneller Bildgebung. Die Kammer hat keine Anhaltspunkte, dass dies im vorliegenden Fall nicht ausreichend gewesen wÃ¤re. TatsÃ¤chlich war die Bestrahlung an sich ohnehin beabsichtigt. Lediglich der sog. â Boostâ war aufgrund des Untersuchungsergebnisses ergÃ¤nzt worden. Mit dem Begutachtungsergebnis des Medizinischen Dienstes geht die Kammer insoweit davon aus, dass insoweit aber nicht mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit â und dies wÃ¤re hier der BeweismaÃstab â nachtrÃ¤glich feststellbar ist, dass der KlÃ¤ger von der Bestrahlung mit â Boostâ mehr profitiert hat, als er von einer Bestrahlung ohne â Boostâ profitiert hÃ¤tte. Die PSMA-PET-CT war zum Zeitpunkt der Untersuchung nicht hinreichend validiert. Ein

falsch positiver Befund im Bereich des kleinen Beckens konnte deshalb nicht ausgeschlossen werden. Auch die beigezogenen Befundberichte kÃ¶nnen insoweit kein anderes Ergebnis begrÃ¼nden, da sie â selbstredend â gerade den Ausschluss eines falsch positiven Befunds nicht erbringen kÃ¶nnen. Lediglich die KausalitÃ¤t der Änderung des Bestrahlungsplans kann dagegen den Anspruch des KlÃ¤gers nicht begrÃ¼nden. Ein Anspruch wÃ¤re lediglich denkbar, wenn durch die neue Untersuchungsmethode ein Befund mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit zu erbringen gewesen wÃ¤re, der durch konventionelle Bildgebung nicht hÃ¤tte erlangt werden kÃ¶nnen.

Die Kammer musste sich auch nicht zu weiteren medizinischen Ermittlungen gedrÃ¤ngt sehen, da es auf die medizinische Situation des KlÃ¤gers vor der Bestrahlung ankommt und diese nicht mehr durch eine ambulante Begutachtung aufklÃ¤rbar ist, sondern lediglich durch die vorhandenen und vollstÃ¤ndig beigezogenen medizinischen Befunde.

Die Klage konnte deshalb keinen Erfolg haben.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG und entspricht dem Ausgang des Verfahrens.
Â

Erstellt am: 19.04.2024

Zuletzt verändert am: 23.12.2024