
S 5 KR 75/02

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	-
Sozialgericht	Landessozialgericht Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	-
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 KR 75/02
Datum	12.11.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 (16) KR 5/04
Datum	25.01.2006

3. Instanz

Datum	-
-------	---

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 12.11.2003 wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten werden auch im Berufungsverfahren nicht erstattet. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenerstattung für eine im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführte autologe Chondrozytenimplantation (ACI) am Kniegelenk in Höhe von 5.811,60 Euro.

Auf Grund eines fortgeschrittenen femoralen Knorpelschadens am linken Kniegelenk befand sich die Klägerin in der Zeit vom 3. bis 6. September 2001 in stationärer Behandlung zur Durchführung einer Arthroskopie. Außerdem wurde eine Knorpelbiopsie zur Knorpelanzüchtung durchgeführt. Für diese Knorpelzellzüchtung beantragte sie am 20. September 2001 unter Vorlage ärztlicher Bescheinigungen bei der Beklagten die Kostenübernahme. Nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) teilte die Beklagte ihr am 18. Oktober 2001 telefonisch mit, die Kosten für die stationäre Behandlung zu übernehmen, jedoch keine weiteren Sachkosten. Am 22. Oktober 2001 begab sich die Klägerin erneut in

stationäre Behandlung, in deren Verlauf am 23. Oktober 2001 die Knorpelzelltransplantation durchgeführt wurde.

Mit Bescheid vom 14. November 2001 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme für die Knorpelzelltransplantation ab. Ihren dagegen gerichteten Widerspruch vom 3. Dezember 2001 begründete die Klägerin damit, trotz der Ablehnung der Kostenübernahme für die über den stationären Aufenthalt hinausgehenden Sachkosten habe die Knorpelzellzüchtung veranlasst werden müssen, da die Verwahrdauer der Knorpelzellen abzulaufen drohte und eine weitere Operation danach zusätzlich notwendig geworden wäre. Die Behandlungsmethode der Knorpelzellzüchtung sei nach 10-jähriger Erfahrung mit 80-90 v. H. Erfolg zu beziffern. Die ACI würde von verschiedenen Kliniken mittlerweile angeboten, einige Krankenkassen würden die Kosten übernehmen, weltweit seien bereits mehr als 2000 Patienten erfolgreich nach dieser Methode behandelt worden.

Mit Widerspruchsbescheid vom 18. März 2002 wies die Beklagte den Widerspruch zurück.

Hiergegen richtete sich die am 5. April 2002 vor dem Sozialgericht Köln erhobene Klage, mit der die Klägerin die Erstattung der ihr in Rechnung gestellten Kosten in Höhe 11.368,00 DM (5.811,60 Euro) begehrte, anfangs gemäß einer Rechnung der Firma Verigen für Chondrozytenkultivierung, später gemäß Rechnung eines Dr. Dr. H für Auslagen für Autologe Chondrozyten Transplantation. Zur Begründung vertrat die Klägerin die Auffassung, die streitige ACI sei in drei Fernsehberichten im September und Oktober 2001 als zukunftssträchtige Methode dargestellt worden. Der Beschluss des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Durchführung der ACI im ambulanten vertragsärztlichen Bereich datiere von April 2000, es sei ungeklärt, ob der Bundesausschuss nicht mittlerweile einen weiterführenden Beschluss gefasst habe, außerdem sei die Maßnahme bei ihr stationär durchgeführt worden. Für sie sei es darüber hinaus nicht nachvollziehbar, dass die Beklagte nicht innovative und fortschrittliche Methoden vorantreibe und für ihre Versicherten keine Einzelfallentscheidungen durchsetze. Im Übrigen halte sie es für widersprüchlich, dass andere gesetzliche Krankenkassen die Kosten für die streitige Operation übernehmen würden.

Die Klägerin hat beantragt,

den Bescheid der Beklagten vom 14. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2002 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die Chondrozytenimplantation in Höhe von 5.811,60 Euro zu erstatten.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Zur Begründung ihres Klageabweisungsantrags hat die Beklagte sich im Wesentlichen auf ihre Ausführungen im angefochtenen Widerspruchsbescheid

bezogen. Darüber hinaus hat sie darauf hingewiesen, es sei den Krankenhäusern überlassen, welche Behandlungsmethoden im Einzelfall angewandt würden, das umfasse auch im ambulanten Bereich nicht zugelassene Behandlungsmethoden. Da für die hier streitige ACI kein Sonderentgelt vereinbart worden sei, seien die dadurch entstandenen Kosten mit den allgemeinen Krankenhauskosten abgegolten.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 12.11.2003 abgewiesen. Eine Kostenübernahme scheitere bereits, weil die Klägerin den Beschaffungsweg nicht eingehalten habe. § 13 Abs. 3 Alternative 2 des Sozialgesetzbuches (SGB) V als maßgebliche Rechtsgrundlage sehe einen Kostenerstattungsanspruch nur für den Fall vor, in dem die Kosten für eine selbst beschaffte Leistung dadurch entstanden seien, dass die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt habe. Aus der gesetzlichen Formulierung ergebe sich, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand in Form der rechtswidrigen Ablehnung und dem Nachteil der Versicherten in Form der Tragung der Kostenlast ein Kausalzusammenhang bestehen müsse, ohne den die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt sei. Im Einzelfall ergebe sich daraus zum Einen, dass die Krankenkasse nur für solche Leistungen aufzukommen habe, die sie auch bei rechtzeitiger bzw. ordnungsgemäßer Bereitstellung der geschuldeten Leistung hätte gewähren müssen und zum Anderen – sofern kein Notfall vorliege – Kosten für eine selbst beschaffte Leistung nur zu ersetzen seien, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt habe. Diese Voraussetzungen seien vorliegend nicht gegeben, denn die Klägerin habe bereits vor der Antragstellung am 20. September 2001 die Knorpelbiopsie durchführen lassen, nämlich während des stationären Aufenthalts vom 3. bis 6. September 2001 und sich dafür privat zur Kostentragung gegenüber dem G-Hospital einverstanden erklärt. Damit seien die ihr in dieser Zeit entstandenen Kosten auf Grund ihrer eigenen Entscheidung und nicht dadurch entstanden, dass die Beklagte die beantragte Leistung abgelehnt habe. Eine zögerliche Bearbeitung des Antrags durch die Beklagte sei nicht feststellbar. Ungeachtet dieses formellen Aspekts habe die Beklagte die Leistung aber auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Die Beklagte sei zur Kostenerstattung nur verpflichtet, soweit es sich um Kosten für Leistungen handle, die vom Sachleistungsprinzip umfasst seien. Dieses wirke sich im Rahmen der Krankenhausbehandlung nach [§ 27 Abs. 1 Nr. 5 SGB V](#) dahingehend aus, dass Leistungen nur durch zugelassene Krankenhäuser ([§ 108 SGB V](#)) erbracht werden dürften, mit denen Fallpauschalen, Sonderentgelte oder tagesgleiche Pflegesätze für die stationären Behandlungen vereinbart seien. Mit diesen seien sämtliche Kosten für die stationären Aufenthalte erfasst, darüber hinausgehende Vergütungen kämen nicht in Betracht. So lange der für die stationäre Behandlung zuständige Unterausschuss Krankenhaus (heute: Methodenbewertung) des Gemeinsamen Bundesausschusses die Durchführung einer Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht ausdrücklich für den stationären Bereich ausgeschlossen habe, sei es in das Ermessen des Krankenhausarztes gestellt, diese durchzuführen, ohne dass dadurch jedoch ein gesonderter Kostenerstattungsanspruch entstünde. An dieser durch das Sachleistungssystem geprägten Rechtslage könne sich auch nichts dadurch ändern, dass die Klägerin gegenüber dem St. G-Hospital eine private Verpflichtung eingegangen sei, die Kosten für die Knorpelzellzüchtung selbst zu tragen. Soweit die Klägerin sich auf

ihrer Meinung nach anders lautende erstinstanzliche Entscheidungen des Sozialgerichts Düsseldorf (Urteil vom 27.09.2001, Az.: [S 4 KR 170/98](#)) bzw. des Sozialgerichts Hannover (Urteil vom 16. April 2002, Az.: [S 4 KR 59/01](#)) berufe, verkenne sie, dass die Beklagten dort zwar zur Gewährung einer Chondrozytentransplantation verurteilt worden seien, es sich dabei aber nicht um eine Verurteilung zur Erbringung der ACI gehandelt habe, Streitgegenstand vielmehr der stationäre Aufenthalt als solcher gewesen sei. Die Kosten dafür habe die Beklagte vorliegend aber übernommen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der Klägerin vom 7. Januar 2004. Die vorgenommene Operation und die Knorpelzellzüchtung seien notwendig gewesen, um eine weitere Verschlimmerung der Erkrankungen zu vermeiden. Durch die Behandlung sei sogar eine Heilung des Knieschadens ermöglicht worden, denn sie könne mittlerweile beschwerdefrei leben. Die ACI sei die einzige Möglichkeit gewesen, ihre Gesundheit wiederherzustellen. Sie habe außerdem unter Zeitdruck gestanden, weil bei längerem Abwarten auch diese Behandlungsmöglichkeit verspielt worden sei, denn der Schaden an ihrem Kniegelenk sei progredient gewesen. Aus diesem Grunde sei zu einem späteren Zeitpunkt wahrscheinlich nur noch der Einsatz einer Knieprothese möglich gewesen, das hätte jedoch zu eindeutig höheren Kosten geführt. Bei der ACI habe es sich um keine neue oder unerprobte Methode gehandelt, vielmehr gebe es auch im Ausland zahlreiche Studien, die zu wissenschaftlich nachprüfbareren Aussagen bezüglich der Behandlungsmethoden kämen. Es könne nicht zu ihren Lasten gehen, dass sie lediglich die Zusage für den stationären Aufenthalt bekommen habe, nicht aber für die Übernahme der Kosten, die durch die Knorpelanzüchtung entstanden seien. Im Übrigen entziehe es sich ihrer Kenntnis, aus welchem Grunde das Krankenhaus die gesamten Behandlungskosten nicht mit der Beklagten abgerechnet habe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Köln vom 12.11.2003 abzuändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 14. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2002 zu verurteilen, die Kosten für die Chondrozytenimplantation in Höhe von 5.811,60 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Ungeachtet der Einhaltung des Beschaffungswegs könnten über die abgerechneten Kosten für den stationären Aufenthalt hinaus keine weiteren übernommen werden.

Wegen der weiteren Darstellung des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte, der Verwaltungsakte der Beklagten, die der Senat beigezogen hat und deren Inhalt Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist, sowie den Vortrag der Beteiligten im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, sie ist aber nicht begründet.

Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen, denn die Klägerin ist durch den angefochtenen Bescheid vom 14. November 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18. März 2002 nicht beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 2 Satz 1](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG).

Hierzu bezieht der Senat sich vollinhaltlich auf die umfassenden Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils, die er sich nach Prüfung der Sach- und Rechtslage zu eigen macht ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)).

Das Vorbringen der Klägerin im Berufungsverfahren führt zu keiner abweichenden Beurteilung, denn es besteht im Wesentlichen in einer Wiederholung und Vertiefung ihres Vortrags aus dem Widerspruchs- bzw. dem erstinstanzlichen Verfahren.

Ergänzend weist der Senat darauf hin, dass auch der 5. Senat des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen (LSG NRW) in einer Entscheidung vom 19.07.2004 (Az.: [L 5 KR 63/02](#)) im Zusammenhang mit der im Rahmen einer stationären Behandlung durchgeführten ACI am Kniegelenk entschieden hat, dass bei einer stationären Behandlung alle medizinisch notwendigen Maßnahmen ausschließlich durch die Pflegesätze vergütet werden. Soweit die behandelnden Krankenhausärzte eine ACI für medizinisch erforderlich hielten, könnten auch die Kosten der Zellzüchtung nur über die Pflegesätze abgerechnet werden. Selbst eine Vereinbarung über Wahlleistungen nach § 22 der Bundespflegesatzverordnung (BBfIV) sei nicht möglich, denn nach Abs. 1 Satz 2 der genannten Vorschrift dürften therapeutische Leistungen als Wahlleistungen nur gesondert berechnet werden, wenn die allgemeinen Krankenhausleistungen nicht beeinträchtigt würden. Für eine im Rahmen der Krankenhausbehandlung erforderliche Maßnahme dürfe das Krankenhaus in keinem Fall eine Zusatzvergütung fordern oder vom Patienten verlangen, sich auf eigene Rechnung eine für die Behandlung notwendige Leistung zu beschaffen. Dem schließt sich der Senat an.

Sofern die Klägerin der Auffassung ist, die Beklagte müsse darauf hinwirken, Einzelfallentscheidungen für Patienten durchzusetzen, verkennt sie das System der gesetzlichen Krankenversicherung. Dieses besteht darin, die ärztliche Versorgung der Bevölkerung im ambulanten und stationären Bereich sicherzustellen. Dabei sind die Krankenkassen an Recht und Gesetz gebunden. Es ist nicht ihre Aufgabe, versuchsweise in Einzelfällen innovative und fortschrittliche Methoden voranzutreiben, um damit letztlich die Forschung zu finanzieren. Aus diesem Grunde kommt es auch nicht darauf an, dass nach dem Vortrag der Klägerin weltweit 2000 Patienten erfolgreich mit der Methode behandelt worden seien, abgesehen davon, dass diese Zahl bei globaler Betrachtung als geringfügig und damit unbedeutend anzusehen ist. Ebensowenig kann die Klägerin aus positiven Entscheidungen anderer Krankenkassen zur Durchführung der ACI für sich Rechte ableiten, denn die – möglicherweise rechtswidrigen – Entscheidungen anderer Krankenkassen sind für die Beklagte nicht verbindlich. Zu Unrecht geht die Klägerin

auch davon aus, es könne nicht zu ihren Lasten gehen, dass sie lediglich die Zusage für den stationären Aufenthalt bekommen habe, nicht aber auch die der Übernahme der Kosten für die Knorpelzüchtung. In diesem Zusammenhang verkennt die Klägerin, dass sie – ungeachtet der Möglichkeit der Anfechtung des ablehnenden Bescheides – an diesen Bescheid zunächst gebunden ist und nicht dadurch eine Verpflichtung der Beklagten zur Kostenerstattung begründen kann, indem sie sich über diese klare Aussage hinwegsetzt und eine privat-rechtliche Verpflichtung gegenüber dem Krankenhaus eingeht.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Erstellt am: 17.02.2006

Zuletzt verändert am: 17.02.2006