
S 5 KR 1518/03

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Baden-Württemberg
Sozialgericht	Landessozialgericht Baden-Württemberg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	11
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	Im Krankenhaus bedürfen neuartige Verfahren grundsätzlich keiner vorherigen Zulassung. In den Zuständigkeitsbereich der Gerichte fällt die Prüfung, ob die Notwendigkeit bestand genau diese Therapie zu wählen. Dies ist bei einer Therapie, die sich noch in einem experimentellen Stadium befindet in der Regel nicht der Fall (Therapie nach Prl. Racz).
Normenkette	SGB V §§ 2 Abs. 1 S. 3 ; 12 Abs. 1; 13 Abs. 3; 28 Abs. 1; 91 Abs. VII; 137 c

1. Instanz

Aktenzeichen	S 5 KR 1518/03
Datum	13.10.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	L 11 KR 4487/03
Datum	20.04.2004

3. Instanz

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

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. Oktober 2003 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten besteht Streit darüber, ob die Beklagte die Kosten für eine stationäre Behandlung der Klägerin in dem Vertragskrankenhaus Dr.

S.-Klinik in M. und die Arztkosten für die dort durchgeführte Bandscheibenoperation mittels epiduraler Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. R. zu erstatten hat.

Die 1938 geborene Klägerin ist Mitglied der Beklagten.

Unter Vorlage von Briefen des Orthopäden Dr. S., eines Patienteninformationsblattes und eines Kostenvoranschlags sowie einer Aufstellung der Narkosekosten beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für eine minimale invasive epidurale Neurolyse und Neuroplastik nach Professor R. zur Behandlung des bei ihr bestehenden C8-Syndroms rechts und des mediorechtslateralen Bandscheibenprolapses C7/TH1. In dem beigefügten Patienteninformationsblatt heißt es, dass die Behandlung keine Kassenleistung sei. Bei der R.-Methode werde ein gewünschter und gezielter Einfluss auf die unterschiedlichen im Epiduralraum anzutreffenden Gewebearten ausgeübt. Bei diesem minimalinvasiven Eingriff werde durch die genaue Platzierung des Katheters an den einengenden extraduralen oder extraspinalen Strukturen und die anschließenden Arzneimittelinjektionen erreicht, dass der raumfordernde Prozess beseitigt oder zur Rückbildung (Schrumpfung) gebracht werde, wodurch eine Entlastung der Bandscheibe und der geschädigten Nervenwurzeln erfolge. Zudem würden durch die zusätzliche Induzierung einer speziellen Enzymlösung Rückenmarksnahe Verklebungen und Vernarbungen gelöst. Es handle sich hierbei um ein mittlerweile anerkanntes Therapieverfahren.

Mit Bescheid vom 27.02.2003 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Zur Behandlung eines Bandscheibenvorfalles sei die epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nicht anerkannt. Damit könne keine Kostenübernahme erfolgen. Dies gelte auch für den in diesem Zusammenhang notwendigen stationären Aufenthalt.

Die Klägerin erhob dagegen Widerspruch, den die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 08.05.2003 zurückwies. Die epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik zur Schmerzbehandlung sei eine Kassenleistung und könne über den sogenannten Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) über die Krankenversicherungskarte abgerechnet werden. Bei dieser Methode werde ein Schmerzkatheter angelegt, über welchen Medikamente an die schmerzauslösende Stelle befördert würden. Zur Behandlung des Bandscheibenvorfalles sei die epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik hingegen nicht anerkannt. Hierbei handle es sich um eine Privatbehandlung. Im Übrigen gelte für stationäre Leistungen die Bundespflegesatzverordnung (BPfIV). Danach umfasse die Krankenhausleistung insbesondere ärztliche Leistungen, Krankenpflege, Versorgung mit Arznei, Heil- und Hilfsmitteln, die für die Versorgung im Krankenhaus notwendig seien, sowie Unterkunft und Verpflegung. Durch die von den Krankenkassen nach der BPfIV an die Krankenhauskörper zu zahlenden Pflegesätze seien im Rahmen des Sachleistungsanspruches nach [§ 39](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) alle Kosten abgegolten. Mehrkosten für ärztliche Leistungen einschließlich von Materialkosten könnten über den Pflegesatz hinaus nicht übernommen werden.

Deswegen erhob die KlÄgerin Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG). Zur BegrÄndung fÄhrte sie im Wesentlichen aus, sie habe sich wegen der Beschwerden an ihrer HalswirbelsÄule erkundigt und dabei in Erfahrung gebracht, dass sÄmtliche Behandlungsmethoden nach der herkÄmmlichen Art und Weise erhebliche Komplikationen mit sich bringen kÄnnten. Es gebe bei den herkÄmmlichen Behandlungsweisen insbesondere genÄgend FÄlle, wonach der Patient nach der durchgefÄhrten Behandlung (Operation) sehr schwere FolgeschÄden in Form von LÄhmungen, in einzelnen FÄllen QuerschnittslÄhmungen, erleiden mÄsse. Dies habe bei ihr dazu gefÄhrt, dass sie geradezu panische Angst entwickelt habe, sich operieren zu lassen. Auf der anderen Seite habe sie dringend behandelt werden mÄssen. Sie habe dann von der deutlich schonenderen Methode bei Dr. S. gehÄhrt und sich umfassend beraten lassen. Die Behandlung sei mittlerweile durchgefÄhrt worden und habe zu einem hervorragenden Erfolg gefÄhrt. Sie sei auf dem besten Weg der absoluten Gesundheit. Davon abgesehen sei die Behandlung bei Dr. S. wirtschaftlich deutlich gÄnstiger als eine etwaige Operation. Sie legte die Rechnung der Kliniken Dr. M.S. Äber die stationÄre Behandlung in der Zeit vom 11.03. bis 15.03.2003 in HÄhe von 1.084,38 EUR, die Rechnung des Dr. S. Äber die am 12.03.2003 durchgefÄhrten Ärztlichen Leistungen in HÄhe von 1.628,55 EUR, die Rechnung des Narkosearztes Dr. M. Äber 188,79 EUR und die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch den Arzt fÄr Allgemeinmedizin Dr. B.-L. vor.

Mit Gerichtsbescheid vom 13.10.2003 wies das SG die Klage ab. Die Erstattung der Kosten von Dr. M. und Dr. S. scheitere daran, dass hier Kosten fÄr eine Behandlungsmethode in Rechnung gestellt wÄrden, die nicht vom zustÄndigen Ausschuss im Rahmen der Richtlinienkompetenz nach [Ä 92 Sozialgesetzbuch FÄnftes Buch \(SGB V\)](#) als abrechnungsfÄhige Leistungen anerkannt seien. Einer Erstattung der Rechnung der Kliniken Schreiber stÄnden die Behandlungsrichtlinien nach [Ä 92 SGB V](#) zwar nicht entgegen. Da es sich bei dieser stationÄren Behandlung lediglich um eine stationÄre Unterbringung zur DurchfÄhrung einer in der ambulanten Versorgung nicht abrechnungsfÄhigen Methode gehandelt habe, sei die Beklagte aber auch zur Erstattung dieser Rechnung nicht verpflichtet. Von einer SystemstÄrung, wonach hiervon abweichend eine Erstattung zu erfolgen habe, kÄnne angesichts des Leidens der KlÄgerin nicht die Rede sein. Es sei nahezu denknotwendig ausgeschlossen, dass nicht genÄgend geeignete und bewÄhrte Methoden zur Behandlung des Leidens der KlÄgerin, die in die Leistungspflicht der Beklagten fallen wÄrden, zur VerfÄgung stÄnden. Die Angst vor einem Operationsrisiko kÄnne nicht dazu fÄhren, das System der gesetzlichen Krankenversicherung gleichsam "auszuhebeln" und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung alle Vorteile einer Privatversicherung mit denen einer Versicherung Äber die Solidargemeinschaft zu verbinden.

Dagegen richtet sich die am 10.11.2003 eingelegte Berufung der KlÄgerin. Sie trÄgt unter Vorlage eines Artikels aus der Zeitschrift ORTHOpres 4/2003, S. 36 ff. "RÄckenschmerzen und kein Ende!" von Michael Maus vor, dass die Angst vor einer QuerschnittslÄhmung bei ihr derart groÄ gewesen sei, dass sie nach ihrer persÄnlichen EinschÄtzung zwingend eine alternative Behandlungsmethode

benötigt habe. Von dieser Angst getragen sei es für sie undenkbar gewesen, eine Operation nach den bekannten medizinischen Methoden mit den dort bekannten Risiken von schweren Folgeschäden wie Lähmungen in Kauf zu nehmen. Die Behandlung sei absolut erfolgreich gewesen. Die von Prof. S. angewandte Methode könne zwischenzeitlich auch als seriöse, erfolgreiche und den herkömmlichen Methoden überlegene Behandlungsweise angesehen werden und sie sei darüber hinaus wirtschaftlich deutlich günstiger als eine etwaige Operation im Krankenhaus nach der Schulmedizin.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Reutlingen vom 13. Oktober 2003 sowie den Bescheid vom 27. Februar 2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 8. Mai 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 2.901,72 EUR nebst Zinsen hieraus in Höhe von 5%-Punkten über dem Basiszinssatz seit dem 30. April 2003 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat auf Anfrage des Senats mitgeteilt, bei Dr. S. handele es sich um einen Vertragsarzt und bei der Dr. S.-Klinik in M. um ein Vertragskrankenhaus.

Der Senat hat eine Überlegung des Gemeinsamen Bundesausschusses gemäß [§ 91 Abs. 5 SGB V](#) zur Wirbelsäulenkatheterbehandlung nach Prof. R. eingeholt. Der Unterausschuss "Ärztliche Behandlung" hat mitgeteilt, dass die angefragte Methode unter Anwendung eines "Wirbelsäulen-Katheters nach Prof. R." bisher nicht überpruft worden sei. Ein Antrag sei insoweit noch nicht gestellt worden. Der Geschäftsführung lägen auch keine weitergehenden Informationen zu der Methode vor. Am 28.03.2003 sei eine Überprüfung der wissenschaftlichen Literatur als Assessmentbericht von Kassenärztlicher Bundesvereinigung (KBV) und Bundesärztekammer gemeinsam vorgelegt worden. In dieser Untersuchung seien die Autoren unter anderem zu dem Ergebnis gekommen, dass zur minimalinvasiven Wirbelsäulenkathetertechnik nach R. nur wenige wissenschaftliche Studien hätten identifiziert werden können. In keiner Studie sei das Patientenkollektiv detailliert mit Ein- und Ausschlusskriterien beschrieben worden. Zumeist habe ein sehr inhomogenes Studienkollektiv vorgelegen. Zum Beleg des Nutzens seien keine verlässlichen Outcome-Parameter genutzt worden. Die Wirbelsäulenkathetertechnik nach R. sei zu unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsablauf der zugrundeliegenden Erkrankung zur Anwendung gekommen. Der Zeitpunkt des Einsatzes werde in der wissenschaftlichen Literatur in den Stellungnahmen kontrovers diskutiert. Die Therapie sei bisher sehr unterschiedlich ausgestaltet und insgesamt bisher nicht standardisiert. Die lokalen und systemischen Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Interaktionen der zum Teil außerhalb der arzneimittelrechtlichen Zulassung eingesetzten Medikamente lasse sich nicht ausreichend beurteilen. Ein valider Wirksamkeitsnachweis der minimalinvasiven Kathetertechnik nach R. habe mit den vorliegenden Studien nicht

erbracht werden können. Die Technik müsse als experimentelle Therapie angesehen werden. Zur Schmerzbehandlung sei die Leistung allerdings bereits jetzt Bestandteil der vertragsärztlichen Gebührenordnung (EBM § Ziff. 443).

Die Klägerin hat hierzu noch einmal darauf verwiesen, bei der epiduralen Wirbelsäulenkathetertechnik nach Prof. R. handle es sich um eine wissenschaftlich und in der Medizin anerkannte Methode, die unter den Leistungskatalog der Krankenkasse falle. Im übrigen sei die von Dr. S. bei der Klägerin angewandte Methode in der Vergangenheit von anderen Krankenkassen abgewickelt und bezahlt worden. Die gestellten Rechnungen seien nach den üblichen Krankenkassenleistungen nicht überzogen.

Die Beklagte hat sich im wesentlichen auf den Gerichtsbescheid und die Aufhebung des Gemeinsamen Bundesausschusses berufen. Zur Behandlung des Bandscheibenvorfalles sei die epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik nicht anerkannt. Die Klägerin sei auch darauf hingewiesen worden, dass es sich hierbei um keine Kassenleistung handle. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung erschließe sich nicht. Die epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik könne ambulant durchgeführt werden.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts sowie des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Verwaltungsakten der Beklagten sowie der Akten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide sind rechtmäßig. Die Behandlung eines Bandscheibenvorfalles mithilfe der Kathetertechnik nach Prof. R. ist von der Beklagten nicht zu erstatten.

Als Rechtsgrundlage der erhobenen Ansprüche kommt nur § 13 Abs. 3 Zweite Fallgruppe SGB V in Betracht. Danach sind dem Versicherten Kosten einer selbstbeschafften Leistung zu erstatten, wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte. Da die Klägerin vor der Inanspruchnahme der streitigen Leistung eine ablehnende Entscheidung der Beklagten herbeigeführt hat, kommt es auf das Merkmal der Unaufschiebbarkeit im Sinne von [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) in seiner ersten Variante nicht an. Denn dieses Merkmal dient im Interesse der lückenlosen Erfassung aller Fälle der berechtigten Selbstbeschaffung von Leistungen ausschließlich dazu, diejenigen Versicherten zu begünstigen, denen es wegen der Eilbedürftigkeit der Angelegenheit nicht zuzumuten ist, die Krankenkasse einzuschalten oder ihre Entscheidung abzuwarten; in einem derartigen Fall kann der Anspruch des Versicherten nicht schon daran scheitern, dass er sich vorher nicht mit der Krankenkasse in Verbindung gesetzt hat. Das Merkmal der Unaufschiebbarkeit verdrängt demgegenüber niemals das Merkmal der Rechtswidrigkeit der Leistungsverweigerung: Trotz Unaufschiebbarkeit hat die Kasse nicht einzustehen, wenn der Versicherte sich eine Maßnahme beschafft hat, die unter jedem Gesichtspunkt (selbst unter demjenigen des Systemversagens)

vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen ist. Infolge dessen besteht der Kostenerstattungsanspruch unabhängig von der Eilbedürftigkeit nur für medizinische Maßnahmen, die ihrer Art nach von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistungen zu erbringen sind (vgl. BSG, Urteil vom 19.02.2002 – [B 1 KR 16/00](#) – in [SozR 3-2500 Â§ 92 Nr. 12](#)).

Allgemeine Rechtsgrundlage für die beanspruchte Sachleistung ist [Â§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Danach haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. In diesem Sinne kam den Beschwerden der Klägerin im Wirbelsäulenbereich sicherlich Krankheitswert zu. Dies allein genügt jedoch noch nicht, um einen Kostenerstattungsanspruch auszulösen, erforderlich ist des Weiteren, dass die hier im Krankenhaus durchgeführte Behandlung den in [Â§ 2 Abs. 1 Satz 3](#), [Â§ 12 Abs. 1](#) und [Â§ 28 Abs. 1 SGB V](#) für die gesamte Krankenversicherung festgelegten Qualitätskriterien genügt. Dabei obliegt die Prüfung und Entscheidung darüber, ob eine im Krankenhaus angewandte Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nach dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse als wirksam und zweckmäßig einzuschätzen ist und damit dem geforderten Versorgungsstandard entspricht, seit Inkrafttreten des Gesetzes zur Reform der gesetzlichen Krankenversicherung ab dem Jahre 2000 vom 22.12.1999 nicht der Krankenkasse oder den Gerichten, sondern bis zum 31.12.2003 dem hierfür nach [Â§ 137 c SGB V](#) eingerichteten Ausschuss Krankenhaus und seither dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach [Â§ 91 Abs. 7 SGB V](#) als dessen Rechtsnachfolger. Dieses mit Vertretern der Ärzteschaft, der Krankenhäuser und der Krankenkassen sachkundig besetzte Gremium soll – ähnlich wie im Bereich der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung der Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – bei Bedarf die Frage der Zugehörigkeit einer Untersuchungs- oder Behandlungsmethode zum Leistungskatalog der Krankenversicherung für Leistungsanbieter, Kostenträger und Versicherte verbindlich klären (vgl. BSG, Urteil vom 19.02.2003 – [B 1 KR 1/02 R](#) – in [BSGE 90, 289](#) ff.). Auf Antrag eines Spitzenverbandes der Krankenkassen, der Deutschen Krankenhausgesellschaft oder eines Bundesverbandes der Krankenhausergeber prüft der Ausschuss Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, die zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen im Rahmen einer Krankenhausbehandlung angewandt werden oder angewandt werden sollen, darauf hin, ob sie für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse erforderlich sind. Ergibt die Überprüfung, dass die Methode den genannten Kriterien nicht entspricht, darf sie im Rahmen einer Krankenhausbehandlung zu Lasten der Krankenkassen nicht erbracht werden ([Â§ 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Eine Anwendung bei Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen. Im Unterschied zur Rechtslage in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung verzichtet das Gesetz bei Krankenhausleistungen allerdings auf einen Erlaubnisvorbehalt für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden. Dies hat zur Konsequenz, dass im klinischen Bereich neuartige Verfahren vor einem Einsatz in der Krankenversicherung nicht automatisch einer Überprüfung und Bewertung im

Hinblick auf die Erfüllung der geforderten Versorgungsstandards unterzogen werden. Im Krankenhaus bedürfen auch neuartige Verfahren grundsätzlich keiner vorherigen Zulassung. Sie können zu Lasten der Krankenversicherung angewandt werden, solange der Ausschuss Krankenhaus sie nicht ausgeschlossen hat. Die Gefahr, dass deshalb zweifelhafte oder unwirksame Maßnahmen zum Einsatz kommen, ist im Krankenhaus schon wegen der internen Kontrollmechanismen und der anderen Versorgungsstrukturen geringer als bei der Behandlung durch einzelne niedergelassene Ärzte. Neue, noch nicht ausreichend gesicherte Diagnose- oder Behandlungsmethoden können im Krankenhaus im Rahmen klinischer Studien erprobt werden ([§ 137c Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)). Bei Zweifeln am medizinischen Nutzen einer neuer Behandlung hat die Krankenkasse die Möglichkeit, über ihren Spitzenverband eine Beurteilung durch den Ausschuss Krankenhaus zu veranlassen und ggf. auf diesem Wege eine Ausgrenzung zu erreichen (vgl. BSG Urteil vom 19.02.2003 a.a.O.). Ein Ausschluss der Behandlung eines Bandscheibenvorfalls mit Hilfe der minimalinvasiven Wirbelsäulenkathetertechnik nach R. durch den zuständigen Ausschuss liegt hier nicht vor. Die Methode wurde nicht überprüft. Ein Antrag hierzu ist von den antragsberechtigten Organisationen nicht gestellt worden. Auch die Krankenkasse hat bisher über ihren Spitzenverband noch nicht veranlasst, dass diese Behandlung durch den Ausschuss überprüft und letztendlich ausgegrenzt wird. Damit scheidet die bei der Klägerin durchgeführte Behandlung nicht von vornherein als Kassenleistung aus. Die in den Zuständigkeitsbereich des Senats fallende Prüfung, ob bei der Klägerin die Indikation für diese Therapie gegeben war, fällt jedoch zu ihrem Ausschluss. Der Senat verkennt insoweit keinesfalls dass die Notwendigkeit einer Behandlung der Klägerin gegeben war. Sie litt unter einem Bandscheibenvorfall mit C8-Syndrom rechts. Dies geht nicht nur aus dem Kostenvoranschlag und Brief des Dr. S., sondern auch aus der Verordnung von Krankenhausbehandlung durch Dr. B.-L. hervor. Auch die Notwendigkeit einer stationären Behandlung lag ausweislich der Verordnung von Krankenhausbehandlung vor. Zur Behandlung des Bandscheibenvorfalls der Klägerin standen jedoch eine Vielzahl herkömmlicher, bewährter und anerkannter Verfahren zur Verfügung. Die Notwendigkeit eine Therapie zu wählen, die sich nach der Auskunft des Bundesausschusses noch in einem experimentellen Stadium befindet, war nicht gegeben. Eine Indikation für diese Therapie bestand nicht. Dies führt zu ihrem Ausschluss.

Etwas anderes ergibt sich nicht, worauf das SG zu Recht hingewiesen hat, auch nicht, weil die Klägerin Angst vor einer herkömmlichen Operation hatte. Die Solidargemeinschaft der in der Krankenversicherung Versicherten hat dies nicht zu tragen.

Die Berufung konnte daher keinen Erfolg haben.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor.

Erstellt am: 05.10.2004

Zuletzt verändert am: 21.12.2024