

## L 11 KR 4487/03

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
11  
1. Instanz  
SG Reutlingen (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 1518/03  
Datum  
13.10.2003  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 11 KR 4487/03  
Datum  
20.04.2004  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil  
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).

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 Enzymlyse rückenmarksnahe Verklebungen und Vernarbungen gelöst. Es handele 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 handele es sich um eine Privatbehandlung. Im Übrigen gelte für stationäre Leistungen die Bundespflegesatzverordnung (BpflV). 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 BpflV an die Krankenhausträger 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 Klägerin Klage zum Sozialgericht Reutlingen (SG). Zur Begründung führte sie im Wesentlichen aus, sie habe sich wegen der Beschwerden an ihrer Halswirbelsäule erkundigt und dabei in Erfahrung gebracht, dass sämtliche Behandlungsmethoden nach der herkömmlichen Art und Weise erhebliche Komplikationen mit sich bringen könnten. Es gebe bei den herkömmlichen Behandlungsweisen insbesondere genügend Fälle, wonach der Patient nach der durchgeführten Behandlung (Operation) sehr schwere Folgeschäden in Form von Lähmungen, in einzelnen Fällen Querschnittslähmungen, erleiden müsse. Dies habe bei ihr dazu geführt, dass sie geradezu panische Angst entwickelt habe, sich operieren zu lassen. Auf der anderen Seite habe sie dringend behandelt werden müssen. Sie habe dann von der deutlich schonenderen Methode bei Dr. S. gehört und sich umfassend beraten lassen. Die Behandlung sei mittlerweile durchgeführt worden und habe zu einem hervorragenden Erfolg geführt. Sie sei auf dem besten Weg der absoluten Gesundheit. Davon abgesehen sei die Behandlung bei Dr. S. wirtschaftlich deutlich günstiger als eine etwaige Operation. Sie legte die Rechnung der Kliniken Dr. M.S. über die stationäre Behandlung in der Zeit vom 11.03. bis 15.03.2003 in Höhe von 1.084,38 EUR, die Rechnung des Dr. S. über die am 12.03.2003 durchgeführten ärztlichen Leistungen in Höhe von 1.628,55 EUR, die Rechnung des Narkosearztes Dr. M. über 188,79 EUR und die Verordnung von Krankenhausbehandlung durch den Arzt für 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 für eine Behandlungsmethode in Rechnung gestellt würden, die nicht vom zuständigen Ausschuss im Rahmen der Richtlinienkompetenz nach § 92 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) als abrechnungsfähige Leistungen anerkannt seien. Einer Erstattung der Rechnung der Kliniken Schreiber stünden die Behandlungsrichtlinien nach § 92 SGB V zwar nicht entgegen. Da es sich bei dieser stationären Behandlung lediglich um eine stationäre Unterbringung zur Durchführung einer in der ambulanten Versorgung nicht abrechnungsfähigen Methode gehandelt habe, sei die Beklagte aber auch zur Erstattung dieser Rechnung nicht verpflichtet. Von einer Systemstörung, wonach hiervon abweichend eine Erstattung zu erfolgen habe, könne angesichts des Leidens der Klägerin nicht die Rede sein. Es sei nahezu denkbare ausgeschlossen, dass nicht genügend geeignete und bewährte Methoden zur Behandlung des Leidens der Klägerin, die in die Leistungspflicht der Beklagten fallen würden, zur Verfügung stünden. Die Angst vor einem Operationsrisiko könne nicht dazu führen, das System der gesetzlichen Krankenversicherung gleichsam "auszuhebeln" und im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung alle Vorteile einer Privatversicherung mit denen einer Versicherung über die Solidargemeinschaft zu verbinden.

Dagegen richtet sich die am 10.11.2003 eingelegte Berufung der Klägerin. Sie trägt unter Vorlage eines Artikels aus der Zeitschrift ORTHOPress 4/2003, S. 36 ff. "Rückenschmerzen und kein Ende!" von Michael Maus vor, dass die Angst vor einer Querschnittslähmung bei ihr derart groß gewesen sei, dass sie nach ihrer persönlichen Einschätzung 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 Äußerung 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 überprüft 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 Äußerung 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 handele. Die Notwendigkeit einer stationären Behandlung erschließe sich nicht. Die epidurale Wirbelsäulenkathetertechnik könnte 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 Bandscheibenvorfalls 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 medizinischen 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 § 92 Nr. 12](#)).

Allgemeine Rechtsgrundlage für die beanspruchte Sachleistung ist [§ 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 [§ 2 Abs. 1 Satz 3](#), [§ 12 Abs. 1](#) und [§ 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 [§ 137 c SGB V](#) eingerichteten Ausschuss Krankenhaus und seither dem Gemeinsamen Bundesausschuss nach [§ 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 Krankenhausträger überprüft 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 ([§ 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 Vergütungsstrukturen 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, führt 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 - 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.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2004-10-05