

## S 10 KR 194/19

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Darmstadt (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
1. Instanz  
SG Darmstadt (HES)  
Aktenzeichen  
S 10 KR 194/19  
Datum  
27.10.2023  
2. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
-  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil

Der Bescheid vom 27.07.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.02.2019 wird aufgehoben und die Beklagte wird verurteilt, dem Kläger für die am 14.08.2018 durchgeführte PET-CT 1.522,43 Euro zu erstatten.

Die Beklagte hat dem Kläger seine notwendigen außergerichtlichen Kosten zu erstatten.

### Tatbestand

Die Beteiligten streiten darüber, ob der Beklagte dem Kläger die Kosten für eine PET/CT (Positronen-Emissions-Tomographie/Computertomographie) erstatten muss.

Der 1951 geborene Kläger ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Im Jahr 2009 wurde bei dem Kläger ein Prostatakarzinom diagnostiziert. Nach erfolgter Behandlung (radikaler Prostatektomie) wurde ein seit Oktober 2015 langsam ansteigender PSA-Wert (zuletzt 07/2018 0,42 ng/ml) festgestellt. Am 06.04.2018 erfolgte ein MRT des Beckens ohne Nachweis eines lokalen Rezidivs.

Am 19.07.2018 beantragte der Kläger unter Vorlage eines Arztbriefes des Urologen Dr. G. sowie weiterer ärztlicher Unterlagen die Durchführung einer PET/CT zur weiteren Abklärung, ob ein lokales Rezidiv vorliege sowie zum Ausschluss von Fernmetastasen. Die Entscheidung zur Bestrahlung sei abhängig vom Ergebnis dieser Untersuchung.

Mit Bescheid vom 27.07.2018 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Bei der PSMA-PET/CT-Untersuchung handele es sich um ein neues Behandlungsverfahren. Die PET/CT könne nach der Richtlinie Methoden der vertragsärztlichen Versorgung (MVV-RL) nur bei bestimmten Indikationen durchgeführt werden, die beim Kläger nicht vorlägen. Zur Detektion von Metastasen stünden zudem weitere bildgebende Verfahren wie MRT, CT, Sonographie und Skelettszintigraphie zur Verfügung. Die PSMA-PET/CT bei biochemischen Rezidivs zur Detektion des Rezidivs bzw. zur Lokalisation von Metastasen sei medizinisch sinnvoll, wenn die konventionelle Rezidivdiagnostik ohne Ergebnis bleibe, was hier nicht zu erwarten sei. Überlegenheit, medizinischer Nutzen und Wirtschaftlichkeit gegenüber konventioneller Standarddiagnostik seien bisher nicht ausreichend belegt.

Mit Schreiben vom 07.08.2018 erhob der Kläger Widerspruch. Zur Begründung trug der Kläger vor, dass bei steigendem PSA-Wert ein MRT ohne Nachweis eines Lokalrezidivs geblieben sei. Zur weiteren Abklärung, ob mit dem Steigen des PSA-Wertes auch ein Rezidiv aufgetreten sei, habe der behandelnde Urologe eine PET-CT für notwendig gehalten. Vor der Bescheiderteilung seien dem Kläger weder von der Beklagten noch seinem Urologen andere Alternativen aufgezeigt worden. Die Untersuchung habe Klarheit darüber gebracht, dass der steigende PSA-Wert nicht mit einem Tumorrezidiv einhergegangen sei. Vorgelegt wurde zudem ein Artikel über die PET/CT als neuestes Diagnoseverfahren bei Prostatakrebs.

Am 14.08.2018 erfolgte die PET/CT. Es entstanden Kosten in Höhe von 1.522,43 Euro.

Mit Widerspruchsbescheid vom 13.02.2018 wies die Beklagte den Widerspruch zurück, da weder eine Indikation nach der MVV-RL vorliege, noch die Voraussetzungen nach [§ 2 Abs. 1a](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V) erfüllt seien, da andere Diagnostikmethoden zur Verfügung stünden.

Der Kläger hat hiergegen am 27.02.2019 Klage vor dem Sozialgericht Darmstadt erhoben.

Der Kläger wiederholt seine Begründung aus dem Widerspruchsverfahren.

Der Kläger beantragt,

den Bescheid vom 27.07.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.02.2019 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, dem Kläger für die am 14.08.2018 durchgeführte PET-CT 1.522,43 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf die Ausführungen im Widerspruchsbescheid vom 13.02.2019. Ergänzend führt sie aus, dass der Befund der PET-CT die bereits vorliegende Befundung durch MRT bestätigt habe. Daraus sei zu schließen, dass die vertragsärztliche Diagnostik ausreichend und zweckmäßig sei. Sofern eine weitergehende Diagnostik über diesen vertraglichen Rahmen von dem Kläger gewünscht und medizinisch-technisch möglich sei, handele es sich um eine Leistung außerhalb des Leistungskatalogs.

Im September 2019 hat der Kläger eine weitere PET/CT durchführen lassen, bei welcher im Gegensatz zu einer ebenfalls durchgeführten Knochenszintigraphie und eines CT des Abdomens und Beckens, Tumorgewebe lokalisiert werden konnte. Rechnungen hierzu hat er sowohl bei der Beklagten als auch zur Gerichtsakte gereicht.

Das Gericht hat im Rahmen seiner Ermittlungen von Amts wegen Befundberichte bei den Urologen Dr. G. und Dr. S. sowie den Ärzten für Nuklearmedizin Dres. C./M. eingeholt. Dr. S. gibt an, dass das PET-CT vorhandene Metastasen oder Lymphknotenbefall habe aufzeigen sollen, die dann eventuell einer anderen Therapie zugänglich gewesen seien. Die bildgebenden Verfahren MRT, CT und Knochenszintigraphie könnten einen solchen Befund zu einem solch frühen Zeitpunkt, was die PSA-Höhe angeht, nicht leisten. Diese älteren Verfahren seien zur Detektion von Metastasen ungeeignet bzw. zu wenig empfindlich. Dr. M. gibt in seinem Befundbericht an, dass keine alternative Methode eine ähnlich hohe Empfindlichkeit zur Detektion von Tumorgewebe aufweise und keine Alternative sei. Er weist zudem darauf hin, dass die bei einer späteren PET-CT im Jahr 2019 aufgefallenen Metastasen in keiner der Methoden zu sehen gewesen wären. Der Termin für die PET/CT sei vermutlich im Juli 2018 vereinbart worden; einen separaten Behandlungsvertrag gebe es nicht. Dr. G. gibt in seinem Befundbericht an, dass bei einem PSA-Anstieg im niedrigen Bereich und asymptomatischen Patienten bei konventioneller Diagnostik (MRT, CT, Sonographie und Skelettszintigraphie) keine Nachweise von Metastasen zu erwarten seien, weshalb diese im Jahr 2018 nicht veranlasst worden seien.

Des Weiteren hat das Gericht Beweis erhoben durch die Einholung eines fachnuklearmedizinischen Sachverständigengutachtens gemäß [§ 106 Sozialgerichtsgesetz – SGG](#) – nach Aktenlage bei dem Facharzt für Nuklearmedizin Prof. Dr. H. Der Sachverständige stützt sein Gutachten vom 18.01.2022 auf die medizinischen Befunde, die in der Verwaltungsakte der Beklagten vorgelegt wurden, und auf die im Gerichtsverfahren eingeholten Befundberichte der behandelnden Ärzte des Klägers. Der Sachverständige gelangt zu der Einschätzung, dass die streitgegenständliche Untersuchung geeignet sei, rezidivierende Erkrankungen auch bei niedrigen PSA-Werten darzustellen und eine gezielte Behandlung zu ermöglichen. Ein Zuwarten sei bei einem biochemischen Rezidiv – also ansteigendem PSA-Wert – nicht sinnvoll. Eine gezielte Therapie, z.B. erneute operative Sanierung oder externe Strahlentherapie, setze eine gezielte Diagnostik mit Tumornachweis voraus. Die PET/CT sei der etablierten Knochenszintigraphie überlegen, insbesondere im Hinblick auf nicht ossäre Läsionen. In jüngster Vergangenheit seien durchweg positive Studienergebnisse festzustellen, wobei eine Aufnahme in die wissenschaftlichen Leitlinien aufgrund der komplexen Abläufe häufig zeitversetzt erfolge. Er zitiert insofern die Leitlinie Onkologie 2021, die eine höhere Genauigkeit der PET/CT für den Nachweis von Prostatakarzinom-Metastasen bestätige. Die Evidenz sei im Jahr 2018 geringer ausgeprägt gewesen.

Der Kläger fühlt sich durch das Gutachten des Prof. Dr. H. bestätigt. Die Beklagte verweist darauf, dass die Entscheidung des GBA maßgeblich sei.

Auf Nachfrage des Gerichts hat der Kläger mitgeteilt, dass kein schriftlicher Behandlungsvertrag geschlossen worden sei. Auf Nachfrage bei der Praxis sei ihm mitgeteilt worden, dass es nicht üblich und erforderlich sei, einen Behandlungsvertrag abzuschließen. Im weiteren Verlauf hat der Kläger zudem eine Einverständniserklärung zur PET/CT vom 14.08.2018 vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten und Unterlagen sowie wegen des weiteren Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten sowie die Inhalte der mündlichen Verhandlung Bezug genommen, die Gegenstand der Entscheidung gewesen sind.

#### Entscheidungsgründe

Nachdem das Gericht darauf hingewiesen hat, dass allein die im Jahr 2018 durchgeführte PET/CT Gegenstand des Bescheides vom 27.07.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.02.2019 gewesen ist, für die PET/CT im Jahr 2019 hingegen ein neuer Antrag bei der Beklagten erforderlich gewesen wäre, hat der Kläger seinen Klageantrag entsprechend gefasst. Damit war lediglich die Überprüfung einer Kostenerstattung für die PET/CT im Jahr 2018 Gegenstand des Verfahrens.

Die fristgerecht erhobene Klage ist zulässig. Sie ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 1 Satz 1](#) in Verbindung mit Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz – SGG – statthaft.

Die Klage ist auch begründet. Der angefochtene Bescheid vom 27.07.2018 in Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 13.02.2019 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten. Der Kläger hat einen Anspruch auf die Erstattung der Kosten für die selbst beschaffte PET/CT vom 14.08.2018.

Es besteht kein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 2](#) Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V). Dieser bestimmt: „Versicherte können anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Der Leistungserbringer hat die Versicherten vor Inanspruchnahme der Leistung darüber zu informieren, dass Kosten, die nicht von der Krankenkasse übernommen werden, von dem Versicherten zu tragen sind.“ Eine solche Wahlerklärung, dass der Kläger sich künftig veranlasste Leistungen/Hilfsmittel immer selber beschaffen und dann

Kostenerstattung wählen kann, lag nicht vor.

Als Rechtsgrundlage des geltend gemachten Anspruchs des Klägers kommt allein [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht.

Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) hat die Krankenkasse dann, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Var. 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Var. 2) und dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind, diese in der entstandenen Höhe zu erstatten bzw. den Versicherten von den Kosten freizustellen, soweit die Leistung notwendig war.

Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 Alt. 1](#) und 2 SGB V besteht nur für medizinische Maßnahmen, die ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistungen zu erbringen sind oder nur deswegen nicht erbracht werden können, weil ein Systemversagen die Erfüllung der Leistungsansprüche Versicherter im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 24.04.2018 - [B 1 KR 29/17 R](#) - juris, Rn. 12).

Die Beklagte hat den Leistungsantrag zur Überzeugung der Kammer zu Unrecht abgelehnt ([§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Var. 2 SGB V). Ein Kostenerstattungsanspruch gemäß [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Var. 2 SGB V ist nur gegeben, wenn die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten "dadurch" Kosten für die selbst beschaffte Leistung entstanden sind. Dazu muss die Kostenbelastung des Versicherten der ständigen Rechtsprechung des BSG zufolge wesentlich auf der Leistungsversagung der Krankenkasse beruhen, d.h. der Anspruch auf Kostenerstattung setzt einen Kausalzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten voraus (vgl. zur ständigen Rspr.: BSG, Urteil vom 01. April 2010 - [B 1 KR 114/09 B](#) - juris; BSG, Urteil vom 30. Juni 2009 - [B 1 KR 5/09 R](#) - SozR 4-2500 § 31 Nr. 15, juris). Hieran fehlt es, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Versorgung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst worden sei, obwohl dies möglich gewesen wäre, oder wenn der Versicherte auf eine bestimmte Versorgung von vornherein festgelegt gewesen sei (vgl. nur BSG, Urteil vom 17. Dezember 2009 - [B 3 KR 20/08 R](#), juris, Rn. 11 m.w.N.). Nach Ablehnung durch die Beklagte hat sich der Kläger die Leistung selbst beschafft, sodass die notwendige Kausalität gegeben ist.

Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt voraus, dass die selbst beschaffte Untersuchung/ Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (std. Rspr, vgl. BSG, Urteil vom 16. Dezember 2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) -juris, m.w.N.)

Zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört die streitgegenständliche PET/CT-Untersuchung im Falle des Klägers jedoch gerade nicht.

Der Anspruch eines Versicherten auf ambulante ärztliche Behandlung nach [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1](#), [§ 28 Abs. 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs. 1](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er erfasst nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Dies ist - wie hier - bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nur dann der Fall, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5](#) i.V.m. [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird nämlich nicht nur geregelt, unter welchen Voraussetzungen die zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkasse erbringen und abrechnen dürfen. Vielmehr wird durch diese Richtlinien auch der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich festgelegt (std. Rsp, vgl. nur BSG, Urteil vom 11.05.2017 - [B 3 KR 6/16 R](#) - juris, Rn. 29; BSG, Urteil vom 16.12.2008 - [B 1 KR 11/08 R](#) - juris, m.w.N.).

Die hier streitgegenständliche PET/CT-Untersuchung stellt eine neue ambulante Untersuchungsmethode im dargestellten Sinne dar, für die der G-BA keine positive Empfehlung abgegeben hat. Daher ist sie vom Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht erfasst.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf eine /CT aufgrund der Anlage I Nr. 14 zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (abrufbar unter [www.g-ba.de](http://www.g-ba.de)) des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung - MVVRL) in der Fassung vom 17.01.2006 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2006 Nr. 48 (S. 1 523) in Kraft getreten am 09.03.2006, zuletzt geändert am 20.10.2022 veröffentlicht im Bundesanzeiger (BAnz AT 13.01.2023 B3) in Kraft getreten am 14.01.2023.

Eine PET ist gemäß Anlage II Nr. 39 der MVVRL mit Ausnahme der in Anlage I Nr. 14 anerkannten Indikationen eine Methode, die nicht zulasten der Krankenkasse erbracht werden darf. Eine solche Ausnahmeindikation liegt bei dem Kläger nicht vor. Nach Anlage I Nr. 14 darf die PET folglich nur für folgende Indikationen zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung als vertragsärztliche Leistung erbracht werden:

1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen.
2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen.
3. Charakterisierung von Lungenrundherden, insbesondere Beurteilung der Dignität peripherer Lungenrundherde bei Patienten mit erhöhtem Operationsrisiko und wenn eine Diagnosestellung mittels einer invasiven Methodik nicht möglich ist.
4. Bestimmung des Tumorstadiums von kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen, es sei denn, dass vor der PET-Diagnostik ein kurativer Therapieansatz nicht mehr möglich erscheint.
5. Nachweis eines Rezidivs (bei begründetem Verdacht) bei kleinzelligen Lungenkarzinomen, wenn die Patienten primär kurativ behandelt wurden und wenn durch andere bildgebende Verfahren ein lokales oder systemisches Rezidiv nicht gesichert oder nicht ausgeschlossen werden konnte.
6. Staging-Untersuchungen beim Hodgkin-Lymphom bei Erwachsenen bei Ersterkrankung und bei rezidivierter Erkrankung. Ausgenommen hiervon ist der Einsatz der PET in der Routine-Nachsorge von Patientinnen und Patienten ohne begründeten Verdacht auf ein Rezidiv des Hodgkin-Lymphoms.
7. Entscheidung über die Durchführung einer Neck Dissection bei Patienten mit fortgeschrittenen Kopf-Hals-Tumoren oder mit unbekanntem

Primärtumorsyndromen des Kopf-Hals-Bereichs.

8. Entscheidung über die Durchführung einer laryngoskopischen Biopsie beim Larynxkarzinom, wenn nach Abschluss einer kurativ intendierten Therapie der begründete Verdacht auf eine persistierende Erkrankung oder ein Rezidiv besteht.

9. Maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen.

10. Initiales Staging bei aggressiven Non-Hodgkin-Lymphomen.

Der Kläger kann das PET/CT jedoch als Ausnahmefall aufgrund [§ 2 Abs. 1a S. 1 SGB V](#) als Sachleistung von der Beklagten beanspruchen. Nach dieser Regelung haben Versicherte mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, können auch eine von Absatz 1 Satz 3 abweichende Leistung beanspruchen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die gesetzliche Regelung grundrechtsorientierter Leistungsauslegung in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), der auf Sachverhalte ab 01.01.2012 anzuwenden ist, erfasst nicht nur Ansprüche, die auf therapeutische Maßnahmen gerichtet sind, sondern auch Ansprüche, die diagnostische Maßnahmen zum Gegenstand haben (vgl. im Einzelnen zur Auslegung: BSG, Urteil vom 24.04.2018, - [B 1 KR 29/17 R](#) - juris, Rn. 25). Die Vorschrift verlangt nur, dass durch die Leistung eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Hierzu können auch noch nicht dem Qualitätsgebot entsprechende Untersuchungsleistungen beitragen. Gibt es keine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Diagnostik oder sind die diesem Standard entsprechenden diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft, ohne hinreichende Erkenntnisse für das weitere therapeutische Vorgehen zu liefern, kommen auch noch nicht anerkannte diagnostische Methoden in Betracht, wenn im Falle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung dadurch erst der Weg für therapeutische Maßnahmen eröffnet werden kann, mit denen eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf verbunden ist. Dies gilt insbesondere, wenn die therapeutische Maßnahme ihrerseits nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht, sich aber auf eine eigenständige, auch dem Qualitätsgebot nicht entsprechende Untersuchungsleistung stützt (BSG. ebenda).

Die Tatbestandsvoraussetzungen des [§ 2 Abs. 1a S. 1 SGB V](#) liegen zur Überzeugung der Kammer vor.

Die Kammer geht davon aus, dass bei dem Kläger eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliegt. Bei einem Prostatakarzinom im Anfangsstadium ohne Hinweis auf Metastasen, bei dem eine Standardtherapie existierte, hat das Bundessozialgericht die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur grundrechtsorientierten Auslegung zwar nicht angewendet (BSG, Urteil vom 04. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - juris, Rn. 36). Eine solche Situation dürfte nach Auffassung der Kammer bei einem möglichen Lokalrezidiv aber gerade nicht vorliegen. So hatte auch das Landessozialgericht Sachsen-Anhalt (Landessozialgericht Sachsen-Anhalt, Urteil vom 16. Oktober 2014 - [L 6 KR 108/12](#) - juris, Rn. 42) eine lebensbedrohliche Erkrankung bejaht. Die Durchführung des streitgegenständlichen PET-CT sollte aufklären, ob bei dem Kläger ein lokales Tumorrezidiv oder bereits Metastasen vorlagen. Im Fall der Metastasierung hätte keine Heilungsmöglichkeit mehr bestanden. In diesem Fall wäre die Krankheit innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums tödlich verlaufen. Im Fall des Klägers lag insoweit eine individuelle Notlage vor. Die betroffene Krankheit konnte, sofern sie tatsächlich vorlag, in überschaubarer Zeit das Leben des Klägers beenden, sodass der Versicherte nach allen verfügbaren medizinischen Hilfen greifen musste. Dazu gehört auch eine Behandlung, mit der der Kläger überhaupt klären konnte, ob ein Rezidiv mit der Gefahr der Fernmetastasierung aufgetreten war bzw. Fernmetastasen aufgetreten waren.

Die Kammer kommt auch zu der Auffassung, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung stand. Der gerichtliche Sachverständige Prof. Dr. H. führte im Wesentlichen aus, dass das beantragte PET-CT sensitiver als die vertraglichen Methoden sei, um eine Metastasierung festzustellen und bezeichnete das PET-CT damit als geeignetste Methode. Der Sachverständige gelangt zu der Einschätzung, dass die streitgegenständliche Untersuchung geeignet sei, rezidivierende Erkrankungen auch bei - wie vorliegend - niedrigen PSA-Werten darzustellen und eine gezielte Behandlung zu ermöglichen. Ein Zuwarten sei bei einem biochemischen Rezidiv, also wie beim Kläger vorliegenden ansteigenden PSA-Wert, nicht sinnvoll. Eine gezielte Therapie, z.B. erneute operative Sanierung oder externe Strahlentherapie, setze eine gezielte Diagnostik mit Tumornachweis voraus. Die PET/CT sei der etablierten Knochenszintigraphie überlegen, insbesondere im Hinblick auf nicht ossäre Läsionen. Die Kammer kommt vor diesem Hintergrund zu der Überzeugung, dass im Fall des Klägers die dem medizinischen Standard entsprechenden diagnostischen Möglichkeiten ausgeschöpft waren, ohne hinreichende Erkenntnisse für das weitere therapeutische Vorgehen zu liefern. Im Fall des Klägers hing von der Feststellung einer Metastasierung die Entscheidung über das therapeutische Vorgehen ab. Ausweislich der eingeholten Befundberichte sowie des Sachverständigengutachtens hat der Kläger bereits eine MRT durchgeführt. Diese Untersuchung war ergebnislos gewesen. Für die Kammer ist insoweit fraglich, ob die Durchführung der Untersuchungen mit transrektaler Sonographie, ein CT-Abdomen / Becken und ein Knochenszintigramm im Falle eines Befundes überhaupt einen Nachweis erbracht hätten. Insoweit ist festzustellen, dass die zweite hier nicht streitgegenständliche PET/CT im September 2019 Metastasen gezeigt hat, die weder in der Knochenszintigraphie noch im CT Thorax und Abdomen aufgefunden wurden. Zudem ist aufgrund der Befundberichte und den Ausführungen des Sachverständigen nachvollziehbar, dass diese Untersuchungsmethoden nicht zwingend den Nachweis gebracht hätten, ob und wo eine Fernmetastasierung stattgefunden hat. Der Kläger musste sich zur Überzeugung der Kammer insoweit nicht auf die Durchführung dieser Untersuchungen verweisen lassen, welche nicht zu belastbaren Ergebnissen geführt hätten und bei denen es unsicher auch vor dem Hintergrund der lebensbedrohlichen Erkrankung ist, ob eine erneute Durchführung tatsächlich einen weiteren signifikanten Erkenntnisgewinn gebracht hätte.

Der Kläger war auch einer Kostenbelastung ausgesetzt. Für einen Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) ist es erforderlich, aber auch ausreichend, wenn der Versicherte einer wirksamen Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt ist. Die bloße Inanspruchnahme des Leistungserbringers genügt für die Begründung einer Honorarforderung jedoch nicht. Erforderlich ist nach ständiger Rechtsprechung des BSG stets eine wirksame (bürgerlich-rechtliche) Verpflichtung, die in Anspruch genommenen Leistungen zu begleichen (vgl. BSG, Beschluss vom 01.12.2011 - [B 3 KR 17/11 B](#) -, juris, Rn. 6).

Insoweit können im Verhältnis Arzt - Kassenpatient rechtsgeschäftliche Vergütungsansprüche nur unter engen Voraussetzungen entstehen: Nach den Bestimmungen des Bundesmantelvertrags für Ärzte (BMV-Ä) ist es erforderlich, dass der Versicherte vor Beginn der Behandlung ausdrücklich verlangt hat, auf eigene Kosten behandelt zu werden und dies dem Arzt schriftlich bestätigt (vgl. BSG, Urteil vom 15.04.1997 - [1 RK 4/96](#) -, juris, Rn. 20). Insofern ist der Abschluss eines schriftlichen Behandlungsvertrags vor Behandlungsbeginn erforderlich, vgl. [§ 3 Abs. 1 Satz 3 BMV-Ä](#). Zwar haben der Kläger und auch die Praxis von Dr. M. mitgeteilt, dass ein schriftlicher Behandlungsvertrag nicht

geschlossen worden sei, was einem Leistungsanspruch grundsätzlich entgegenstehen würde. Schließlich hat der Kläger aber eine am 14.08.2018 unterzeichnete „Einverständniserklärung“ vorgelegt, in welcher dieser erklärt, die Kosten für die PET/CT-Untersuchung selbst zu tragen. Für das Bestehen eines Behandlungsvertrags ist nicht die Wirksamkeit des zivilrechtlichen Vertrags entscheidend, sondern der Umstand, dass Versicherter und Leistungserbringer eine schuldrechtliche Verpflichtung eingehen wollten. Dieser Wille zur schuldrechtlichen Verpflichtung kann zur Überzeugung der Kammer kann in die Einverständniserklärung vom 14.08.2018 ohne Weiteres hineingelesen werden.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 SGG](#) und folgt dem Ausgang des Verfahrens. Die Zulässigkeit der Berufung ergibt sich aus [§§ 143, 144 Abs. 1 SGG](#). Der Berufungsstreitwert nach [§ 144 Abs. 1 S. 1 Nr. 1 SGG](#) wird vorliegend erreicht, da sich die geltend gemachte Erstattung auf 1.522,43 Euro beläuft.

Rechtskraft

Aus

Saved

2024-08-29