

L 5 KR 5275/07

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Mannheim (BWB)
Aktenzeichen
S 4 KR 4443/06
Datum
21.09.2007
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 5 KR 5275/07
Datum
09.12.2009
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 21. September 2007 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt die Übernahme der Kosten für eine Laserepilationsbehandlung durch die Beklagte.

Die 1985 geborene Klägerin ist bei der Beklagten krankenversichert. Bei ihr besteht ein Hirsutismus (starke Behaarung), insbesondere an den Beinen.

Im April 2006 beantragte die Klägerin bei der Beklagten unter Vorlage der ärztlichen Bescheinigung des Facharztes für Dermatologie und Venerologie Prof. Dr. R. vom 17. März 2006 die Kostenübernahme für eine Laserepilationsbehandlung. Prof. Dr. R. führte darin u. a. aus, bei der Klägerin bestehe eine pathologische Hypertrichose an den Beinen. Diese extreme Behaarung, wie man sie sonst nur von Männern kenne, beeinträchtige die Klägerin psychisch stark. Bei einem so hervorstechenden Befund handele es sich bei der Therapieindikation sicher nicht nur um eine kosmetische sondern um eine medizinische Indikation. Auch durch den Einsatz von eingreifenden Hormonpräparaten lasse sich das Krankheitsbild nur unwesentlich beeinflussen. Als Alternative kämen nur langwierige, über Jahre durchzuführende Epilationsbehandlungen in Betracht, die vielfach nur von geringem Erfolg und Narbenbildungen begleitet seien. Mittlerweile bereits etablierte und wissenschaftlich anerkannte Behandlungsmethoden seien die Therapien durch IPL-Technologie bzw. den Alexandrit-Laser. Es handele es sich hierbei um Blitzlampen bzw. Laser, die mit kurzen Lichtimpulsen die Haarpapille gezielt schädigten. Um den Haarwuchs der Klägerin zu normalisieren, rechne Prof. Dr. R. mit etwa 20 Sitzungen. Mehrere Sitzungen seien deshalb notwendig, da nur Haarwurzeln in der Wachstumsphase zerstört werden könnten.

In seinem im Auftrag der Beklagten erstellten sozialmedizinischen Gutachten vom 24. April 2006 gelangte Dr. E. vom medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zum Ergebnis, nach der Literatur schein e zwar eine Laserbehandlung bei Hirsutismus eine gewisse Wirksamkeit zu haben, es würden jedoch keinerlei Studien vorliegen, aus denen die Wirksamkeit der Methode auf Dauer hervorgehe. Insofern erscheine die Wirtschaftlichkeit auch nicht gegeben. Eine Fotoepilation erscheine nicht unabdingbar erforderlich, da noch weitere Alternativmöglichkeiten wie die Anwendung von Enthaarungscremes, Rasur, färben der Haare oder auch die Elektroepilation möglich seien. Zur Elektroepilation sei anzumerken, dass dies ein anerkanntes Verfahren darstelle und für dieses Verfahren auch eine EBM-Nummer vorhanden sei. Eine Übernahme der Kosten könne daher nicht empfohlen werden.

Mit Bescheid vom 8. Mai 2006 lehnte die Beklagte daraufhin die Übernahme der Kosten für die beantragte Laserepilationsbehandlung ab. Hierbei handele es sich um eine unkonventionelle Heilmethode, die erst dann zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre, wenn diese erprobt sei und über die Qualität der neuen Methode zuverlässige, wirtschaftliche und medizinisch nachprüf bare Aussagen gemacht werden könnten. Die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen würden die Kostenübernahme der Laserepilation ausschließen. Von zugelassenen Vertragsärzten könne eine Nadelepilation durchgeführt werden.

Dagegen erhob die Klägerin Widerspruch und führte zur Begründung u. a. an, seit etwa sieben Jahren leide sie sehr stark an einer übermäßigen Körperbehaarung, was sie in ihrer Lebensqualität als junge Frau so einschränke, dass sie seitdem weder ins Schwimmbad noch an den Strand gehen könne, außerdem vermeide sie es kurze Hosen anzuziehen. Epilieren, Rasieren usw. seien natürliche Methoden, die sie seit Jahren verwende, die aber kein zufriedenstellendes Ergebnis lieferten. Mit dem Ergebnis einer

Laserepilationstherapieprobessitzung sei sie höchstzufrieden. Die Haare seien erst nach vier Wochen nachgewachsen und zudem auch dünner. Beim Epilieren würden nach ca. zwei Wochen alle Haare wieder nachwachsen. Auch leide sie so stark unter der Hypertrichose, dass sie bereits eine Psychotherapeutin aufgesucht habe, die ihr Leiden aus medizinischer Sicht bestätigt habe. Es wurde in dem Zusammenhang von Klägerseite eine Stellungnahme von Prof. Dr. R. vom 5. September 2006 vorgelegt, wonach eine Nadelepilation seiner Einschätzung nach auf Grund der Ausprägung der Hypertrichose bei der Klägerin ausscheide. Außerdem werde die Nadelepilation seines Wissens nach nicht mehr von den Hautärzten angeboten.

In einer weiteren sozialmedizinischen Stellungnahme von Dr. H. vom 25. September 2006 wird auf eine Grundsatzstellungnahme des MDK Rheinland-Pfalz vom März 2004 hingewiesen, wonach die Epilation mittels Laser und hochenergetischer Blitzlampen (IPL) ein neues Behandlungsverfahren darstelle. In Anbetracht der fehlenden Standardisierung der Bestrahlungsparameter, des ungeklärten zeitlichen Abstandes der Behandlungen und deren Anzahl, des fehlenden Nachweises der permanenten Wirkung und der völlig ungeklärten Langzeitnebenwirkungen könne eine Epilationsbehandlung mittels Laser oder IPL-Geräten zu Lasten der GKV gegenwärtig nach wie vor nicht empfohlen werden. Auch zwischenzeitlich hätten sich nach Dr. H. keine wissenschaftlich stichhaltigen Erkenntnisse ergeben, die eine wesentliche Überlegenheit gegenüber konventionellen Verfahren nachweisen würden und damit eine andere Bewertung dieser Methode rechtfertigen könnten. Weiter ist dort ausgeführt, sofern tatsächlich von einer entstellend verstärkten Behaarung auszugehen sei, wie es bei Frauen insbesondere im Bereich des Gesichts oder der Hände vorkommen könne, sei zunächst zu prüfen, warum Methoden der nicht permanenten Behandlung nicht zur Anwendung kommen könnten. Zu nennen seien hier, kosmetische Minderung des optischen Eindrucks durch Bleichung oder Abdeckung mit Kosmetika, Anwendung von Enthaarungscremes, Rasieren oder der Verwendung eines Epiliergerätes und in speziellen Fällen die Behandlung mit einem Ovulationshemmer mit antiandrogener Komponente. Erst wenn dies aus medizinischen Gründen als ungeeignet anzusehen sei, könne alternativ die einzige im EBM etablierte, permanente Enthaarungstechnik zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung abgerechnet werden, nämlich die Epilation durch Elektrokoagulation (EBM 10340 und 02300). Hierbei handele es sich um etabliertes Verfahren, welches bei sachgemäßer Behandlung zu dauerhafter Enthaarung führe.

Im weiteren Widerspruchsverfahren wurde von der eingeschalteten Klägerbevollmächtigten auch auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6. Dezember 2005 abgestellt und ausgeführt, dass sofern eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe, es verfassungsrechtlich bedenklich sei, wenn die Klägerin von der von ihr gewählten Behandlungsmethode ausgeschlossen werde, obwohl eine sehr konkrete Aussicht auf Heilung bzw. eine spürbare positive Einwirkung auf die Krankheit bestehe und auch nachgewiesen worden sei.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20. November 2006 wies die Beklagte sodann den Widerspruch zurück. Zur Begründung wurde u.a. ausgeführt, die Wirksamkeit der Epilationsbehandlung mittels Laser oder hochenergetischen Lichtsystemen sei bisher nicht nachgewiesen. Eine permanente Haarentfernung könne nicht zuverlässig erzielt werden. Bei der im Vordergrund stehenden übersteigerten Behaarung im Bereich der Beine sei lediglich von einer kosmetischen Indikation auszugehen. Auffälligkeiten in diesem Bereich könne auch bei höhergradiger Ausprägung in der Regel kein Krankheitswert zugebilligt werden. Eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung liege nicht vor, sodass hier auch aus dem Beschluss des BVerfG vom 6. Dezember 2005 sich keine für die Klägerin andere Entscheidung ergeben könne.

Hiergegen hat die Klägerin am 22. Dezember 2006 durch ihre Bevollmächtigte Klage vor dem Sozialgericht Mannheim (SG) erhoben. Zur Begründung macht die Bevollmächtigte u. a. geltend, die Klägerin sei praktisch am ganzen Körper behaart, die Beine, die Arme und der Bauch seien am schlimmsten betroffen. Die Behaarung habe an diesen Stellen ein Ausmaß, wie man sie nur von stark behaarten Männern kenne. Die Körperbehaarung sei entstellend und habe Krankheitswert. Die Klägerin leide derart unter der starken Körperbehaarung, dass sie auch schon psychologische Hilfe in Anspruch genommen hätte. Sie habe in der Vergangenheit auch die verschiedensten Mittel angewandt, die jedoch kein befriedigendes Ergebnis gebracht hätten. So sei u. a. auch die Verwendung von Bleichmittel und Enthaarungscremes auf Dauer und bei dem Flächenausmaß nicht zumutbar. Bezüglich der zugelassenen Methode der Elektrokoagulation bestehe das Risiko, bleibende Narben zu erleiden. Außerdem sei diese Behandlung äußerst schmerzhaft. Um das Leiden zu lindern, bleibe derzeit nur die Laserepilation. Entsprechend den durch das BVerfG aufgestellten Grundsätzen hätte der Bundesausschuss prüfen müssen, ob es für die beabsichtigte Behandlung ernsthafte Hinweise auf einen nicht ganz entfernt liegenden Erfolg der Heilung oder auch nur für ein spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf gebe.

Das SG hat sachverständige Zeugenauskünfte eingeholt. Unter anderem hat Prof. Dr. R. in seiner Auskunft vom 6. Juni 2007 (Bl. 35 SG-Akte) mitgeteilt, dass sich die Klägerin bei ihm einmalig persönlich am 16. März 2006 in seiner Praxis vorgestellt habe. Es habe sich hierbei eine ausprägte, deutlich über das normale Maß einer Frau hinausgehende Behaarung an den Beinen, Bauch und Armen gefunden. Eine Laserbehandlung oder auch eine andere Behandlung sei von seiner Seite aus nicht durchgeführt worden. Eine Nadelepilation, wie sie von der Beklagten empfohlen werde, scheide als therapeutische Maßnahme aus. Allerdings erscheine eine eingehende endokrinologische Abklärung empfehlenswert. Prof. Dr. K., Facharzt für Innere Medizin, Endokrinologie, Diabetes und Stoffwechsel, hat in seiner Auskunft vom 14. Juni 2007 (Bl. 37/ 38 SG-Akte) ausgeführt, die Klägerin sei am 16. Dezember 2004 und zur Diagnostik nochmals am 21. Dezember 2004 bei ihm gewesen. Sie habe über Hirsutismus geklagt. Bei der ersten Vorstellung sei lediglich eine Ultraschalluntersuchung durchgeführt worden, diese sei unauffällig gewesen. Am zweiten Termin sei eine Hormondiagnostik durchgeführt worden, eine endokrinologische Ursache für den Hirsutismus sei nicht gefunden worden. Da keine endokrinologische Ursache vorliege, habe man der Klägerin geraten, den Versuch mit einem Gestagen mit antiandrogener Wirkung durchzuführen, welches über den Frauenarzt erfolgen sollte. Da keine Wiedervorstellung erfolgt sei, könne über den Erfolg dieser Maßnahme keine Aussage getroffen werden. Da eine hormonelle Ursache für den Hirsutismus nicht habe gefunden werden können, könne als systematische Therapie nur eine Behandlung mit Gestagen mit antiandrogener Wirkung durchgeführt werden, die auch eine lokale Wirkung an der Haut habe. Als zweite therapeutische Maßnahme könnte eine Behandlung mit dem nun zugelassenen Vaniqua durchgeführt werden, welches den Haarwuchs hemme. Hierbei handele es sich um eine Creme. Die weiteren therapeutischen Maßnahmen seien Epilation, normale kosmetische Maßnahmen wie rasieren etc. und die Laserepilation. Ein Hirsutismus sei in erster Linie ein kosmetisches Problem, kein gesundheitliches. Nachteile seien lediglich im sozialen und im psychischen Bereich zu befürchten. Ob solche hier im Falle der Klägerin zu erwarten seien, könne von Prof. Dr. K. nicht beurteilt werden. Zum therapeutischen Nutzen der Laserbehandlung könne er keine kompetente Aussage machen. Dr. B., Medivital-GmbH, Laserzentrum Heidelberg, hat in seiner Auskunft vom 28. Juni 2007 (Bl. 39/40 SG-Akte) mitgeteilt, dass sich die Klägerin erstmals am 14. Februar 2007 zu einem Beratungsgespräch/Untersuchungstermin eingefunden habe und bislang drei Behandlungen, am 15. März 2007, 28. März 2007 und 19. April 2007 stattgefunden hätten. Nach drei Behandlungen Laserepilation mit einem Diodenlaser könne von einer Befundreduktion an

den behandelten Arealen gesprochen werden. Die Klägerin sei mit dem passageren Behandlungsergebnis sehr zufrieden. Bei der Behandlung der Klägerin handele es sich um eine klare medizinische Indikation und nicht um eine kosmetische. Die Klägerin leide seit Jahren unter dieser deutlichen Beeinträchtigung mit einer daraus folgenden klaren Reduktion ihrer Lebensqualität.

Die Beklagte ist der Klage entgegen getreten und hat darauf verwiesen, dass es sich bei den Methoden mittels einer Hochenergieblitzlampe (IPL) bzw. mittels Alexandrit-Laser (wie hier) um neue Behandlungsmethoden handele, die bisher nicht durch den Bundesausschuss überprüft und bewertet worden seien und für die auch kein Antrag auf Überprüfung gestellt worden sei.

Mit Urteil vom 21. September 2007 hat das SG die Klage abgewiesen. Es hat hierbei die Auffassung vertreten, dass bei der Klägerin kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die Laserepilation bestehe. Ein Kostenübernahmeanspruch scheitere in jedem Falle daran, dass die gewünschte Laserepilation nicht zu den von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen gehöre. Die gesetzliche Krankenversicherung schulde grundsätzlich nur ausreichende, zweckmäßige und notwendige Behandlungen ([§ 12 Abs. 1 Satz 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - SGB V](#)). Die Laserepilation erfülle - zumindest noch nicht - das Kriterium der Zweckmäßigkeit. Zweckmäßigkeit liege dann vor, wenn die Leistung grundsätzlich hinreichend wirksam sei. Die Laserepilation habe aber noch nicht die entsprechende Anerkennung erhalten und gehöre deshalb auch nicht zu den abrechnungsfähigen Leistungen im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für ärztliche Leistungen (EBM). In mehreren Grundsatzentscheidungen habe das BSG am 16. September 1997 festgelegt, dass [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) die Leistungspflicht der Krankenkasse für neuere Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solange ausschließe, bis diese vom zuständigen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als zweckmäßig anerkannt seien (mit Hinweis u.a. auf [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#) und [§ 92 Nr. 7](#)). Insoweit habe das BSG klargestellt, dass die Richtlinien des Bundesausschusses über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Teil eines Gefüges untergesetzlicher Normen seien, die auch die Gerichte binden würden. Durch diese neuere Rechtsprechung sei jetzt dem Bundesausschuss für Ärzte und Krankenkassen ein Entscheidungsmonopol für die Einführung neuer medizinischer Verfahren sowie von Außenseitermethoden im System der gesetzlichen Krankenversicherung zugestanden worden. Sei eine solche Anerkennung nicht erfolgt, könne eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann bejaht werden, wenn z. B. ein Systemversagen des Bundesausschusses bestehe, das bedeute, wenn ein Anerkennungsverfahren im Bundesausschuss mangels Antragstellung überhaupt nicht in Gang komme oder eine Entscheidung nicht zeitgerecht getroffen worden sei. Von einem solchen Systemversagen könne aber bisher nicht ausgegangen werden.

Letztlich wäre eine Leistungspflicht der Beklagten daher nur unter dem Gesichtspunkt des Versorgungsnotstandes denkbar. Das BVerfG habe mit Beschluss vom 6. Dezember 2005 ([SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#)) eine Leistungsverweigerung der gesetzlichen Krankenversicherung dann als verfassungswidrig angesehen, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliege und bezüglich dieser Krankheit eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechenden Behandlung nicht zur Verfügung stehe und bezüglich der neuen, noch nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode, eine nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe. Diese Kriterien seien bereits deshalb nicht erfüllt, weil bei der Klägerin keine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliege. Eine extensivere Auslegung der durch das BVerfG aufgestellten Kriterien halte das SG hier bereits deshalb für nicht gerechtfertigt, weil es schon fraglich sei, ob überhaupt eine Krankheit im Sinne von [§ 27 SGB V](#) vorliege.

Die Klägerin hat gegen das ihrer Bevollmächtigten mit Empfangsbekanntnis am 26. September 2007 zugestellte Urteil am 26. Oktober 2007 Berufung eingelegt. Zur Begründung macht die Klägerbevollmächtigte geltend, das SG habe zu Unrecht die Frage offen gelassen, ob bei der Klägerin eine Krankheit im Sinne von [§ 27 SGB V](#) vorliege. In der Klagebegründung habe sich die Klägerin aber auch auf die Ausführungen des BVerfG in der Entscheidung vom 6. September 2005 berufen. Die dort entwickelten Grundsätze seien entsprechend auf den vorliegenden Fall anzuwenden, auch wenn hier keine lebensbedrohliche Erkrankung wie in dem vom BVerfG entschiedenen Fall vorliege. Das erstinstanzliche Gericht habe eine extensive Auslegung der durch das BVerfG aufgestellten Kriterien deshalb für nicht gerechtfertigt angesehen, da es fraglich sei, ob bei der Klägerin überhaupt eine Krankheit im Sinne des [§ 27 SGB V](#) vorliege. Die Klägerin habe vorgetragen und unter Beweis gestellt, dass die im Leistungskatalog enthaltene und von den Krankenversicherungen geschuldete Elektrokoagulation von keinem Arzt angeboten werde. Die Klägerin hätte sich einer solchen Behandlung, auch wenn sie sehr schmerzhaft und belastend sei, unterzogen. Sie habe jedoch keinen Arzt gefunden, der eine solche Behandlung anbiete. Auch die Beklagte habe keinen Arzt nennen können, der die Elektrokoagulation an der Klägerin vornehmen würde. Demnach schuldeten die Krankenkassen eine Leistung, die tatsächlich nicht zur Verfügung stehe. Es stelle sich daher die Frage, ob der Staat den Bürger zwangsweise der Versicherungspflicht unterwerfen dürfe, von diesem Beiträge nach Maßgabe seiner wirtschaftlichen Leistungsfähigkeit erheben dürfe, für die ihm die medizinisch notwendige Krankenbehandlung gesetzlich zugesagt sei, und dann ihn auf Behandlungsmethoden zu verweisen, die tatsächlich nicht angeboten würden. Der Gemeinsame Bundesausschuss hätte dem längst Rechnung tragen und die Laserepilation als Behandlungsmethode in den Leistungskatalog aufnehmen müssen, statt sich auf eine Behandlungsmethode zurückzuziehen, die tatsächlich nicht angeboten werde. Vorausgesetzt bei der Klägerin würde eine Krankheit im Sinne von [§ 27 SGB V](#) vorliegen, dann hätte sie Anspruch auf eine Leistung, die tatsächlich nicht erbracht werden könne, da die Ärzte sie nicht durchführen würden. Insofern läge hier durchaus ein Versorgungsnotstand vor, falls man eine Krankheit nach [§ 27 SGB V](#) bejahe und es wären dann die vom BVerfG entwickelten Kriterien entsprechend anzuwenden. Insofern komme der Frage, ob bei der Klägerin eine Krankheit im Sinne des [§ 27 SGB V](#) vorliege, Bedeutung zu. Bei der Klägerin liege auch eine Regelwidrigkeit vor, die Körperbehaarung der Klägerin weiche im starken Maße von dem bei Frauen üblichen Maß ab. Vor allem Beine, Arme und der Bauch bis zum Nabel seien mit langen dunklen Haaren bedeckt. Bei einem Mann sei eine solche Art der Behaarung nicht unüblich, jedenfalls gesellschaftlich akzeptiert. Die Klägerin sei jedoch durch ein derartiges Ausmaß an Körperbehaarung als Frau entstellt. Die Laserepilation biete insbesondere bei dunklen Haaren zumindest eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf dahingehend, dass wesentlich weniger Haare nachwachsen würden, bei mehrfachen wiederholten Behandlungen des gleichen Hautareals bestehe die konkrete Aussicht auf dauerhafte Enthaarung. Die Bevollmächtigte hat weiter darauf verwiesen, dass die Klägerin es in der Vergangenheit zunächst jahrelang mit Rasieren versucht habe, was für sie täglich die Rasur von Armen, Beinen und Bauch bedeutete. Das Ergebnis sei allerdings nicht zufriedenstellend gewesen, es seien ständig schwarze Stoppeln zu sehen, für die sich die Klägerin sehr geschämt habe. Durch das Rasieren würden außerdem die Haarwurzeln zum beschleunigten Wiedereintritt in die Wachstumsphase und somit zum vermehrten Wachstum stimuliert, was kontraproduktiv sei. Auch die Einnahme von Gestagenen mit antiandrogener Wirkung könne zwar die Hypertrichose mildern, sei jedoch mit starken Nebenwirkungen verbunden. Bei jedem Absetzen der Hormone komme es zu einer schnellen Rückkehr des ursprünglichen Krankheitsbildes. Das bedeute, mit dieser Methode sei eine Besserung oder gar Heilung, die nach Absetzen der Hormone fortbestehe, nicht zu erzielen. Darüber hinaus müssten bei der Klägerin wegen ihres besonders ausgeprägten Haarwuchses am ganzen Körper höhere Dosen Antiandrogene (Androgen-Rezeptor-Blocker) angewandt werden als

in komponierten oralen Konzeptiva enthalten seien. Bei Einnahme dieser hochdosierten Androgen-Rezeptor-Blocker durch die Mutter könnten im Fall einer Schwangerschaft männliche Föten den männlichen Phänotyp nicht voll ausbilden. Wegen dieses Problems und weiterer unerwünschten Nebenwirkungen, die bei der im Fall der Klägerin notwendigen hohen Dosierung, auftreten könnten, sei vom Einsatz derartiger Medikamente bei prämenopausalen Frauen abzuraten. Auch bei der Anwendung haarwuchshemmender Cremes handele es sich um ein ständiges, lebenslang begleitendes und somit reversibles Verfahren. Nach Absetzen der Behandlung gehe der Therapieeffekt innerhalb von 8 Wochen wieder zurück und es bestehe der ursprüngliche pathologische Zustand. Auch biete die ständige großflächige Anwendung einer haarwuchshemmenden Creme Risiken, die noch nicht abzuschätzen seien. Die Klägerin wolle sich nicht über Jahre einem solchen Risiko aussetzen, dies sei ihr nicht zumutbar. Sie strebe eine effektive Heilung an. Die erfolgsversprechendste Therapie sei die Fotoepilation nach der IPL-Technik. Ohne eine Behandlung mit den minimalen Beeinträchtigungen der IPL-Technik sei mit einer Verschlechterung der psychischen Verfassung der Klägerin zu rechnen. Es bestünde die Gefahr, dass das Körperhaarproblem das Leben der Klägerin weitestgehend bestimmen könnte. Selbst eine Arbeitsunfähigkeit in Folge psychischer Probleme in späteren Jahren wäre nicht auszuschließen.

Abgesehen davon, dass die Klägerin notfalls auch bereit gewesen wäre, eine Behandlung mittels Nadelepilation durchzuführen, habe sie jedoch keinen entsprechenden Arzt gefunden und sei ihr auch in einem Telefonat mit einer Mitarbeiterin der Kassenärztlichen Vereinigung im November 2007 mitgeteilt worden, dass kein Arzt bekannt sei, der derzeit eine Nadelepilation zur Behandlung großflächiger Körperbehaarung vornehmen würde.

Schließlich hätten auch zwei weitere Ärzte, die die Klägerin in Karlsruhe bzw. Weinheim befragt habe, eine Therapie mit der Elektroepilation für derart große Hautflächen wie bei der Klägerin abgelehnt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Mannheim vom 21. September 2007 sowie den Bescheid der Beklagten vom 8. Mai 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20. November 2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten einer Laserepilation zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hält die Entscheidung des SG für zutreffend und weist ergänzend nochmals darauf hin, dass die von der Klägerin begehrte Behandlungsmethode bisher nicht positiv vom Gemeinsamen Bundesausschuss beurteilt worden sei und nach ihrer Ansicht hier auch kein Systemversagen erkennbar sei.

Die Klägerin hat ferner eine Rechnung der Medivital GmbH Laserzentrum Heidelberg, Dr. Berg, vom 18. November 2008 hinsichtlich eines bisherigen Gesamtbetrages für drei Sitzungen im Jahre 2007 über 900,- EUR sowie zwei weitere Rechnungen vom 13. September 2008 und 30. Oktober 2008 der BC Beauty-Culture-GmbH für weitere Behandlungen in Höhe von jeweils 750,- EUR vorgelegt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Verwaltungsakten der Beklagten sowie die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

I.

Die Berufung ist zulässig. Sie ist insbesondere statthaft. Ein Berufungsausschlussgrund nach [§ 144 Abs. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) a.F. liegt nicht vor. Der Beschwerdewert in Höhe von 500,- EUR ist überschritten. Die Klägerin begehrt die Übernahme sämtlicher Behandlungskosten für die bei ihr bereits vorgenommene Laserepilation bzw. die Übernahme der noch in der Zukunft anfallenden Kosten.

II.

Die Berufung der Klägerin ist jedoch unbegründet. Das SG hat im Ergebnis zu Recht die Klage abgewiesen, da die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Beklagte hinsichtlich der hier streitigen Laserbehandlung nicht vorliegen.

1. Rechtsgrundlage des geltend gemachten Erstattungsanspruchs ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V; eine unaufschiebbare Leistung i. S. d. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V steht (unstreitig) nicht in Rede. Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V sind die für eine selbst beschaffte Leistung entstandenen Kosten von der Krankenkasse zu erstatten, wenn sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte. Das war hier nicht der Fall. Die von der Klägerin beanspruchte Laserepilationsbehandlung gehört nicht zu den Leistungen, die die gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten zu erbringen haben. Die Beklagte muss sie der Klägerin daher nicht als Sachleistung zur Verfügung stellen und infolge dessen auch bereits gezahlte Behandlungskosten nicht erstatten. Auf die Einhaltung des in [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V vorgeschriebenen Beschaffungswegs kommt es entscheidungserheblich nicht mehr an (dazu etwa Senatsurteil vom 22. Juli 2009, - [L 5 KR 5833/08](#) - unter Hinweis auf BSG, Urt. vom 20. Mai 2003 - [B 1 KR 9/03 R](#) -; Urt. vom 19. Februar 2003 - [B 1 KR 18/01 R](#) - sowie Urt. v. 23. Juli 2002, - [B 3 KR 66/01 R](#) -).

Die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten sind in [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) grundlegend umschrieben. Danach haben sie Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um (u. a.) eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst auch die Versorgung mit Arzneimitteln ([§ 27 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#)). Allerdings haben die Krankenkassen nicht für jegliche Art von Behandlung aufzukommen. Ihre Leistungspflicht unterliegt vielmehr den in [§§ 2 Abs. 1](#) und 12 Abs. 1 SGB V gesetzlich festgelegten Grenzen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht

notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen (§ 12 Abs. 1 SGB V). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V).

Hinsichtlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ist außerdem das in § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (BSG, Urte. v. 7. November 2006, - B 1 KR 24/06 R -; Urte. v. 4. April 2006, - B 1 KR 12/05 R -) zu beachten. Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch dann nur zu den den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen (BSGE 81,73, ständige Rechtsprechung - zuletzt BSG, Urte. v. 4. April 2006, - B 1 KR 12/05 R -), wenn der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlungen u. a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. An die Entscheidungen des Bundesausschusses sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG, Urte. v. 4. April 2006, - B 1 KR 12/05 R - m.w.N.). Ohne befürwortende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht (zu alledem auch Senatsurteil vom 30. August 2006, - L 5 KR 281/06 -).

Nach der neueren Rechtsprechung des BVerfG - auf die sich die Klägerin in erster Linie beruft - können sich (ansonsten nicht bestehende) Leistungsansprüche auch aus einer grundrechtsorientierten Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts ergeben. In seinem Beschluss vom 6. Dezember 2005 (- B 1 BvR 347/98 -) hat es das BVerfG für mit dem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 1 GG in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht aus Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG nicht vereinbar erklärt, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die zu einem solchen Ergebnis führende Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts sei in der extremen Situation krankheitsbedingter Lebensgefahr (im vom BVerfG entschiedenen Fall durch die Duchenne'sche Muskeldystrophie) verfassungswidrig.

Das Bundessozialgericht hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben seiner Rechtsprechung zugrunde gelegt und näher konkretisiert. Der Senat schließt sich dem an. Danach - so etwa BSG Urte. v. 7. November 2006 - B 1 KR 24/06 R -; Urte. v. 4. April 2006 - B 1 KR 7/05 R - verstößt die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige Gemeinsame Bundesausschuss diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt habe (BSGE 94, 221), gegen das Grundgesetz, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:

1. Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor (oder eine zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Krankheit - BSG, Urte. v. 16. Dezember 2008, - B 1 KN 3/07 KR R -; BSGE 96,153),
2. Bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung,
3. Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine "auf Indizien gestützte" nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf.

Ergänzend hat das BSG - im Hinblick auf die Anwendung von Arzneimitteln - dargelegt, dass eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen nur gerechtfertigt ist, wenn eine notstandsähnliche Situation im Sinne einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliegt, wie sie für einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch ist. Das bedeutet, dass nach den konkreten Umständen des Falles bereits drohen muss, dass sich der voraussichtlich tödliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kürzeren, überschaubaren Zeitraums mit großer Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird. Ähnliches kann für den ggf. gleichzustellenden, akut drohenden und nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten (so BSG, Urte. v. 27. März 2007, - B 1 KR 17/06 - und - B 1 KR 30/06 -; Urte. v. 16. Dezember 2008, - B 1 KN 3/07 KR R -; zusammenfassend auch Urte. v. 5. Mai 2009, - B 1 KR 15/08 R -). Das BVerfG hat die Rechtsprechung des BSG nicht beanstandet und in einem Beschluss vom 30. Juni 2008 (- 1 BvR 1665/07 - Nichtannahme einer Verfassungsbeschwerde) klargestellt, dass Anknüpfungspunkt für eine grundrechtsorientierte Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuellen Notlage ist. 2. Von diesen rechtlichen Vorgaben ausgehend kann das Leistungs- bzw. Erstattungsbegehren der Klägerin keinen Erfolg haben. Bei der hier begehrten Laserepilationsbehandlung handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 SGB V, hinsichtlich derer eine befürwortende Entscheidung des Gemeinsamen Bundesausschusses nicht ergangen ist (dazu a.). Ein sogenanntes "Systemversagen" liegt nicht vor (dazu b.) die Klägerin kann sich auch nicht mit Erfolg auf die neuere Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 6. Dezember 2005 - 1 BvR 347/98 -) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung in Fällen lebensbedrohlicher oder regelmäßig tödlich verlaufender Erkrankungen berufen (dazu c.).

a.) Der Erlaubnisvorbehalt des § 135 Abs. 1 SGB V ist vorliegend einschlägig. Bei der Laserepilationsbehandlung handelt es sich auch um eine Behandlungsmethode im Sinne des § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V. Die Laserepilationsbehandlung ist auch "neu", da sie als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) nicht aufgeführt ist (vgl. BSG-Urteil vom 26. September 2006 - B 1 KR 3/06 R - zur "Neurophysiologischen Therapie", unter Hinweis auf BSGE 81, 54, 81, 73, 94, 221).

Der Gemeinsame Bundesausschuss hat die in § 135 Abs. 1 SGB V vorgeschriebenen Empfehlungen nicht abgegeben, sodass die Laserepilationsbehandlung von der gesetzlichen Krankenversicherung als Sachleistung nicht gewährt werden kann.

b.) Das Fehlen der nach § 135 Abs. 1 SGB V notwendigen Empfehlung des Bundesausschusses ist nicht wegen sog. "Systemversagens" entbehrlich. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts kann ungeachtet des in § 135 Abs. 1 SGB V statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung

notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde und damit ein sog. "Systemversagen" vorliegt. Dann ist die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien nämlich rechtswidrig unterblieben, weshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (näher [BSGE 81, 54](#) sowie BSG, Urt. v. 4. April 2006, - [B 1 KR 12/05 R](#) -). Für eine solche Fallgestaltung ist hier aber nichts ersichtlich oder substantiiert geltend gemacht. Der Sonderfall einer wegen ihrer Seltenheit praktisch nicht systematisch erforschbaren Krankheit, deren Behandlung aus dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung deswegen nicht schon mangels entsprechender Empfehlung des Bundesausschusses ausscheidet (vgl. dazu [BSGE 93,236](#)), liegt ebenfalls nicht vor.

c.) Die Beklagte ist auch bei grundrechtsorientierter Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrecht nicht verpflichtet, der Klägerin, die in Rede stehende Laserepilationsbehandlung zu gewähren bzw. die dafür gezahlten Kosten zu übernehmen.

Unabhängig davon, ob es sich hier im Hinblick darauf, dass ausweislich der Auskunft von Prof. Dr. K. keine endokrinologische Ursache vorliegt, bei der Klägerin tatsächlich um eine Krankheit im Sinne des Gesetzes handelt, handelt es sich jedenfalls nicht um eine im Sinne der Rechtsprechung der BVerfG und des BSG lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung. Insoweit kommt es auch nicht auf die weiteren Umstände, ob und inwieweit eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung steht bzw. bezüglich der bei der Versicherten ärztlich angewandten neuen, nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode eine nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung vorliegt, mehr an. Sowohl des BVerfG als auch das BSG haben nämlich eine Ausnahme vom System der gesetzlichen Krankenversicherung, wonach grundsätzlich von den Krankenkassen nur solche ärztliche Leistungen auch zu übernehmen sind, die vom Gemeinsamen Bundesausschuss als vertragsärztliche Leistungen genehmigt worden sind, nur für lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankungen zugelassen. Anhaltspunkte für die von der Klägerbevollmächtigten vertretene Auffassung, die Entscheidung des BVerfG zu erweitern auch auf sonstige, nicht lebensbedrohliche bzw. regelmäßig tödlich verlaufende Krankheiten, sind weder der Rechtsprechung des BSG noch der Entscheidung des BVerfG zu entnehmen.

Aus diesen Gründen ist daher die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des SG zurückzuweisen.

III.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Gründe für die Zulassung der Revision bestehen nicht ([§ 160 Abs. 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2009-12-16