

## L 4 KR 209/02

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Augsburg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 12 KR 77/02  
Datum  
22.08.2002  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 209/02  
Datum  
20.01.2005  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Augsburg vom 22. August 2002 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenübernahme für eine Positronen-Emissions-Tomographie (PET).

Die 1962 geborene Klägerin, die bei der Beklagten versichert ist, leidet nach den Feststellungen des Universitätsklinikums U. vom 09.02.2000 und des Klinikums der Universität M. (Medizinische Klinik und Poliklinik II - G.) vom 31.05.2001 an einem Zustand nach Operation bei Meningomyelozele, Ureterosigmoideostomie bds., Anlegung eines Ileumconduit rechter Unterbauch, Zustand nach Fistelresektion (Bauchdeckendarmfistel) linker Unterbauch sowie an einer rezidivierenden Flush-Symptomatik mit explosionsartig einsetzenden Diarrhoen. Die bisher durchgeführte radiologische Diagnostik, u.a. mit der PET am 04.02.2000, ergab keinen Hinweis auf ein Karzinoid.

Am 23.07.2001 beantragten die behandelnden Vertragsärzte Dr.R./B. im Namen der Klägerin bei der Beklagten die Kostenübernahme für eine PET.

Der hierzu gehörte Medizinische Dienst der Krankenversicherung in Bayern (MDK; Gutachter Dr.R.) kam in der Stellungnahme vom 23.07.2001 zu dem Ergebnis, die medizinische Notwendigkeit der erneuten Durchführung einer PET zur Abklärung des Verdachts auf ein Karzinoid könne nicht nachvollzogen werden. Die wegen der Flush-Symptomatik durchgeführten klinischen Untersuchungen hätten keinen Hinweis für ein bestehendes Karzinoid gegeben. Eine weitere Abklärung sei von der Klägerin vereitelt worden, da sie bereits am dritten Tage auf Entlassung gedrängt habe. Vom Klinikum der Universität M. sei eine urologische Weiterbetreuung empfohlen worden, nicht jedoch eine weitere PET. Die diagnostische Wertigkeit der PET sei bei der vorliegenden Fragestellung ungeklärt, es handle sich zudem um eine außervertragliche Untersuchungsmethode.

Daraufhin lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 01.08.2001 eine Kostenübernahme ab; die medizinische Notwendigkeit der erneuten Durchführung einer PET zur Abklärung des Verdachts auf ein Karzinoid könne aus den vorgelegten Unterlagen nicht abgeleitet werden. Der von der Beklagten wieder gehörte MDK (Gutachter Dr.W.) führte in der Stellungnahme vom 23.08.2001 aus, nach Rücksprache mit den behandelnden Ärzten solle das Ergebnis der am 09.09.2001 geplanten Computertomographie-Untersuchung in der Universitätsklinik U. (virtuelle Coloskopie) vor einer nochmaligen Prüfung des Leistungsantrags abgewartet werden. Die Klägerin legte gegen den Bescheid Widerspruch ein.

Mit Bescheid der Beklagten (Hauptverwaltung) vom 09.10.2001 wurde die Kostenübernahme für die beantragte PET ein weiteres Mal abgelehnt; bislang vorliegende Daten böten insgesamt noch keine ausreichende Grundlage für eine routinemäßige klinische Nutzung, insofern habe die PET noch keinen Eingang in die vertragsärztliche ambulante Versorgung gefunden und könne demzufolge nicht als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden.

Die behandelnden Ärzte Dres.R. und B. sahen in der Stellungnahme vom 08.11.2001 an den MDK die PET-Untersuchung für dringend erforderlich und indiziert an. Der von der Beklagten wieder gehörte MDK (Gutachter Dr.R.) hielt in der sozialmedizinischen Stellungnahme vom 23.11.2001 weiterhin an der negativen Einschätzung der diagnostischen Wertigkeit der PET fest.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 28.11.2001 demgemäß eine Kostenübernahme wieder ab und wies auf den Widerspruch der Klägerin den Rechtsbehelf mit Widerspruchsbescheid vom 13.03.2002 zurück. Die PET-Untersuchung sei keine Vertragsleistung nach dem Arzt-/Ersatzkassenvertrag; sie sei auch nicht gemäß [§ 135 Abs.1 SGB V](#) als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als vertragsärztliche Behandlung anerkannt worden. Nach den vorliegenden Informationen berate derzeit der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen über die PET, ein Systemmangel liege somit nicht vor.

Die Klägerin hat hiergegen am 09.04.2002 Klage beim Sozialgericht Augsburg erhoben (SG). Die Stellungnahmen des MDK seien willkürlich, oberflächlich und inkompetent. Trotz Diät und Einnahme von Arzneimitteln würden die Diarrhoen häufiger und intensiver mit erhöhter Schmerzsymptomatik.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat mit Beschluss vom 26.02.2002 die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) in den BUB-Richtlinien in der Anlage B "Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen" unter Nr.39 mit Wirkung zum 12.05.2002 aufgenommen.

Das SG hat mit Urteil vom 22.08.2002 die Klage abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch darauf, dass die Beklagte die Kosten für eine Untersuchung mittels PET übernimmt. Es hat zur Begründung auf den Widerspruchsbescheid Bezug genommen und ergänzend ausgeführt, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Sitzung vom 26.02.2002 über die PET beraten und ihre Aufnahme als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung abgelehnt hat. Eine Kostenübernahme wäre demgemäß nur bei einem Systemmangel zu begründen. Aus der Begründung des Beschlusses vom Februar 2002 sei ein derartiger Mangel, d.h. dass willkürlich oder sachfremd entschieden worden wäre, nicht ersichtlich.

Am gleichen Tage ist bei dem SG das ärztliche Attest der Gemeinschaftspraxis B. u.a. vom 20.08.2002 eingegangen, wonach die Klägerin auf Grund der Erkrankung zum Termin nicht erscheinen könne und bis einschließlich 25.08.2002 nicht prozessfähig sei.

Die Klägerin hat gegen das Urteil am 28.10.2002 Berufung eingelegt. Das SG habe auf Grund des Urteils bei Abwesenheit der Klägerin das rechtliche Gehör verletzt. Die gutachtlichen Stellungnahmen des MDK seien oberflächlich, willkürlich, fachlich inkompetent. Die Krankenkassen hätten sich durch Streichung der PET als kassenärztliche Leistung einer sinnvollen Diagnostik entzogen. Sie hat am 18.01.2005 mitgeteilt, dass sie wegen einer stationären Behandlung an der mündlichen Verhandlung nicht teilnehmen kann.

Die Klägerin beantragt sinngemäß, die Beklagte unter Aufhebung des Urteils des Sozialgerichts Augsburg vom 22.08.2002 sowie der Bescheide vom 11.08.2001, 09.10.2001 und 28.11.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13.03.2002 zu verurteilen, die Kosten für eine PET zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Übrigen Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG); der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 500,00 EUR ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)); nach den Angaben der Klägerin vor dem SG (Pressenotiz) betragen die Kosten der ambulanten PET 2.300,00 DM.

Die Berufung ist unbegründet.

Die Klägerin rügt zu Unrecht die Verletzung des rechtlichen Gehörs durch das SG ([§ 62 SGG](#)). Danach ist für jede Entscheidung den Beteiligten rechtliches Gehör zu gewähren; die Anhörung kann schriftlich geschehen. Durch die Entscheidung des SG ohne Anwesenheit der Klägerin wurde ihr rechtliches Gehör nicht verletzt; denn das ärztliche Attest vom 20.08.2003, das fehlende Prozessfähigkeit bis 25.08.2002 bescheinigte, erreichte die Vorsitzende der 12. Kammer offensichtlich erst nach Verkündung des Urteils. Der Senat war durch die Abwesenheit der Klägerin in der mündlichen Verhandlung am 20.01.2005 gleichfalls nicht an einer Entscheidung gehindert; denn die Klägerin hat eine Terminverlegung nicht beantragt (Bundessozialgericht vom 12.02.2003, ZfS 2003, 108 m.w.N.).

In der Sache ist die Berufung erfolglos; das angefochtene Urteil und die Bescheide der Beklagten sind nicht zu beanstanden.

Die Klägerin hat keinen Anspruch gegen die Beklagte auf Übernahme der Kosten der Positronen-Emissions-Tomographie (PET); denn diese Untersuchung zählt nicht zu den von der Beklagten geschuldeten Leistungen der Krankenbehandlung.

Gemäß [§ 27 Abs.1 Satz 1](#) Sozialgesetzbuch V (SGB V) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach Satz 2 dieser Vorschrift umfasst die Krankenbehandlung u.a. die ärztliche Behandlung. [§ 2 Abs.1 Satz 3 SGB V](#) sieht vor, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen haben und den medizinischen Fortschritt berücksichtigen müssen. Im Zusammenhang damit steht das Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs.1 SGB V](#), wonach die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen und das Maß des Notwendigen nicht überschreiten dürfen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen. Dieses Gebot betrifft sowohl die Leistungen als solche, als auch deren Einsatz im konkreten Behandlungsfall.

Nach der obengenannten Vorschrift des [§ 2 Abs.1 Satz 3 SGB V](#) ist also vorgesehen, dass die gesetzliche Krankenversicherung den medizinischen Fortschritt in der Medizin zu berücksichtigen hat. Dies kann entweder durch eine Anpassung des einheitlichen Bewertungsmaßstabes an den geänderten Stand der medizinischen Wissenschaft und Technik erfolgen ([§ 87 Abs.2 Satz 2 SGB V](#)) oder durch

eine Überprüfung einer Leistung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss und Aufnahme in die sogenannte BUB-Richtlinien (= Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden) im Sinne einer positiven Empfehlung ([§ 135 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGB V](#)). Nach dieser gesetzlichen Vorschrift dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag einer Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in Richtlinien nach [§ 92 Abs.1 Satz 2 Nr.5 SGB V](#) Empfehlungen abgegeben hat über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit - auch im Vergleich der bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach dem jeweiligen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse in der jeweiligen Therapierichtung. Aus Gründen der Sicherung der Qualität der Leistungserbringung hat der Gesetzgeber die Einführung neuer ambulanter Untersuchungs- und Behandlungsmethoden mit einem Erlaubnisvorbehalt versehen. Dies bedeutet, dass grundsätzlich eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erst abgerechnet werden darf, wenn im Zeitpunkt der Leistungserbringung der Gemeinsame Bundesausschuss die Leistung in die Anlage A "anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden" aufgenommen hat.

Ob eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und damit dem im [§ 2 Abs.1 Satz 3 SGB V](#) geforderten Versorgungsstandart entspricht, soll nach Wortlaut und Konzeption des Gesetzes nicht von Fall zu Fall durch die Krankenkasse oder das Gericht, sondern für die gesamte ambulante Versorgung einheitlich durch den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen als sachkundiges Gremium entschieden werden, um so eine an objektiven Maßstäben orientierte und gleichmäßige Praxis der Leistungsgewährung zu erreichen. Der Bundesausschuss hat nicht selbst über den medizinischen Nutzen der Methode zu urteilen. Seine Aufgabe ist vielmehr, sich einen Überblick über die veröffentlichte Literatur und die Meinung der einschlägigen Fachkreise zu verschaffen und danach festzustellen, ob ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit der in Rede stehenden Behandlungsweise besteht. (BSG vom 19.02.2003 [SozR 4-2500 § 135 Nr.1 = NZS 2004,99](#)).

Hat der Gemeinsame Bundesausschuss eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode von der Anwendung zu Lasten der Krankenversicherung ausgeschlossen, unterliegt diese Entscheidung nicht der inhaltlichen Überprüfung durch die Verwaltung und Gerichte (BSG a.a.O.; BSG vom 28.03.2000 [BSGE 86, 54 = SozR 3-2500 § 135 Nr.14](#); BSG vom 20.11.2003, [B 1 KR 55/02 B](#), unveröffentlicht).

Bedenken gegen diesen Erlaubnisvorbehalt und die inhaltliche Bindung durch die BUB-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses hat die höchstrichterliche Rechtsprechung nicht getragen. Bei den Richtlinien des Bundesausschusses über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden handelt es sich danach um untergesetzliche Rechtsnormen, die in Verbindung mit [§ 135 Abs.1 SGB V](#) verbindlich festlegen, welche neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden Gegenstand der Leistungspflicht der Krankenkassen sind. Die Übertragung von Rechtssetzungsbefugnissen auf den Bundesausschuss ist mit dem Grundgesetz vereinbar (BSG vom 16.09.1997 [BSGE 81, 73](#); BSG vom 20.03. 1996 [BSGE 78, 70](#)).

Damit ist im vorliegenden Fall entscheidungserheblich, dass der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in der Sitzung am 26.02.2002 in die Anlage B der Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs.1 SGB V](#) (BUB-Richtlinien) als Methode, die nicht als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf, unter Nr.39 die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) aufgenommen hat. Diese Entscheidung ist nach den obengenannten gesetzlichen Vorschriften auch für den Senat bindend.

Es ist nicht ersichtlich, dass der Bundesausschuss mit diesem Beschluss gegen höherrangiges Recht verstoßen hat. Der AOK-Bundesverband hat im Mai 1998 die Überprüfung der streitigen Leistung durch den Bundesausschuss beantragt. Nach umfassenden Ermittlungen des Arbeitsausschusses und eines umfangreichen Gutachtens des MDK, das klinische Vorteile für die Patienten bei Anwendung der PET verneint hat, und Auswertung der einschlägigen medizinisch- wissenschaftlichen Literatur kam der Bundesausschuss zu dem Ergebnis, dass ein additiver oder substitutiver Nutzen der PET im Vergleich zu Methoden, die bereits Bestandteil der ambulanten Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung sind, nicht nachgewiesen war. Nutzen, Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der PET - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - sind derzeit bei den geprüften Indikationen nicht hinreichend belegt. Für die Diagnostik stehen moderne und zielsichere Verfahren in der gesetzlichen Krankenversicherung zur Verfügung. Es fehlen aussagefähige wissenschaftliche Unterlagen, die den Vorteil für die Patienten bei einer additiven oder substitutiven Anwendung der PET belegen (Begründung des Beschlusses des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen zur Positronen-Emissions-Tomographie).

Ein Systemmangel, der zu einer anderen Entscheidung über den Leistungsanspruch führen könnte, ist nicht ersichtlich. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat das Prüfungsverfahren auf Antrag eines Bundesverbandes der Krankenkassen durchgeführt, ist also nicht untätig geblieben. Aus der etwa vierjährigen Verfahrensdauer kann nicht der Schluss auf eine unsachgemäße Behandlung gezogen werden. Der Beschluss des Bundesausschusses vom 26.02.2002 ist auch nicht durch Zeitablauf rechtswidrig geworden (BSG vom 19.03.2002 [SozR 3-2500 § 138 Nr.2](#)).

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nr.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-03-02