

S 16 KR 1034/21

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
SG Detmold (NRW)
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
16
1. Instanz
SG Detmold (NRW)
Aktenzeichen
S 16 KR 1034/21
Datum
08.11.2022
2. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
3. Instanz
-
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

Die Beklagte wird unter Aufhebung des Bescheids vom 27.07.2020 in Gestalt des Widerspruchbescheids vom 27.04.2021 verurteilt, an den Kläger für die beim Kläger durchgeführte PSMA PET-CT Untersuchung einen Betrag in Höhe von 1.467,62 EUR zu zahlen.

Die Beklagte trägt die notwendigen außergerichtlichen Kosten des Klägers.

T a t b e s t a n d:

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme für die Behandlung des Klägers mittels PSMA-PET-CT am 06.08.2020.

Der am 00.00.0000 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Am 01.07.2020 beantragte ein Arzt des Krankenhauses St. K Q für den Kläger die Übernahme der Kosten für eine PSMA PET/CT-Untersuchung (Prostata-spezifisches Membranantigen Positronen-Emissions-Therapie/Computertomographie Untersuchung). Es war laut den beigefügten Berichten bzw. der Indikationsstellung eine unklare Anreicherung in der rechten Scalupaspitze(Schulter) bei bekanntem Prostatakarzinom und steigendem PSA-Wert festgestellt worden. Die Kosten für die angestrebte Untersuchung beliefen sich auf 1.474,09 EUR.

Die Beklagte legte den Leistungsantrag des Klägers dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) zur Prüfung eines Einzelfalls vor. Der Gutachter kam in seiner Stellungnahme vom 17.07.2020 zu dem Ergebnis, dass die medizinischen Voraussetzungen für die Leistungsgewährung nicht erfüllt seien. Die PET-CT Untersuchung für den Befund des Prostatakarzinoms sei durch den Gemeinsamen Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (GBA) nicht als Untersuchungs- und Behandlungsmethode zugelassen. Auch im Einzelfall seien die Voraussetzungen zur Leistungsgewährung nicht erfüllt. Zur Diagnostik und Therapie beim vorliegenden Befund stehe gemäß der S3-Leitlinie eine Strahlentherapie als Standardtherapie zur Verfügung.

Mit Bescheid vom 27.07.2020 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab.

Gegen die Entscheidung legte der Kläger am 25.08.2020 Widerspruch ein. Zur Begründung verwies der Kläger auf eine beigefügte Stellungnahme des Herrn Prof. Dr. D I vom 23.08.2020.

Daraufhin beauftragte die Beklagte den MDK mit der Erstellung eines Zweitgutachtens. Mit Gutachten vom 03.12.2020 bestätigte die Gutachterin das Ergebnis der Erstbegutachtung. Als alternative Therapien zur Diagnosesicherung, Metastasendetektion und Lokalisation des vermuteten Tumorgeschehens stünden CT-Untersuchungen sowie sonographische und knochenszintigraphische Untersuchungen zur Verfügung. Im mittlerweile dargelegten weiteren Verlauf habe erst durch eine Knochenszintigraphie der nach PET-CT als Verdacht geäußerte Befund bestätigt werden können. Ein für therapierelevante Entscheidungen belegter Mehrnutzen der beantragten Diagnostik werde nicht dargelegt.

Mit Schreiben vom 16.12.2020 bat der Kläger die Beklagte um Sachstandsmitteilung und Kostenerstattung der zwischenzeitig durchgeführten PSMA PET-CT Untersuchung. Beigefügt war eine Rechnung des Krankenhauses vom 07.09.2020 über 1.467,62 EUR.

Mit Widerspruchsbescheid vom 27.04.2021 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück. Zur Begründung führte sie an, dass die Krankenkasse die Kosten für Krankenbehandlung nur nach den gesetzlichen Bestimmungen übernehmen könne. Bei der beim Kläger durchgeführten PSMA PET-CT Behandlung handele es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, da sie zum Zeitpunkt

der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähig ärztliche Leistung im EBM-Ä enthalten gewesen sei. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden dürften jedoch nur zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherungen erbracht werden, wenn der GBA in Richtlinien seine Empfehlung abgegeben habe. Der GBA habe die PSMA PET-CT Untersuchung geprüft und unter Anlage II Nr. 39 der Richtlinie den Methoden zugeordnet, die nicht als vertragsärztliche Leistung erbracht werden dürften mit Ausnahme der in Anlage I Nr. 14 der Richtlinie anerkannten Indikationen. Die beim Kläger vorliegende Indikation zur Lokalisation eines vermuteten Tumorgeschehens nach Prostatakarzinom und steigendem PSA-Wert sei keine der dort genannten Erkrankungen. Ausnahmsweise könne die Behandlung auch bei lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich endenden Erkrankungen oder zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankungen, für die allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen nicht zur Verfügung stünden, zu Lasten der GKV erbracht werden, wenn eine nicht ganz entfernt liegende spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vorliege. Der MDK habe in seinem Gutachten ausgeführt, dass genügend Befunde zur Durchführung einer Strahlentherapie nach S3-Leitlinie vorgelegen haben.

Mit der am 11.06.2021 erhobenen Klage wendet der Kläger sich gegen die Entscheidung der Beklagten und begehrt die Übernahme der Kosten für die PET-CT Untersuchung.

Zur Begründung führt er aus, dass nach durchgeführter operativer Sanierung eines Prostatakarzinoms bei ihm Metastasen nicht ausgeschlossen gewesen seien. Untersuchungen mittels Computertomographie hätten keinen Aufschluss gebracht. Konventionell wäre gemäß S3 Leitlinie eine flächige Bestrahlung des betroffenen Körperbereichs durchgeführt worden. Diese großflächige Bestrahlung hätte für ihn Risiken erheblicher schädlicher Nebenwirkungen mit sich gebracht. Nach Empfehlung der onkologischen Konferenz sei daher die PET-CT Untersuchung durchgeführt worden.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheids vom 27.07.2020 in Form des Widerspruchbescheids vom 27.04.2021 zu verurteilen, an den Kläger die Kosten für eine am Kläger durchgeführte PSMA PET-CT Untersuchung in Höhe von 1.467,62 EUR zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verweist zur Begründung auf ihre Ausführungen aus dem Widerspruchsbescheid. Sie ist der Auffassung, dass dem Kläger kein Anspruch auf die begehrte Untersuchungsmethode zugestanden habe. Es handele sich dabei um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für deren Indikation der GBA keine positive Stellungnahme abgegeben habe. Auch die Ausnahmetatbestände, in denen im Einzelfall eine Kostenübernahme erfolgen könne, seien nicht erfüllt. Der Medizinische Dienst der Krankenversicherung sei in seinem Gutachten vom 03.12.2020 zu dem Ergebnis gelangt, dass bereits keine lebensbedrohliche Erkrankung vorliege und auch alternative Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethoden zur Verfügung gestanden haben.

Das Gericht hat Beweis erhoben durch Einholung von Befundberichten der behandelnden Ärzte des Klägers Dr. W M. S, Dr. K und des Dr. Prof. L. Auf den Inhalt der Stellungnahmen wird Bezug genommen (Bl. 42-76 der Gerichtakte, Bl. 80-84 der Gerichtsakte).

Das Gericht hat ferner Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens des Prof. Dr. med. I, Facharzt für Urologie. Dieser gelangte in seinem Gutachten vom 27.06.2022 zu dem Ergebnis, dass bei dem Kläger eine lebensbedrohliche Erkrankung vorgelegen habe und auch keine alternativen Untersuchungsmethoden bestanden haben. Bezüglich des Inhalts des Sachverständigengutachtens wird auf die Gerichtsakte verwiesen (Bl. 107 ff der Gerichtsakte).

Wegen der weiteren Einzelheiten im Sach- und Streitstand nimmt die Kammer Bezug auf die Gerichtsakten, die eingeholte Stellungnahme, das Sachverständigengutachten und den beigezogenen Verwaltungsvorgang der Beklagten. Der Inhalt war Gegenstand der mündlichen Verhandlung.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Klage ist begründet.

Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage gemäß [§ 54 Abs. 4 SGG](#) statthaft und auch im Übrigen zulässig.

Die Klage ist auch begründet. Der Bescheid vom 27.07.2020 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 27.04.2021 ist rechtswidrig und verletzt den Kläger in seinen Rechten gemäß [§ 54 Abs. 4 SGG](#). Dem Kläger steht ein Anspruch auf Kostenerstattung für die durchgeführte PSMA PET-CT Untersuchung gegen die Beklagte in Höhe von 1.467,62 EUR gemäß [§ 13 Abs. 3 S. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) in der Fassung vom 11.07.2021 gültig ab dem 20.07.2021 gegen die Beklagte zu.

Nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine notwendige, selbstbeschaffte Leistung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Variante 1) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind (Variante 2). Ein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) setzt in beiden Regelungsalternativen einen entsprechenden Primärleistungsanspruch voraus, also einen Sach- oder Dienstleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse und gilt in der Sache nicht weiter als ein solcher Anspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. Bundessozialgericht 'BSG', Urt. v. 27.03.2007, [B 1 KR 17/06 R](#), juris).

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 S. 1 2 Var. SGB V](#) sind vorliegend erfüllt.

Die Beklagte hat die Leistung zu Unrecht abgelehnt.

Die streitgegenständliche PSMA PET-CT gehört nicht zu den von der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich zu erbringenden

Leistungen.

Nach [§ 27 Abs. 1 S. 1 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. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die ärztliche Behandlung ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 1 SGB V](#)) und die Krankenhausbehandlung ([§ 27 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#)). Krankheit im Sinne des SGB V ist ein regelwidriger, vom Leitbild des gesunden Menschen abweichender Körper- oder Geisteszustand, der ärztlicher Behandlung bedarf oder den Betroffenen arbeitsunfähig macht (stete Rechtsprechung, vgl. BSG, Urt. v. 19.10.2004, [B 1 KR 3/03 R](#); Urt. v. 28.09.2010, [B 1 KR 5/10 R](#); Urt. v. 11.09.2012, [B 1 KR 9/12 R](#); jeweils juris). Krankheitswert im Rechtssinne kommt nicht jeder körperlichen Unregelmäßigkeit zu. Eine Krankheit liegt nur vor, wenn der Versicherte in den Körperfunktionen beeinträchtigt wird oder wenn die anatomische Abweichung entstellend wirkt (BSG Urt. v. 28.02.2008, [B 1 KR 19/07 R](#); Urt. v. 06.03.2012, [B 1 KR 17/11 R](#), jeweils juris).

Bei dem Kläger lag zum Zeitpunkt der Antragsstellung eine Krankheit im Sinne des [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) vor. Nach durchgeführter Prostatektomie stieg der PSA-Wert schnell an und sank nicht unter Null. Es lag somit eindeutig ein Rezidiv oder eine Metastasierung vor.

Bei der Behandlungsmaßnahme „PET-CT bei Prostatakarzinom zum Staging“ handelt es sich um eine „neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode“ im Sinne des [§ 135 SGB V](#). Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung sind nach [§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) nur von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst, wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Durch Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) wird nämlich nach höchstrichterlicher Rechtsprechung 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 Leistung verbindlich festgelegt (vgl. BSG, Urt. v. 07.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), juris).

Der GBA hat für die PET zwar bereits eine Empfehlung abgegeben. Die PET darf nach Nr. 14 § 1 Anlage I – Anerkannte Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden – zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung bei Vorliegen der folgenden Indikationen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden:

1. Bestimmung des Tumorstadiums von primären nicht kleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen.
2. Nachweis von Rezidiven (bei begründetem Verdacht) bei primären nicht kleinzelligen 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. Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von $\geq 2,5$ cm nach bereits erfolgter Chemotherapie. 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. Entscheidung über die notwendige Anzahl von Chemotherapiezyklen bei HodgkinLymphomen im fortgeschrittenen Stadium nach zwei Zyklen leitliniengerechter Chemotherapie.
10. Maligne Lymphome bei Kindern und Jugendlichen.
11. Initiales Staging bei Hodgkin-Lymphomen.

Für andere Indikationen als die oben genannten wurde die PET in die Anlage II zur Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung unter Nr. 39 aufgenommen: als eine Methode, die nach Beschluss des G-BA nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen.

Bei dem Kläger liegt eine entsprechende Indikation nicht vor, die eine Durchführung der PET-CT als vertragsärztliche Leistung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung zulässt. Stattdessen war die PET-CT zur Lokalisation von Metastasen indiziert.

Ein Leistungsanspruch des Klägers ergibt sich ebenso wenig unter dem Gesichtspunkt eines Systemmangels. Danach kann entsprechend [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde („Systemversagen“). Ein derartiger Systemmangel wird angenommen, wenn das Verfahren vor dem G-BA von den antragsberechtigten Stellen oder dem GBA selbst überhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemäß durchgeführt wurde (vgl. BSG, Urt. v. 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#), juris). Der GBA hat allerdings bereits Mai 2018 abschließend über die Erstattungsfähigkeit des PET entschieden.

Nach Auffassung der Kammer ergibt sich jedoch ein Anspruch des Klägers auf Durchführung der PSMA-PET-CT Untersuchung gemäß [§ 2 Abs. 1a SGB V](#). Danach können Versicherte mit (1) einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung oder mit einer zumindest wertungsmäßig vergleichbaren Erkrankung, für die (2) eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistung nicht zur Verfügung steht, auch von [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) abweichende Leistung beanspruchen, wenn (3) eine nicht ganz entfernte

liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Der Gesetzgeber hat die vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) formulierten Anforderungen an das Leistungsrecht der GKV mit Wirkung ab dem 1. Januar 2012 einfach gesetzlich niedergelegt. In der Rechtsprechung des BVerfG ist hinreichend geklärt, welche Folgen sich nach [Art. 2 Abs. 1](#) Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem grundgesetzlichen Sozialstaatsprinzip aus dem in der GKV geltenden Versicherungszwang ergeben, wenn es um die Versorgung mit einer neuen Behandlungsmethode im Falle einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Krankheit geht und für die Behandlung dieser Krankheit eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht (vgl. BVerfG, Beschl. v. 08.04.2014, [1 BvR 2933/13](#); Beschluss vom 6. Dezember 2005 - BvR 347/98, [BVerfGE 115, 25](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#); speziell zu Immunglobulin vgl. auch Beschl. v. 30.06.2008 - [1 BvR 1665/07](#), jeweils juris). Das BVerfG hat in den genannten Beschlüssen dargelegt, dass aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip regelmäßig kein verfassungsmäßiger Anspruch auf bestimmte Leistungen der Krankenbehandlung folgt. Es bedarf der besonderen Rechtfertigung, wenn dem Versicherten Leistungen für die Behandlung einer Krankheit und insbesondere einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung durch gesetzliche Bestimmungen oder durch deren fachgerichtliche Auslegung und Anwendung vorenthalten werden. Darüber hinaus sind auch die Grundrechte auf Leben und körperliche Unversehrtheit zu beachten. Ein verfassungsrechtlich durchsetzbarer Anspruch auf Bereitstellung bestimmter oder sogar spezieller Gesundheitsleistungen, die der Heilung von Krankheiten dienen oder jedenfalls bezwecken, dass sich Krankheiten nicht weiter verschlimmern, kann aus [Art. 2 Abs. 2 S 1 GG](#) zwar regelmäßig nicht hergeleitet werden. Jedoch können diese Grundsätze in besonders gelagerten Fällen zu einer grundrechtsorientierten Auslegung der maßgeblichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts verpflichtet. Übernimmt der Staat mit dem System der gesetzlichen Krankenversicherung Verantwortung für Leben und körperliche Unversehrtheit der Versicherten, so gehört die Vorsorge in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung unter den genannten Voraussetzungen zum Kernbereich der Leistungspflicht und der von [Art. 2 Abs. 2 S. 1 GG](#) geforderten Mindestversorgung (BVerfGE 115, 24, 49). Mit dem Kriterium einer Krankheit, die zumindest mit einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung in der Bewertung vergleichbar ist, ist eine strengere Voraussetzung umschrieben, als sie etwa mit dem Erfordernis einer „schwerwiegenden“ Erkrankung für die Eröffnung des so genannten „Off-Label-Use“ formuliert ist. Gerechtfertigt ist hiernach eine verfassungskonforme Auslegung der einschlägigen gesetzlichen Regelungen unter anderem nur, 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 ein voraussichtlich tödlicher Krankheitsverlauf innerhalb überschaubaren Zeitraums mit Wahrscheinlichkeit verwirklichen wird. Ähnliches kann für den nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen Körperfunktion gelten (BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#) Rn. 21; [BSGE 96, 170](#) = [SozR 4-2500 § 31 Nr. 4](#) Rn. 30; [BSGE 96, 153](#) = [SozR 4 - 2500 § 27 Nr. 7](#) Rn. 31f; BSG [SozR 4 - 2500 § 31 Nr. 8](#) Rn. 16; Landessozialgericht Niedersachsen-Bremen, Ur. vom 24.01.2017, [L 4 KR 456/14](#), Rn. 38, jeweils juris).

[§ 2 Abs. 1a SGB V](#) begründet nicht nur einen Anspruch auf eine Behandlungs- sondern auch auf eine Untersuchungsmethode. Die gesetzliche Regelung grundrechtsorientierter Leistungsauslegung in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) (vgl. ausführlich dazu BSG Ur. v. 20.3.2018, [B 1 KR 4/17 R](#), RdNr. 20 ff mwN, für SozR vorgesehen, juris), der auf Sachverhalte ab 1.1.2012 anzuwenden ist, erfasst nicht nur Ansprüche, die auf therapeutische Maßnahmen gerichtet sind, sondern auch Ansprüche, die diagnostische Maßnahmen zum Gegenstand haben. Dies folgt schon aus Wortlaut, Entstehungsgeschichte, Systematik und Zweck der Regelung des [§ 2 Abs. 1a S 1 SGB V](#). Sie bezieht sich als allgemeine, "vor die Klammer gezogene" Vorschrift des SGB V auf jede "Leistung", die nicht entsprechend allgemein anerkanntem medizinischen Standard zur Verfügung steht. Das entspricht bereits der Rechtsprechung des BSG zur zuvor geltenden verfassungsunmittelbaren grundrechtsorientierten Leistungsauslegung (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 31 Nr. 28](#) RdNr. 20, auch für BSGE vorgesehen; BSG Ur. v. 20.3.2018, [B 1 KR 4/17 R](#), RdNr. 20 mwN, für SozR vorgesehen; jeweils juris). Der Gesetzgeber wollte diese in Gesetzesrecht überführen (vgl. BSG Ur. v. 20.3.2018, [B 1 KR 4/17 R](#), RdNr. 22 mwN, für SozR vorgesehen, juris). Auch Untersuchungen sind Leistungen der GKV und zählen zur Krankenbehandlung iS des [§ 27 SGB V](#) als notwendige Voraussetzung zur Ermittlung der erforderlichen therapeutischen Maßnahmen (vgl. nur [§ 92 Abs. 1 S 2 Nr. 3 und Nr. 5](#), [§ 116 S 2](#), [§ 116b Abs. 1 S 3](#), [§ 117 Abs. 1 S 1 Nr. 2](#) und [Abs. 2 S 1](#), [§ 135](#), [§ 137c](#), [§ 137e SGB V](#)). Dies steht auch im Einklang mit dem Zweck der Regelung des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#). 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, Ur. v. 24.04.2018, [B 1 KR 29/17 R](#), Rn. 25, juris).

Zur Überzeugung der Kammer lag eine lebensbedrohliche Erkrankung vor, die die Durchführung der diagnostischen Maßnahme mittels PET-CT zur Lokalisation des außerhalb des OP-Gebiets zurückgebliebenen Residualtumors bzw. von Metastasen erforderlich machte. Zur Erfüllung dieser Voraussetzung ist es nicht ausreichend, dass die Erkrankung unbehandelt zum Tode führt, weil dies auf nahezu jede schwere Erkrankung ohne therapeutische Einwirkung zutrifft. Gerechtfertigt ist eine Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung vielmehr nur, 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 (BSG, Ur. v. 15.12.2015, [B 1 KR 30/15 R](#), Rn. 59; Ur. v. 17.12.2013, [B 1 KR 70/12 R](#), Rn. 29; Ur. v. 28.02.2008, [B 1 KR 16/07 R](#), Rn. 34; Ur. v. 14.12.2006, [B 1 KR 12/06 R](#), Rn. 20; vgl. BVerfG, Beschl. v. 10.11.2015, [1 BvR 2056/12](#), Rn. 18; jeweils juris). Nicht bei jeder Krebserkrankung liegt eine notstandsähnliche Situation vor, die eine Erweiterung des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung rechtfertigt. Eine lebensbedrohliche Erkrankung wurde bejaht bei Krebserkrankungen in fortgeschrittenen Stadien, insbesondere mit Fernmetastasen (BSG, Ur. v. 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#) Rn. 30 [Dickdarmkarzinom im Stadium III]; LSG Niedersachsen-Bremen v. 18.12.2014, [L 1 KR 21/13](#) Rn. 55 [Krebs bei unbekanntem Primärtumor mit fortschreitender Metastasierung]; Bayerisches LSG, Ur. v. 24.02.2015, [L 5 KR 343/13](#), Rn. 37 [rezidivierendes Glioblastom]; LSG Saarland, Ur. v. 21.10.2015, [L 2 KR 189/14](#), Rn. 37 [fortgeschrittenes Prostatakarzinom mit Fernmetastasen (Stadium IV)]; LSG Baden-

Württemberg Urt. v. 24.01.2017, L [11 KR 2236/15](#) Rn. 41; Sächsisches Landessozialgericht, Urt. v. 27.01.2021, [L 1 KR 280/16](#), Rn. 48; jeweils juris).

Zur Überzeugung des Gerichts bestand zum Zeitpunkt der Durchführung der PSMA PET-CT Untersuchung die Gewissheit über das Vorliegen von Metastasen bzw. eines außerhalb des OP-Gebiets zurückgebliebenen Residualtumors und somit einer schwerwiegenden Erkrankung, die den erforderlichen Zeitdruck begründete. Bei dem Kläger stieg nach durchgeführter radikaler Prostataentfernung der Wert des Prostata spezifischen Antigens (PSA) schnell an. Dies belegt eindeutig das Vorhandensein eines Residualtumors bzw. das Vorhandensein von Metastasen, die sich bereits zum Zeitpunkt der Prostataektomie durch lymphogene oder hämatogene Aussaat an unbekannter Lokalisation im Körper befanden. Insoweit schließt sich das Gericht den schlüssigen Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. med. I in seinem Gutachten vom 27.06.2022 an. Die Ausführungen stimmen auch mit den Ausführungen aus dem Arztberichtes des Herrn Dr. med. Q (Facharzt für Strahlentherapie) sowie des Prof. Dr. D I Chefarzt der Urologie im N in F überein, wonach ein außerhalb des OP-Gebietes zurückgebliebener Residualtumor bei einem high-risk Prostatakarzinom vorliegt. Der Sachverständige führt erläuternd und in sich schlüssig und für die Kammer nachvollziehbar aus, dass bei dem Kläger vor Durchführung der PSMA PET-CT Untersuchung bereits feststand, dass Metastasen bzw. ein Lokalrezidiv des high-risk Prostatakarzinoms vorhanden waren. Dies ergibt sich aus dem trotz Entfernung der Prostata in zwei Mal gemessenen PSA-Wertes von $\approx 0,2$ ng/ml. Bei dem Kläger lag somit ein trotz Prostataektomie schnell ansteigender PSA-Wert vor ohne Erreichen des definierten Null-Bereichs und somit eine PSA-Persistenz. Durch den Anstieg des PSA-Wertes trotz Entfernung der Prostata wird eindeutig ein Rezidiv bzw. eine Metastasierung nachgewiesen. Da der PSA-Wert ein Prostata spezifisches Antigen aufzeigt, kann der PSA-Wert nach Entfernung der Prostata nur dann ansteigen, wenn im Körper noch Prostatakrebszellen vorhanden sind. Dies deckt sich auch mit den Ausführungen des behandelnden Arztes des Klägers Dr. K vom 11.10.2021. Er führt ebenfalls aus, dass aufgrund des schnell angestiegenen PSA-Wertes von einer Metastasierung oder einem PSA-Rezidiv ausgegangen werden musste. Eine nicht alsbaldige Lokalisation bei einem angestiegenen PSA-Wert trotz Prostataektomie würde letztendlich zu einem irreparablen Schaden führen, der mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit im Tod endet. Für die unverzügliche Lokalisation wurde das PET-CT eingesetzt. Der erforderliche Zeitdruck gab sich auch aus der Situation, dass bei zu langem Warten aus einem zunächst potenziell kurativen ein palliatives Krebsleiden werden kann. Insoweit folgt die Kammer auch insbesondere den Ausführungen des Dr. K in seiner Stellungnahme vom 11.10.2021.

Insoweit unterscheidet sich der vorliegende Einzelfall von dem von der Beklagten erwähnten Fall des Sächsischen LSG (Az.: [L 1 KR 280/16](#)). In dem Fall des Sächsischen LSG lag ein Prostatakarzinom im Frühstadium vor und das Prostatakarzinom war noch nicht entfernt worden und die Prostata noch vorhanden. Anders liegt der Sachverhalt jedoch im vorliegenden Fall, da der PSA-Wert nicht unter den nicht messbaren Bereich sank, sondern trotz radikaler Entfernung der Prostata wieder anstieg.

Die Kammer ist auch davon überzeugt, dass das PET-CT zur Lokalisierung der Metastasen bzw. des Rezidivs erforderlich war und zum Zeitpunkt der Durchführung der Untersuchung eine andere Untersuchungsmethode nicht zur Verfügung stand. Insoweit schließt sich die Kammer den in sich schlüssigen und nachvollziehbaren Ausführungen des Sachverständigen an. Die vom MDK behaupteten alternativen Methoden wurden bereits durchgeführt oder waren zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht indiziert. Die Durchführung einer Ultraschalluntersuchung ist zur Bestimmung der lokalen Ausbreitung des Prostatakarzinoms oder in der Rezidivdiagnostik kein geeignetes diagnostisches Mittel. Gleiches gilt für die Sonographie oder das Röntgen. Insoweit schließt sich die Kammer ebenfalls den Ausführungen des Sachverständigen Prof. Dr. med. I an. Ein CT wurde bereits am 06.02.2020 und am 29.05.2020 durchgeführt zur Abklärung ossärer Metastasen. Im distalen Drittel der Skapula zeigte sich eine kleine fokale Sklerosierung, die nicht sicher zwischen einer harmlosen Compactinsel und einer beginnenden kleinen osteoblastischen Metaste differenziert werden konnte. Weitere CT-Untersuchungen erfolgten am 10.06.2020 und 23.06.2020. Hinsichtlich der Durchführung eines MRTs führt der Sachverständige nachvollziehbar aus, dass dieses im Rahmen der Rezidivdiagnostik gleichwertig zur CT-Untersuchung angesehen wird. Ebenfalls ist bei dem Kläger eine Skelettszintigraphie zur Beurteilung von Knochenmetastasen am 20.02.2020 durchgeführt worden. Die von der Beklagten angesprochene Skelettszintigraphie ist nur bei einem PSA-Wert von ≈ 10 ng/ml empfohlen. Die Knochenszintigraphie wird in der S3-Leitlinie zur Behandlung des Prostatakarzinoms im Staging erst bei einem Tumormarker PSA-Wert von ≈ 10 ng/dl empfohlen. Diese wurde bereits vor der Entfernung der Prostata im Februar 2020 durchgeführt. Zum Zeitpunkt des PET-CTs lag der PSA-Wert jedoch unter 10 ng/ml bei ca. 1,97 ng/ml, so dass diese Methode nicht indiziert war. Dies deckt sich auch mit den Ausführungen des Dr. L aus der eingeholten Stellungnahme. Danach benutzt die PSMA PET-CT Untersuchung Tracer, die spezifisch Prostatakrebs zeigen können, so dass dies nach Ausschöpfen der bisherigen Methoden die einzige verbliebene erfolgsversprechende Diagnostik war. Unerheblich ist hierbei, dass alternativ zu dem PET-CT eine Bestrahlung des Körpers zur Verfügung gestanden hätte. Denn bei der Beurteilung, ob alternative Untersuchungsmethoden bestehen, darf nur der Kreis aller zur Verfügung stehenden Untersuchungsmethoden betrachtet werden. Möglicherweise daneben alternativ bestehende Behandlungsmethoden haben außer Betracht zu bleiben (vgl. BSG, Urt. v. 24.04.2018, [B 1 KR 29/17 R](#), juris).

Das Erfordernis einer spürbar positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf ist im Bereich der Untersuchungsmethoden dahingehend zu verstehen, dass die aus der Untersuchung gewonnenen Erkenntnisse von entscheidender Bedeutung für das weitere diagnostische und therapeutische Vorgehen sein müssen. Dies war vorliegend zur Überzeugung der Kammer ebenfalls der Fall. Insoweit folgt die Kammer den Ausführungen des Prof. Dr. med. I sowie den eingeholten ärztlichen Stellungnahmen. Die PET-CT-Untersuchung sollte danach bezüglich der Lokalisation der Metastasen wertvolle Informationen liefern, die dann zur Planung der weiteren Behandlung erforderlich gewesen wären. Die genaue Lokalisation des zurückgebliebenen Residualtumors, etwa für die gezielte Strahlentherapie mittels Cyber-Knife, ist für die Therapieplanung von hoher Bedeutung. Insoweit schließt sich die Kammer insbesondere den Ausführungen des Prof. Dr. I an. Etwas anderes folgt nach Auffassung der Kammer auch nicht aus der Tatsache, dass mittels PET-CT eine Lokalisation schlussendlich nicht erfolgen konnte. Es ist hinsichtlich der Beurteilung der Voraussetzungen auf den Zeitpunkt der ex-ante Sicht abzustellen. Zu dem Zeitpunkt bestand jedenfalls hinreichende Aussicht auf Erfolg, mittels des PET-CT die Metastasen lokalisieren zu können. Die Tatsache, dass im Nachhinein bei weiter sprunghaft angestiegenem PSA-Wert die Skelettszintigraphie die Metastasen und schlussendlich die nur noch palliativ behandelbare Erkrankung bestätigte, lässt den Anspruch nicht entfallen.

Zuletzt sind dem Kläger auch durch die zu Unrecht erfolgte Ablehnung der PSMA PET-CT Untersuchung Kosten in Höhe von 1.467,62 EUR entstanden. Der Kläger hat auch den Beschaffungsweg eingehalten.

Nach alledem war der Klage stattzugeben.

Die Kostenentscheidung beruht auf [§ 193 Abs. 1 S. 1 SGG](#).

Rechtskraft

Aus
Saved
2023-01-30