
Datum: 29.10.2002
Gericht: Sozialgericht Köln
Spruchkörper: 26. Kammer
Entscheidungsart: Urteil
Aktenzeichen: S 26 (9) KR 9/01
ECLI: ECLI:DE:SGK:2002:1029.S26.9KR9.01.00

Sachgebiet: Krankenversicherung
Rechtskraft: rechtskräftig

Tenor:
Die Klage wird abgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand: 1

Der Kläger begehrt die Kostenerstattung für eine ambulante Behandlung eines Prostataleidens mittels sogenannter interstitieller Brachytherapie. 2

Der im Jahre 1939 geborene Kläger ist versicherungspflichtiges Mitglied bei der Beklagten und leidet unter einer Prostatakreberkrankung, die im Januar des Jahres 2000 erstmalig im Anfangsstadium diagnostiziert wurde. 3

Für die Behandlung einer solchen Erkrankung stehen verschiedene Methoden zur Verfügung. Neben der vollständigen chirurgischen Entfernung der Prostata besteht die Möglichkeit einer sogenannten interstitiellen Brachytherapie. Hierbei handelt es sich generell um den Versuch der Beeinflussung des Krebsherdes mit radioaktiven Strahlen. Dabei gibt es wiederum verschiedene Behandlungsalternativen. Zum einen besteht die Möglichkeit mittels der sogenannten "After-Loading-Technik" eine bewegliche Strahlenquelle innerhalb der Prostata hin und her zu bewegen und diese danach eventuell zusätzlich sechs Wochen lang extern zu bestrahlen. Ferner kann die Therapie mit einer Jod-Strahlungsquellen, sogenannten "permanent seeds", die vorübergehend in die Prostata implantiert werden, durchgeführt werden. Die Behandlung mit "permanent seeds" wird sowohl stationär als auch ambulant durchgeführt. 4

Am 15.03.2000 beantragten die Urologen Dres. I, L bei der Beklagten für den Kläger die Kostenübernahme für die oben dargestellte interstitielle Brachytherapie mit "permanent seeds". Die Dres. I, L sind zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen. Eine formelle Zulassung für die Durchführung bzw. Abrechnung ambulanter Maßnahmen in der Strahlentherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V besitzen sie jedoch nicht.

Mit Schreiben vom 16.03.2000 lehnte die Beklagte die beantragte Kostenübernahme gegenüber den behandelnden Ärzten des Klägers ab. Zur Begründung verwies sie auf eine Stellungnahme der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Berlin, wonach eine Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen nicht möglich sei. Die vertragsärztlichen Versorgung umfasse zwar auch die Behandlung in Form der interstitiellen Brachytherapie, jedoch nicht die permanenten Jodimplantate. Die interstitielle Brachytherapie sei als Vertragsleistung nach den Ziffern 7040 ff. des einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) über Versichertenkarte abrechenbar. Dabei seien sämtliche Kosten in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten, eine zusätzliche Übernahme von Sachkosten sei nicht möglich.

6

Dagegen wandte sich der Kläger mit einem Schreiben vom 31.03.2000 an die Beklagte. Darin machte er geltend, das von ihm gewünschte Verfahren sei wirtschaftlich und günstiger als eine alternativ vorzunehmende operative Behandlung mit stationärem Krankenhausaufenthalt. Die Methode sei sicher und insbesondere in den USA vielfach erprobt. Am 19.04.2000 ließ er die umstrittene Maßnahme ambulant in der Praxis I und L durchführen, wofür ihm ein Betrag von 16.179,00 DM in Rechnung gestellt wurde. Mit Bescheid vom 13.07.2000 lehnte die Beklagte die Erstattung der geltend gemachten Kosten mit der Begründung ab, die interstitielle Brachytherapie hätte stationär durchgeführt werden können und wäre dann mit dem Pflegesatz abzurechnen gewesen. Sie hätte auch im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung erfolgen können. Nach dem EBM stünden dafür die Ziffern 7040, 7041 und 7046 zur Verfügung. Da die Leistung unmittelbar als Vertragsleistung hätte erbracht werden können, könne eine außervertragliche Kostenübernahme, d.h. eine zusätzliche Honorierung über das den Vertragsärzten zur Verfügung stehende Budget hinaus, nicht verlangt werden.

7

Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein und berief sich darauf, dass unter Zugrundelegung der genannten EBM-Ziffern das bei ihm angewandte Verfahren nicht kostendeckend im ambulanten Bereich zu erbringen sei. Die Ziffern bezögen sich lediglich auf das sogenannte "After-Loading-Verfahren", bei dem keine so hohen Kosten für die eingesetzten Radionuklide anfallen würden. Ferner seien bereits mehrere Fälle bekannt, in denen die Beklagte sich zumindest an einem Teil der Kosten beteiligt habe. Mit Widerspruchsbescheid vom 13.12.2000 wies die Beklagte den Widerspruch zurück und führte dabei ergänzend zur Begründung aus, die Voraussetzungen für eine Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 SGB V lägen nicht vor. Ein medizinischer Notfall im Sinne der Vorschrift habe nicht vorgelegen. Ferner sei die erfolgte Ablehnung auch nicht rechtswidrig. Die interstitielle Brachytherapie sei Vertragsleistung und könne über die einschlägigen EBM-Ziffern abgerechnet werden. Sofern sich das angewandte Verfahren von den Ziffern des EBM unterscheiden sollte, sei dies ebenfalls nicht beachtlich, weil dann keine Vertragsleistung vorliege, sondern eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die dann nicht hätte angewandt werden dürfen, weil der insoweit zuständige Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen noch keine Stellungnahme zu dieser Methode abgegeben habe. Aus einer Kostenerstattung in möglicherweise gleichgelagerten Einzelfällen könne der Kläger für sich nichts herleiten, da das Gesetz eine Gleichbehandlung im Unrecht nicht vorsehe.

8

Am 12.01.2001 hat der Kläger Klage vor dem Sozialgericht Köln erhoben, mit der er sein Begehren weiterverfolgt. Ergänzend führt er zur Begründung aus, bei einem ähnlichen Fall der Verlagerung von zuvor lediglich stationär erbrachten Leistungen in den ambulanten Bereich sei seitens der Kassen so vorgegangen worden, dass vergleichbare EBM-Ziffern entsprechend angewandt worden seien. In entsprechender Weise müsse auch hier vorgegangen werden. Außerdem ergebe sich aus § 39 SGB V, dass die ambulante Behandlung Vorrang vor der stationären Behandlung habe. Letztlich mische sich die Beklagte durch ihr Vorgehen in die freie Arztwahl des Patienten und die Therapiefreiheit ein, indem sie die Durchführung der interstitiellen Brachytherapie mit "permanent seeds" - insbesondere in Universitätskliniken - bevorzuge, da diese, anders als die niedergelassenen Ärzte, einerseits Pflegesätze abrechne und die Kosten für die teuren Radionuklide aus den Forschungsetats bestreiten würden.

Der Kläger beantragt, 10

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 13.07.2000 in der Fassung des 11
Widerspruchsbescheides vom 13.12.2000 zu verurteilen, an ihn 8.272,19 EUR (= 16.179,00 DM) zu zahlen.

Die Beklagte beantragt, 12

die Klage abzuweisen. 13

Sie bezieht sich im Wesentlichen auf die Ausführungen in dem Widerspruchsbescheid. 14
Ergänzend führt sie aus, eine Kostenerstattung für die durchgeführte Maßnahme der Dres. I und L würde unabhängig von den bisher vorgetragenen Argumenten auch daran scheitern, dass diese keine Genehmigung für die Durchführung einer entsprechenden Maßnahme im ambulanten Bereich hätten. Außerdem beruft sie sich auf die Gründe des Urteils des Sozialgerichts Berlin vom 26.06.2001 (Az. S 81 KR 4089/00), mit denen in einem ähnlich gelagerten Fall der Kostenerstattungsanspruch eines Versicherten für eine ambulant durchgeführte interstitielle Brachytherapie mit "permanent seeds" abgelehnt wurde.

Das Gericht hat eine Anfrage an den Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen - 15
Bewertungsausschuss nach § 87 Abs. 3 SGB V - gerichtet. Diesbezüglich wird auf Blatt 52 bis 54 der Gerichtsakte Bezug genommen.

Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Übrigen wird verwiesen auf den Inhalt der 16
Gerichtsakte und den Inhalt der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe: 17

Die zulässige Klage ist unbegründet. 18

Der Bescheid vom 13.07.2000 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 13.12.2000 19
ist rechtmäßig und der Kläger deswegen nicht beschwert im Sinne von § 54 Abs. 2 Satz 1 des Sozialgerichtsgesetzes (SGG). Er hat keinen Anspruch auf Erstattung des ihm von der Praxis I und L in Rechnung gestellten Betrages für die Durchführung einer interstitiellen Brachytherapie mittels "permanent seeds".

Als einzige Anspruchsgrundlage kommt § 13 Abs. 3 Satz 1 des Fünften Buches des 20
Sozialgesetzbuches (SGB V) in Betracht. Danach haben Versicherte Anspruch auf Kostenerstattung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig

erbringen konnte oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch für die Selbstbeschaffung der Leistung Kosten entstanden sind, wenn die Leistung notwendig war. Dementsprechend kommt eine Kostenerstattung grundsätzlich nur in medizinischen Notfällen in Betracht oder wenn eine Leistung zu Unrecht abgelehnt worden ist. Ein medizinischer Notfall in dem Sinne, dass unmittelbare Gefahr für Leib oder Leben des Versicherten bestand, liegt hier nicht vor. Zwar handelt es sich bei der Anfang des Jahres 2000 bei dem Kläger erstmals diagnostizierten Prostatakreberkrankung um eine ernsthafte Gesundheitsstörung, die zeitnah einer adäquaten Behandlung zuzuführen ist. Ein unmittelbares Einschreiten ohne die Möglichkeit der vorherigen Klärung der Sach- bzw. Rechtslage war aber nicht erforderlich.

Die Beklagte hat die begehrte Leistung auch nicht zu Unrecht abgelehnt. Es fehlt insoweit schon an der Ablehnung der Leistung als solcher. Dies ergibt sich aus den angefochtenen Bescheiden, den aktenkundigen Stellungnahmen der Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen in Berlin sowie aus dem MDK-Gutachten vom 12.06.2002. Abgelehnt wurde nicht die Leistung, sondern die dafür begehrte zusätzliche Vergütung im Hinblick auf die ambulante Durchführung der Maßnahme bei den Dres. I und L außerhalb des dazu zur Verfügung stehenden Vergütungssatzes. Von seinem Wortlaut her greift § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V damit nicht ein. 21

Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V kann deswegen allein unter dem Gesichtspunkt der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts in Betracht kommen, wonach die Regelung des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V eine umfassende Regelung für die Kostenerstattung in Fällen des Systemversagens darstellt (vgl. BSG Urteil vom 25.09.2000 Az. B 1 KR 5/99 R). Ein derartiges Systemversagen liegt nach Auffassung der Kammer hier aber nicht vor. Dieses ist entgegen der Auffassung des Klägers bzw. seiner behandelnden Ärzte insbesondere nicht darin zu sehen, dass die Therapie im ambulanten Bereich derzeit nicht kostendeckend abgerechnet werden kann. Dabei geht die Kammer aufgrund der Stellungnahme des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 3 SGB V vom 05.06.2001 hier davon aus, dass auch die Therapie aufgrund der Ziffer 7046 des EBM Bestandteil der vertragsärztlichen Versorgung ist und deswegen grundsätzlich den Versicherten als Sachleistung zur Verfügung steht bzw. zur Verfügung zu stellen ist. Denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (vgl. Urteil vom 26.01.2000 Az. B 6 KA 59/98 R m.w.N.) sind die einzelnen Bestandteile des EBM streng ihrem Wortlaut entsprechend auszulegen. Eine an systematischen und/oder entstehungsgeschichtlichen Kriterien orientierte Auslegung, wie dies von dem Kläger bzw. seinen behandelnden Ärzten befürwortet wird, ist grundsätzlich nicht zulässig. Dies führt dazu, dass auch die bei dem Kläger angewandte Therapiemethode unter die Ziffer 7046 des EBM zu subsumieren ist. 22

Damit handelt es sich bei der Methode zunächst einmal nicht um eine sog. neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die nach den für derartige Methoden entwickelten Grundsätzen des Bundessozialgerichts im Hinblick auf das Vorliegen eines Systemversagens zu beurteilen wäre. 23

Auch unter sonstigen Gesichtspunkten vermag die Kammer ein Systemversagen hier nicht zu erkennen. Allein die Tatsache, dass unter Zugrundelegung der Ziffer 7046 die interstitielle Brachytherapie mittels "permanent seeds" nicht kostendeckend erbracht werden kann, führt nicht zu der Annahme eines Systemversagens. Dies ergibt sich aus der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts im Bereich des Kassenarztrechts (Urteil vom 13.11.1996 Az. B 6 RKa 31/95). Danach ist es generell nicht Aufgabe der Gerichte, die Angemessenheit einzelner Positionen des EBM zu überprüfen bzw. für eine angemessene Vergütung bestimmter 24

Behandlungsmaßnahmen zu sorgen. Denn sowohl nach dem Willen des Gesetzgebers als auch nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts handelt es sich bei dem EBM um ein komplexes System, das als Gesamtsystem zu beurteilen ist und generell der Autonomie der Beteiligten unterliegt. Sinn dieses Systems ist es, in der Gesamtabrechnung zu einer angemessenen Vergütung der ärztlichen Leistungen zu gelangen. Ferner ist in dem hier fraglichen Bereich der Zuordnung bestimmter Maßnahmen zur ambulanten oder stationären Versorgung von Versicherten der Gestaltungsspielraumes Bundesausschusses besonders hoch (BSG a.a.O.). Außerdem kann schon deswegen nicht von einem Versagen des Systems gesprochen werden, weil das System, wie beispielsweise § 86 Abs. 1 SGB V zeigt, bestimmte Mechanismen vorgesehen hat, die zu einer sachgerechten Weiterentwicklung bzw. Anpassung des EBM führen sollen. Diese Regelungsmechanismen würden jedoch ausgehebelt bzw. umgangen, wenn über die Vorschrift des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V in Einzelfällen die Möglichkeit eröffnet würde, neben der vertragsärztlich festgelegten Vergütung Ansprüche auf zusätzliche Vergütungen anzuerkennen und zu gewähren.

Ein Systemversagen liegt jedenfalls im Hinblick auf die hier zur Entscheidung stehende Therapiemethode selbst dann nicht vor, wenn unabhängig von der Verpflichtung dazu kein zugelassener Vertragsarzt bereit wäre, für die zur Verfügung stehende Vergütung die interstitielle Brachytherapie mit "permanent seeds" als Sachleistung zu erbringen. Zunächst stehen der Kassenärztlichen Vereinigung insoweit generell Möglichkeiten zur Verfügung, die Vertragsärzte zur Erbringung von Sachleistungen anzuhalten. Darüber hinaus könnte ein Systemversagen nur dann in Betracht gezogen werden, wenn den Versicherten durch den Mangel in der Organisation in der vertragsärztlichen Versorgung der Zugang zu der Leistung als solcher verwehrt wäre. Dies ist hier jedoch nicht der Fall. Denn die interstitielle Brachytherapie mit "permanent seeds" wird, was auch von dem Kläger nicht in Abrede gestellt wird, an mehreren Kliniken im Bundesgebiet in stationärer Form angeboten, so dass die Versorgung der Versicherten mit dieser Therapie gewährleistet ist. Die Frage, ob dies letztlich für die Kassen wirtschaftlicher ist oder nicht, ist in diesem Zusammenhang unbeachtlich, da es allein auf die Zurverfügungstellung der Sachleistung als solcher ankommt und jedenfalls auf Seiten des Versicherten kein Anspruch darauf besteht, die von ihm für am wirtschaftlichsten gehaltene Therapie in Anspruch zu nehmen. Ferner besteht nach Auffassung der Kammer auch kein Anspruch der Versicherten darauf, jede Therapie, die ambulant erbracht werden kann, auch in ambulanter Form in Anspruch nehmen zu können, selbst wenn dies wirtschaftlicher sein sollte.

25

Unabhängig von den vorstehenden Überlegungen spricht gegen den konkreten Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V für die Behandlung bei den Dres. I und L, dass die behandelnden Ärzte - nach ihren eigenen Angaben bewusst - keine formelle Zulassung zur Abrechnung ambulanter Maßnahmen in der Strahlentherapie nach § 135 Abs. 2 SGB V beantragt haben. Schon dies würde dem Anspruch des Klägers entgegenstehen, da im Rahmen des § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V nur die Leistungen solcher Ärzte erstattet werden dürfen, die zur Erbringung der Sachleistung auch berechtigt gewesen sind (vgl. BSG SozR 3 2500 § 13 Nr. 2).

26

Schließlich kann sich der Kläger auch nicht auf eine mangelnde oder unzutreffende Beratung durch die Beklagte berufen. Denn diese hat bereits mit Schreiben vom 16.03.2000 auf den Kostenübernahmeantrag der behandelnden Ärzte dem Kläger insoweit zutreffend erläutert, dass die beantragte Therapiemethode nach den Grundsätzen des EBM über Versichertenkarte abrechenbar wäre. Von diesem Schreiben hat der Kläger, wie sich aus dessen Schreiben vom 31.03.2000 ergibt, auch Kenntnis erlangt. Die Kammer stimmt insoweit mit der Entscheidung des Sozialgerichts Berlin vom 26.06.2001 überein, als eine

27

Kostenerstattung in solchen Fällen nicht in Betracht kommt, wenn der Versicherte einen Vertrag mit dem Vertragsarzt über eine Kostenerstattung schließt, ihm aber bekannt ist, dass die Leistung als Sachleistung zur Verfügung gestellt werden kann. Es ist nicht die Aufgabe des Versicherten, jenseits des Systems der Bewertung von Leistungen nach dem EBM, die von ihm für angemessen gehaltene Vergütung für eine bestimmte vertragsärztliche Leistung gegenüber den Kassen durchzusetzen. Dies ist vielmehr Aufgabe des jeweiligen Arztes bzw. seiner Vertretung, denen dafür auch die entsprechenden rechtlichen Mittel zur Verfügung stehen.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

28