

OCT als Kassenleistung aufgrund eines Systemversagens?

Aktuelles Urteil verpflichtet Krankenkasse zu Kostenübernahme

Die Optische Kohärenztomographie kam 1996 erstmals in der Augenheilkunde zum Einsatz und hat seither eine rasante Entwicklung verzeichnet. Sie ist ein wichtiges Verfahren zur frühen Diagnostik von Netzhauterkrankungen und laut Leitlinien der augenärztlichen Fachgesellschaften unverzichtbar bei der Verlaufskontrolle im Rahmen der IVOM-Therapie bei chronischen Netzhauterkrankungen. Dennoch ist die OCT nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen abgebildet und bislang für den Patienten eine IGeL-Leistung. Ein Urteil des Sozialgerichts Rostock hat nun erstmals eine Krankenkasse zur Kostenübernahme verpflichtet. Karl-Heinz Ackermann, Geschäftsführer der Augenärztegenossenschaft Mecklenburg-Vorpommern (Neubrandenburg) und Rentenberater, berichtet über das Urteil.

Die Optische Kohärenztomographie (OCT) stellt eine seit vielen Jahren etablierte und unverzichtbare Möglichkeit zur präzisen retinalen Diagnostik insbesondere bei der Verlaufskontrolle chronischer Netzhauterkrankungen wie der neovaskulären Altersabhängigen Makuladegeneration (AMD) oder im Rahmen der Therapie des Makulaödems nach RVV oder der diabetischen Makulopathie dar.

So heißt es in der Stellungnahme von DOG, Retinologischer Gesellschaft und BVA zur „Anti-VEGF-Therapie bei der neovaskulären altersabhängigen Makuladegeneration: Therapeutische Strategien“: „...dass die SD-OCT für die exsudative AMD als zentrales Instrument zur Verlaufsbeurteilung wissenschaftlich belegt ist und somit bei allen Verlaufsbeurteilungen einbezogen werden muss. Diese morphologische Läsionsbeurteilung findet sich auch in den Fachinformationen der zugelassenen Medikamente wieder.“

Dennoch ist die OCT immer noch eine „neue“ Untersuchungsmethode im Sinne des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung. Hierzu hat das Bundessozialgericht mehrfach entschieden, dass als „neu“ eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode gilt, für die eine Gebührenziffer im EBM noch nicht abgebildet ist (vgl. unter anderem BSG-Urteile vom 16. Dezember 2008, B 1 KR 2/08 R, und vom 13. Oktober 2010, B 6 KA 48/09 R).

OCT als IGeL

Nach Schätzungen werden jährlich etwa 250.000 bis 350.000 OCT-Untersuchungen allein in Deutschland durchgeführt. Ob diese Schätzungen zutreffen, ist unsicher, deutlich ist aber, dass in

den letzten Jahren vermutlich mehrere Millionen OCT-Untersuchungen als so genannte IGeL-Leistung erbracht und abgerechnet worden sind.

Für die Ärzte ist die Leistung als Privatbehandlung nach der GOÄ abrechenbar und damit tendenziell besser honoriert, als es mit einer EMB-Ziffer zu erwarten wäre. Andererseits lässt dieser Umstand eine deutliche Mengenbegrenzung vermuten, da Patienten die Finanzierung dieser Leistung überwiegend aus ihrer Rente aufbringen müssen. Sind sie dazu nicht bereit oder nicht in der Lage, ist davon auszugehen, dass eine leitliniengerechte Behandlung nicht erfolgt.

Zur GKV-Kassenleistung wird eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erst, wenn diese vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) als nützlich anerkannt ist und in der Folge vom Gemeinsamen Bewertungsausschuss eine Gebührenziffer im EBM aufgenommen wurde. Erst dann kann die Leistung über die elektronische Gesundheitskarte in gleicher Weise abgerechnet werden, wie alle anderen bereits etablierten Kassenleistungen. Voraussetzung für einen Beschluss des G-BA zur Aufnahme in den Leistungskatalog der GKV ist ein entsprechender Antrag, zu dem der Spitzenverband Bund der gesetzlichen Krankenkassen, die Kassenärztliche Bundesvereinigung, die Kassenärztlichen Vereinigungen, aber auch die auf Bundesebene maßgeblichen Interessenverbände der Patienten befugt sind. Ein solcher Antrag wurde bisher von keiner Seite gestellt.

Bereits im Juli 2009 wurden die für einen solchen Antrag zugelassenen Verbraucherschutzorganisationen, das heißt der Deutsche Behindertenrat, die BundesArbeitsGemeinschaft der PatientIn-

nenstellen, die Deutsche Arbeitsgemeinschaft Selbsthilfegruppen e.V. und der Verbraucherzentrale Bundesverband e.V. sowie die Kassenärztliche Bundesvereinigung und der GKV-Spitzenverband von der Selbsthilfegruppe AMD in Neubrandenburg dazu aufgefordert, einen solchen Antrag zu stellen. Geschehen ist dies bislang nicht, über die möglichen Gründe lässt sich nur spekulieren.

Mögliche Kostenerstattung

Alternativ zu einer Antragsstellung bildet die Rechtsprechung eine Basis, um ein Systemversagen festzustellen, das zwar nicht zu einer Abrechnung über die elektronische Gesundheitskarte, wohl aber zu einer Kostenerstattung führt. Das Bundessozialgericht hatte dazu im Urteil vom 16. September 1997 – B 1 RK 28/95 – ausgeführt, dass ein Systemversagen unter anderem dann vorliegt, wenn eine in der medizinischen Praxis weit verbreitete Untersuchungs- oder Behandlungsmethode nur deshalb keine positive Bewertung durch den G-BA erfahre, weil niemand einen an sich notwendigen Antrag auf Anerkennung stelle. Im Wortlaut des Bundessozialgerichts heißt es zur Bewertung dieser Leistungen: „Soweit sich solche Methoden als zweckmäßig und wirtschaftlich erweisen, dürfen sie den Versicherten nicht vorenthalten werden.“ Ein schwieriger Umstand bei der Klärung der Frage, ob diese Rechtsprechung auch für den Einsatz der Optischen Kohärenztomographie gelten kann, bestand darin, dass für den einzelnen Kläger die Kosten für eine fachkundige anwaltliche Vertretung die Kosten einer OCT deutlich überschritten hätten. Ein möglicher Erfolg eines Klageverfahrens hätte zwar dazu geführt, dass seitens der Krankenkasse sowohl die künftigen Untersuchungskosten als auch die Kosten der rechtlichen Vertretung übernommen worden wären, bei einem Misserfolg dagegen hätten sich diese Kosten jedoch addiert – ein großes finanzielles Risiko für den betroffenen Patienten.

In der Vergangenheit sind nur wenige Klagen eingereicht worden. Seitens des Sozialgerichts Hannover wurde mit Urteil vom 9. August 2012 festgestellt, dass ein Systemversagen zumindest im Februar 2009 noch nicht bestand. Das Sozialgericht Neubrandenburg ist in zwei gleichlautenden Urteilen vom 24. Mai 2012 zu dem Ergebnis gekommen, dass die Zulassung der Patientenvertreter beim G-BA als antragsberechtigt ein Systemversagen möglicherweise ausschließt und zumindest deren „bloße“ Untätigkeit kein hinreichendes Indiz hierfür bildet. Über die Berufungen ist noch nicht entschieden. Letztlich ist das Sozialgericht Neuruppin mit Urteil vom 20. August 2013 davon ausgegangen, dass es sich nur um einen Einzelfall handelte.

Urteil bestätigt Systemversagen

Nunmehr liegt ein Urteil des Sozialgericht Rostock vom 24. September 2014 (S 15 KR 36/12) vor, mit dem ein Systemversagen

bestätigt wird. Die Berufung wurde trotz der großen Bedeutung nicht zugelassen, da es sich nach Auffassung des Gerichts nicht um eine Rechtsfrage von grundsätzlicher Bedeutung handelt, sondern um eine Tatsachenbewertung. Dem Verfahren lag ein Sachverhalt zugrunde, bei dem die OCT zur Verlaufskontrolle bei einer diabetischen Makulopathie notwendig war. Das Gericht hat der Klägerin einen Kostenerstattungsanspruch zugesprochen und die beklagte Krankenkasse darüber hinaus verpflichtet, sie auch künftig von den Kosten der notwendigen OCT-Untersuchungen freizustellen.

Zur Begründung des Urteils berief sich das Sozialgericht Rostock auf die Behandlungsempfehlungen der augenärztlichen Fachgesellschaften und wies außerdem darauf hin, dass die dem Urteil zugrunde liegenden Überlegungen in gleicher Weise auch für andere Augenerkrankungen gelten können, für die entsprechende Empfehlungen vorliegen – also insbesondere auch für die AMD. Mit diesem Urteil steht betroffenen Patienten nun erstmals ein Instrument zur Verfügung, mit dem sie eine Kostenerstattung durch die jeweilige Krankenkasse einfordern können. Zwingende Voraussetzung für einen Kostenerstattungsanspruch ist aber die Einhaltung des so genannten Beschaffungsweges: Zunächst muss ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt und die Entscheidung der Krankenkasse abgewartet werden, erst dann kann die Therapie erfolgen. Der Bescheid kann bis zu fünf Wochen dauern (§ 13 Abs. 3a SGB V), aber leider ist dieses umständliche Verfahren bei der Kostenerstattung nicht anders möglich, selbst dann nicht, wenn die OCT-Untersuchungen in sehr kurzen Abständen erforderlich werden.

Fazit

Bisher wurden solche vorherigen Anträge in der Regel nicht gestellt, weil ein Kostenerstattungsanspruch wenig wahrscheinlich erschien. Das hat sich nun wohl geändert. Zwar ist zu erwarten, dass die Krankenkassen bis auf weiteres eine Kostenübernahme für die OCT auch im Erstattungswege ablehnen, dann bestehen mit dem Hinweis auf das Urteil des SG Rostock für Widersprüche und Klagen aber beste Argumente. Es ist zu erwarten, dass sich künftig weitere Sozialgerichte dieser Rechtsprechung anschließen werden.

Karl-Heinz Ackermann

Geschäftsführer der Augenärzteenossenschaft
Mecklenburg-Vorpommern eG, Rentenberater
www.ackermann-rentenberater.de