

L 1 KR 348/14

Land
Berlin-Brandenburg
Sozialgericht
LSG Berlin-Brandenburg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Berlin (BRB)
Aktenzeichen
S 211 KR 2127/11
Datum
28.07.2014
2. Instanz
LSG Berlin-Brandenburg
Aktenzeichen
L 1 KR 348/14
Datum
07.10.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 93/16 B
Datum
08.02.2017
Kategorie
Beschluss
Bemerkung
BSG: Beschwerde (Beschluss -)
Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger, der bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert ist, begehrt die Freistellung von Kosten für eine Hyperthermiebehandlung (ambulante Tiefenhyperthermiebehandlung) sowie die Verpflichtung zur Übernahme der Kosten künftiger Behandlungen.

Der 1975 geborene Kläger ist an einem Hirntumor (anaplastisches Oligoastrozytom WHO III) erkrankt. 2010 wurde festgestellt, dass sich der Tumor seit dem Jahr 2007 deutlich vergrößert hatte. Teile des Tumors wurden im Februar 2011 operativ entfernt und eine adjuvante Chemotherapie mit Temozolomid (Temodal®) begonnen. Der Kläger ließ sich zusätzlich ab Februar 2011 von dem Arzt Dr. K, der kein Vertragsarzt ist, behandeln. Er beantragte im März 2011 erstmals bei der Beklagten die Übernahme der Kosten für diese Behandlung. Die Beklagte lehnte die Übernahme von Kosten mit Bescheid vom 22. März 2011 ab. Die Behandlung der Tiefenhyperthermie sei aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil es sich um eine so genannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode handele. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe einen therapeutischen Nutzen der Tiefenhyperthermie nicht festgestellt. Zudem handele sich bei Dr. K nicht um einen Vertragsarzt. Der Kläger erhob Widerspruch. Die Beklagte holte daraufhin ein sozialmedizinisches Gutachten des medizinischen Dienstes der Krankenkasse Berlin-Brandenburg e. V. (MDK) ein. Sie teilte dem Kläger mit Schreiben vom 26. Mai 2011 mit, dass es im Hinblick hierauf bei der Ablehnung bleibe.

Der Kläger hat am 24. November 2011 Untätigkeitsklage beim Sozialgericht Berlin (SG) erhoben.

Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 13. Dezember 2011 nach Einholung einer weiteren Stellungnahme des MDK zurück. Es stehe mit der Temozolomid-Monotherapie eine allgemein anerkannte, den medizinischen Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung. Darüber hinaus sei der behandelnde Arzt nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen.

Der Kläger hat sich noch bis Februar 2012 der Chemotherapie mit Temodal® unterzogen und ist bis Dezember 2012 in Hyperthermiebehandlung gewesen. Im Jahr 2013 hat keine Behandlung des Tumors stattgefunden. Nachdem sich sein Gesundheitszustand wieder verschlechtert hat, hat sich der Kläger Anfang 2014 einer Protonenbestrahlung unterzogen.

Der Kläger hat zur Begründung seiner Klage unter anderem ausgeführt, die Wirksamkeit der Hyperthermie sei durch Studien belegt. Auch sein eigener Gesundheitszustand habe sich durch diese Behandlung stabilisiert. Es stehe zu befürchten, dass es erneut zu einem Rezidiv komme. Dem solle mit der Tiefenhyperthermiebehandlung vorgebeugt werden. Eine schulmedizinische Behandlung stehe jedenfalls aktuell nicht mehr zur Verfügung. Die Protonenbestrahlung habe nur einmal durchgeführt werden können. Eine weitere Chemotherapie sei nicht zumutbar. Bereits die Behandlung mit Temozolomid habe ihn extrem belastet, obwohl es sich dabei um die mildeste Form der hier möglichen Chemotherapie gehandelt habe. Eine andere Chemotherapie vertrage er nicht. Gesundheitliche Risiken der Hyperthermie gebe es demgegenüber nicht.

Das SG hat die Klage mit Urteil vom 28. Juli 2014 abgewiesen. Die Klage sei zwar zulässig. Insbesondere sei die Änderung der Klage von der ursprünglich erhobenen Untätigkeitsklage in eine Anfechtungs- und Leistungsklage sachdienlich. Die Klage sei jedoch unbegründet. Dem

Kläger stehe weder ein Anspruch auf Freistellung von den Kosten für die Hyperthermiebehandlung im Zeitraum Februar 2011 bis Dezember 2012 zu, noch einen auf Übernahme der Kosten künftiger Behandlungen. Nach [§ 13 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) dürfe die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V vorsehe. Als Anspruchsgrundlage eines Kostenerstattungsanspruchs komme hier nur [§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V](#) in Betracht. Habe die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung von Unrecht abgelehnt und seien dadurch den Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, so müssten diese von der Krankenkasse erstattet werden, soweit die Leistung notwendig gewesen sei. Der danach in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reiche nach ständiger Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) aber nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch. Er setze voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehöre, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sache- oder Dienstleistung zu erbringen haben (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 7. November 2006 - B 1 KR 24.06 R-juris-Rdnr. 11). Der Anspruch sei demgemäß gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruches rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung deshalb selbst beschafft habe. Hier scheidet für den gesamten Zeitraum der Behandlung eine Leistungspflicht der Krankenkasse jedenfalls deshalb aus, weil der Kläger keinen Sachleistungsanspruch auf die Hyperthermiebehandlung gehabt habe. Nach [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) hätten Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig sei, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Es fehle insoweit an der nach [§ 135 SGB V](#) notwendiger Anerkennung der Behandlung durch den GBA. Der Anspruch auf Krankenbehandlung umfasse nur solche Leistungen, die rechtmäßig und wirtschaftlich seien und in der Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Dies sei bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) dann der Fall, wenn der GBA in einer Richtlinie nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen abgegeben habe. Bei der Hyperthermie handele sich um eine solche neue Behandlungsmethode, weil sie nicht als abrechnungsfähige Leistung im einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM) enthalten sei. Eine Empfehlung für die Hyperthermie habe der GBA nicht abgegeben. Der Kläger könne sich auch nicht auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethode in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung berufen bzw. für Behandlungen ab dem 1. Januar 2012 auf den hierzu neu in das SGB V eingefügten [§ 2 Abs. 1a SGB V](#). Der Kläger leide zwar zweifelsohne an einer lebensbedrohlichen Erkrankung. Ein Anspruch auf Kostenübernahme scheitere jedoch daran, dass es anerkannte Methoden für die Behandlung seines Tumorleidens gegeben habe bzw. gebe. Bei der Frage, ob Behandlungsalternativen zur Verfügung stünden, sei zunächst das konkrete Behandlungsziel der streitigen Methode im Sinne des [§ 27 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) zu klären. Es müsse festgestellt werden, ob es um die Heilung einer Krankheit, die Verhütung ihrer Verschlimmerung oder die Linderung von Krankheitsbeschwerden gehe, ob eine Behandlung kurative oder palliative Ziele verfolge. Ausgehend hiervon sei die Wirksamkeit der Therapie zu ermitteln und das Vorhandensein alternativer Methoden gerade auf das mit ihr beabsichtigte Behandlungsziel hin abzufragen (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 7. November 2006 - [B 1 KR 24/06 R](#) - juris-Rdnr. 31; BVerfG, Beschluss vom 26. Februar 2013 - 1 BvR 2045 / 12 - juris-Rdnr. 15). Mit der vom Antragsteller begehrten Hyperthermiebehandlung seien bereits im Februar 2011 palliative Zwecke verfolgt worden. Der behandelnde Arzt Dr. K gehe nämlich in dem vom SG eingeholten Befundbericht von einer palliativen Therapie aus. Auch der behandelnde Arzt in der Klinik für Neurochirurgie Dr. M habe in seinem Befundbericht angegeben, eine Heilung sei langfristig nicht möglich. Für die Beurteilung, ob eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechenden Leistung im Zeitraum Februar 2011 bis Dezember 2012 nicht zur Verfügung gestanden habe, sei daher entscheidend, ob für den palliativen Behandlungsansatz der Hyperthermie konventionelle Methoden als Alternative (in erster Linie für die Stabilisierung oder die Verlangsamung des Fortschreitens der Erkrankung) zur Verfügung gestanden hätten. Dies sei hier der Fall gewesen. Denn für den Zeitraum Februar 2011 bis Februar 2012 ergebe sich dies bereits daraus, dass der Kläger in dieser Zeit eine konventionelle Chemotherapie mit Temodal durchgeführt habe. Für den sich anschließenden Zeitraum bis Dezember 2012 sei den eingeholten Befundbericht zu entnehmen, dass konventionelle Methoden als Alternative zur Verfügung gestanden hätten. Während sich der Befundbericht des behandelnden Arztes Dr. K zu der Frage, ob anerkannte Behandlungsmethoden zur Verfügung stünden, nicht verhalte, führe die Fachärztin für Neurologie J in ihrem Befundbericht aus, dass Operation, Chemo- und Strahlentherapie zur Verfügung stünden. Im Hinblick auf die Chemotherapie gebe es weitere Behandlungsmöglichkeiten. Auch aus dem Befundbericht Dr. M gehe hervor, dass es anerkannte Behandlungsmethoden gebe. Soweit dieser die Frage, ob die dem medizinischen Standard entsprechenden Behandlungsmethoden ausgeschöpft seien, mit "ja" geantwortet habe, habe dies ausdrücklich nur für die Primärtherapie gelten sollen. Für den Fall eines Rezidivs seien "Radiatio" und "alternative Chemotherapie" weitere Behandlungsmöglichkeiten. Dem entspreche auch das Gutachten des MDK vom 7. Dezember 2012. Im Übrigen gehe offenbar auch der Kläger davon aus, dass die anerkannten Behandlungsmethoden im Zeitraum bis Dezember 2012 nicht ausgeschöpft worden seien. In seinem Schriftsatz vom 21. November 2012 habe er diesbezüglich nämlich mitgeteilt, dass man im Bedarfsfall die Bestrahlung immer noch in der Hinterhand habe. Eine solche Bestrahlung habe der Kläger auch durchführen lassen, indem er sich Anfang 2014 der Protonenbestrahlung unterzogen habe. Die Kosten der Hyperthermie seien in diesem Zeitraum auch nicht zu übernehmen, weil die Hyperthermiebehandlung einen Zusatznutzen im Sinne einer spürbar positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf gebracht haben könnte. Die Übernahme von Kosten eines solchen Zusatznutzen sei mit dem Wortlaut des [§ 2 Abs. 1a S. 1 SGB V](#), der kumulativ das Fehlen einer anerkannten Leistung und eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf zu Voraussetzung der Kostenübernahme mache, nicht vereinbar. Eine positive Einwirkung einer Kombination aus einer (zu Verfügung stehenden) anerkannten und einer unkonventionellen Therapie werde von dieser Vorschrift nicht erfasst. Insoweit sei auch zu berücksichtigen, dass die gesetzlichen Krankenkassen auch von Seiten der Verfassung nicht gehalten seien, alles zu leisten, was als Mittel zur Erhaltung oder Wiederherstellung der Gesundheit verfügbar sei (Bezugnahme auf BVerfG, Urteil vom 5. März 1997 - [1 BvR 1071/95](#)). Der Maßstab für die Leistungspflicht nach dem SGB V besteht nicht in der Gewährleistung von Spitzenmedizin zu jedem Preis, sondern habe sich stets an den zentralen Prinzipien der [§§ 2 und 12 SGB V](#) zu orientieren (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - juris-Rdnr. 29). Nur wenn wirksame schulmedizinische Behandlungsmethoden gar nicht vorlägen oder wegen Besonderheiten im Einzelfall nicht zugemutet werden könnten, könne eine Leistungserweiterung in Betracht kommen. Der Kläger habe auch keinen Anspruch auf zukünftige Kostenübernahme. Es könne ausweislich der Befundberichte nicht davon ausgegangen werden, dass speziell beim Kläger eine Chemotherapie nicht mehr möglich oder unzumutbar sei. Ein Anspruch auf Kostenübernahme einer Behandlung mit Tiefenhyperthermie bestünde auch dann nicht, wenn es keine anerkannte Behandlungsmethode mehr gebe. Denn jedenfalls die dritte Voraussetzung des [§ 2 Abs. 1a SGB V](#), die Aussicht auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf, liege nicht mit hinreichender Sicherheit vor. Dieses Erfordernis beziehe sich nämlich auf den Verlauf der Grunderkrankung als solcher (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 13. Oktober 2010 - [B 6 KA 48/09 R](#) - juris-Rdnr. 32). Es gebe für eine positive Wirkungsweise einer isolierten Tiefenhyperthermie keine ausreichenden Anhaltspunkte. Aus der Behandlung des Klägers in der Vergangenheit könne dies nicht abgeleitet werden, weil die Tiefenhyperthermiebehandlung ausschließlich parallel zur Chemotherapie durchgeführt worden sei. Etwas anderes ergebe sich auch nicht daraus, dass diese Behandlung im Zeitraum März 2012 bis Dezember 2012 isoliert fortgeführt worden sei und eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes des Klägers sechs Monate nach Beendigung der Behandlung eingetreten sei. Denn auch die

Stabilisierung des Klägers bis zu Verschlechterung seines Gesundheitszustandes etwa im Juni 2013 könne als Behandlungserfolg auf die Chemotherapie oder ihrer Kombination mit Tiefenhyperthermie zurückzuführen sein. Dafür spreche auch die Darstellung Dr. M im Befundbericht vom 21. August 2012, wonach die Hyperthermie wahrscheinlich zum Therapieerfolg "beigetragen" habe. Dass diese alleine wirksam gewesen sei, gehe hieraus nicht hervor. Auch aus den wissenschaftlichen Aufsätzen über Studien zu Hyperthermiebehandlungen ergäben sich lediglich Anhaltspunkte für eine Wirksamkeit in Kombination mit konventioneller Therapie. Ein Sachverständigengutachten sei angesichts der im Wesentlichen übereinstimmenden Befundberichten nicht einzuholen gewesen.

Gegen dieses am 20. August 2014 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung des Klägers vom 19. September 2014. Zur Berufungsbegründung hat er ausgeführt, dass sich die Hyperthermiebehandlung positiv auf die mit der Tumorerkrankung einhergehenden Anfälle ausgewirkt habe. Bei den Krampfanfällen handele sich um Großanfälle und Absenzen. Vor der Behandlung habe es "zig" Absenzen gegeben. Seit der Bestrahlung hätten diese abgenommen. Große Krampfanfälle habe es sei der Bestrahlung keine mehr gegeben. Die Bestrahlung sei die einzige Therapie, die noch zur Verfügung stehe. Operative Maßnahmen kämen nach Auffassung der Charité nicht mehr in Betracht. Dass ein Rezidiv vorgelegen habe, sei bilddiagnostisch Anfang des Jahres 2014 zu sehen gewesen. Der Kläger habe die Hyperthermie gewählt, um ein weiteres Rezidiv gar nicht erst abzuwarten. Im Rezidivfalle stünde ihm allenfalls nur noch eine Chemotherapie zur Verfügung mit einem Alternativmedikament. Er habe allerdings bereits bei der Chemotherapie mit Temodal erhebliche Nebenwirkungen erleiden müssen. Es sei davon auszugehen, dass er eine andere Chemotherapie nicht vertrage. Aus den MRT-Verlaufsprotokollen werde ersichtlich, dass der Tumor erst nach Ende der Hyperthermie Behandlung wieder gewachsen sei und dass es keine Veränderungen während der Behandlungszeit selbst gegeben habe. In der Sache habe sich das SG mit hochkomplexen medizinischen Fragen auseinandergesetzt, ohne einen Sachverständigen angehört zu haben.

Der Kläger beantragt, unter Abänderung des Urteils des Sozialgerichts Berlin vom 28. Juli 2014 die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 22. März 2011 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 13. Dezember 2011 zu verurteilen, den Kläger von den Kosten der Hyperthermiebehandlung im Zeitraum von Februar 2011 bis Dezember 2012 freizustellen, sowie die Kosten für zukünftige Hyperthermiebehandlungen zu übernehmen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angegriffene Entscheidung für zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die zwischen den Beteiligten gewechselten Schriftsätze nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und auf die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die dem Senat vorgelegen haben und die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs. 4](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) zurückzuweisen. Der Senat hält sie einstimmig für unbegründet. Er hält auch eine mündliche Verhandlung nicht für erforderlich. Die Beteiligten sind auf die Absicht so vorzugehen im Erörterungstermin am 27. Juni 2016 hingewiesen werden.

Der Berufung bleibt Erfolg versagt.

Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender Begründung zurückgewiesen, auf die zunächst zur Vermeidung bloßer Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 2 SGG](#) verwiesen wird.

Dies gilt zum einen für die begehrte Kostenerstattung für die bereits durchgeführte Behandlung.

Der Senat stellt insoweit Bedenken gegen die Zulässigkeit der Klage aufgrund der fehlenden Bezifferung des Klageantrages im Hinblick auf die Möglichkeit, nach [§ 130 S. 1 SGG](#) ein Grundurteil hinsichtlich der begehrten Leistung zu erlassen, zurück.

Für den ersten Behandlungszyklus ab Februar 2011 ist die Beklagte bereits deshalb nicht zur Zahlung verpflichtet, weil es an der Kausalität fehlt: Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Fall 2 SGB V](#) besteht nur, wenn zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang besteht (Urteil des BSG vom 8. September 2015 - [B 1 KR 14/14 R](#), zitiert nach juris). Daran fehlt es, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre. Daran fehlt es aber auch, wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen war, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte (Urteil des BSG, a. a. O.). Das mit einer Entscheidung der Krankenkasse abzuschließende Verwaltungsverfahren stellt weder einen "Formalismus" in dem Sinne dar, dass es ganz entbehrlich ist, noch in dem Sinne, dass es zwar durchlaufen werden muss, aber der Versicherte nicht gehalten ist, die Entscheidung der Krankenkasse in seine eigene Entscheidung inhaltlich einzubeziehen, sondern den Abschluss des Verwaltungsverfahrens nur "formal" abwarten muss, jedoch schon vorbereitende Schritte einleiten darf, die Ausdruck seiner Entschlossenheit sind, sich die Leistung in jedem Fall endgültig zu verschaffen. [§ 13 Abs. 3 S. 1 Fall 2 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn

von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt. Diese Zwecke der Vorbefassung der Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren des Versicherten werden durch dessen Vorfestlegung vereitelt (BSG a. a. O.). Im vorliegenden Fall hat es der Kläger versäumt, vor Beginn der Hyperthermie-Behandlung die Beklagte einzuschalten. Ausweislich des eingereichten Behandlungsvertrages zwischen Dr. K und ihm hat er sich nämlich bereits am 24. Februar 2011 privatvertraglich verpflichtet, die gesamten Behandlungskosten im vollem Umfange zu tragen. Er ist informiert worden, "dass die Krankenversicherung () die Erstattung des Rechnungsbetrages ganz oder teilweise ablehnen kann." Nach dem vom SG eingeholten Befundberichtes des Arztes Dr. K vom 13. Juli 2012 begann die Wärmebehandlung auch bereits im März 2011 im wöchentlichen Abstand. Der Kläger hat also nicht zuerst die Behandlung seines erst unter dem 13. März 2011 gestellten Antrages bei der Beklagten abgewartet. Dies verdeutlicht, dass er unter allen Umständen entschlossen war, sich den Hyperthermie-Behandlungen zu unterziehen und sie unabhängig von der Entscheidung der Beklagten fortzusetzen. Der ablehnende Bescheid der Beklagten vom 22. März 2011 hat damit die Kostenlast nicht verursacht.

An diesem Ursachenzusammenhang fehlt es auch hinsichtlich der weiteren Sitzungen, also der Behandlungen, die nach der Bescheiderteilung durchgeführt worden sind. Wird bei über längere Zeiträume laufenden Behandlungen die Kostenübernahme nachträglich beantragt, bedeutet die ablehnende Entscheidung zwar eine Zäsur, mit der Folge, dass eine Erstattung nur für Leistungen in Betracht kommt, die noch nach der Ablehnung auf eigene Rechnung beschafft werden. Die Ablehnung muss jedoch geeignet gewesen sein, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen. Das kann indes nur angenommen werden, wenn es sich bei den späteren Behandlungsschritten um selbständige, von der bisherigen Behandlung abtrennbare Leistungen handelt. Maßgeblich ist die Einheitlichkeit des Behandlungsvorgangs, nicht des Behandlungskonzepts (Helbig in juris PK SGB V, 3. Auflage 2016, § 13 Rdnr. 53). Im vorliegenden Fall war für die Hyperthermie-Behandlung eine fortlaufende Behandlungsdauer mit wöchentlicher Behandlung angesetzt, die zum Zeitpunkt des der Erstellung des Befundberichts durch Dr. K noch nicht beendet war.

Wie das SG zutreffend ausgeführt hat, handelt es sich zudem bei der Tiefenhyperthermiebehandlung um eine neue Behandlungsmethode. Es fehlt für diese an der nach [§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) erforderlichen befürwortenden Entscheidung des GBA, ohne die neue Behandlungsmethoden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht gewährt werden dürfen. Der GBA hat im Gegenteil nach Anlage 2 Nr. 42 der Methoden-Richtlinie die Hyperthermiebehandlung (u. a. Ganzkörperhyperthermie, regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/oder Chemotherapie) ausdrücklich als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode angesehen (Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005, BAnz 2005, S 7485). Ein Ausnahmefall des Systemversagens liegt nicht vor. Ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt kann nach der Rechtsprechung des BSG eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder 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. Diese Durchbrechung beruht darauf, dass in solchen Fällen die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben ist und deshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden (LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 24. Juni 2014 - [L 11 KR 3597/13](#)- juris-Rdnr. 25 mit Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 7. November 2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#) m. w. N.). Ein solcher Fall des Systemversagens liegt schon deshalb nicht vor, weil sich der GBA mit der streitigen Behandlungsmethode der (Tiefen-)Hyperthermie befasst hat. Ausweislich der vom SG eingeholten Stellungnahme des GBA vom 16. April 2013 gibt es auch keine neuen Anträge auf Überprüfung des Beschlusses aus dem Jahre 2005.

Das SG hat darüber hinaus ausführlich dargestellt, weshalb dem Kläger kein Sachleistungsanspruch aus [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) bzw. direkt aus Verfassungsrecht zusteht.

Soweit der Kläger eine Verurteilung der Beklagten begehrt, die Kosten einer künftigen Hyperthermiebehandlung zu übernehmen, fehlt es bereits am Erfordernis hinreichender Bestimmtheit ([§ 92 Abs. 1 SGG](#), vgl. hierzu Meyer-Ladewig/Keller/Leitherer-Keller, SGG, 11. A. 2014, § 54 Rdnr. 40a). Der Kläger ist auf diesen Gesichtspunkt hingewiesen worden.

Soweit eine Kostenerstattung einer künftigen Tiefenhyperthermiebehandlung durch Dr. K begehrt sein sollte, stünde ferner einem Klageerfolg bereits entgegen, dass dieser nicht zur vertragsärztlichen Behandlung zugelassen ist. Versicherte können (nur) unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten auswählen, [§ 76 Abs. 1 SGG](#).

Abgesehen hiervon hat das SG ebenfalls ausführlich dargestellt, weshalb jedenfalls zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht davon ausgegangen werden kann, dass eine künftige Hyperthermiebehandlung als Sachleistung auf Kosten der Beklagten durchgeführt werden kann. Ob jegliche (palliative) Chemotherapie und andere Behandlungsmethoden -etwa zur Bekämpfung der Anfälle- im Falle eines erneuten Rezidivs ausscheiden würden, ist nicht im Voraus abstrakt zu klären.

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2017-02-16