

L 11 KR 3609/15

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

11

1. Instanz

SG Karlsruhe (BWB)

Aktenzeichen

S 16 KR 4181/14

Datum

28.07.2015

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 11 KR 3609/15

Datum

23.02.2016

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.07.2015 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch für das Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Klägerin begehrt Kostenerstattung für eine PET-Untersuchung und für weitere Behandlungsmaßnahmen und Medikamente.

Die 1940 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie erkrankte an einem Mammakarzinom der linken Brust, das im Juni 2014 im Rahmen einer brusterhaltenden Operation entfernt wurde.

Am 10.07.2014 (Bl 1 Verwaltungsakte) beantragte sie bei der Beklagten die Kostenübernahme einer PET-Untersuchung (Positronen-Emissions-Tomographie). Hierbei handelt es sich um ein bildgebendes Verfahren aus dem Bereich der Nuklearmedizin. Die Klägerin teilte mit, ihre behandelnde Frauenärztin sei nur bereit, eine Einweisung in ein Krankenhaus zur ambulanten Durchführung dieser Untersuchung auszustellen, wenn die Beklagte vorher und schriftlich die Zustimmung der Kostenübernahme mitteile. Vom behandelnden Klinikum in K. sei eine Bestrahlung als weitere Behandlungsmaßnahme vorgesehen. Die Bestrahlung habe jedoch erhebliche Nebenwirkungen und sei nur dann notwendig, wenn es sich bei dem festgestellten Krebs um einen bösartigen handeln sollte. Mit einer PET-Untersuchung könne überhaupt erst festgestellt werden, wie ihre Erkrankung möglichst schonungsvoll und kostengünstig behandelt werden könne.

Der Ehemann der Klägerin wies am 15.07.2014 telefonisch darauf hin, dass eine Entscheidung dringlich sei; Termin für die PET-Untersuchung sei der 21.07.2014. Die Klägerin legte außerdem den stationären Entlassungsbrief des Städtischen Klinikums K. vom 10.07.2014 sowie eine von dem Heilpraktiker A. ausgefüllte ärztliche Bescheinigung vom 23.07.2014 (Bl 15 Verwaltungsakte) vor.

Am 21.07.2014 wurde die PET/CT-Untersuchung durch das Universitätsklinikum F., Klinik für Nuklearmedizin, ambulant durchgeführt. Aus dem Entlassungsbericht vom 21.07.2014 ergibt sich, dass kein Hinweis auf Tumorrestgewebe oder ein Lokalrezidiv bestehe. Des Weiteren hätten keine Lymphknoten oder Fernmetastasen erkannt werden können. Die Kosten für die Untersuchung betrugen 1.227,87 EUR (vgl. Rechnung vom 26.08.2014 Bl 14 Verwaltungsakte). Die Klägerin hat diesen Betrag zwischenzeitlich beglichen.

Mit Schreiben vom 03.09.2014 (Bl 28 Verwaltungsakte) beantragte die Klägerin die Übernahme von Kosten für drei Blutuntersuchungen in Höhe von 97,33 EUR, 231,98 EUR sowie 128,20 EUR, für Behandlungen bei dem Heilpraktiker A. in Höhe von 58,50 EUR sowie für verschiedene Medikamente in Höhe von insgesamt 101,15 EUR.

Die Beklagte gab die von der Klägerin vorgelegten Unterlagen wegen der PET-Untersuchung an den Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) weiter, der in seinem Gutachten (Dr. E.) vom 22.09.2014 (Bl 18 Verwaltungsakte) ausführte, dass die medizinischen Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nicht erfüllt seien. Die PET/CT-Untersuchung sei vom Gemeinsamen Bundesausschuss in der Richtlinie "Methoden der vertragsärztlichen Versorgung" bisher nicht positiv bewertet worden. Der GBA habe 2012 eine Untersuchung in Auftrag gegeben, die zum Ergebnis gekommen sei, dass der patientenrelevante Nutzen der PET- bzw. PET/CT bei Mammakarzinom aufgrund fehlender Daten nicht bestimmt werden könne. Es hätten weder laufende, noch abgeschlossene vergleichende Studien zum patientenrelevanten Nutzen der Methode identifiziert werden können. Die "interdisziplinäre S 3-Leitlinie für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms" sei zuletzt 2012 aktualisiert worden und enthalte im Abschnitt 6.5.3 die Aussage, dass prospektive randomisierte Studien bezüglich PET nicht vorlägen. Die Richtlinie sei seit 2008 mehrfach überprüft worden, ohne dass eine

Empfehlung für die PET ausgesprochen worden sei. Im Fall der Klägerin liege ein invasiv duktales Karzinom vor. Hierfür sehe die S 3-Leitlinie unter dem Kapitel 4.6.1 die Radiotherapie vor, wie dies auch von der behandelnden Klinik in K. empfohlen worden sei. Bisher würden keine Nachweise vorliegen, dass sich durch die zusätzliche PET-Untersuchung für den Krankheitsverlauf ein Behandlungsvorteil ergebe. Zum Zeitpunkt der Durchführung der PET/CT-Untersuchung habe auch keine akut lebensbedrohliche, notstandsähnliche Situation vorgelegen. Überdies habe mit MRT oder CT sowie Knochenszintigraphie und mit Radiotherapie und endokriner Therapie alternativ eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Therapie, entsprechend der S 3-Leitlinien, zur Verfügung gestanden. Im Hinblick auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts liege auch kein Wirksamkeitsnachweis anhand einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Fällen aufgrund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken für PET-Untersuchung vor. Medizinischer Nutzen, Überlegenheit oder Wirtschaftlichkeit gegenüber konventioneller Standarddiagnostik sei bisher nicht belegt.

Mit Bescheid vom 17.09.2014 (Bl 36 Verwaltungsakte) lehnte die Beklagte den Antrag auf Erstattung für Behandlungskosten für ärztliche Leistungen und Medizinprodukte ab. Als Versicherte habe die Klägerin Anspruch auf vertragsärztliche Versorgung. Die vertragsärztliche Behandlung erfolge gegen Vorlage der Krankenversichertenkarte kostenlos. Leistungen, die zur Erzielung des Heilerfolgs nicht notwendig oder unwirtschaftlich seien, und Leistungen, die noch keinen Eingang in den Leistungskatalog der Krankenkasse gefunden haben, könnten die Versicherten grundsätzlich nicht beanspruchen. Der Vertragsarzt dürfe diese Leistungen nicht zu Lasten der Beklagten erbringen. Deshalb dürften sie nachträglich nicht bewilligt oder erstattet werden. Im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung habe die Klägerin Anspruch auf apothekenpflichtige Arzneimittel, Verbandsmittel, Blut- und Harnteststreifen. Der Anspruch werde grundsätzlich durch eine Arzneimittelverordnung eines Vertragsarztes ausgelöst. Der Vertragsarzt habe im Rahmen seiner Behandlung die Arzneimittelrichtlinien zu beachten. Bei den von der Klägerin vorgelegten Rechnungen handle es sich nicht um solche für erstattungsfähige Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, und für die Medizinprodukte aus der Apotheke liege keine vertragsärztlichen Arzneimittelverordnungen vor. Eine Kostenerstattung sei deshalb nicht möglich.

Mit Bescheid vom 24.09.2014 lehnte die Beklagte auch eine Kostenübernahme für die PET-Untersuchung ab. Zur Begründung nahm sie auf das Gutachten des MDK vom 22.09.2014 Bezug.

Die Klägerin erhob gegen beide Bescheide am 29.09.2014 Widerspruch, die die Beklagte mit den beiden Widerspruchsbescheiden vom 20.11.2014 (Bl 24 und 38 Verwaltungsakte) als unbegründet zurückwies.

Die Klägerin hat hiergegen am 11.12.2014 Klage zum Sozialgericht Karlsruhe (SG) erhoben. Zur Begründung hat sie ihre Ausführungen im Ausgangsverfahren wiederholt und vertieft. Sie hat vorgebracht, die Krebserkrankung sei in der Nähe des Herzens angesiedelt. Im Aufklärungsgespräch sei sie deshalb darauf hingewiesen worden, dass durch die Bestrahlung eine erhebliche Gefahr für das Herz bestehe. Die PET-Untersuchung sei durchgeführt werden, um festzustellen, ob es weitere Herde gebe. Falls dies nicht der Fall sei, könne alternativ durch einen Heilpraktiker behandelt werden. Es habe sich um eine bösartige Brustkrebsart gehandelt, so dass sie nicht länger habe abwarten können. Da durch die PET keine weiteren Herde gefunden worden seien, habe sie sich durch den Heilpraktiker behandeln lassen können, ohne die Bestrahlung durchführen zu müssen. Der Heilpraktiker habe sie mit einer Mistelkur behandelt. Aufgrund der lebensbedrohlichen Erkrankung und der Tatsache, dass die schulmedizinische Behandlungsmethode eine erhebliche Gefahr für ihr gesundes Organ, das Herz, dargestellt hätte, sei die Beklagte aufgrund der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 zur Kostenübernahme verpflichtet.

Die Beklagte ist der Klage entgegengetreten. Zur Begründung hat sie auf die Stellungnahme des MDK und ihre Ausführungen in den Ausgangsbescheiden Bezug genommen.

Mit Urteil vom 28.07.2015 hat das SG die Klage abgewiesen. Die angefochtenen Bescheide der Beklagten seien rechtmäßig und würden die Klägerin nicht in ihren Rechten verletzen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die PET/CT-Untersuchung sowie die Medikamente, die Blutuntersuchungen und die Behandlung durch den Heilpraktiker. Der Anspruch auf Kostenerstattung reiche nicht weiter als der Sachleistungsanspruch. Die Durchführung der PET/CT-Untersuchung gehöre bei dem Krebsleiden der Klägerin nicht zu dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Die PET könne nur bei bestimmten Indikationen als vertragsärztliche Leistung erbracht werden, es liege jedoch keine dieser Indikationen vor. Ein Ausnahmefall im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts komme nicht in Betracht. Die weiteren Kosten für Medikamente, Blutuntersuchungen und Behandlungskosten seien schon deshalb nicht erstattungsfähig, da die Klägerin die Beklagte nicht rechtzeitig vor Inanspruchnahme der Leistung hierüber in Kenntnis gesetzt habe. Eine unaufschiebbare Leistung habe nicht vorgelegen. Die Inanspruchnahme der Leistungen eines Heilpraktikers könne die Klägerin überdies wegen des Arztvorbehalts nicht gegenüber der Beklagten geltend machen. Bei den von der Klägerin geltend gemachten Kosten für Medikamente handle es sich jeweils um nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die von der Versorgung ausgenommen seien.

Gegen das ihren Prozessbevollmächtigten am 31.07.2015 gegen Empfangsbekanntnis zugestellte Urteil des SG hat die Klägerin am 26.08.2015 Berufung beim Landessozialgericht Baden-Württemberg eingelegt. Zur Begründung hat sie ihr bisheriges Vorbringen wiederholt und vertieft. Sie sei von der Klinik in K. darüber aufgeklärt worden, dass eine Bestrahlung durchgeführt werden solle, diese sehr nahe am Herz durchgeführt werden müsse und eine Gefährdung für das Herz darstellen könne. Daher habe sie sich für die ungefährlichere PET-Untersuchung entschieden. Das SG habe übersehen, dass in ihrem im Fall die Voraussetzungen der bundesverfassungsgerichtlichen Entscheidung vom 06.12.2005 vorgelegen hätten. Eine schulmedizinische Alternative für die Behandlung der lebensbedrohlichen Erkrankung sei nicht gegeben gewesen. Inzwischen stehe auch fest, dass die gewählte Behandlungsmethode sich positiv auf den Gesundheitszustand ausgewirkt habe. Aufgrund der Dringlichkeit der Sachlage habe eine Entscheidung der Krankenkasse nicht länger abgewartet werden können. Es sei außerdem darauf hinzuweisen, dass bei Lungenkrebs die PET-Untersuchung von den Krankenkassen empfohlen und übernommen werde. Hintergrund sei die Vermeidung von unnötigen Bestrahlungen, falls keine weiteren Krebsherde vorhanden seien, um andere Organe nicht zu schädigen. Diese Voraussetzungen hätten bei ihr ebenfalls vorgelegen. Nach dem Ergebnis der PET-Untersuchung sei eine Mistelkur empfohlen und durchgeführt worden. Sie habe sich entschieden, ihren Körper nicht weiter mit Medikamenten zu belasten und zu beanspruchen. In Anbetracht der geringen Höhe der entstandenen Kosten sei die Entscheidung der Beklagten nicht nachvollziehbar. Eine Durchführung der Bestrahlung sowie Kosten ansonsten zu verordnender Medikamente wären erheblich teurer gewesen.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Karlsruhe vom 28.07.2015 und den Bescheid der Beklagten vom 17.09.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.11.2014 sowie den Bescheid vom 24.09.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 20.11.2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die Kosten für die PET-Untersuchung in Höhe von 1.227,87 EUR und Kosten für die Laboruntersuchung, Arzneimittel und Heilpraktikerbehandlung in Höhe von 639,02 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt

die Berufung zurückzuweisen.

Sie nimmt auf ihr bisheriges Vorbringen, die Begründungen der angefochtenen Bescheide und die Ausführungen des SG Bezug.

In einem Erörterungstermin am 11.02.2016 hat der Berichterstatter den Sachverhalt mit den Beteiligten eingehend erörtert. Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf die Akte des Senats sowie die beigezogenen Akten des SG und der Beklagten Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Der Senat entscheidet mit Einverständnis der Beteiligten gemäß [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung.

Die nach den [§§ 143, 144, 151 Abs 1 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung der Klägerin ist statthaft, zulässig aber unbegründet. Ihr steht gegen die Beklagte kein Anspruch auf Erstattung der Kosten für eine PET/CT-Untersuchung, für die Medikamente, für die Behandlung durch den Heilpraktiker sowie der Blutuntersuchungen zu. Die angefochtenen Bescheid der Beklagten sind rechtmäßig und verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen.

Es besteht kein Anspruch auf Übernahme der Kosten für die PET/CT-Untersuchung. Nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) sind die Kosten in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Alt 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alt 2) und dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind. [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gibt demnach einen Kostenerstattungsanspruch für den Fall, dass der Versicherte wegen eines Systemversagens gezwungen ist, sich eine Behandlung, die ihm die Krankenkasse an sich als Sachleistung schuldet, außerhalb des für Sachleistungen vorgesehenen Weges selbst zu beschaffen.

Vorliegend kommt nur die erste Alternative des [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht, denn es fehlt am Kausalzusammenhang zwischen einer Leistungsablehnung der Beklagten und der Entstehung von Kosten (zu dieser Voraussetzung siehe etwa BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#)). Daran fehlt es bereits, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (vgl BSG 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#) Rn 10 mwN). Daran fehlt es aber auch, wenn - wie vorliegend - 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 ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte (vgl zur Vorfestlegung als den Anspruch nach [§ 13 Abs 3 S 1 Alt 2 SGB V](#) ausschließendes Verhalten BSG 16.12.2008, [B 1 KR 2/08 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 20](#) Rn 29; 07.05.2013, [B 1 KR 44/12 R](#), [BSGE 113, 241](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 29](#) Rn 30). Die Klägerin hat am 10.07.2014 den Antrag auf Kostenübernahme bei der Beklagten gestellt und am 15.07.2014 mitteilen lassen, Untersuchungstermin sei bereits der 21.07.2014. Damit war die Klägerin unabhängig von der Entscheidung der Beklagten auf die bestimmte Leistung festgelegt und hatte die Beklagte keine ausreichende Gelegenheit, ihre Leistungspflicht zu prüfen.

Wie der Senat bereits mehrfach entschieden hat, ist es kein bloßer Formalismus, wenn eine Kostenerstattung in der Art eines zwingenden Verfahrenserfordernisses davon abhängig gemacht wird, dass die Krankenkasse zuvor Gelegenheit hatte, über ihre Leistungspflicht zu entscheiden (vgl etwa Senatsurteil vom 15.05.2012, [L 11 KR 816/11](#)). Der Versicherte darf der Entscheidung der Krankenkasse nicht dadurch vorgreifen, dass er die erstrebte Behandlung bei einem Nichtvertragsarzt durchführen lässt und die erforderliche Prüfung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagert (vgl zuletzt BSG 08.09.2015, [B 1 KR 14/14 R](#), [KrV 2015, 254](#)). Dasselbe gilt dann, wenn nicht vom GBA zugelassene Behandlungs- oder Untersuchungsmethoden in Anspruch genommen werden. Der Krankenkasse obliegt es in solchen Fällen zu prüfen, ob das GKV-System Leistungen für die konkrete Situation des Versicherten vorhält.

In Frage für einen Erstattungsanspruch kommt demnach nur die erste Variante des [§ 13 Abs 3 S 1 SGB V](#). Unaufschiebbarkeit verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der KK abzuwarten (vgl BSG 04.04.2006, [B 1 KR 7/05 R](#), [BSGE 96, 170](#) = [SozR 4-2500 § 31 Nr 4](#), Rn 13 mwN; 14.12.2006, [B 1 KR 8/06 R](#), [BSGE 98, 26](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#), Rn 23). Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder zB wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist (BSG 06.03.2012, [B 1 KR 17/11 R](#), [SozR 4-2500 § 18 Nr 7](#) Rn 18). Auf die Unfähigkeit der Krankenkasse, eine unaufschiebbare Leistung rechtzeitig zu erbringen, kann ein Kostenerstattungsanspruch nur gestützt werden, wenn es dem Versicherten nicht möglich oder nicht zuzumuten war, sich vor der Leistungsbeschaffung mit der Kasse in Verbindung zu setzen (BSG 25.09.2000, [B 1 KR 5/99 R](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 22](#)). Diese Voraussetzung lag nach dem für den Senat überzeugenden Gutachten des MDK vom 22.09.2014 (Bl 18 Verwaltungsakte) nicht vor. Der MDK hat plausibel dargelegt, dass zum Zeitpunkt der Durchführung der PET/CT-Untersuchung keine akut lebensbedrohliche, notstandsähnliche Situation vorgelegen hat.

Ein Anspruch aus [§ 13 Abs 3a SGB V](#) kommt nicht in Betracht. Die Krankenkasse hat danach über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. Hält die Krankenkasse diese Frist nicht ein und

erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Die Krankenkasse ist nach [§ 13 Abs 3a S 7 SGB V](#) zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet, wenn sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst beschaffen. Die Vorschrift kann von vorne herein nicht zur Anwendung kommen, wenn sich der Versicherte – wie vorliegend – vor Fristablauf die beantragte Leistung selbst beschafft hat (LSG Baden-Württemberg 18.09.2015, [L 4 KR 424/15](#), juris).

Schließlich hat das SG zutreffend ausgeführt, dass der Anspruch auf Kostenerstattung ohnehin nicht weiter reicht, als der in [§ 2 Abs 2 SGB V](#) normierte Sachleistungsanspruch (BSG 16.12.2008, [B 1 KR 11/08 R](#), [SozR 4-2500 § 13 Nr 19](#)). Die Durchführung der PET/CT-Untersuchung gehört bei dem Krebsleiden der Klägerin nicht zu dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Anspruch eines Versicherten auf Behandlung nach [§ 27 Abs 1 Satz 2 Nr 1 SGB V](#) unterliegt den sich aus [§ 2 Abs 1](#) und [§ 12 Abs 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen. Da die PET/CT-Untersuchung nicht als abrechnungsfähige Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab für vertragsärztliche Leistungen (EBM-Ä) enthalten ist, handelt es sich um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode nach [§§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5, 135 SGB V](#). Neue Untersuchungsmethoden dürfen in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen gemäß [§ 135 Abs 1 S 1 SGB V](#) nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in Richtlinien nach [§ 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V](#) eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat. Dies ist nicht der Fall. Die Beschlüsse des GBA sehen die PET bei der vorliegenden Indikation nicht vor, wie das SG ausführlich und zutreffend dargelegt hat.

Die PET ist nach Nr 39 der Anlage II der Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung – Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung (MVV-RL) – in der vertragsärztlichen Versorgung mit Ausnahme der in Anlage I Nummer 14 anerkannten Indikationen ausgeschlossen. Nach § 1 zu Nr 14 darf die PET nur für die dort abschließend aufgeführten Indikationen als vertragsärztliche Leistung erbracht werden, von denen keine vorliegt (Bestimmung des Tumorstadiums von primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen einschließlich der Detektion von Fernmetastasen; Nachweis von Rezidiven [bei begründetem Verdacht] bei primären nichtkleinzelligen Lungenkarzinomen; 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; 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; 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; Entscheidung über die Bestrahlung von mittels CT dargestellten Resttumoren eines Hodgkin-Lymphoms mit einem Durchmesser von > 2,5 cm nach bereits erfolgter Chemotherapie).

Ernsthafte Zweifel an der hinreichenden demokratischen Legitimation des GBA zum Erlass normkonkretisierender untergesetzlicher Richtlinien bestehen auch unter Berücksichtigung des klägerischen Vorbringens nicht (vgl BSG 28.10.2009, [B 6 KA 11/09 R](#), [BSGE 105, 26](#); Senatsurteil vom 15.05.2012, [L 11 KR 816/11](#)). Ein Ausnahmefall, in dem es keiner positiven Empfehlung des GBA bedarf, liegt nicht vor. Für einen Seltenheitsfall, bei dem eine Ausnahme von diesem Erfordernis erwogen werden könnte (vgl dazu BSG 19.10.2004, [B 1 KR 27/02 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 1](#)), ist nichts ersichtlich. Auch ein Systemversagen wegen verzögerter Bearbeitung eines Antrags auf Empfehlung einer neuen Methode liegt nicht vor (vgl zur PET/CT-Untersuchung bereits Senatsurteil vom 15.05.2012, [L 11 KR 816/11](#); LSG Nordrhein-Westfalen 29.08.2012, [L 1 KR 616/11](#)).

Schließlich sind auch die Voraussetzungen für eine grundrechtsorientierte Auslegung, gestützt auf [Art 2 Abs 2 S 1](#), [Art 2 Abs 1 GG](#) in Verbindung mit dem Sozialstaatsgebot, nicht erfüllt (vgl hierzu BVerfG 06.12.2005, [1 BvR 347/98](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr 5](#)). Voraussetzung hierfür wäre ua, dass eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht. Dies ist nicht der Fall, wie der MDK im Verwaltungsverfahren im Gutachten vom 22.09.2014 überzeugend dargelegt hat. Im Fall der Klägerin hat danach ein invasiv duktales Karzinom vorgelegen. Hierfür sehen die S 3-Leitlinien (Kapitel 4.6.1) die Radiotherapie vor, wie dies auch von der behandelnden Klinik in K. empfohlen wurde. Nachweise, dass sich durch die zusätzliche PET-Untersuchung für den Krankheitsverlauf ein Behandlungsvorteil ergebe, sind nicht ersichtlich. Mit MRT oder CT sowie Knochenszintigraphie und mit Radiotherapie und endokriner Therapie haben alternativ allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Therapie, entsprechend der S 3-Leitlinien, zur Verfügung gestanden. Dass die Klägerin die Bestrahlung wegen der Betroffenheit der linken Brust und somit der Nähe zum Herz nicht wünschte, steht der allgemeinen Anerkennung und der Entsprechung des allgemeinen Standards nicht entgegen, wie das SG zutreffend ausgeführt hat.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten wegen der Behandlung durch den Heilpraktiker sowie der Blutuntersuchungen und der Medikamente.

Nach [§ 13 Abs 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- und Dienstleistung Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das SGB IX vorsehen. Eine Anspruchsgrundlage für die Kostenerstattung ergibt sich weder aus dem SGB V noch aus dem SGB IX. Nach [§ 13 Abs 2 S 1 SGB V](#) können Versicherte anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Hierüber haben sie ihre Krankenkasse gemäß Satz 2 der Vorschrift vor Inanspruchnahme der Leistung in Kenntnis zu setzen. Eine solche Erklärung gab die Klägerin jedoch nicht ab.

Auch aus [§ 13 Abs 3 S 1 SGB V](#) ergibt sich kein Anspruch. Die Klägerin beantragte mit Schreiben vom 03.09.2014 die Kostenerstattung der bereits durchgeführten Untersuchungen bzw Behandlungen; es fehlt daher wiederum an der Vorbefassung der Beklagten und am Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Kostenentstehung (s oben). Anhaltspunkte dafür, dass es sich um eine unaufschiebbar Leistung gehandelt hat, insbesondere, dass nicht einmal Zeit für eine vorherige Anzeige bei der Beklagten geblieben hätte, liegen nicht vor.

[§ 13 Abs 3a SGB V](#) kommt als Anspruchsgrundlage nicht in Betracht. Die hat vor Ablauf der dort genannten Frist von drei Wochen nach Antragseingang entschieden.

Schließlich widerspricht eine Kostenerstattung für die Inanspruchnahme der Leistungen eines Heilpraktikers dem in [§ 15 Abs 1 S 1 SGB V](#)

verankerten Grundsatz des Arztvorbehalts (vgl hierzu und zur Verfassungsmäßigkeit Senatsbeschluss vom 23.08.2012, [L 11 KR 2950/12 ER-B](#) und Senatsurteile vom 22.07.2014, [L 11 KR 258/14](#) und vom 27.01.2009, [L 11 KR 3126/08](#). Die Nichtzulassungsbeschwerde gegen das letztgenannte Urteil wurde vom BSG mit Beschluss vom 28.05.2009, [B 1 KR 16/09 B](#), zurückgewiesen, die hiergegen erhobene Verfassungsbeschwerde vom BVerfG mit Beschluss vom 23.08.2011, 1 BvR 2359/09, nicht zur Entscheidung angenommen).

Heilpraktiker können keine selbständigen Behandlungsmaßnahmen im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung vornehmen, auch eine Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 3 S 1 SGB V](#) kommt insoweit nicht in Betracht (stRspr, BSG 02.02.1983, [3 RK 37/81](#), USK 8306; 12.05.1993, [6 RKa 21/91](#), [SozR 3-2500 § 15 Nr 2](#); 11.10.1994, [1 RK 26/92](#), Die Leistungen 1996, 54; 10.06.1997, [1 BK 47/96](#); 02.09.1997, [1 BK 8/97](#); 17.09.1997, [6 BKa 33/96](#); 22.01.1998, [B 1 KR 30/97 B](#), alle in juris). Dem steht auch die Existenz eines eigenen Berufsrechts nicht entgegen (Didong in jurisPK SGB V, 3. Aufl 2016, § 15 Rn 19 mwN).

Schließlich hat die Klägerin keinen Anspruch auf Kostenerstattung für die Beschaffung der Medikamente. Im Einzelnen handelt es sich hierbei um die Präparate Adiclair, Mutaflor, Omni flora, Ozovit, Neurapas Balance, Johanniskraut, Rot Öl Jukunda, Hettral Johanniskrautöl. Gemäß [§ 31 Abs. 1 S 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf die Versorgung mit apothekenpflichtigen Arzneimitteln, soweit die Arzneimittel nicht nach [§ 34 SGB V](#) ausgeschlossen sind. Bei den von der Klägerin geltend gemachten Präparaten handelt sich um nicht verschreibungspflichtige Medikamente, die von der Versorgung nach [§ 34 Abs 1 S 1 SGB V](#) ausgenommen sind. Gemäß [§ 34 Abs 1 S 2 SGB V](#) legt jedoch der GBA in den Richtlinien nach § 92 Abs 1 S 2 Nr 6 fest, welche nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel, die bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten, zur Anwendung bei diesen Erkrankungen mit Begründung vom Vertragsarzt ausnahmsweise verordnet werden können (Arzneimittel-Richtlinie: AM-RL). Eine Ausnahmeindikation für eines dieser Medikamente liegt nicht vor.

Sofern die Klägerin gegen die Ablehnung der oben genannten beantragten Leistungen den Einwand erhoben hat, dass der von ihr gewählte Untersuchungs- und Behandlungsweg der kostengünstigere und somit wirtschaftlichere Weg gewesen sei, führt dies zu keinem anderen Ergebnis. Denn ein Kostenerstattungsanspruch besteht nicht schon deshalb, weil eine Krankenkasse dadurch, dass der Versicherte Leistungen außerhalb des Leistungssystems der gesetzlichen Krankenversicherung in Anspruch genommen hat, vermeintlich Aufwendungen anderer Art erspart. Andernfalls könnte die krankenversicherungsrechtliche Beschränkung auf bestimmte Formen der Leistungserbringung letztlich durch den Anspruch auf (teilweise) Kostenerstattung ohne Weiteres durchbrochen werden (BSG 26.07.2004, [B 1 KR 30/04 B](#); 24.09.1996, [1 RK 33/95](#), [BSGE 79, 125](#), [SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#)).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2016-02-26