

L 14 KR 134/95

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
14
1. Instanz
SG Kassel (HES)
Aktenzeichen
S 12/2 Kr 228/92
Datum
09.11.1994
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 14 KR 134/95
Datum
19.02.1998
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 9. November 1994 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger macht, als Rechtsnachfolger und alleiniger Erbe seiner verstorbenen Ehefrau (Versicherte), Kostenerstattung für eine sogenannte "Immuno-Augmentative Therapie" (IAT) geltend.

Die 1932 geborene und am 3. Februar 1996 verstorbene Versicherte war im streitbefangenen Zeitraum im Rahmen der Krankenversicherung der Rentner (KVdR) pflichtversichertes Mitglied der Beklagten. 1982 wurde bei ihr ein Sigma-Karzinom diagnostiziert und operativ entfernt. Nachdem Lebermetastasen festgestellt worden waren, erfolgte 1984 eine Leberteilresektion. Zwischen November 1984 und 1988 mußte sich die Versicherte anschließend bei stationären Aufenthalten in Krankenhäusern in G. und K. insgesamt dreizehn Chemotherapie-Zyklen unterziehen. 1989 wurde eine zweite Leberteilresektion vorgenommen. Die sich hieran anschließenden weiteren Chemotherapie-Zyklen führten 1989 zu schwerwiegenden gesundheitlichen Problemen, weshalb sie abgebrochen werden mußten. Im September 1990 und Mai 1991 folgten weitere stationäre Klinikaufenthalte. Im September 1991 wurden bei der Versicherten im Kreiskrankenhaus T. erneut operativ Metastasen im Leberbereich und an paraaortalen Lymphknoten entfernt.

Die Versicherte beantragte daraufhin bei der Beklagten unter Vorlage einer ärztlichen Bescheinigung ihrer Hausärztin Dr. K. F. vom 16. Oktober 1991 die Kostenübernahme für eine Behandlung in der Tagesklinik der Gesellschaft für Immuntherapie (GIT) in G. Diesem Antrag war ein Arztbrief/Entlassungsbericht von Dr. A. vom Kreiskrankenhaus T. vom 30. September 1991 beigelegt.

Am 24. Oktober 1991 begann die Behandlung durch Dr. M. der Vertragsarzt ist, mit der sogenannten IAT bei der GIT in G ...

Die Beklagte holte im Verwaltungsverfahren eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) ein. Dr. S. und Dr. E. kamen in ihrer Stellungnahme vom 31. Oktober 1991 zu dem Ergebnis, eine Kostenübernahme könne nicht empfohlen werden. Bei der durch die GIT angewandten Methode (IAT) handele es sich um eine sogenannte Außenseitermethode, die nach Aussagen der (US-)amerikanischen Medical Association als Krebsbehandlung keinen Nutzen habe. In der medizinischen Literatur lasse sich nur eine einzige wissenschaftliche Arbeit finden, die sich mit dieser Methode auseinandersetze und in der ungewöhnliche Vorbehalte geäußert und vor der Anwendung gewarnt werde. Gravierende Nebenwirkungen und Risiken seien nicht auszuschließen; auch hätten bei der Versicherten noch andere, anerkannte Therapieformen angewandt werden können. Mit Bescheid vom 8. November 1991 lehnte die Beklagte daraufhin den Antrag ab und bezog sich zur Begründung im wesentlichen auf die eingeholte Stellungnahme des MDK. Den hiergegen am 5. Dezember 1991 eingelegten Widerspruch wies die Beklagte, nach Beteiligung des bei ihr bestehenden Ausschusses, mit Widerspruchsbescheid vom 11. Februar 1992 zurück. Zur Begründung führte sie unter anderem aus, grundsätzlich hätten Versicherte nur einen Anspruch auf Sachleistungen gegen die Krankenkasse. Diese Leistungen müßten ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein. Neue Behandlungsmethoden müßten vom zuständigen Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (Ausschuß für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden – NUB-Ausschuß –) auf ihren diagnostischen und therapeutischen Nutzen hin überprüft werden. Die von der Versicherten begehrte Methode sei vom NUB-Ausschuß ausdrücklich nicht für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen worden. Damit stehe fest, daß deren Qualität und Wirksamkeit nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Eine

Kostenübernahme oder -erstattung sei deshalb ausgeschlossen.

Gegen diesen Widerspruchsbescheid hat die Versicherte am 10. März 1992 Klage vor dem Sozialgericht Kassel erhoben und die Ansicht vertreten, die Beklagte sei verpflichtet, ihr die durch die Behandlung bei der GIT entstandenen Kosten zu erstatten. Wegen ihres seit 9 1/2 Jahren bestehenden Krebsleidens habe sie zahlreiche Behandlungen über sich ergehen lassen müssen. Die bisher gewählten schulmedizinischen Behandlungsmethoden hätten jedoch zu keinem Erfolg geführt. Es sei weder eine Besserung ihres gesundheitlichen Zustands eingetreten, noch habe sie eine Linderung ihrer Beschwerden erfahren. Die bisherige Behandlung nach der IAT sei insoweit erfolgreich gewesen, als ihr Leiden sich nicht mehr verschlimmert habe und, wie die GIT ihr mitgeteilt habe, daß Krebszellen in verstärktem Maße abgebaut worden seien. Zur weiteren Begründung hat sich die Versicherte auf schriftliche Ausarbeitungen der GIT, eine Beschreibung der IAT durch Herrn R. J. C., Freeport/Bahamas, eine Stellungnahme der Ärztinnen Dr. D. und S. vom Oktober 1988, eine Stellungnahme des Arztes Dr. B. Z., Sofia/Bulgarien, sowie auf Befundberichte der Radiologen Dr. S. und Dr. S., R. (vom 13. Januar und 27. August 1992 sowie 26. März 1993) und auf ein Schreiben von Prof. H. an Dr. W. (vom 9. März 1992) bezogen; aus diesen Unterlagen könnte – so die Versicherte – sowohl die Wirksamkeit der IAT allgemein entnommen werden wie auch der Umstand, daß durch die IAT sich bei ihr das Krebsleiden nicht weiter verschlimmert habe.

Das Sozialgericht hat eine Stellungnahme des Deutschen Krebsforschungszentrums zur IAT und mehrere Gutachten aus gleichgelagerten Streitverfahren beigezogen. Weiterhin hat das Sozialgericht Befundberichte bei der Hausärztin der Versicherten, Dr. K., und bei Dr. M. (GTT) – mit der die Versicherten betreffenden Krankengeschichte – eingeholt.

Sodann hat das Sozialgericht Beweis erhoben durch Einholung eines medizinischen Sachverständigengutachtens bei Prof. Dr. med. N. Klinik für Tumorbiologie an der Albert-Ludwigs-Universität in Freiburg. Der Sachverständige kam in seinem zusammen mit den Dres. Prof. U. und A. erstellten Gutachten vom 1. Februar 1994 zu dem Ergebnis, daß bei der Versicherten die in Betracht kommenden schulmedizinischen Methoden im Oktober 1991 weder ungeeignet noch ausgeschöpft gewesen seien. Die Behandlung mit der IAT habe auch zu keinem nachgewiesenen Behandlungserfolg geführt. Im übrigen sei die Wirksamkeit dieser Methode wissenschaftlich nicht gesichert. Selbst als zeitlich begrenzter Therapieversuch könne die bei der Versicherten durchgeführte IAT weder als notwendig noch als zweckmäßig angesehen werden. Die Methode sei unter bestimmten Umständen sogar gefährlich. Wissenschaftliche Publikationen zur IAT gebe es praktisch nicht; die GIT stelle die von ihr angewandte Methode auch nicht der objektiven Kritik. Nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft könne – zusammenfassend – nicht von einer Wirksamkeit der IAT bei Krebserkrankungen ausgegangen werden; die Methode müsse vielmehr als abwegig verworfen werden.

Mit Urteil vom 9. November 1994 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und in den Entscheidungsgründen unter anderem ausgeführt, ein Kostenerstattungsanspruch bestehe gemäß § 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch – Gesetzliche Krankenversicherung – (SGB V), von Notfallbehandlungen abgesehen, nur, wenn die Krankenkasse zu Unrecht eine Sachleistung verweigert habe und die Versicherte deshalb gezwungen gewesen sei, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen. Die IAT stelle jedoch keine Sachleistung dar, aufweiche die Versicherte einen Anspruch hätte haben können, weshalb die Kostenübernahme von der Beklagten auch nicht zu Unrecht abgelehnt worden sei. Welche Sachleistungen zu erbringen seien, werde der "kassenärztlichen bzw. vertragsärztlichen Versorgung" übertragen. Dies folge aus den Regelungen der §§ 72, 73, 75 und 92 SGB V. Dabei sei der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen zunächst kraft Gesetzes dazu berufen, durch Richtlinien zur Sicherung der kassenärztlichen Versorgung im Rahmen des Möglichen abstrakt-generelle Maßstäbe aufzustellen, nach denen das im Einzelfall medizinisch Notwendige sowie dessen Wirtschaftlichkeit, Zweckmäßigkeit und Erforderlichkeit zu beurteilen sei. In seinen Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) habe der Bundesausschuß festgelegt, daß die IAT für eine ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten nicht erforderlich sei. Auch wenn die Gerichte an diese Richtlinien nicht unmittelbar gebunden seien, müßten sie nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) doch als maßgeblich herangezogen werden, soweit sie nicht mit höherrangigem Recht unvereinbar oder in ihrem Inhalt sachlich unvertretbar seien. Weder bestünden gegen die Vereinbarkeit der NUB-Richtlinien mit höherrangigem Recht nach Auffassung des Sozialgerichts Bedenken noch seien Anhaltspunkte dafür erkennbar, daß die NUB-Richtlinien schlechthin unvertretbar seien. Auch nach der bisherigen Rechtsprechung des BSG zur Anwendung sogenannter Außenseitermethoden bestehe kein Anspruch auf Kostenerstattung zu Gunsten der Versicherten. Voraussetzung müßte danach sein, daß die Außenseitermethode mit einer nicht nur ganz geringen Erfolgsaussicht einen Therapieerfolg im konkreten Behandlungsverfahren möglich erscheinen lasse. Nach dem Sachverständigengutachten von Prof. N. wie auch den weiteren beigezogenen Gutachten – stehe fest, daß ein Therapieerfolg durch die IAT nicht wahrscheinlich sei. Es könne deshalb dahinstehen, ob die Klage auch bereits deswegen hätte abgewiesen werden müssen, weil die Versicherte die IAT Behandlung bereits eine Woche nach Eingang des von ihr gestellten Antrages bei der Beklagten begonnen habe.

Gegen das ihr am 20. Januar 1995 zugestellte Urteil richtet sich die am 15. Februar 1995 per Telefax beim Hessischen Landessozialgericht eingelegte Berufung der Versicherten, zu deren Begründung vorgetragen wird, daß sich der Gesundheitszustand der Versicherten in den Jahren 1993 bis zum Beginn der Krankenhausnachbehandlungen in der V.klinik, B. H., im April 1995 weiter verschlechtert habe. Schulmedizinische Behandlungsmethoden hätten ihr Leiden bislang nicht gebessert. Es bestehe deshalb ein Kostenerstattungsanspruch für die Behandlung in der GIT. Zwar sei richtig, daß sie bereits im Oktober 1991 die GIT aufgesucht habe, ohne eine schriftliche Entscheidung der Beklagten abzuwarten. Dr. M. von der GIT, der Vertragsarzt sei, habe ihr damals jedoch dringend die Anwendung der IAT empfohlen. Dies stehe im Einklang mit den Empfehlungen ihrer Hausärztin. Bei der Beurteilung der Wirksamkeit der IAT könne dem im erstinstanzlichen Verfahren eingeholten Sachverständigengutachten nicht gefolgt werden. Es hätte ein weiteres Gutachten eingeholt werden müssen. Die IAT jedenfalls könne nicht als generell ungeeignet angesehen werden. Teilweise hätten Krankenkassen Kosten übernommen oder seien von Gerichten zur Kostenübernahme verurteilt worden. Die Versicherte hat sich insoweit auf Urteile des Landgerichts Konstanz (– 3 O 602/92 –), des Sozialgerichts Ulm (– S-5/Kr-1201/90 –) und auf einen vor dem Sozialgericht Neu Brandenburg geschlossenen Vergleich (– S-2/Kr-8/93 –) sowie auf eine ärztliche Bescheinigung der GIT bezogen. Soweit die Kosten für die Therapie nicht in vollem Umfang zu erstatten seien, müßten jedenfalls die Kosten für ärztliche Verrichtungen, die von der GIT bzw. Dr. M. im einzelnen aufgelistet worden seien, gemäß der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) anteilig erstattet werden.

Der Kläger beantragt (sinngemäß),
das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 9. November 1994 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung ihres Bescheids vom 8. November 1991 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 11. Februar 1992 zu verurteilen, ihm die von der GIT in Rechnung gestellten Kosten für die Anwendung der Immuno-Augmentativen Therapie zu erstatten, hilfsweise,

den Teil der Kosten zu erstatten der durch ärztliche Behandlung, Blutentnahme und medizinische Injektionen (ohne Kosten für Medikamente) entstanden ist.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, es bestehe schon deshalb kein Kostenerstattungsanspruch, weil die streitige Methode in den vom Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen erlassenen Richtlinien (NUB-Richtlinien) abgelehnt worden sei. Damit stehe fest, daß Qualität und Wirksamkeit dieser Methode eindeutig nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Kenntnisse entsprächen. Im übrigen beruft sie sich auf die neuere Rechtsprechung des BSG (Urteil vom 5. Juli 1995 - [1 RK 6/93](#) -), wonach ein Kostenerstattungsanspruch bei der Anwendung von Außenseitermethoden nur dann bestehen könne, wenn die Wirksamkeit in einer größeren Zahl von Behandlungsfällen statistisch relevant nachgewiesen worden sei.

Im Termin zur mündlichen Verhandlung ist der Kläger weder erschienen noch vertreten worden, obwohl in der Ladung daraufhingewiesen worden war, daß auch im Falle seines Ausbleibens verhandelt und entschieden werden könne.

Wegen des Sach- und Streitstandes im übrigen wird auf die Gerichts- und Verwaltungsakten Bezug genommen, die dem Senat vorgelegen haben und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung und der Beratungen des Senats am 19. Februar 1998 gemacht worden sind.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte verhandeln und entscheiden, obwohl der Kläger im Termin zur mündlichen Verhandlung weder erschienen ist noch vertreten war, weil mit der Ladung darauf hingewiesen worden ist, daß auch im Falle des Ausbleibens eines Beteiligten verhandelt und entschieden werden könne ([§§ 153 Abs. 1, 110 Abs. 1 Satz 2](#) Sozialgerichtsgesetz - SGG -).

Die Berufung ist form- und fristgerecht erhoben worden sowie an sich statthaft und mithin insgesamt zulässig ([§§ 151 Abs. 1, 143 ff., 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#)).

Der vom Kläger geltend gemachte Erstattungsanspruch übersteigt die Berufungsgrenze von 1.000,00 DM. Der Anspruch kann auch vom Kläger, als alleinigem Erben der Versicherten, geltend gemacht werden ([§ 58](#) Erstes Buch Sozialgesetzbuch - Allgemeiner Teil - SGB I -). Eine Sonderrechtsnachfolge ([§ 56 SGB I](#)) findet nicht statt, da der Anspruch auf Kostenerstattung als (einmalige) Geldleistung und nicht als laufende Leistung im Sinne des [§ 56 SGB I](#) anzusehen ist (Krauskopf, Soziale Krankenversicherung - Pflegeversicherung, Kommentar, 3. Aufl., Loseblatt, Stand: Dezember 1997, [§ 58 SGB I](#), Rdz. 1). Die Geltendmachung des Erstattungsanspruches ist nicht gemäß [§ 59 SGB I](#), wonach Ansprüche auf Dienst- und Sachleistungen mit dem Tod des Berechtigten erlöschen, ausgeschlossen, weil nach Abschluß der Behandlung oder - wie hier - dem Tod eines Versicherten, der ursprüngliche, auf Verschaffung der Dienst- oder Sachleistung (die sich ein Versicherter sodann selbst beschafft hat) gerichtete Anspruch nur noch als auf die Zahlung von Geld gerichteter Erstattungsanspruch bestehen kann. Dieser Anspruch, den die Versicherte bereits zu Lebzeiten im Verwaltungs- und Klageverfahren selbst geltend gemacht hatte ([§ 59 Satz 2 SGB I](#)), konnte an den Kläger im Wege der Erbfolge übergehen und daher von ihm auch mit der Berufung - weiterhin - geltend gemacht werden (vgl. hierzu - für die Geldleistung wegen Schwerpflegebedürftigkeit nach dem früheren [§ 57 SGB V](#) a.F. - Urteil des BSG vom 6. Februar 1997 - [3 RK 8/96](#) - und Senatsurteil vom 19. Februar 1998 - L 14 KR 412/96 -).

Die Berufung ist sachlich unbegründet. Das Urteil des Sozialgerichts Kassel hat die Bescheide der Beklagten, mit denen diese es abgelehnt hat, der Versicherten die Kosten für die von Dir bei der GIT durchgeführte sog. Immuno-Augmentative Therapie (IAT) zu erstatten, zu Recht bestätigt. Die Versicherte hatte keinen Anspruch auf die Erstattung der von ihr selbst verauslagten Kosten für die IAT. Soweit die Therapie abgeschlossen ist, richtet sich ein Erstattungsanspruch ausschließlich nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) (a.F. - jetzt [§ 13 Abs. 3 SGB V](#); frühere Fassung: Gesundheitsreformgesetz - GRG - vom 20.12.1988, [BGBl. I, S. 2477](#); geändert durch das Gesundheitsstrukturgesetz - GSG - vom 21.12.1992, [BGBl. I, S. 2226](#); spätere Änderungen, mit denen generell zunächst freiwillig und später auch pflichtversicherten Mitgliedern das Wahlrecht für die Kostenerstattung eingeräumt wurde, sind nicht einschlägig und eröffnen im übrigen auch nur die Erstattung von Kosten für Behandlungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung).

[§ 13 Abs. 1 SGB V](#) stellt in Verbindung mit den [§§ 2 Abs. 2, 12 SGB V](#) klar, daß die Krankenkasse anstelle der Sach- und Dienstleistung Kosten nur erstatten kann, soweit dies im SGB V ausdrücklich vorgesehen ist. Leistungen werden in der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nur als Sachleistungen erbracht, was bedeutet, daß Versicherte gegenüber ihrer Krankenkasse nur einen Anspruch auf Verschaffung der Leistung haben, die, um diesen Sachleistungs-Verschaffungs-Anspruch der Mitglieder erfüllen zu können, ihrerseits Verträge mit Leistungserbringern abschließen muß, um die Versorgung ihrer Mitglieder sicherzustellen. Die Erstattung von Behandlungskosten, die zunächst von den Versicherten selbst verauslagt worden sind, stellt daher stets die Ausnahme dar (die jetzt nach der Neuregelung in Absatz 2 von [§ 13 SGB V](#) - allerdings unter Berücksichtigung von Abschlägen - generell gewählt werden kann) und ist nur insoweit zugelassen, als das SGB V eine solche Ausnahme ausdrücklich vorsieht.

Eine dieser Ausnahmeregelungen enthält insoweit [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) (n.F. - früher Abs. 2), wonach dem Versicherten (die tatsächlichen) Kosten zu erstatten sind, die dadurch entstehen, daß die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen (richtiger müßte es heißen: "verschaffen") konnte (Voraussetzung 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2) und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst verschafft hat. Wie sich aus [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ergibt, tritt der Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine (richtiger: "auf Verschaffung einer") Sach- oder Dienstleistung; er besteht deshalb grundsätzlich nur, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen sind. Mit der Durchbrechung des in [§ 2 Abs. 2 SGB V](#) ausdrücklich postulierten Sachleistungsgrundsatzes trägt [§ 13 Abs. 3](#) (n.F.) SGB V dem Umstand Rechnung, daß die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen; dieser Sicherstellungsauftrag wird in den [§§ 1 Abs. 1 Satz 1, 27 Abs. 1 Satz 1](#) und [§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) zum Ausdruck gebracht. Nur für ein Versagen des Beschaffungssystems (in den Worten der Rechtsprechung mehrerer Senate des BSG: "Systemversagen"; vgl. Urteile vom 16.12.1993 - [4 RK 5/92](#) -, vom 08.03.1995 - [1 RK 8/94](#) -, vom 05.07.1995 - [1 RK 6/95](#) -, vom 20.03.1996 - [6 RKA 62/94](#) -, vom 23.04.1996 - [1 RK 20/95](#) -, vom 21.08.1996 - [3 RK 2/96](#) - und vom 24.09.1996 - SozR-3 2500 § 13 Nr. 11

sowie zuletzt Urteile vom 16.09.1997 – 1 RK 17/95–; –28/95 –; – 30/95 –; – 32/95 – und –14/96 –) – sei es im medizinischen Notfall (eine ausdrückliche Regelung hierzu enthält [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) oder infolge eines unvorhergesehenen anderen Mangels – hat die Krankenkasse im Wege der Kostenerstattung für die vom Versicherten selbst beschaffte Leistung einzustehen (so jetzt dezidiert: BSG, Urteile vom 16.09.1997 – [1 RK 17/95](#) –; – 28/95 – und – 32/95 –) und zwar nur insoweit und in dem Umfang, als sie durch das Systemversagen auch verursacht worden ist.

Die Voraussetzungen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) (n.F.), in der Interpretation, die er durch die neuere Rechtsprechung des BSG gefunden hat, sind nicht zugunsten der Versicherten erfüllt.

Eine unaufschiebbare Leistung (Voraussetzung 1) war nicht zu erbringen. Die Versicherte hat sich, noch während der stationären Behandlung, als noch eine allgemein anerkannte, 'traditionelle' Behandlung ihres Krebsleidens unternommen wurde – bzw. im unmittelbaren Anschluß daran – zunächst an die Beklagte wegen der Kostenübernahme für die Behandlung mit der IAT gewandt und ist sodann noch nach Gelsenkirchen gereist. Dies stellte jedenfalls keine Notfallbehandlung im medizinischen Sinne (auf den hier abzustellen ist) dar; dabei kann der Senat hier auch weiterhin dahingestellt sein lassen, ob der Terminus "unaufschiebbare" in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) genauso zu interpretieren ist, wie der Ausdruck "Notfall" in [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) (so offenbar der 1. Senat des BSG zu [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) – vgl.: Urteil vom 16.09.1997, u.a. – [1 RK 28/95](#) –). Auch unter Berücksichtigung der langen Leidensgeschichte der Versicherten wäre es zumindest möglich gewesen, mit dem Beginn der Behandlung bei Dr. M. bzw. bei der GIT noch einige Tage zuzuwarten, jedenfalls so lange, bis die Stellungnahme des MDK, den die Beklagte auf jeden Fall hätte beteiligen müssen, bei der Beklagten vorgelegen hätte. Die Stellungnahme des MDK mußte nicht zuletzt auch zum Schutz der Versicherten eingeholt werden, um sie vor evtl. Risiken, die mit einer nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode verbunden sein können, zu warnen.

War demnach die Voraussetzung 1 des Abs. 3 von [§ 13 SGB V](#) nicht erfüllt, so kommt ein Erstattungsanspruch der Versicherten nur in Betracht, wenn die Beklagte die Behandlung mit der IAT "zu Unrecht" abgelehnt hat (Voraussetzung 2). Der Senat läßt dahingestellt, ob der Erstattungsanspruch – jedenfalls bis zum Vorliegen der Stellungnahme des MDK oder jedenfalls einer angemessenen Frist hierfür – schon daran scheitern muß, daß die Versicherte der Beklagten nach dem Antrag nicht ausreichend Zeit für eine Prüfung gelassen hat (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 15.04.1997 – [1 BK 31/96](#) –). Jedenfalls im Ergebnis zu Recht sind die Beklagte und das Sozialgericht davon ausgegangen, daß die Beklagte nicht berechtigt und verpflichtet war, einer Behandlung nach der IAT zuzustimmen und diese der Versicherten zu verschaffen bzw. die Übernahme der Kosten zuzusagen.

Die IAT ist keine Leistung, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nach dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung des SGB V abgerechnet werden kann. Nach dessen § 135 Abs. 1 (in der Fassung des GRG – vom 20.12.1988, [BGBl. I, S. 2477](#)) dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur abgerechnet werden, wenn der Bundesausschuß der Ärzte und Krankenkassen (im Folgenden: NUB-Ausschuß) in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) (im Folgenden: NUB-RL) Empfehlungen über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Wie das BSG (Urteile vom 16.09.1997 – [1 RK 32/95](#) – und – 14/96 –) bereits entschieden hat, handelt es sich bei der IAT um eine "neue" Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#). Dabei hat das BSG als "neu" jede Behandlungsmethode angesehen, die bislang noch nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Behandlung war, wie sie in den Rahmenverträgen, insbesondere im sogenannten "Einheitlichen Bewertungsmaßstab" (EBM-Ä) enthalten sind. Diese Auffassung, von der offenbar auch der NUB-Ausschuß selbst ausgeht, macht sich auch der erkennende Senat zu eigen. Bezüglich der IAT liegt keine positive Empfehlung zur Aufnahme in die vertragsärztliche Versorgung vor; der NUB-Ausschuß hat sie im Gegenteil ausdrücklich unter den Behandlungsmethoden aufgeführt, für die ein therapeutischer Nutzen nicht festgestellt werden kann (NUB-RL vom 4. Dezember 1990, Bundesarbeitsblatt 2/1991, S. 33).

Dieser Ausschuß aus dem im Vierten Kapitel des SGB V geregelten sogenannten "Leistungserbringerrecht", und damit zunächst nur aus der Abrechnungsmöglichkeit zwischen Vertragsärzten und ihren Vereinigungen auf der einen und den Krankenkassen und ihren Verbänden auf der anderen Seite, hat nach der neuesten Rechtsprechung des BSG (Urteile vom 16. September 1997, a.a.O.) auch zwingend zur Folge, daß Versicherte auf solche Leistungen keinen Anspruch haben können, weil nach dem SGB V ein Unterschied zwischen "Leistungsrecht" und "Leistungserbringungsrecht" im Bezug auf den durch das ärztliche Handeln konkretisierten Anspruch auf "Behandlung" im Sinne des [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) nicht vorgesehen sei; nach [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#) nämlich werde der Anspruch der Versicherten grundsätzlich auf Sach- und Dienstleistungen beschränkt, über die (Satz 2) mit den Leistungserbringern entsprechend den Vorschriften des Vierten Kapitels Verträge abzuschließen seien, bzw. abgeschlossen wurden. Das BSG hat sich dabei ausdrücklich gegen solche Auffassungen in der Rechtsprechung der Instanzgerichte und in der rechtswissenschaftlichen Literatur abgegrenzt, die eine Reduktion des Leistungsanspruches auf den Inhalt der Vereinbarungen mit den Leistungserbringern abgelehnt haben und – im Konfliktfall – äußerstenfalls auch für die bevorzugte Berücksichtigung eines Leistungsanspruches argumentieren (vgl. insbesondere Schulin, in: ders., Handbuch des Sozialversicherungsrechts, Band 1, § 6, Rdz. 97 ff., 105). Nach dem Leistungsrecht des Dritten Kapitels des SGB V werde den Versicherten, so das BSG (Urteile vom 16. September 1997, a.a.O.) lediglich ein ausfüllungsbedürftiges Rahmenrecht auf "Behandlung" in Aussicht gestellt, das durch [§§ 2 Abs. 1 Satz 3](#), [12 Abs. 1](#) und 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V hinsichtlich Qualität und Wirksamkeit, in Bezug auf den allgemein anerkannten Stand der medizinischen Wissenschaft sowie als ausreichend, zweckmäßig, wirtschaftlich und notwendig noch näher umschrieben werde. Positiv verdichte sich das gesetzliche Rahmenrecht erst dann zum durchsetzbaren Einzelanspruch, wenn der – an Stelle der Krankenkasse kraft gesetzlichen Auftrags handelnde – Leistungserbringer festgelegt habe, welche Sach- oder Dienstleistung zur Wiederherstellung oder Besserung der Gesundheit notwendig sei (ständige Rechtsprechung des BSG). Durch das Leistungserbringungsrecht werde der leistungsrechtliche Anspruchsrahmen in materieller und formeller Hinsicht abgesteckt; außerhalb dieses Rahmens, der durch [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit den NUB-RL gestaltet werde, hätten Versicherte grundsätzlich keine Leistungsansprüche.

Das BSG hat in dieser neuesten Rechtsprechung dabei ausschließlich und allein entscheidend darauf abgestellt, ob die gewünschte Behandlungsmethode nach den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen – Ausschuß für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Ausschuß) – in der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist oder nicht. In den neuesten dazu ergangenen Entscheidungen hat nunmehr auch der 1. Senat des BSG (wie schon zuvor der 4. und 6. Senat) ausgeführt, daß den NUB-Richtlinien dabei Rechtsqualität derart zukommen soll, daß durch sie letztverbindlich für die Leistungserbringer, die Krankenkassen und die Versicherten festgelegt wird, welche Behandlungsmethoden im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung – und das heißt: in Erfüllung des Sicherstellungsauftrages der Krankenkassen und der Kassen-Vertrags-Arzt-Kooperation – erbracht werden dürfen. Bei den Richtlinien handele es sich um gesetzeskonkretisierendes Recht, deren Verbindlichkeit sich – bei einer Gesamtschau der gesetzlichen Regelungen im

SGB V über die Versorgung – und aufgrund der vielfältigen Verweisungen im SGB V auf die Regelungskompetenz des NUB-Ausschusses ersehen lasse.

Begründet hat das BSG (zunächst dezidiert der 6. Senat in seiner Entscheidung vom 20.03.1996 – [6 RKA 62/94](#) –) dies u.a. mit dem Hinweis darauf, daß es sich bei dem Vertragsarztsystem und seiner "Regulierung" durch Richtlinien um eine hergebrachte und überkommene, schon vorkonstitutionelle Regelungsform gehandelt habe, die bei Inkrafttreten des Grundgesetzes (GG) "vorgefunden" worden sei, weshalb davon ausgegangen werden könne, daß am rechtsstaatlichen Charakter der zwingenden Verbindlichkeit der Richtlinien für die Konkretisierung auch der Leistungsansprüche der Versicherten Zweifel nicht angebracht seien.

In dieser Form vermag sich der erkennende Senat die Formulierungen des BSG nicht zu Eigen zu machen. Dabei kann hier zunächst dahingestellt bleiben, ob die Ausführungen des BSG nur für solche Fälle Verbindlichkeit beanspruchen können, bei denen – wie hier – zum Zeitpunkt der Antragstellung eines Versicherten die außervertragliche Behandlungsmethode vom NUB-Ausschuß bereits erörtert und geprüft worden ist und ausdrücklich in das in Anlage 2 der NUB-Richtlinien aufgelistete Verzeichnis der abgelehnten Methoden aufgenommen worden ist, oder ob sie (wie in der Entscheidung vom 16.09.1997 – 1 RK-28/95 – nunmehr explizit hervorgehoben worden ist) auch für jede Behandlungsmethode, die noch nicht vom NUB-Ausschuß begutachtet worden ist, gelten sollen.

Zum Zeitpunkt der Antragstellung der Versicherten im September 1991 war ein Verfahren beim NUB-Ausschuß bzgl. der IAT bereits durchgeführt worden – die ablehnende Entscheidung ist dann mit Wirkung vom 1. Januar 1991 (Veröffentlichung im Bundesarbeitsblatt vom 31. Januar 1991) auch verbindlich in die Anlage 2 der NUB-Richtlinien aufgenommen worden ("Methoden, deren Anwendung im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen sind").

Ein auch die Gerichte bindender, rechtsverbindlicher Charakter der NUB-Richtlinien, durch den – neben den Leistungserbringern (insbesondere Vertragsärzte und andere Behandler), den Krankenkassen (sie dürfen andere als die nach den Richtlinien notwendigen Leistungen nicht "bewirken" – [§ 12 Abs. 1 SGB V](#)) und den Versicherten auch die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit derart festgelegt werden sollen, daß schlechterdings jede Inanspruchnahme einer nicht vom NUB-Ausschuß bereits akzeptierten Behandlungsmethode ausgeschlossen sein soll, ist nicht hinreichend tragfähig zu entnehmen.

Das Richtlinienensystem kann nicht, wie dies der 6. Senat des BSG (und ihm folgend der 1. Senat) getan haben, unter Berufung auf eine überkommene, vorkonstitutionelle und deshalb auch unter der Geltung des Grundgesetzes problemlos geltende Tradition gerechtfertigt werden. Soweit es sich bei den Richtlinien im Kassen- bzw. Vertragsarztrecht um "vorkonstitutionelles" Recht handelt, so war und ist die Legalität (und Legitimität) eines solchen Konzepts von Verweisungen aus gesetzlichen Normen auf "Beschlüsse", "Gesamt-Verträge" und "Richtlinien" von nicht – jedenfalls nicht unmittelbar durch Wahl oder Mitgliedschaft der davon Betroffenen – legitimierten Ausschüssen (die Versicherten – jedenfalls die der Primärkrankenkassen sind in keiner Weise durch direkt gewählte Vertreter im Bundesausschuß Ärzte-Krankenkassen repräsentiert!) am Grundgesetz und insbesondere dessen Konzept des gewaltenteilenden demokratischen Rechtsstaats zu messen. Verfassungswidriges vorkonstitutionelles Recht sollte unter dem Grundgesetz gerade keinen Bestand haben können und hätte, auch ohne Anrufung des BVerfG nach [Art. 100 GG](#), von Richtern direkt verworfen werden können. Die Notwendigkeit hierfür bestand indes so lange nicht, als in der Rechtsprechung nicht von der Letztverbindlichkeit der Richtlinien ausgegangen wurde.

Nach dem Grundgesetz aber bedarf jeder "Eingriff" – also die Beschränkung von Freiheitssphären und Freiheitsrechten ebenso der gesetzlichen Grundlage wie ein Leistungsanspruch: also zumindest eines Gesetzes, oder einer Norm, die wie die Rechtsprechung zu [Art. 80 GG](#) und zu "Inhalt, Zweck und Ausmaß" zeigt, von einem Parlamentsgesetz hinreichend abgeleitet werden kann; spiegelbildlich gilt dies auch für (Sozial-)Leistungen ([Art. 20 GG](#) und [§ 31 SGB I](#): "soweit ein Gesetz es zuläßt oder vorschreibt").

Der Senat verkennt dabei nicht, daß es in einer modernen, differenzierten Gesellschaft jeweils unterschiedlicher, bereichsspezifischer, untergesetzlicher und gesetzesskonkretisierender Normen in Form von Richtlinien etc. bedarf, wobei auf die in fachkundigen gesellschaftlichen Kreisen erarbeiteten Standards (DIN-Normen, allgemein anerkannte Regeln der Technik, Normen anderer Normungsausschüsse, allgemein anerkannte Standards der medizinischen Forschung usw.) Bezug genommen werden muß. Insoweit besteht auch kein Zweifel daran, daß es der NUB-RL und anderer Richtlinien als "Steuerungsmedien" bedarf (vgl. Ebsen, in: Schuln, Hg., Handbuch, a.a.O., § 7 Rdz. 157; vgl. auch unter dem Gesichtspunkt des Verbraucherschutzes: Hart, MedR 1997, 51 ff; MedR 1998, 8 ff):

Vor dem Hintergrund der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zur sogenannten "Wesentlichkeitslehre" besteht aber die Notwendigkeit zur sorgfältigen Prüfung, inwieweit die Delegation verbindlicher Normsetzung an außerhalb des direkten Einflusses der Parlamente agierende Instanzen zulässig ist. Dabei gilt, daß, je "wesentlicher" die Grundrechtsbetroffenheit zu bewerten ist, desto eher eine Regelung durch den parlamentarischen Gesetzgeber selbst zu erfolgen hat; während es im Bereich mitgliedschaftlich verfaßter Körperschaften legal und legitim ist, wenn den Beteiligten ein weiter gefaßtes Recht zur autonomen Normsetzung zugestanden wird (etwa bei den Vertragsärzten) ist dort, wo es um Entscheidungen von großer gesellschaftlicher Tragweite geht – wie hier bei der Frage der Behandlung einer lebensbedrohenden Erkrankung, auf die trotz intensiver Forschung in den letzten Jahrzehnten eine Antwort im Sinne der kausalen Therapie noch nicht gefunden werden konnte –, eine genauere Prüfung unerlässlich, ob es nicht eines eindeutigeren Auftrages des parlamentarischen Gesetzgebers darüber bedarf, was die gesetzlichen Krankenkassen übernehmen dürfen und was nicht.

Gerade solche rechtsstaatlichen Bedenken waren es – lange vor der Entwicklung der Rechtsprechung zur "Wesentlichkeitslehre" des BVerfG – welche, wie Ossenbühl (NZS, 1997, 497 ff; 500) aufgezeigt hat, bei der ersten "postkonstitutionellen" Kodifizierung des "Kassenarztrechtes" im Jahre 1955 dazu geführt haben, die (Rechts-)Verbindlichkeit der Richtlinien stark zu relativieren. Aufgrund von Interventionen im Rechtsauschuß des Deutschen Bundestages ist es bei der Unverbindlichkeit der Richtlinien verblieben. Im gewaltenteilenden Rechtsstaat des Grundgesetzes ([Art. 20 GG](#)), der einen umfassenden und – nach [Art. 19 Abs. 4 GG](#) – auch effektiven Rechtsschutz gewährleisten muß, können Richtlinien der beteiligten Kreise und von "Anstalten" nicht auch für die Gerichte letztverbindlich sein. Die NUB-Richtlinien sind zwar nach der Art ihres Zustandekommens und der Zusammensetzung des Ausschusses nicht bloßes "Verwaltungs-Binnenrecht" (sie binden die beteiligten Krankenkassen als mit Hoheitsfunktionen ausgestattete Rechtsträger bei deren Entscheidungen im Innenverhältnis), vielmehr sind die "Richtlinien" auch verbindlich für die Kassen und Vertragsärzte im Rahmen deren Vertragsbeziehungen sowie für die Krankenkassen und Leistungserbringer die beteiligten Vertragsärzte und sonstigen Behandler, an die das Recht zur Leistungserbringung delegiert werden kann und darf. Verbindlichkeit für die Versicherten – und damit im Falle eines

Rechtsschutzgesuchen auch für die Gerichte der Sozialgerichtsbarkeit – können die Richtlinien nur entfalten, sofern und soweit sie den Sicherstellungsauftrag (der ja ein Rechtsreflex der Versicherungspflicht darstellt), auch zu erfüllen geeignet sind. Das kann an einem schlichten Gedankenexperiment verdeutlicht werden: Wie müßte ein Sozialgericht entscheiden, wenn sich auf breiter Front in der medizinischen Wissenschaft bei einem Behandlungsansatz, der aufgrund früherer Prüfung verworfen und in der Anlage 2 der NUB-Richtlinien Aufnahme gefunden hat, später herausstellen sollte, daß er doch erfolgversprechend sein könnte (solche Beispiele soll es in der Geschichte der ärztlichen Heilkunst ja gegeben haben). Müßte dann – auch bei Anrufung im Wege des einstweiligen Rechtsschutzes – einem lebensbedrohlich erkrankten Pflichtversicherten (der zwangsweise Mitglied ist) das Sozialgericht den Antrag mit der Begründung ablehnen, die verbindlichen NUB-Richtlinien würden eine Behandlung im Rahmen des "Vertragsarztsystems" verbieten?

Der Senat verkennt dabei nicht die außerordentlichen Schwierigkeiten, in welche die Sozialgerichte in Bezug auf noch nicht erprobte Behandlungsmethoden bei derzeit unheilbaren Krankheiten kommen; aus übergeordneten verfassungsrechtlichen Erwägungen verbietet sich aber zur Überzeugung des Senats der Rückzug hinter die Letztverbindlichkeit der NUB-Richtlinien. Der Senat hält es, in Anlehnung an eine Reihe älterer Entscheidungen des 3. Senates des BSG (Urteil vom 30.09.1993, [NZS 1994, 130](#) ff. 132) – und an die Rechtsprechung und Kommentarliteratur zu den sog. "Anhaltspunkten" (AHP) – für erforderlich, die Verbindlichkeit solcher Richtlinien im allgemeinen und ihre fallweise Öffnung für die Einzelfallentscheidung anders abzugrenzen und verfahrensmäßige Mindestanforderungen an das Zustandekommen solcher Richtlinien zu formulieren.

Im Schwerbehinderten- und sozialen Entschädigungsrecht wird der Charakter der Verbindlichkeit der AHP im allgemeinen nicht in Zweifel gezogen. Wie hierzu auch das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) (Beschluss vom 6. März 1995, SozR 3 – 3870 § 3 Nr. 6) ausgeführt hat, können und dürfen die AHP nicht – über ihre Geltung als Verwaltungsbinnenrecht hinaus – als auch die Gerichte zwingend bindendes Recht angesehen werden, weil eine eindeutige und klare, demokratisch legitimierte und rechtsstaatlich einwandfreie Rechtsgrundlage für die AHP fehlt und vom BVerfG angemahnt worden ist (vgl. Beschluss vom 6. März 1995, a.a.O.). Bzgl. der AHP wird dennoch im allgemeinen nicht in Zweifel gezogen, daß sie nicht nur den Entscheidungen der Verwaltung sondern auch denen der Gerichte als weitgehend verbindliche Orientierung zugrunde gelegt werden können, und – so die Rechtsprechung des 9. Senates des BSG – in der Regel auch zugrunde gelegt werden müssen. Begründet wird diese Praxis gerade auch mit verfassungsrechtlichen Erwägungen, wonach zur Konkretisierung des Gleichbehandlungsgebotes des [Art. 3 GG](#) es solcher allgemeiner und überörtlich verbindlicher Maßstäbe zur Bewertung von Funktionsbeeinträchtigungen bedürfe. Dies wird durch eine entsprechende Zusammensetzung und die Arbeitsweise des Ausschusses beim Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung gewährleistet, wobei das Bundesministerium für Arbeit und Sozialordnung auch federführend bei der Berufung der Beiratsmitglieder ist, die diese AHP erarbeiten und zur Publikation vorbereiten. In den AHP selbst wie auch in der Kommentarliteratur zum SchwBG wird daraufhingewiesen, daß in begründeten Einzelfällen von den Gradzahlen oder den Grundsätzen zur sog. "Integration" der AHP abgewichen werden könne (vgl. z.B. Haus, in: Wiegand, Hg., Schwerbehindertengesetz, Kommentar, Loseblatt, Stand: Juni 1997, § 4, Rdz. 8). Zusätzlich enthalten die AHP verschiedentlich Spielräume für eine Bewertung im Einzelfall. Nur nach Maßgabe dieser – jedenfalls einen gewissen Entscheidungsspielraum für die Gerichte eröffnenden – restriktiven Einschätzung der Verbindlichkeit der AHP wird deren Stellenwert als verbindliches Regulativ anerkannt.

Für den erkennenden Senat sind dabei die Entscheidungen, wie sie vom NUB-Ausschuß getroffen und in den NUB-Richtlinien festgehalten werden, zunächst ebenso verbindliche "Anhaltspunkte", wie es die Umschreibungen von Krankheitsbildern und diesen zuzuordnenden Funktionsbeeinträchtigungen in den AHP auch sind (wobei es des Rückgriffs auf die beweisrechtliche Denkfigur der "antizipierten Sachverständigengutachten" nicht zwingend bedarf). Wenn in einem – transparenten, nachprüfaren und im Rahmen des Möglichen auch öffentlich zugänglichen – Verfahren, der NUB-Ausschuß die Überzeugung gewonnen hat – wobei auch er im Regelfall auf den Rat von Sachverständigen angewiesen sein wird – daß eine neue "Methode" oder ein "Behandlungskonzept" nicht zu empfehlen ist, und diese Entscheidung veröffentlicht ist, dann kehrt sich – für Versicherte, wie für eine Entscheidung der Krankenkasse, die sich auf die NUB-Richtlinien berufen will, aber auch für das diese Entscheidung überprüfende Gericht – die Beweisführungslast um. Dann muß für den Einzelfall und/oder für die Behandlungsmethode generell (und auch bzgl. der Anwendbarkeit für das konkrete Leiden des Antragstellers) im Detail dargelegt und mit geeigneten Beweisanträgen verdeutlicht werden, wieso trotz Prüfung und Entscheidung durch den NUB-Ausschuß, eine alternative, bislang nicht allgemein anerkannte Behandlungsmethode dennoch zur Anwendung kommen soll.

Die Schwelle für das Infragestellen der Verbindlichkeit der NUB-Richtlinien wird damit ausreichend hoch, ohne daß es der verfassungsrechtlich problematischen "Abdankung" der Prüfungskompetenz der Gerichte durch das Postulat der (Letzt-)Verbindlichkeit der NUB-Richtlinien bedürfte.

Insoweit hält der Senat an der Formulierung fest, daß (auch) die NUB-Richtlinien für die Gerichte nicht bindend sind, sie sind aber als Gesetzeskonkretisierung durch den "Erstinterpretierer" des Gesetzes (im Hinblick auf die "Qualität und Wirksamkeit der Leistungen" unter "Berücksichtigung des allgemein anerkannten Stands der medizinischen Erkenntnisse" und im Hinblick darauf, was, "ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich" ist und "das Maß des Notwendigen nicht übersteigt" – [§§ 2 Abs. 12 Satz 1 SGB V](#)) insoweit für die Gerichte verbindlich, soweit sie mit dem Gesetz vereinbar und, gemessen an allgemeinen Erfahrungssätzen und generellen Tatsachen, sachlich vertretbar sind (BSG, Urteil vom 30.09.1993, [NZS 1994, 130](#) ff., 132). Hinzuzufügen ist aus der Sicht des erkennenden Senats, daß Richtlinien nur dann – aber in der Regel dann auch immer – als verbindlich angesehen werden können, wenn sie in einem ordnungsgemäß abgewickelten Verfahren zustande gekommen sind.

Unter Berücksichtigung dieser – im Bezug auf die Entscheidungsfreiheit der Gerichte – abgeschwächten Verbindlichkeit der NUB-Richtlinien kommt der Senat im vorliegenden Fall zu dem Ergebnis, daß der Versicherten – gleichwohl – ein Kostenerstattungsanspruch nicht zustand, weshalb er auch nicht auf den Kläger übergehen konnte.

Hinweise auf eine verfahrensmäßige oder inhaltliche Unvertretbarkeit beim Zustandekommen der Entscheidung des NUB-Ausschusses haben sich nicht ergeben und sind auch von der Versicherten und vom Kläger nicht substantiiert vorgetragen worden. Die Versicherte hat nur ganz allgemein ihre Überzeugung zum Ausdruck gebracht, daß eine anderweitige Begutachtung hätte erfolgen können sowie im übrigen geltend gemacht, daß die IAT-Behandlung bei ihr erfolgreich verlaufen sei und in einer Reihe von anderen Einzelfällen die Kosten übernommen worden seien. Dies reicht zur Überzeugung des Senats nicht aus, um die Stichhaltigkeit der Entscheidung des NUB-Ausschusses aus dem Jahre 1991 auch nur im Ansatz zu erschüttern.

Das Sozialgericht hat darüber hinaus selbst ein Gutachten von den Tumorbiologen Prof. Dres. N. und U. und Dr. A. eingeholt, die jedenfalls einen Forschungsansatz verfolgen, bei dem für die Diskussion von Entstehung und Behandlung bösartiger Neubildungen auch Untersuchungen des Immunsystems in Erwägung gezogen werden. Nach diesem Gutachten wird die IAT als völlig abwegige Herangehensweise bei der Behandlung des Krebsleidens der Versicherten eingeordnet. Das Gutachten ist sorgfältig erstellt und argumentiert für den Senat einleuchtend und nachvollziehbar. Damit bestätigt es die Einschätzung des NUB-Ausschusses. Für den Senat steht daher fest, daß nicht erkennbar wird, wie mit der IAT eine Therapie hätte durchgeführt werden können, die dem aktuellen Stand der medizinischen Erkenntnisse hätte genügen können. Die Sachverständigen haben auch daraufhingewiesen, daß eine zusätzliche Schädigung der Versicherten durch die Therapie nicht hätte ausgeschlossen werden können, und das verwendete Präparat eher gefährlich erscheine.

Auf die Behandlung mit einer solchen Methode hatte die Versicherte keinen Sachleistungs-(verschaffungs)Anspruch, weshalb die Behandlung von der Beklagten auch nicht zu Unrecht abgelehnt werden konnte und ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) (n.F.) ausscheidet.

Dies gilt auch, soweit der Kläger hilfsweise die Erstattung der Behandlungskosten durch Dr. M., der seinerzeit Vertragsarzt war, geltend macht. Der Behandlung bei der GIT lag, wie auch aus der von der Versicherten vorgelegten Broschüre zu erkennen ist, ein Gesamt-Behandlungskonzept zugrunde, aus dem sich nicht einzelne Teile herauslösen lassen, die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung hätten erbracht werden können. Die Behandlungssequenzen, die Dr. M. und die GIT im Nachhinein aufgestellt haben, waren bei einer "ex ante" Betrachtung nur sinnvoll im Hinblick auf die gewählte außervertragliche Methode – insoweit ist von einem einheitlichen Behandlungsansatz auszugehen (vgl. auch BSG, Urteil vom 16.09.1997 – 1 RK – 28/95 –), weshalb auch der Hilfsantrag keinen Erfolg haben konnte.

Die Berufung war deshalb zurückzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Die Revision mußte zugelassen werden, weil der Senat insoweit von einer anderen Interpretation der Verbindlichkeit der NUB-Richtlinien ausgeht, als der 1., der 4. und der 6. Senat des BSG. Eine Vorlage an das BVerfG nach [Art. 100 GG](#) kommt nicht in Betracht, weil die aufgeworfenen verfassungsrechtlichen Fragen sich durch eine verfassungskonforme Interpretation der Vorschriften des SGB V lösen lassen.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2008-04-08