

L 1 KR 213/06

Land
Hessen
Sozialgericht
Hessisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Gießen (HES)
Aktenzeichen
S 9 KR 1671/03
Datum
28.06.2006
2. Instanz
Hessisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 213/06
Datum
04.12.2008
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 6/09 B
Datum
01.04.2009
Kategorie
Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 28. Juni 2006 wird zurückgewiesen.

Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten um die Kostenerstattung für eine Behandlung der Klägerin mittels regionaler Chemotherapie in einer Privatklinik.

Die 1960 geborene, bei der Beklagten versicherte Klägerin erkrankte im Jahr 2002 an einem Mammakarzinom links. Die Klägerin begab sich am 12. November 2002 in die Mammaspreekstunde der OP.Klinik OP. GmbH zu Dr. D ... Dort wurde nach auffälligem Tastbefund eine Stanzbiopsie vorgenommen; mit Bericht vom 14. November 2002 teilte Prof. Dr. RW. - Institut für Pathologie am Universitätsklinikum AAA. - mit, dass es sich um Anteile eines invasiven, niedrig-differenzierten duktales Mammakarzinoms mit fokalen Tumornekrosen im Bereich der linken Brust handele. Am 18. November 2002 besprach Dr. D. den Befund mit der Klägerin. Ausweislich seines Berichts habe er der Patientin zur neoadjuvanten Chemotherapie geraten, die auch im Rahmen des Studienprotokolls GEPARTRIO durchgeführt werden könne. Bei dem Gespräch mit der Patientin und deren Ehemann habe der Ehemann das Gespräch in Richtung alternativer Heilmethoden gelenkt, so Dr. D ... Die Patientin habe die Einholung einer zweiten Meinung bei einer dem Arzt nicht bekannten Klinik in AAD. gewünscht. Dort solle nach zwischenzeitlicher Information des Frauenarztes der Klägerin auch die weitere Therapie erfolgen.

Bereits am 19. November 2002 nahm die Klägerin einen Besprechungstermin bei Prof. Dr. E. in der E. Klinik GmbH in E-Stadt, einer Privatklinik, wahr.

Mit Schreiben vom 1. Dezember 2002, eingegangen bei der Beklagten am 3. Dezember 2002, beantragte die Klägerin die Kostenübernahme für die Durchführung einer regionalen Chemotherapie in der E. Klinik GmbH in E-Stadt. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass ihr nach der Diagnosestellung durch den Chefarzt Dr. D. zunächst die Teilnahme an einer Studie angeraten worden sei. Er habe mitgeteilt, dass die Therapie in Verbindung mit der Operation mindestens ein halbes Jahr dauern würde, was zur Folge gehabt hätte, dass die Klägerin ihre Umschulung zur Fachkraft für Bürokommunikation nicht hätte erfolgreich abschließen können. Die Klägerin habe den Eindruck gehabt, dass es Dr. D. nicht vordergründig um das Wohl des Patienten gegangen sei, sondern eher um die Studie. Um nicht aufzugeben, habe die Klägerin nach alternativen Behandlungsmethoden recherchiert. Die regionale Chemotherapie sei ihr als eine bessere und für den Patienten adäquate Lösung erschienen. Zunächst habe sie eine zweite Meinung von der chirurgischen Onkologie an der OP.Klinik AAD. einholen wollen, an der die regionale Chemotherapie angewendet werde. Sie habe dann aber bereits am 19. November 2002 einen Termin bei Prof. Dr. E. bekommen. Dabei habe sie die Information erhalten, dass gerade in ihrem Fall die regionale Chemotherapie die beste Behandlungsmethode und die Brusterhaltung sehr wahrscheinlich sei. Sie habe sich entschlossen, diese Behandlungsmethode zu wählen, und habe den ersten Behandlungstermin vereinbart. Ihr sei klar, dass Kosten auf sie und ihren Ehemann zukämen, die sie ohne die Hilfe der Beklagten nicht decken könnten, da sie entschieden habe, sich in einer Klinik behandeln zu lassen, die nicht zu den kassenärztlichen Einrichtungen gehöre. Sie bitte daher, wenigstens die Kosten zu übernehmen, die bei dieser Diagnose sonst üblich seien.

Die Klägerin wurde am 2. Dezember 2002 stationär in die E. Klinik in E-Stadt aufgenommen. Die erste stationäre Behandlung dauerte bis 7. Dezember 2002 an. Es folgte ein Aufenthalt in der AA.-Klinik in AAL. vom 6. Januar bis 11. Januar 2003 (Behandlung ebenfalls durch Prof. Dr. E.) und eine erneute Behandlung in der E. Klinik in der Zeit vom 3. Februar 2003 bis 14. Februar 2003. Im Rahmen der letztgenannten

Behandlung wurde der Resttumor entfernt. Auch für diesen stationären Aufenthalt beantragte die Klägerin die Kostenübernahme.

Das Therapiekonzept erläuterte Prof. Dr. E. im Schreiben vom 4. Dezember 2002 gegenüber der Beklagten dahingehend, dass mit der regionalen Chemotherapie über eine arterielle Infusion zunächst beim Tumor ein "down-staging" auf 10 bis 30% der Ausgangsgröße mit anschließender lokaler Resektabilität angestrebt werde. Für den Zeitraum nach der Operation waren von vornherein weitere adjuvante Therapiezyklen vorgesehen (Arztbrief vom 21. Februar 2002).

Nach einem auf den Kostenübernahmeantrag hin von der Beklagten eingeholten sozialmedizinischen Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen in Hessen (MDK) vom 23. Dezember 2002 könne die locoregionale Chemotherapie bei der vorliegenden Befundkonstellation nicht empfohlen werden. Sie gehöre nicht zu den Behandlungsmethoden, die von den gynäkologischen-onkologischen Fachgesellschaften in Brusttumorzentren in der adjuvanten Therapiesituation des Mammakarzinoms als Behandlungsstrategie anerkannt seien. Die medizinische Notwendigkeit für eine privatärztliche Behandlung ergebe sich nicht.

Mit Bescheid vom 15. Januar 2003 teilte die Beklagte der Klägerin mit, dass nach Auskunft des MDK die locoregionale Chemotherapie kein etabliertes Verfahren sei. Eine Behandlung nach anerkannten Verfahren sei auch nur in einer Vertragsklinik durchführbar. Deshalb könne einer Kostenübernahme nicht zugestimmt werden. Mit Bescheid vom 7. Februar 2003 lehnte die Beklagte die Kosten für die erneute stationäre Krankenhausbehandlung ab 3. Februar 2003 ab.

Gegen die Ablehnung der Kostenübernahme im Bescheid vom 15. Januar 2003 erhob die Klägerin mit Schriftsatz ihres Bevollmächtigten am 30. Januar 2003 Widerspruch und berief sich auf Kostenzusagen anderer Kassen. Ergänzend führte die Klägerin zur Begründung aus, dass die Ausführungen im Gutachten des MDK vom 23. Dezember 2002 oberflächlich und nicht geeignet seien, eine Kostenübernahmeverpflichtung auszuschließen. Der Erfolg der regionalen Chemotherapie sei in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen nachgewiesen. Dass der Bundesausschuss diese Therapie bislang nicht in die Richtlinien aufgenommen habe, stehe einer Kostenerstattung nicht entgegen, da der Bundesausschuss sich nicht zeitnah mit den medizinischen Erfahrungsberichten über diese Therapie auseinandergesetzt habe.

Weitere Behandlungen erfolgten in der Zeit vom 10. März 2003 bis 14. März 2003 und vom 7. April 2003 bis 11. April 2003.

Die Klägerin übersandte der Beklagten im Laufe des Widerspruchsverfahrens privatärztlichen Rechnungen, die sich auf die Behandlungen in der E. Klinik sowie in der AA.-Klinik AAL. beziehen. Mit Schriftsatz vom 13. Mai 2003 teilte der Bevollmächtigte der Klägerin der Beklagten mit, dass nach einer E-Mail des Chefarztes der dortigen Onkologie vom 12. März 2003 die regionale Chemotherapie im FF.-Krankenhaus in F Stadt angewendet werde und die Kosten für diese Therapie in voller Höhe von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen würden.

Den Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 18. Juli 2003 zurück, den Bevollmächtigten der Klägerin zugestellt am 24. Juli 2003. Zur Begründung wurde ausgeführt, dass ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) nicht bestehe. Es habe kein unaufschiebbarer Notfall vorgelegen. Sowohl die E. Klinik GmbH in E-Stadt als auch die AA.-Klinik in AAL. seien keine im Sinne des [§ 108 SGB V](#) zugelassenen Einrichtungen. Die regionale Chemotherapie sei keine anerkannte Behandlungsmethode. Alternativ wäre eine Operation, gefolgt von einer unterstützenden Chemotherapie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, z. B. in der Universitätsfrauenklinik in AAA. möglich gewesen. Dabei werde primär die brusterhaltende Operation angestrebt. Die hiergegen gerichtete Klage ist am 20. August 2003 bei dem Sozialgericht Gießen eingegangen. Die Klägerin hat vorgetragen, sie habe sich an die OP.-Klinik in AAD. gewandt, da dort die regionale Chemotherapie angewendet werde. Leider habe sich herausgestellt, dass Prof. Dr. E. nicht mehr an diesem Klinikum praktizierte. Ein Besprechungstermin mit Prof. Dr. E. habe am 19. November 2003 wahrgenommen werden können. Es habe sich um einen unaufschiebbaren Notfall gehandelt. Der zunächst behandelnde Arzt in der OP.Klinik OP. habe erklärt, dass die Behandlung im Wege der GEPARTRIO-Studie so schnell wie möglich, höchstens 14 Tage nach der Diagnosefeststellung beginnen solle. Die regionale Chemotherapie werde in Vertragskrankenhäusern, so im FF.-Krankenhaus in F-Stadt praktiziert. Die Klägerin hat die Auffassung vertreten, dass sie berechtigt gewesen sei, eine Behandlung außerhalb der Gesetzlichen Krankenversicherung zu wählen, da die Kassenärzte zwei Jahre lang ihre Erkrankung nicht diagnostiziert hätten und ihr eine brusterhaltende Behandlung nicht angeboten worden sei. Die Behandlung in der E. Klinik sei erfolgreich gewesen und auch kostengünstiger: Den Behandlungskosten der Klägerin in Höhe von 22.414,28 EUR bzw. 21.546,70 EUR stünden durchschnittliche Kosten der systemischen Chemotherapie von 80.000,- EUR gegenüber. Hinsichtlich des Behandlungserfolgs hat sich die Klägerin auf vorgelegte Befundberichte bezogen. Bei der regionalen Chemotherapie handele es sich um eine wirksame Behandlungsmethode. Die Verweigerung der Kostenübernahme stelle eine Ungleichbehandlung im Rahmen der Anwendung des SGB V dar. Verschiedene andere Patientinnen hätten der Klägerin mitgeteilt, dass bei ihnen die Behandlungskosten durch die Krankenkassen voll getragen werden würden. Die Kosten einer neuen Behandlungsmethode seien von den Krankenkassen zu tragen, wenn der Bundesausschuss sie nicht ausdrücklich ausgeschlossen habe. Es handele sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung, so dass nach der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (Beschluss vom 6. Dezember 2005 – [1 BvR 347/98](#)) eine Kostenübernahme zu erfolgen habe. Die Beklagte hat vorgetragen, die Klägerin habe sich in die Behandlung in die E. Klinik begeben, obwohl es sich nicht um ein zugelassenes Krankenhaus gehandelt habe und eine rechtzeitige Aufnahme und operative Behandlung eines Mammakarzinoms in zugelassenen Krankenhäusern möglich gewesen wäre. Vor Behandlungsbeginn habe die Klägerin sich nicht mit der Beklagten in Verbindung gesetzt. Dies sei aber möglich gewesen, da die Operationsindikation bereits Mitte November 2002 gestellt worden sei. Bei der locoregionalen Chemotherapie handele es sich nicht um eine anerkannte Behandlungsmethode. Der Ausschluss der Kostenerstattung bei Inanspruchnahme nicht zugelassener Ärzte sei auch verfassungsrechtlich unbedenklich.

Das Sozialgericht Gießen hat die Klage mit Urteil vom 28. Juni 2006 abgewiesen. Der Klägerin stehe kein Anspruch auf Erstattung der Behandlungskosten in der E. Klinik zu. Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) habe die Krankenkasse nur für solche Leistungen aufzukommen, die sie auch bei rechtzeitiger bzw. ordnungsgemäßer Bereitstellung der geschuldeten Behandlung hätte gewähren müssen. Der Versicherte müsse folglich zunächst versucht haben, die Möglichkeiten auszuschöpfen, die die von der Krankenkasse bereitgestellte Versorgung biete. Vor Inanspruchnahme von Leistungen außerhalb des Versicherungssystems sei der Versicherte daher verpflichtet, sich zunächst an die Krankenkasse zu wenden, um sich über die bestehenden Möglichkeiten der kassenärztlichen Behandlung beraten zu lassen. Der Versicherte dürfe der Entscheidung nicht dadurch vorgreifen, dass er die Behandlung zunächst durchführen lasse und die Prüfung für die Kasse so in das Kostenerstattungsverfahren verlagert werde. Dies bedeute, dass die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese nicht ausnahmsweise unaufschiebbar sei, nur zu erstatten seien, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung vorher abgelehnt habe. Erst die

Weigerung der Krankenkasse gebe den Versicherten das Recht, sich die benötigte Behandlung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten zu verlangen. Vorliegend scheitere der Anspruch auf Kostenerstattung bereits deshalb, weil die Klägerin sich zur Behandlung in die Klinik begeben habe, ohne vorher bei der Krankenkasse einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen. Der Klägerin sei es durchaus möglich gewesen, vor Behandlungsbeginn einen Antrag bei der Kasse zu stellen. Der Klägerin sei bekannt gewesen, dass die E. Klinik kein zugelassenes Krankenhaus sei. Die Klägerin habe am 19. November 2002 einen Termin bei Prof. Dr. E. vereinbart. Bis zur Aufnahme am 2. Dezember 2002 hätte die Klägerin durchaus einen Antrag bei der Beklagten stellen können. Darüber hinaus scheitere der Kostenerstattungsanspruch auch daran, dass die E. Klinik kein zugelassenes Krankenhaus sei. An einem Kostenerstattungsanspruch fehle es ferner deshalb, weil die Klägerin sich ins Krankenhaus begeben habe, ohne dass ihr eine Krankenhausbehandlung verordnet worden sei. Ein Kostenerstattungsanspruch folge auch nicht aus der neueren Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts. Für die Behandlung des Mammakarzinoms stünden ausreichend schulmedizinische Behandlungsmethoden zur Verfügung. Die Behandlung der Wahl sei bei einem Mammakarzinom die Entfernung des Tumors aus der Brust, dann eventuell eine Strahlentherapie, eine Hormontherapie und eine Chemotherapie. Das Urteil ist der Klägerin am 7. September 2006 zugestellt worden.

Hiergegen hat die Klägerin am 4. Oktober 2006 bei dem Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt Berufung eingelegt. Die Klägerin behauptet, das Mammakarzinom habe bei der Diagnose am 14. November 2002 bereits eine zylinderartige Ausdehnung von 3 cm x 2 cm gehabt. Es habe also eine Größe aufgewiesen, die eine sofortige Behandlung erfordert hätte. Im Rahmen des Aufnahmebefundes in der E. Klinik sei der Tumor bereits mit einer Größe von 5 cm x 3 cm beschrieben worden. Aufgrund des raschen Tumorwachstums sei der Klägerin das Abwarten einer Zusage nicht möglich gewesen. Nach den Ausführungen des Sachverständigen habe sich der Tumor als sehr schnell wachsend dargestellt, der nach seiner Auffassung spätestens innerhalb von ein bis zwei Wochen hätte behandelt werden sollen. Bereits mit der Mitteilung am 5. Dezember 2002 hätte die Beklagte die Klägerin informieren müssen, dass nach ihrer Auffassung die Methode generell nicht übernahmefähig sei. Die Sachbearbeiterin der Beklagten hätte die Klägerin zu Beginn aufklären müssen, dass sie sich über den behandelnden Arzt über konventionelle Behandlungsmethoden hätte informieren müssen. Dies sei jedoch nicht erfolgt. Die Klägerin ist der Rechtsauffassung, dass ihr unter dem Gesichtspunkt der vollständigen und umfassenden Beratungspflicht ein sozialrechtlicher Herstellungsanspruch zustehe. Bei Mitteilung eines Karzinomverdachts sei eine Krankenversicherung zu einer umfassenden sofortigen Auskunft gehalten, die auch eine formelle Mitteilung anerkannter Behandlungsmethoden miteinschließe.

Die Klägerin beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Gießen vom 28. Juni 2006 sowie die Bescheide vom 15. Januar 2003 und 7. Februar 2003 in Form des Widerspruchsbescheides vom 18. Juli 2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin die Kosten für die ab dem 2. Dezember 2002 in der E. Klinik E Stadt und der AA.-Klinik AAL. durchgeführte Behandlung in Höhe von 21.546,70 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Sie trägt vor, der Antrag der Klägerin auf Kostenübernahme sei erst am 3. Dezember 2002 bei ihr eingegangen. Die Klägerin sei aber bereits am 2. Dezember 2002 zur stationären Behandlung in der E. Klinik aufgenommen worden. Eine Möglichkeit zur Information und Beratung der Klägerin habe daher vor Behandlungsbeginn nicht bestanden. Im Bescheid vom 15. Januar 2003 habe sie, die Beklagte, darauf hingewiesen, dass eine Behandlung nach anerkannten Verfahren auch in einer Fachklinik im vertraglichen Rahmen durchführbar sei. Die Klägerin habe sich nicht aus rein medizinischen Gründen für die durchgeführte Therapie entschieden. In der Antragsschrift habe sie angeführt, dass Herr Dr. D. ihr mitgeteilt habe, dass die vertragsärztliche Therapie in Verbindung mit der Operation mindestens ein halbes Jahr dauern würde, was zur Folge gehabt hätte, dass sie ihre Umschulung zur Fachkraft für Bürokommunikation nicht erfolgreich hätte abschließen können. Der Sachverständige habe keine unaufschiebbare Behandlung festgestellt, vielmehr habe er ausgeführt, dass es sich um eine Erkrankung gehandelt habe, deren Behandlung möglichst innerhalb von Tagen, aber spätestens innerhalb von ein bis zwei Wochen begonnen werden müsse. Weiterhin habe der Sachverständige festgestellt, dass eine systemische Chemotherapie und eine spätere brusterhaltende Operation sowie eine brusterhaltende Operation mit gleichzeitiger Lappenplastik hätten durchgeführt werden können. Die Klägerin habe sich von Anfang an von einer vertraglichen Behandlung in ein Vertragskrankenhaus distanziert und konsequent die außervertraglichen Behandlungsmethoden in mehreren Privatkliniken verfolgt. Die Beklagte ist der Rechtsauffassung, dass eine Verletzung von Informations- und Beratungspflichten nicht erkennbar sei. Aus den Äußerungen der Klägerin sei nachzuvollziehen, dass von Anfang an kein Beratungsbedarf vorgelegen habe. Sie sei durch den Chefarzt der OP.Klinik OP. über die Behandlungsmethoden aufgeklärt worden. Durch eigene Recherche sei sie auf die locoregionale Chemotherapie aufmerksam geworden. Ihr sei klar gewesen, dass die E. Klinik nicht zu den kassenärztlichen Einrichtungen gehöre. Zum Zeitpunkt des Beginns der Leistung habe weder ein Antrag auf Kostenerstattung noch eine sonstige Information über die beabsichtigte Leistung vorgelegen.

Der Senat hat Beweis erhoben nach [§ 109 SGB V](#) aufgrund Beweisanordnung vom 4. September 2007. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf das Sachverständigengutachten des Dr. A. vom 26. November 2007 verwiesen.

Der Verwaltungsvorgang der Beklagten ist beigezogen und zum Gegenstand der mündlichen Verhandlung gemacht worden.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das Sozialgericht hat im Ergebnis zutreffend die Klage abgewiesen.

Die Klage ist zulässig. Streitgegenstand ist der Kostenerstattungsanspruch für die Behandlung vom 2. Dezember 2002 bis einschließlich 11. April 2003 in der E. Klinik E-Stadt und in der AA.-Klinik AAL., der nach Erledigung des Kostenübernahmebegehrens in vollem Umfang Gegenstand des angegriffenen Widerspruchsbescheides war. Die Klage ist als kombinierte Anfechtungs- und (unechte) Leistungsklage statthaft.

Die Klage ist jedoch unbegründet. Die ablehnenden Bescheide verletzen die Klägerin nicht in ihren Rechten, da sie keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die Durchführung der am 2. Dezember 2002 begonnenen Behandlung in der E. Klinik E Stadt und in der AA.-Klinik AAL. hat.

Ein derartiger Anspruch folgt weder aus [§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch Gesetzliche Krankenversicherung – \(SGB V\)](#) noch aus den Grundsätzen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs.

Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) setzt der Kostenerstattungsanspruch voraus, dass die Krankenkasse eine notwendige und unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([§ 13 Abs. 3 Satz 1 1. Var. SGB V](#)) oder eine notwendige Leistung zu Unrecht abgelehnt hat ([§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Var. SGB V](#)). In beiden Varianten müssen dem Versicherten gerade durch die nicht rechtzeitige Leistung oder Leistungsablehnung Kosten entstanden sein.

Die privatärztliche Beschaffung beruht nicht kausal auf der Ablehnung der Kostenübernahme durch die Beklagte ([§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Var. SGB V](#)). Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urt. vom 14. Dezember 2006 – [B 1 KR 8/06 R](#) – m. w. N.) aus, wenn sich der Versicherte die Leistung beschafft hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gewährt einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Nach Wortlaut und Zweck der Vorschrift muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Ursachenzusammenhang bestehen. Daran fehlt es, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre. So liegt es hier. Die Klägerin begab sich am 2. Dezember 2002 in stationäre Behandlungen. Der Kostenübernahmeantrag ging erst einen Tag später bei der Beklagten ein.

Die erste Ablehnung mit Bescheid vom 15. Januar 2003 begründet auch keine Kausalität hinsichtlich der für die nachfolgenden Behandlungszyklen aufgewendeten Kosten. Ein Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 2. Var. SGB V](#) ist ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr beeinflussen konnte, weil der Betroffene sich bereits unabhängig vom Verhalten seiner Krankenkasse endgültig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt hatte. Bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen wird die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse zwar im Allgemeinen eine Zäsur sein; daher kann die Kostenerstattung im Einzelfall auch nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen sein, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden. Das kann allerdings nur gelten, wenn die nachträglich getroffene Entscheidung der Krankenkasse überhaupt noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen (zum Folgenden ausführlich: BSG, Urteil vom 22. März 2005 – [B 1 KR 3/04 R](#) – m. w. N., zitiert nach juris). Waren mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung die weiteren Schritte bereits vorgezeichnet und festgelegt, fehlt selbst bei dieser Konstellation der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch für den Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt. Das ist insbesondere dann der Fall, wenn sich die Behandlung als einheitlicher Vorgang darstellt, der sich hinsichtlich der Leistungsbewilligung nicht aufspalten lässt. Nach diesen Grundsätzen stellen sich die bei der Klägerin durchgeführte Operation und die regionale Chemotherapie als einheitliche Behandlung dar. Das Therapiekonzept erläuterte Prof. Dr. E. im Schreiben vom 4. Dezember 2002 gegenüber der Beklagten dahingehend, dass mit der regionalen Chemotherapie über eine arterielle Infusion zunächst beim Tumor ein "down-staging" auf 10 bis 30% der Ausgangsgröße mit anschließender lokaler Resektabilität angestrebt wird. Innerhalb der ersten zwei Therapiezyklen sei absehbar, ob die regionale Chemotherapie anspreche. Für den Zeitraum nach der Operation waren von vornherein weitere adjuvante Therapiezyklen vorgesehen. So geht aus dem Arztbrief vom 21. Februar 2002 hervor, dass nach der Operation am 12. Februar 2003 und einem dritten Zyklus drei weitere adjuvante Zyklen vorgesehen waren. Der zweite Zyklus erfolgte im Zeitraum um den Operationstermin. Zudem unterscheidet sich die regionale Chemotherapie bereits wegen der Konzentration auf das Umfeld des betroffenen Gewebes so stark von herkömmlichen systemischen Chemotherapien, dass der Übergang – ausgehend vom Behandlungskonzept der regionalen Chemotherapie – auf andere Formen der Chemotherapie sich nicht als denkbarer nächster Behandlungsschritt darstellt. Nach alledem ist die medizinische Konzeption des voroperativen "down-stagings", der Operation sowie der folgenden adjuvanten Chemotherapiezyklen ein einheitliches Behandlungskonzept, bei dem jede Aufspaltung in isolierte Maßnahmen der Krankenbehandlung im Sinne des [§ 27 SGB V](#) willkürlich erschiene.

Die Klägerin hat auch keinen Kostenerstattungsanspruch unter dem Gesichtspunkt einer unaufschiebbaren Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 1. Var. SGB V](#). Unaufschiebbar ist eine Leistung dann, wenn sie im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (BSG, Urteil vom 25. September 2000 – [B 1 KR 5/99](#) – zitiert nach juris; Helbig in: juris PK-SGB V, § 13 Rdnr. 46). War die Krankenkasse zur Erbringung einer solchen Leistung nicht in der Lage, so besteht die Kausalität zu den Kosten der selbstbeschafften Leistung nur dann, wenn die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat (Helbig in: juris PK-SGB V, § 13 Rdnr. 48, 54). Zwar ist denkbar, dass sich das Unvermögen auch in der Weise zeigen kann, dass die Krankenkasse auch jenseits eines – im Sachleistungssystem nach [§ 76 SGB V](#) abzuwickelnden – Notfalles nicht in der Lage ist, hinreichend zeitnah über das Leistungsbegehren überhaupt zu entscheiden. Eine gemessen an der Dringlichkeit zu lange Bearbeitungsdauer ist aber jedenfalls dann nicht kausal, wenn der Versicherte selbst eine ausreichende Prüfung durch die Krankenkasse vereitelt hat, insbesondere wenn die privatärztliche Behandlung bereits vorbereitet oder eingeleitet wurde, ohne die Krankenkasse zu informieren (Helbig in: juris PK-SGB V, § 13 Rdnr. 54 m. w. N.). Zur Überzeugung des Senats steht nicht fest, dass die Krankenkasse gerade wegen der medizinischen Dringlichkeit nicht im Stande war, eine erforderliche Sachleistung zu erbringen. Die Klägerin konfrontierte die Krankenkasse nicht hinreichend deutlich mit ihrem Leistungsbegehren, bevor sie den am 3. Dezember 2002 bei der Beklagten eingegangenen Kostenübernahmeantrag stellte, so dass das weitere Verhalten der Beklagten von vornherein nicht kausal für die Selbstbeschaffung sein konnte. Mit dem in der mündlichen Verhandlung vorgelegten Schreiben erwähnt die Klägerin lediglich nicht näher präzierte Telefonate Ende November 2002 mit Mitarbeitern der Beklagten, deren Gegenstand offen blieb. Sie trägt vor, in dieser Zeit auf der Suche nach Alternativen zur von Dr. D. vorgeschlagenen Behandlungsvariante gewesen zu sein. Kenntnis von konkreten Leistungsbegehren einer regionalen Chemotherapie erlangte die Beklagte aber erst am 3. Dezember 2002. Unabhängig davon sind auch keine Umstände dargelegt oder sonst ersichtlich, warum die Klägerin nicht in der Lage gewesen sein soll, vor Behandlungsbeginn von der Beklagten die Leistung zu fordern. Spätestens am 18. November 2002 war die Klägerin hinreichend über die Diagnose und die Behandlungsmöglichkeiten in der OP.Klinik in OP. informiert. Eine Besprechung über die regionale Chemotherapie bei Prof. Dr. E. fand am 19. November 2002 statt. Erst 12 Tage später – am 1. Dezember 2002 – brachte die Klägerin einen Kostenübernahmeantrag auf den Weg, obwohl sie schon zuvor eine Entscheidung über die Behandlung getroffen hatte, wie der Behandlungsbeginn nur einen Tag später belegt.

Die Klägerin hat auch keinen Anspruch auf Kostenerstattung infolge eines (späteren) Beratungsversagens der Beklagten.

Rechtsgrundlage kann auch insoweit nur [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sein. Entgegen der Auffassung der Klägerin ist der Anwendungsbereich des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs nicht eröffnet. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist eine Spezialregelung des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs, der diesen im Bereich der Kostenerstattung verdrängt (BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - Rdnr. 19 ff. zitiert nach juris). Nicht entschieden werden muss vorliegend, wie weit diese Sperrwirkung hinsichtlich des Schadens wegen fehlerhafter Beratung und Betreuung reicht, der über die Schadensposition der Selbstbeschaffungskosten hinausgeht (zur Gegenauffassung: Kingreen in: Kingreen/Becker, SGB V, § 13 Rdnr. 20 m. w. N.), da hier lediglich die Selbstbeschaffungskosten als Schaden geltend gemacht werden.

Unter [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Var. SGB V fällt hiernach auch die Nichtinanspruchnahme von Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung wegen eines Beratungsversagens. Trotz objektiv bestehender Versorgungsmöglichkeit kann nämlich von einer unaufschiebbaren Leistung auszugehen sein, die die Krankenkasse nicht rechtzeitig erbringen konnte, wenn die Krankenkasse durch eine Fehl- oder Nichtinformation bewirkt hat, dass der Versicherte die ihm objektiv bereitstehende Leistung subjektiv für nicht verfügbar hält und sie deshalb nicht in Anspruch nimmt (BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - zitiert nach juris).

Insoweit kann es geboten sein, dass die Krankenkasse ihren Versicherten, der mit dem Begehren auf Kostenübernahme für eine neue Behandlungsmethode an sie herantritt, auf andere Leistungsangebote im Leistungsumfang der Gesetzlichen Krankenversicherung hinweist. Das gilt insbesondere dann, wenn sich aus dem Verhalten eines Versicherten ergibt, dass er über die gesetzlichen Möglichkeiten nicht ausreichend informiert ist (BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - zitiert nach juris). Hingegen entfallen derartige Hinweispflichten der Krankenkasse, wenn sich bereits aus dem entsprechenden Leistungsantrag des Versicherten ergibt, dass dieser bereits auf bestimmte Leistungserbringer und eine bestimmte Art und Weise der Leistungserbringung festgelegt ist (BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - Rdnr. 26; Urteil vom 27. März 2007 - [B 1 KR 25/06 R](#) - Rdnr. 11; Hess. LSG, Urteil vom 9. August 2007 - [L 8 KR 225/05](#) -). Dies war vorliegend der Fall. Mit dem Leistungsbegehren und damit auch mit einem etwaigen Beratungsbedarf wurde die Beklagte erst konfrontiert, als die Klägerin sich bereits in stationärer Behandlung in der E. Klinik befand und sich ihr Leistungsbegehren bereits auf die privatärztliche Behandlung mittels regionaler Chemotherapie bei Prof. Dr. E. eingeengt hatte.

Ein Beratungspflichtenverstoß ist auch nicht für den Zeitraum ab der Befassung mit dem Kostenübernahmeantrag erkennbar. Hinsichtlich der antragsbezogenen Beratungspflicht gilt das oben Ausgeführte; wegen der Einheitlichkeit der gewählten Behandlung fehlt es an der entsprechenden Kausalität. Zudem hat die Klägerin auch im weiteren Schriftwechsel mit der Beklagten eindeutig zu verstehen gegeben, dass sie die Behandlung mittels systemischer Therapie in einem Vertragskrankenhaus nicht als zumutbare Alternative erachtet.

Die Beklagte hat daneben aber auch keine Pflicht zur antragsunabhängigen Beratung verletzt. Unabhängig von einem konkreten, seitens des Versicherten an die Krankenkasse herangetragenen Beratungsbegehrens bleibt die Krankenkasse gehalten, bei Vorliegen eines konkreten, antragsunabhängigen Anlasses auf klar zu Tage tretende Gestaltungsmöglichkeiten hinzuweisen, die sich offensichtlich als zweckmäßig aufdrängen und von jedem verständigen Versicherten mutmaßlich genutzt würden (vgl. auch die Fallgruppen der sog. Spontanberatung, vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 - [B 1 KR 14/07 R](#) - zitiert nach juris m. w. N.). Auch wenn ein Versicherter - wie hier - auf eine Leistungserbringung außerhalb des Leistungssystems der Gesetzlichen Krankenversicherung festgelegt ist oder zu sein scheint, kann die Krankenkasse im Einzelfall verpflichtet sein, den Versicherten auf Behandlungsalternativen hinzuweisen, wenn auch ein verständiger Versicherter sich voraussichtlich bei Kenntnis dieser Alternative einer Überleitung in das System der Gesetzlichen Krankenversicherung nicht verschließen würde. Dies ist insbesondere dann der Fall, wenn das von den Krankenkassen zur Erfüllung ihrer gesetzlichen Aufgaben auf einem Gebiet bereitgestellte Leistungsangebot für die Versicherten so unübersichtlich ist, dass sich im Einzelfall nicht vermeiden lässt, einen konkreten Weg zu einer versichertengerechten Leistung aufzuzeigen (vgl. nach allgemeinen Regeln: BSG, Urteil vom 4. April 2006 - [B 1 KR 5/05 R](#) - [BSGE 96, 161](#) = [SozR 4-2500 § 13 Nr. 8](#), Rdnr. 14; zur Hinweispflicht auf einen Wechsel in eine vom Versicherungsträger vorgesehene Rehabilitationseinrichtung vgl. BSG, Urteil vom 17. Juli 1985 - [1 RA 11/84](#) - Rdnr. 29 zitiert nach juris); dies dürfte gerade für die stationäre Versorgung im onkologischen Bereich gelten. Eine weitere Konkretisierung dieser Pflichten ist vorliegend entbehrlich, da nicht erkennbar ist, welche Information zur Überleitung der Behandlung in ein Vertragskrankenhaus die Klägerin noch benötigt hätte. Mit Schriftsatz vom 13. Mai 2003 teilte der Klägerbevollmächtigte der Beklagten mit, dass die Klägerin bereits aus einer Nachricht vom 12. März 2003 die Kenntnis hatte, dass die regionale Chemotherapie im FF.-Krankenhaus in F-Stadt angewendet werde und die Kosten für diese Therapie in vollem Umfang von der Gesetzlichen Krankenversicherung übernommen würden. Trotz dieser Information entschloss sich die Klägerin, die nachoperativen adjuvanten Chemotherapiezyklen in der E. Klinik durchführen zu lassen und nicht die Behandlung nach dem gleichen Schema im FF.-Krankenhaus fortzuführen. Insoweit ist nicht erkennbar, dass frühere oder umfassendere Informationen über das Angebot der regionalen Chemotherapie in Vertragskrankenhäusern - so ein solches überhaupt in nennenswertem Umfang seinerzeit bestand - die Klägerin zu einem anderen Verhalten bewogen hätte.

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

Die Revision ist nicht zuzulassen. Eine grundsätzliche Bedeutung kommt der Sache nicht zu, da die streitentscheidenden Rechtsfragen durch das Bundessozialgericht bereits geklärt worden sind.

Rechtskraft

Aus

Login

HES

Saved

2010-05-04