

## L 6 KR 24/16

Land  
Sachsen-Anhalt  
Sozialgericht  
LSG Sachsen-Anhalt  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
6  
1. Instanz  
SG Dessau-Roßlau (SAN)  
Aktenzeichen  
S 20 KR 170/14  
Datum  
-

2. Instanz  
LSG Sachsen-Anhalt  
Aktenzeichen  
L 6 KR 24/16  
Datum  
23.03.2017

3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
B 3 KR 10/18 B  
Datum  
13.02.2018  
Kategorie  
Urteil  
Die Berufung wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Freistellung von Kosten einer ambulant durchgeführten lokalen Sauerstofftherapie (Sauerstoff-Therapie).

Der 1972 geborene Kläger ist bei der Beklagten krankenversichert. Nach einer Fußoperation im Januar 2014 und einer Fußrekonstruktion am 3. April 2014 kam es bei ihm zu einer postoperativen Wundheilungsstörung. Nach dem Entlassungsbericht des Städtischen Klinikums D. vom 21. Mai 2014 befand sich der Kläger dort vom 25. April bis 21. Mai 2014 in stationärer Behandlung. Als Diagnosen wurde dort in einem korrigierten eine Osteomyelitis Calcaneus bei Weichteilinfektion am rechten Rückfuß festgehalten. Im Rahmen der Wundheilung sei eine Vakuumverband-Therapie eingesetzt worden. Die Entlassung des Klägers erfolgte entgegen dem Rat der Ärzte auf eigenen Wunsch. Hierzu heißt es in dem Entlassungsbericht, eine weitere stationäre Behandlung mit weiteren operativen Eingriffen und das Belassen des lokalen Antibiotikaträgers im Bereich des Fersenbeins sei indiziert gewesen. Dies lehne der Kläger ab.

Im Weiteren erfolgte eine ambulante Behandlung bei dem Facharzt für Chirurgie Dr. W ... Am 18. Juni 2014 bat der Kläger um Mitteilung, ob die Kosten einer ambulanten topischen (lokalen) Sauerstofftherapie übernommen werden könnten. Diese sollten bei der Wundversorgung seines Beines angewendet werden. Der Kläger erhielt nach einem Aktenvermerk vom 23. Juni 2014 die mündliche Mitteilung, dass eine Kostenübernahme im Rahmen einer ambulanten Behandlung nicht möglich sei. Der behandelnde Arzt solle sich zur weiteren Klärung noch einmal mit der Krankenkasse in Verbindung setzen. Vom 20. Juni bis 1. Juli 2014 befand sich der Kläger in stationärer Behandlung im Diakonissenkrankenhaus D. bei Dr. W ...

Bei einer Untersuchung am 25. Juni 2014 zeigten sich im Abstrich Staphylococcus aureus (ein Eitererreger) in Reinkultur. Die Lokaltherapie wurde auf PHMB (Polyhexanidbiguanid - Antiseptikum zur Wundbehandlung) umgestellt. Nach einer Spülung und fünf Tagen Sauerstoff-Therapie zeigte sich ein deutlicher Rückgang der lokalen Entzündungszeichen.

Mit einem am 27. Juni 2014 bei der Beklagten eingegangenen Schreiben übersandte der Dr. W. eine "Nutzen-Risiko-Bewertung" der lokalen Sauerstofftherapie. Darin führte er aus, er habe aufgrund einer Verschlechterung der Wundsituation die Indikation für eine Nekrosektomie und Wundrevision gestellt. Diese sei am 22. Juni 2014 erfolgt. Im neuerlich durchgeführten Abstrich habe sich bei Antibiotikatherapie eine Persistenz der Staphylococcus aureus-Infektion gezeigt, die laut Literatur in 40 % der Fälle nach sechs Wochen in einer Multiresistenz ende. Die Ursache liege vor allem im Nichterreichen der Wirkspiegel im Zielgebiet. Gleiches gelte für eine lokale Antibiotikatherapie, die international aufgrund fehlender Evidenz und Nutzen-Risiko-Bewertung abgelehnt werde. Systemisch seien keine Infektionszeichen nachweisbar gewesen. Infektionen wie im vorliegenden Fall entsprächen dem Verhalten von diabetischen Füßen im Rahmen der Neuropathie. Für Wagner 3 und 4 bestehe die Indikation zur hyperbaren Oxygenierung. Als zweites Therapiekonzept bestehe die lokale Gabe von PHMB. Hier sei eine Kombination aus beiden Therapieverfahren gewählt worden. Im stationären Verlauf habe sich postoperativ der Lokalbefund verbessert. Das Fußödem als Zeichen einer lokalen Infektion habe sich komplett zurückgebildet. Mit dem Kläger sei das Therapiekonzept der Sauerstoff-Kammern analysiert worden. Schließlich habe sich der Patient für eine Therapie im Rahmen des postoperativen Aufenthalts im Diakonissenkrankenhaus entschieden. Er befürworte die Therapie in der ambulanten Versorgung

(Erfolgsmessung laut Konsensuskonferenz zum Nutzen in der Behandlung von chronischen Wunden 2014).

Am 30. Juni 2014 erstellte der Medizinische Dienst der Krankenversicherung Sachsen-Anhalt (MDK) ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage. Er führte aus, die Sauerstofftherapie bei chronischen Wunden sei eine neue Behandlungsmethode, deren Kosten nur im Einzelfall übernommen werden könnten. Diese Voraussetzungen lägen hier nicht vor. Auch in dem Aufsatz von Wild zum "Nutzen der topischen Sauerstofftherapie bei chronischen Wunden" werde nur auf Fallstudien und einzelne kontrollierte Studien verwiesen.

Mit Bescheid vom 8. Juli 2014 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme der topischen Sauerstofftherapie ab und verwies zur Begründung auf die Ausführungen des MDK. Hiergegen legte der Kläger noch im gleichen Monat Widerspruch ein und führte aus, seit dem 21. Mai 2014 sei "plötzlich" die Rede von einer Osteomyelitis. Mit der Sauerstoffbehandlung sei in der stationären Behandlung eine deutliche Verbesserung der Wundverhältnisse eingetreten. Zur Entlassung am 1. Juli 2014 sei die Wunde deutlich kleiner gewesen. Es sei daher für ihn nicht nachvollziehbar, dass eine erfolgreiche Therapie nicht empfohlen und nicht bezahlt werde. Die teure Antibiotikatherapie werde bezahlt. Ob eine Heilung damit erreicht werde, sei fraglich.

In einer erneuten Stellungnahme vom 21. Juli 2014 nach Aktenlage führte der MDK aus, der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe die Behandlungsmethode nicht positiv bewertet. Die Argumentation des Klägers, dass die hyperbare Oxygenisierung beim diabetischen Fußsyndrom bei Wagner 3 bis 4 im Leistungskatalog der Krankenkasse enthalten sei, treffe nicht zu. Es handle sich weder bei der topischen Sauerstofftherapie noch bei der hyperbaren Sauerstofftherapie im Rahmen der Ganzkörperdruckkammer (um durch den GBA positiv bewertete Methoden. Letztere werde zwar in der S3 Leitlinie der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung e.V. "Lokaltherapie chronischer Wunden bei Patienten mit den Risiken peripherer-arterieller Verschlusskrankheit, Diabetes mellitus, chronisch-venöse Insuffizienz" der Deutschen Gesellschaft für Wundheilung und Wundbehandlung empfohlen. Dies geschehe aber nur mit dem Empfehlungsgrad B, d.h. aufgrund von randomisierten kontrollierten Studien mit mittlerem Risiko für systematische Fehler (vgl. [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/091001I\\_S3\\_Lokaltherapie\\_chronischer\\_Wunden\\_2012-verlaengert.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/091001I_S3_Lokaltherapie_chronischer_Wunden_2012-verlaengert.pdf), S. 29).

Für die hier zur Anwendung kommende topische Sauerstofftherapie liege auch in der Leitlinie keine Empfehlung vor. Zudem müsse darauf hingewiesen werden, dass Leitlinien nicht den Umfang der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung bestimmen. Es hätten andere Maßnahmen zur Behandlung der bestehenden Grunderkrankung, wie Wundreinigung, Dekontamination, chirurgisches Debridement, Ausräumung der Infektionsherde, Einsatz entsprechender Wundauflagen, topische Wundbehandlung/feuchte Wundbehandlung, Lymphdrainage, bei Wundinfektionen systemische und lokale Antibiotikatherapie zur Verfügung gestanden. Insgesamt seien die medizinischen Voraussetzungen für eine Leistungsgewährung nicht erfüllt.

Mit Widerspruchsbescheid vom 17. September 2014 wies die Beklagte den Widerspruch des Klägers zurück und vertiefte ihre bisherige Begründung unter Hinweis auf die Argumentation des MDK.

Hiergegen richtet sich die am 16. Oktober 2014 am Sozialgericht Dessau-Roßlau (SG) eingegangene Klage. Beigefügt war ein Kostenangebot der Firma e. vom 4. August 2014 über eine topische Sauerstofftherapie gemäß ärztlicher Verordnung von Dr. W. für 45 Tage für eine Behandlung zuhause über insgesamt 5.355,00 EUR.

In einem Erörterungstermin am 25. Juli 2015 hat der Kläger mitgeteilt, dass er bisher noch keine Rechnung über die topische Sauerstofftherapie bekommen habe, jedoch das Angebot vom 4. August 2014 maßgebend sei. Er sei am 1. Juli 2014 aus dem Diakonissenkrankenhaus D. entlassen worden. Die letzten Tage seien ihm die Hyperboots übergeben worden und die Einweisung erfolgt. Er habe das Gerät nach Hause gebracht und es dort bis Mitte August täglich benutzt.

Mit Urteil vom 10. März 2016 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, für einen Erstattungsanspruch gem. [§ 13 Abs. 3](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung (SGB V) fehle es bereits an einem vorhergehenden entsprechendem Anspruch des Klägers auf eine ambulante Behandlung seiner Wundheilungsstörung bei bestehender Osteomyelitis mit Sauerstoff. Diese Methode sei vom GBA durch Beschluss vom 11. April 2000 sogar ausdrücklich von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen worden. Ein Ausnahmefall, in dem eine solche Empfehlung nicht notwendig sei, liege nicht vor. Offen könne damit bleiben, ob der Anspruch nicht bereits wegen der Vereinbarung des Pauschalhonorars unbegründet sei und ob ein Ursachenzusammenhang zwischen der Leistungsablehnung und der Selbstbeschaffung bestanden habe.

Gegen die ihm am 14. April 2016 zugestellte Entscheidung hat der Kläger am 11. Mai 2016 Berufung eingelegt. Er trägt vor, der Beschluss des GBA, nach dem die ambulante hyperbare Sauerstofftherapie kein Leistungsgegenstand der gesetzlichen Krankenversicherung sei, sei nicht in das Verfahren eingeführt worden. Im Übrigen liege ein Systemversagen vor, da ansonsten eine Therapielücke bestehe. Die vertraglichen Maßnahmen zur Wundbehandlung seien ausgeschöpft gewesen. Es sei auch nicht nachvollziehbar, wieso die hyperbare Sauerstofftherapie bei einem diabetischen Fußsyndrom inzwischen von den Krankenkassen bezahlt werde und bei dem vorliegenden Krankheitsbild nicht. Schließlich liege ein einer lebensbedrohlichen Krankheit vergleichbarer Zustand vor. Bei ihm hätte die Gefahr des Fortschreitens der Infektion und der Osteomyelitis bestanden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Dessau-Roßlau vom 13. März 2016 und den Bescheid der Beklagten vom 8. Juli 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2014 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihn von den Kosten für die durchgeführte topische Sauerstofftherapie auf der Grundlage des Kostenangebots vom 4. August 2014 der e. freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die angefochtene Entscheidung für zutreffend. Auch unter Berücksichtigung des Berufungsvortrags gebe es keine Anhaltspunkte für das Vorliegen eines Systemmangels.

Der Senat hat einen Artikel von Dr. Wild "Nutzen der topischen Sauerstofftherapie bei chronischen Wunden" aus 02/10, S. 16 ff. sowie einen Teil von Veröffentlichungen von Tawfick im Jahre 2009 und Orstedt aus 2012 beigezogen. Weiter hat der Kläger den Entlassungsbericht und diverse Untersuchungsbefunde von Dr. W. vorgelegt.

Die Gerichtsakte und die Verwaltungsakte der Beklagten haben vorgelegen und waren Gegenstand der mündlichen Verhandlung. Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhaltes und des Sachvortrages der Beteiligten wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und der Verwaltungsakte ergänzend verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die nach den [§§ 143, 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) statthafte, form- und fristgerecht eingelegte ([§ 151 Abs. 1 SGG](#)) und auch ansonsten zulässige Berufung hat keinen Erfolg.

Der Bescheid der Beklagten vom 8. Juli 2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 17. September 2014 beschwert den Kläger nicht im Sinne der [§§ 157, 54 Abs. 2 Satz 1 SGG](#). Insbesondere hat er keinen Anspruch gegen die Beklagte, ihn von den Kosten für die durchgeführte topische Sauerstofftherapie auf der Grundlage des Kostenangebots vom 4. August 2014 der es-meditec freizustellen.

Als Anspruchsgrundlage kommt vorliegend nur [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht. Danach sind von der Krankenkasse Kosten einer selbstbeschafften Leistung zu erstatten, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch Kosten entstanden sind, soweit die Leistung notwendig war. Zumindest letzteres liegt hier nicht vor.

Der Kläger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung, da er keinen Anspruch auf die Sauerstofftherapie hatte. Denn ersterer ist akzessorisch zu dem durch Zweckerreichung erloschenen originären Sachleistungsanspruch (vgl. [§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)), er reicht nicht weiter als der ursprüngliche Anspruch. Ein Anspruch auf Kostenerstattung setzt daher voraus, dass für den Kläger ein Anspruch auf Durchführung dieser Therapie zu Lasten der Beklagten bestand (vgl. BSG, 6.3.2012, [B 1 KR 24/10 R](#), juris).

Der Kläger hatte aber keinen Anspruch auf die Sauerstoff-Therapie gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#). Nach [§ 33 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte grundsätzlich Anspruch auf Versorgung mit Hilfsmitteln, die im Einzelfall erforderlich sind, um den Erfolg der Krankenbehandlung zu sichern, einer drohenden Behinderung vorzubeugen oder eine Behinderung auszugleichen.

1. Dabei kann nach der Rechtsprechung des BSG ein Hilfsmittel im Rahmen der Krankenbehandlung nicht getrennt von dem zu Grunde liegenden Behandlungskonzept und den dafür geltenden Anforderungen nach [§ 2 Abs. 1 Satz 3, § 12 Abs. 1 SGB V](#) in Verbindung mit [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) betrachtet werden (siehe hierzu und zum Folgenden BSG, 12.8.2009, [B 3 KR 10/07 R](#), juris Rn. 18; außerdem BSG, 28.9.2006, [B 3 KR 28/05 R](#), juris Rn. 32, und BSG, 31.8.2000, [B 3 KR 21/99 R](#), juris Rn. 21 f.; BSG, 8.7.2015, [B 3 KR 5/14 R](#), SozR 4-2500 § 33 Nr. 47). Insoweit erfasst die Sperrwirkung des in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) begründeten Leistungsverbots mit Erlaubnisvorbehalt jegliche Maßnahme im Rahmen einer bei einem bestimmten Krankheitsbild systematisch angewandten Methode. Solange eine solche Therapie als neue Behandlungsmethode nicht zur Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung zugelassen ist, werden auch die dabei eingesetzten Hilfsmittel nicht von der Leistungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung umfasst.

Die Richtlinien des GBA sind in der Rechtsprechung des BSG seit Langem als untergesetzliche Rechtsnormen anerkannt. Ihre Bindungswirkung gegenüber allen Systembeteiligten steht außer Frage (vgl. [§ 91 Abs. 9 SGB V](#)). Allerdings sind die vom GBA erlassenen, im Rang unterhalb des einfachen Gesetzesrechts stehenden normativen Regelungen formell und auch inhaltlich in der Weise zu prüfen, wie wenn der Bundesgesetzgeber derartige Regelungen in Form einer untergesetzlichen Norm - etwa einer Rechtsverordnung - selbst erlassen hätte, soweit hierzu aufgrund hinreichend substantiierten Beteiligtenvorbringens konkreter Anlass besteht (st. Rspr; vgl. nur BSG, 1.3.2011, [B 1 KR 7/10 R](#), SozR 4-2500 § 35 Nr. 5, Rn. 26 m.w.N.; BSG, 8.7.2015, [B 3 KR 5/14 R](#), SozR 4-2500 § 33 Nr. 47).

Die lokale Behandlung mit Sauerstoff bei einer Wundheilungsstörung bei Infektion ist eine ärztliche "Behandlungsmethode" im Sinne der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Ärztliche "Behandlungsmethoden" im Sinne der GKV sind nämlich medizinische Vorgehensweisen, denen ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zugrunde liegt, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. Die Methode ist auch "neu", weil sie zum Zeitpunkt der Leistungserbringung nicht als abrechnungsfähige ärztliche Leistung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab enthalten war (vgl. BSG, 7.5.2013, [B 1 KR 44/12 R](#), SozR 4-2500 § 13 Nr. 29, Rn. 15).

Die Zulassung der hier streitigen lokalen Sauerstoff-Therapie zur ambulanten Anwendung behauptet der Kläger nicht; hierfür gibt es insbesondere unter Würdigung des Gutachtens des MDK keinen Anhaltspunkt.

Zu Vermeidung von Missverständnissen weist der Senat darauf hin, dass die hier streitige Therapie nicht identisch ist mit der Sauerstoff-Therapie in Druckluftkammern durch Einatmung von 100 % medizinisch reinem Sauerstoff unter erhöhtem Umgebungsdruck für definierte Zeiträume und Intervalle (vgl. dazu BSG, 7.5.2013, [B 1 KR 44/12 R](#), SozR 4-2500 § 13 Nr. 29). Vielmehr wird der Sauerstoff hier lokal ohne Änderung des Umgebungsdrucks direkt auf die Wunde (hier am Fuß) appliziert. Dies ist ein grundlegend anderes Konzept, wie der MDK überzeugend ausführt. Ausdrücklich wird auch in der von Dr. W. angeführten Studie ausgeführt: "Die Ganzkörperdruckkammertherapie (hyperbare Sauerstofftherapie) sollte bei Patienten mit diabetischem Fußsyndrom nach Ausschöpfen von Revaskularisationsmaßnahmen bei amputationsbedrohter Extremität als zusätzliche Therapieoption verwendet werden. [Empfehlungsgrad B]". Erläuternd wird ausgeführt: "HBO wird definiert als Atmung von 100 % Sauerstoff bei erhöhtem Umgebungsdruck zwischen 2,0 und 2,5 bar Gesamtdruck. Damit sind topische Behandlungen nicht gemeint." (a.a.O. S. 52).

Auch die Hyperbare Sauerstofftherapie in Druckluftkammern ist im Übrigen entgegen der Ansicht des Klägers noch nicht anerkannt; hier ist ein Verfahren bei dem GBA anhängig (siehe Beschluss des GBA zur Ermittlung von Medizinprodukteherstellern, denen vor Entscheidungen des GBA Gelegenheit zur Stellungnahme zu geben ist zur Hyperbaren Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom vom 28. Juli 2016

(<https://www.g-ba.de/downloads/39-261-2682/2016-07-28-Ermittlung-SN-ber-MP-Hersteller-HBO-DFS-BAnz.pdf>).

Zudem liegt bei dem Kläger kein diabetisches Fußsyndrom vor, für das allein ein Verfahren bei dem GBA (bezüglich der Druckluftkammer) anhängig ist. Über die vom Kläger gewünschte Ausweitung der Indikationen müsste eigenständig entschieden werden. Der Senat ist überzeugt, dass die hier streitige Methode vom GBA bei Anhaltspunkten für das Potential zur Behandlung von allen Arten von Wundheilungstörungen in das Bewertungsverfahren einbezogen worden wäre. Angesichts der Differenzierung sowohl in dem Verfahren vor dem GBA als auch in der zitierten Leitlinie hält der Senat die Situation mit den Ausführungen des MDK nicht für vergleichbar. Dem misst der Senat ein höheres Gewicht zu als der Ansicht Dr. W.s (vgl. BSG, 7.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#)).

2. Auch der Ausnahmefall eines Systemversagens (vgl. hierzu BSG, 27.3.2007, [B 1 KR 30/06 R](#), [SGB 2007, 287](#); 7.11.2006, [B 1 KR 24/06 R](#), [BSGE 97, 190](#)) ist nicht gegeben. Danach kommt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt ausnahmsweise dann in Betracht, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf beruht, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. Die Wirksamkeit der neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen aufgrund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt werden (dazu schon grundlegend: BSG, 5.7.1995, [1 RK 6/95](#), [SozR 3-2500 § 27 Nr. 5](#)).

Wie der MDK unwidersprochen ausführt, gibt es bislang keine einzige relevante Studie. Der Verweis von Dr. W. auf die Leitlinien überzeugt nicht, da dort nur die Therapie in Druckluftkammern erwähnt wird. Auch in dem beigezogenen Artikel von Dr. Wild wird ausgeführt, eine Schwäche der zum Teil recht alten Studien sei, dass nicht immer klar beschrieben werde, welche Wundätiologie behandelt wurde. Im Weiteren werden dort sodann Patienten mit Diabetes, venösem Ulcus sowie Dekubitus genannt. Alle diese Erkrankungen liegen bei dem Kläger nicht vor. Weiterhin weist der Artikel darauf hin, dass der applizierte Druck immens wichtig sei. Geräte, die einen Druck von unter zehn mmHg benützten, schienen unwirksam zu sein. Dies indiziert einen weiteren Forschungsbedarf.

Die weiteren auszugsweise vorgelegten Studien hat der Senat nicht zu bewerten. Er hat lediglich festzustellen, ob ein entsprechender medizinischer Stand vorhanden ist. Er hat jedoch nicht zu überprüfen, ob bestimmte Studien belastbar sind oder nicht. Hinzu kommt, dass es auf den Erkenntnisstand im Jahre 2010 ankommt. Studien aus dem Jahr 2012 sind damit unerheblich. Die Studie aus dem Jahre 2009 betrifft "venous ulcers" (venöse bzw. eitrige Geschwüre). Darum geht es vorliegend nicht.

Zu Recht weist der Kläger in seinem Schreiben vom 9. März 2017 darauf hin, dass die Osteomyelitis nicht als Indikation benannt und bewertet wurde. Vereinzelt positive Bewertungen zur lokalen Sauerstofftherapie bei chronischen Wunden (die der Senat nicht erkennen kann) sind entgegen der Ansicht des Klägers unerheblich. Schließlich ist auffällig, dass diese Therapie in der von Dr. W. zitierten Leitlinie auf 279 Seiten insgesamt nur einmal erwähnt wird ("Damit sind topische Behandlungen nicht gemeint.", a.a.O. S. 52).

Es ist auch nicht erkennbar, dass die üblichen Behandlungsmethoden ausgeschöpft worden sind. Der MDK hat ausgeführt, als Standardtherapie käme u.a. ein chirurgisches Debridement, Wundreinigung, Ausräumung der Infektionsherde und topische Wundbehandlung/feuchte.

Genau dies hat Dr. W. im Weiteren mit Erfolg gemacht. Es zeigte sich nach seinen Angaben ein deutlicher Rückgang der lokalen Entzündungszeichen. In dem Entlassungsbericht des d. Krankenhauses D. heißt es ausdrücklich, der postoperative Verlauf habe sich komplikationslos gestaltet. Auch der Kläger selbst hat in seinem Widerspruch vom 8. Juli 2014 ausgeführt, dass die Wunde am 1. Juli 2014 bereits deutlich kleiner und die Bildung des Granulationsgewebes von innen her deutlich fortgeschritten gewesen sei. Dies war nach den eigenen Angaben des Klägers die Situation vor Einsatz der hier streitigen Therapie.

Diese Standardtherapien können daher noch nicht als fehlgeschlagen bewertet werden. Dies behauptet Dr. W. auch nicht. Ob die zusätzlich durchgeführte Sauerstofftherapie (auch in der stationären Behandlung) hier überhaupt einen Einfluss hatte, lässt sich nicht feststellen.

3. Auch unter Berücksichtigung der vom BVerfG entwickelten Grundsätze einer grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungsrechts ("Nikolausbeschluss", 6.12.2005 - [1 BvR 347/98](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#); seit 1.1.2012: [§ 2 Abs. 1a SGB V](#)), ergibt sich kein Anspruch des Klägers, da keine lebensbedrohlicher oder damit zumindest wertungsmäßig vergleichbare Erkrankung vorlag. Wie oben dargelegt, haben auch Dr. W. und der Kläger selbst die Lage bei der Entlassung am 1. Juli 2014 (und damit zu Beginn der streitigen Therapie) als komplikationslos eingeschätzt. In dem Entlassungsbericht war eine Wiedervorstellung in der Ambulanz am 9. Juli 2014 vorgesehen. Dies ist von einem lebensbedrohlichen Zustand weit entfernt. Der - angeblich drohende - Verlust des Fersenbeins ist dem nicht gleichzustellen. Eine eventuelle Resistenz gegen Antibiotika konnte angesichts der längst beendeten Behandlung mit solchen Medikamenten zumindest keine akute Gefahr darstellen.

Im Übrigen bestanden (wie bei 2. dargelegt) mehrere Standardtherapien, nach deren Anwendung auch nach den Angaben des Klägers und Dr. W.s ein Rückgang der Erkrankung festzustellen war.

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

Gründe für die Zulassung der Revision nach [§ 160 Abs. 2 SGG](#) liegen nicht vor, da die Entscheidung auf gesicherter Rechtslage und tatsächlicher Einzelfallbewertung beruht, ohne dass der Senat von einem der in dieser Norm bezeichneten Gerichte abweicht.

Rechtskraft

Aus

Login

SAN

Saved

2018-03-23