

## L 4 KR 1515/06

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
LSG Baden-Württemberg  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Ulm (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 789/05  
Datum  
17.02.2006  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
L 4 KR 1515/06  
Datum  
27.06.2008  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 17. Februar 2006 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt die Erstattung der Kosten für die Behandlung seiner an Brustkrebs verstorbenen Ehefrau mit alternativer Krebstherapie (Hyperthermie).

Die am 1949 geborene Ehefrau (im Folgenden: Versicherte) war bei der Beklagten krankenversichert. Nachdem bei ihr im Dezember 1992 beidseits ein Mamma-Carcinom diagnostiziert worden war, kam es zu einer Mastektomie links und einer adjuvanten Hormontherapie. Nach erneuten Rezidiven im Juli 1995, Juli 2003 (mit Axilladisektion links), Dezember 2003 (links-axilläres Rezidiv) und einer Chemotherapie im Zeitraum Juli bis November 2003, kombiniert mit lokaler Hyperthermie, wurden im Dezember 2004 Metastasen im Bereich der linken Axilla, im Sternbereich sowie ein neuer Herd im linken Lungenunterfeld diagnostiziert. Aus diesem Grund wurde ab 10. Januar 2005 eine Chemotherapie mit einer Kombination aus Mitomycin und Navelbine begonnen (Arztbrief des Internisten Dr. D. vom 27. Januar 2005). Parallel zur Chemotherapie wurde bei der Klägerin ab 10. Januar 2005 in der Klinik St. G. in B. A. eine Behandlung mit Tiefenhyperthermie durchgeführt. Diese fand bis 28. Januar 2005, vom 14. bis 28. Februar 2005 und vom 02. bis 14. März 2005 bis zu fünf Mal wöchentlich statt (Schlussrechnungen der St. G. Hospital GmbH [Blatt 86/94 der LSG-Akte]). Im Behandlungsvertrag vom 10. Januar 2005, der von der Versicherten unterschrieben wurde, wies die Klinik St. G. die Versicherte darauf hin, dass die loco-regionale Hyperthermie keine vertragliche Leistung der Privatkassen sei, sie deshalb die Kosten für diese Behandlung, die sich auf EUR 237,12 (60 Minuten) beliefen, selbst zu tragen und keine Ansprüche gegenüber ihrer Krankenkasse auf volle oder teilweise Rückerstattung habe, sie mithin für die Kosten dieser Behandlungsmethode persönlich zahlungspflichtig sei. Mit den Rechnungen vom 24. Februar 2005 (Kosten für Hyperthermie EUR 2.708,67), 28. Februar 2005 (Kosten für ärztliche Leistungen EUR 230,71, für Hyperthermie EUR 1.986,36) und 31. März 2005 (Kosten für ärztliche Leistungen EUR 167,84, für Hyperthermie EUR 1.444,64) berechnete die St. G. Hospital GmbH nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) für in der Zeit vom 10. Januar bis 14. März 2005 durchgeführte Tiefenhyperthermiebehandlungen je Behandlung EUR 123,37, für die thermographische Untersuchung EUR 16,35 und für die punktuelle Arterien- und/oder Venenpulsschreibung EUR 5,99 (Blatt 84/94 der LSG-Akte). Darüber hinaus wurde in der Zeit vom 10. Januar bis 11. März 2005 eine unspezifische Immunmodulation mit Antioxidantien (Vitamin C, Selen und Glutathion) von Internist Dr. D. durchgeführt. Dieser traf mit der Versicherten über die genannte Behandlung Honorarvereinbarungen, in denen ausgeführt ist, dass die Leistungen auf der Grundlage der amtlichen GOÄ erfolgten und die Rechnungen von ihr (der Versicherten) zu begleichen seien, da sie gegenüber ihrer Krankenkasse keinen Anspruch auf teilweise oder volle Kostenerstattung habe (Blatt 63, 67/70, 76, 80/82 der LSG-Akte). Dr. D. stellte für diese Behandlungen in der Zeit vom 11. Januar bis 11. März 2005 mehrere Rechnungen, die die Versicherte bezahlte (Blatt 27, 59/62, 64/66, 71/73, 77/79 und 83/85 der LSG-Akte).

In der Zeit vom 22. bis 25. März 2005 wurde der letzte Zyklus der Chemotherapie mit Mitomycin und Navelbine in der Fachklinik Dr. H. in B. S. durchgeführt (Arztbericht des Dr. H. vom 14. April 2005). Parallel hierzu erfolgte dort eine Ganzkörperhyperthermiebehandlung. Die Versicherte wurde schriftlich am 22. März 2005 von der Fachklinik Dr. H. darauf hingewiesen, dass die Kostenerstattung für die von ihr (der Versicherten) gewählte Behandlung durch ihre gesetzliche Krankenkasse ggf. nicht oder nicht in vollem Umfang erfolge und sie daher die entstehenden oder verbleibenden Kosten selbst zu tragen habe. Mit Rechnung vom 30. März 2005 berechnete die Fachklinik Dr. H. für die stationäre Behandlung vom 22. bis 25. März 2005 EUR 1.016,40, wobei als Tagessatz jeweils EUR 250,00 und für Medikamente insgesamt EUR 266,40 angegeben wurden (Blatt 28 der LSG-Akte).

Bereits mit Schreiben vom 1. Februar 2005 hatte die Versicherte bei der Beklagten die Erstattung für die Hyperthermiebehandlung und die begleitende Infusionsbehandlung durch Dr. D. beantragt. Die Wirksamkeit der Behandlung sei durch Fachgutachten eindeutig nachgewiesen und werde auch in einigen Universitätskliniken praktiziert. Beigefügt waren Rechnungen des Dr. D. über ambulante Leistungen und sein Arztbrief vom 27. Januar 2005, wonach am 10. Januar 2005 eine Chemotherapie begonnen worden sei und die Versicherte die Therapie gut vertrage (Blatt 1 bis 14 der Verwaltungsakte). Mit Bescheid vom 7. Februar 2005 lehnte die Beklagte die Übernahme der Hyperthermiebehandlung ab, da Dr. D. momentan keinen gültigen Vertrag für die Erbringung dieser Leistung habe. Bei der Infusionsbehandlung handle es sich um eine sog. "IGEL-Leistung", wofür keine Kosten übernommen werden könnten. Zur Begründung des dagegen eingelegten Widerspruchs trug die Versicherte vor, mit der Infusionsbehandlung sollten die Nebenwirkungen einer Chemotherapie gemildert und eine zu große Schädigung der Abwehrkräfte verhindert werden. Die Wirksamkeit der Medikamente sei in klinischen Studien belegt worden. Die Hyperthermiebehandlung sei ärztlich angeordnet worden, wobei die Vertragsbeziehung zwischen Dr. D. und der Beklagten nicht beendet sei, sondern lediglich ruhe und ein diesbezügliches Gerichtsverfahren laufe. Sie verwies weiter auf ein Schreiben des Dr. D. vom 14. Februar 2005, wonach sich bei der Versicherten eine erneute chemotherapeutische Behandlungsbedürftigkeit ergeben habe, weshalb für das therapeutische Konzept eine Kostenübernahme bzw. Kostenbeteiligung erbeten werde. Der Widerspruchsausschuss der Beklagten wies den Widerspruch zurück (Widerspruchsbescheid vom 7. März 2005). Bei der Hyperthermiebehandlung handle es sich um eine sog. neue Behandlungsmethode. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe in seiner Sitzung am 18. Januar 2005 beschlossen, dass es sich bei der Hyperthermiebehandlung um eine nicht anerkannte Untersuchung- und Behandlungsmethode handle. Diese Leistung sei deshalb von der Krankenkasse nicht zu erbringen. Bei der Infusionsbehandlung handle es sich um eine sog. "IGEL-Leistung", die ebenfalls von der Kasse nicht übernommen werden dürfe. Hingewiesen wurde darauf, dass die Hyperthermiebehandlung in Bayern im Klinikum Großhadern in München und in der Klinik Dr. A. in Kempfenhausen im Rahmen eines Bayerischen Modells bei bestimmten Indikationen erbracht werde. Sofern bei ihr (der Versicherten) die Indikation für den Modellversuch vorliege, würde eine Kostenübernahme in einem dieser Häuser durch die Beklagte möglich sein.

Hiergegen erhob die Versicherte am 23. März 2005 beim Sozialgericht Ulm (SG) Klage, mit der sie die Erstattung der bereits entstandenen Kosten für die Hyperthermiebehandlung - ohne diese genau zu beziffern - beantragte und die Feststellung begehrte, dass die Beklagte auch in Zukunft die Kosten für eine Hyperthermiebehandlung zu übernehmen habe. Die von der Beklagten benannten Vertragshäuser böten eine Therapie bei Metastasen nicht an. Demgegenüber seien die therapeutischen Maßnahmen, die sie bei Dr. D. erhalte, medizinisch notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich. Das Klinikum Großhadern, an das sie von der Klinik Dr. A. verwiesen worden sei, habe im Übrigen mitgeteilt, dass es eine entsprechende Therapie noch nicht durchführen könne. Außerdem habe die Beklagte die von ihr (der Versicherten) durchgeführte Therapie seit nahezu 13 Jahren bezahlt. Die Rechnungen seien nach Durchführung der Therapie jeweils von der Beklagten beglichen worden.

Die Beklagte trat der Klage entgegen und verwies auf den Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005, der am 14. Mai 2005 im Bundesanzeiger (BAnz 2005, Seite 7485) veröffentlicht wurde und wonach die Hyperthermie der Anlage B der Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinien) - seit 1. April 2006 Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Methoden-Richtlinien) - angefügt worden sei. Eine Kostenübernahme der Hyperthermiebehandlung im Rahmen einer ambulanten Behandlung sei daher ausgeschlossen. Im Übrigen habe man nur einmalig im Juli 2003 eine Hyperthermiebehandlung in Höhe von EUR 1.154,64 bezahlt. Der Hinweis im Widerspruchsbescheid auf die bayerischen Vertragskrankenhäuser sei hingegen zu Unrecht erfolgt.

Mit Urteil vom 17. Februar 2006, dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 14. März 2006 zugestellt, wies das SG die Klage ab. Es führte aus, ein auf die unrechtmäßige Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheide aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt habe, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten. So liege der Fall zumindest hinsichtlich der im Januar 2005 entstandenen Kosten, da die Beklagte erstmals im Februar 2005 mit dem Leistungsbegehren befasst worden sei. Eine Selbstbindung der Beklagten durch die einmalige Übernahme der Kosten sei nicht entstanden, da die Versicherte nicht davon habe ausgehen dürfen, dass wieder eine Kostenübernahme erfolge. Auch ein Anspruch auf zukünftige Kostenübernahme bestehe nicht. Bei der Hyperthermiebehandlung handle es sich um eine neue Behandlungsmethode, für die es nicht nur an einer positiven Empfehlung des GBA fehle, sondern die dieser ausdrücklich als nicht zu Lasten der Krankenkassen erbringbar eingestuft habe. Zwar sei die genannte Änderung der Richtlinie erst am Tage nach der Veröffentlichung des Beschlusses im Bundesanzeiger, also am 15. Mai 2005 in Kraft getreten. Aufgrund des Beschlusses vom 18. Januar 2005 stehe aber fest, dass bereits bei Therapiebeginn ein überzeugender wissenschaftlicher Nachweis für einen diagnostischen oder therapeutischen Nutzen nicht vorgelegen habe. Aus diesem Grunde könne die neueste Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 6. Dezember 2005 ([BVerfGE 115, 25](#)) nicht zu einem für die Versicherte günstigeren Ergebnis führen. Diese Rechtsprechung finde nur in Bereichen Anwendung, in denen keine Empfehlung des GBA vorliege und mit einer Wirksamkeit der Behandlung zu rechnen sei. Beides sei hier nicht der Fall.

Gegen das Urteil hat die Versicherte am 27. März 2006 schriftlich Berufung beim Landessozialgericht (LSG) eingelegt. Am 23. Februar 2007 ist die Versicherte verstorben. Der Kläger führt als Rechtsnachfolger der Versicherten den Rechtsstreit fort. Das SG vertrete zu Unrecht die Auffassung, die Rechtsprechung des BVerfG verändere die Sachlage nicht. Vielmehr sei die genannte Entscheidung auch und gerade auf den streitgegenständlichen Sachverhalt übertragbar. Die Hyperthermiebehandlung habe bei ihr (der Versicherten) bewirkt, dass es ihr relativ gut gegangen sei und dass das Krebswachstum habe gestoppt werden können. Die parallel hierzu durchgeführte Chemotherapie habe dadurch zurückgefahren werden können. Im Übrigen treffe die Ansicht des SG nicht zu, die Entscheidung des BVerfG finde nur in Bereichen Anwendung, in denen keine Empfehlung des GBA vorliege und mit einer Wirksamkeit der Behandlung zu rechnen sei. Eine solche Einschränkung des Anwendungsbereichs der Entscheidung sei den Ausführungen des BVerfG nicht zu entnehmen. Auch überzeugten die Hinweise nicht, der GBA könne seine Tätigkeit insgesamt einstellen, wenn die Rechtsprechung des BVerfG ausgeweitet würde. Das BVerfG habe ausdrücklich darauf hingewiesen, dass es auch dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht fremd sei, auf die Wirksamkeit einer Behandlungsmethode im Einzelfall abzustellen. Von Dezember 2005 bis Ende März 2006 sei eine "Tablettenchemo" ambulant durchgeführt worden, die von der Beklagten bezahlt worden sei. Unter Vorlage von verschiedenen Rechnungen (Blatt 22/30, 54/94 der LSG-Akte) hat der Kläger die entstandenen Kosten auf EUR 9.458,88 beziffert und weiter ausgeführt, streitgegenständlich seien hierbei lediglich die Kosten der Hyperthermiebehandlung. Weiter hat der Kläger vorgelegt das Schreiben des Dr. H. vom 4. Juli 2007, dem u. a. die von der Versicherten unterschriebene Erklärung vom 22. März 2005 beigelegt hat, den Behandlungsvertrag mit der Klinik St. G. vom 10. Januar 2005, Honorarvereinbarungen mit der Gemeinschaftspraxis Dres. D. sowie den zwischen ihm und der Versicherten geschlossenen notariellen Erbvertrag vom 14. Juli 1998.

Der Kläger beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Ulm vom 17. Februar 2006 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 7. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. März 2005 zu verurteilen, ihm EUR 9.458,88 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält die Entscheidung des SG für zutreffend und führt zusätzlich aus, nach Auskunft der Allgemeinen Ortskrankenkasse (AOK) Hessen handle es sich bei der Fachklinik Dr. H. um kein nach [§ 108](#) des Fünften Buches des Sozialgesetzbuchs (SGB V) zugelassenes Krankenhaus und es bestehe auch kein Versorgungsvertrag. Ferner habe Dr. H. keine Zulassung zur ambulanten vertragsärztlichen Versorgung. Der Versorgungsvertrag mit der Klinik St. G. sei mit dem 31. März 2004 ausgelaufen.

Die Beteiligten haben sich mit einer Entscheidung des Senats ohne mündliche Verhandlung einverstanden erklärt.

Zur weiteren Darstellung des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf den Inhalt der von der Beklagten vorgelegten Verwaltungsakte sowie der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung des Klägers, über die der Senat im Einverständnis der Beteiligten nach [§ 151 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 124 Abs. 2](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG) ohne mündliche Verhandlung entschieden hat, ist zulässig, aber nicht begründet. Das SG hat im angefochtenen Urteil vom 17. Februar 2006 zutreffend entschieden, dass die Beklagte im Bescheid vom 7. Februar 2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 7. März 2005 die Erstattung der Kosten für die Hyperthermiebehandlungen zu Recht abgelehnt hat.

Im Berufungsverfahren begehrt der Kläger ausschließlich noch die Erstattung entstandener Kosten für die Behandlung der Versicherten. Den in der mündlichen Verhandlung beim SG am 17. Februar 2006 noch gestellten Sachleistungsantrag verfolgt er im Berufungsverfahren nicht mehr, nachdem eine Hyperthermiebehandlung letztmalig im Zeitraum vom 22. bis 25. März 2005 stattgefunden hat.

1. Die Berufung des Klägers ist jedoch bereits insofern unbegründet, als der begehrte Kostenerstattungsanspruch mehr als EUR 6.889,67 übersteigt. Denn aus den die Hyperthermiebehandlung betreffenden Rechnungen der St. G. Hospital GmbH vom 24. Februar 2005 (EUR 2.708,67, Blatt 85/87 der LSG-Akte), vom 28. Februar 2005 (EUR 1.986,36, Blatt 91/94 der LSG-Akte), vom 31. März 2005 (EUR 1.444,64, Blatt 88/90 der LSG-Akte) und der Klinik Dr. H. vom 30. März 2005 (EUR 750,00 = EUR 1.016,40 - EUR 184,86 - EUR 81,54, Blatt 28 der LSG-Akte) ergibt sich, dass für die Hyperthermie insgesamt nur EUR 6.889,67 in Rechnung gestellt wurden. Die darüber hinausgehenden Rechnungen der Gemeinschaftspraxis Dres. D. betrafen hingegen ärztliche Leistungen bzw. Medikamente und Infusionen. Dabei ist bei der Rechnung der Fachklinik Dr. H. vom 30. März 2005 (Blatt 28 der LSG-Akte) ein genauer Betrag für die Hyperthermiebehandlung nicht ausgewiesen. Der Senat geht jedoch davon aus, dass der dort genannte Tagessatz in Höhe von EUR 250,00 die Kosten der Hyperthermiebehandlung umfasst, nachdem nur die beiden Medikamente Navelbine (EUR 184,86) und Mitomycin (EUR 81,54) gesondert ausgewiesen worden sind.

2. Rechtsgrundlage des von dem Kläger als Rechtsnachfolger der Versicherten ([§ 58](#) des Ersten Buches des Sozialgesetzbuchs [SGB I]) geltend gemachten Erstattungsanspruchs ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Zweite Alternative SGB V; eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Erste Alternative SGB V steht (unstreitig) nicht in Rede.

2.1. Nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Zweite Alternative SGB V gilt: Hat die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch dem Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der Anspruch nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) reicht jedoch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Er setzt daher im Regelfall voraus, dass die selbstbeschaffte Leistung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) zu erbringen haben (vgl. Bundessozialgericht [BSG] [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#) mit weiteren Nachweisen [m.w.N.], ständige Rechtsprechung [st.Rspr.]).

Ein auf die Verweigerung der Sachleistung gestützter Erstattungsanspruch scheidet nach der Rechtsprechung des BSG, der der erkennende Senat seinerseits in ständiger Rechtsprechung folgt, aus, wenn sich der Versicherte die Leistung besorgt hat, ohne die Krankenkasse einzuschalten und ihre Entscheidung abzuwarten (vgl. BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 10](#); Urteil vom 14. Dezember 2006 - [B 1 KR 8/06 R](#) -). [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will dem Versicherten einerseits die Möglichkeit eröffnen, sich eine von der Krankenkasse geschuldete, aber als Sachleistung nicht erhältliche Behandlung selbst zu beschaffen, andererseits jedoch die Befolgung des Sachleistungsgrundsatzes dadurch absichern, dass eine Kostenerstattung nur erfolgt, wenn tatsächlich eine Versorgungslücke festgestellt wird. Diese Feststellung zu treffen, ist nicht Sache des Versicherten, sondern der Krankenkasse. Nur sie hat in der Regel einen vollständigen Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen und die vorhandenen Versorgungsstrukturen und kann mit Hilfe dieser Informationen zuverlässig beurteilen, ob die begehrte Behandlung überhaupt zu den Leistungen der Krankenversicherung gehört und wenn ja, wie sie in dem bestehenden Versorgungssystem realisiert werden kann. Eine vorherige Prüfung durch die Krankenkasse, verbunden mit der Möglichkeit einer Beratung des Versicherten, ist sachgerecht; sie liegt gerade auch im eigenen Interesse des Versicherten, weil sie ihn von dem Risiko entlastet, die Behandlungskosten gegebenenfalls selbst tragen zu müssen, wenn ein zur Erstattungspflicht führender Ausnahmetatbestand nicht vorliegt (vgl. zum Ganzen BSG [SozR 4-2500 § 13 Nr. 12](#) Randnummer [RdNr.] 10, st. Rspr.; Hauck in Peters, Handbuch der Krankenversicherung, [§ 13 RdNr. 249](#) m.w.N.).

Unter Berücksichtigung dieser Vorgaben scheidet vorliegend ein Kostenerstattungsanspruch des Klägers schon daran, dass, wie sich aus den vorgelegten Rechnungen ergibt, die Hyperthermiebehandlung in der Klinik St. G. nach der Rechnung vom 24. Februar 2005 (Blatt 86 der LSG-Akte) am 10. Januar 2005 und damit bereits vor der Antragstellung bei der Beklagten (Schreiben der Versicherten vom 1. Februar 2005) begonnen worden ist. Die Entscheidung der Beklagten erfolgte durch den Bescheid vom 7. Februar 2005. Darauf, dass die

Rechnungen für die Hyperthermiebehandlung möglicherweise erst später bezahlt worden sind, kommt es nicht an. Indem die Versicherte die Hyperthermiebehandlung in der Klinik St. G. als einzige gewünschte Behandlungsmöglichkeit ansah, war sie im Übrigen hierauf festgelegt. Dies ergibt sich für den Senat aus der mit der Klinik St. G. am 10. Januar 2005 abgeschlossenen Behandlungsvertrag. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten konnte mithin das weitere Geschehen nicht mehr wesentlich beeinflussen. Aus diesem Grund ist auch die Erstattung der nach Bescheiderlass entstandenen Kosten nicht möglich (vgl. hierzu BSG [SozR 3-2500 § 28 Nr. 6](#); [SozR 4-2500 § 13 Nr. 1](#)). War nämlich mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung das weitere Vorgehen bereits endgültig festgelegt, fehlt der erforderliche Ursachenzusammenhang zwischen der Ablehnung durch die Kasse und der Kostenbelastung des Versicherten auch für den Teil der Behandlung, der zeitlich nach dem ablehnenden Bescheid liegt (vgl. hierzu auch Hauck, am angegebenen Ort). Es kommt daher auch nicht darauf an, ob abgrenzbare Teile der Behandlung erst nach Bescheiderlass begonnen worden sind. Das Erstattungsbegehren des Klägers richtet sich im Übrigen nicht auf einzelne Behandlungen, sondern auf die Kosten der Hyperthermiebehandlung in ihrer Gesamtheit.

Dies gilt auch für die Hyperthermiebehandlung in der Fachklinik Dr. H ... Diese wurde zwar stationär durchgeführt, sodass der Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005 (BANz 2005, S. 7485), wonach die Hyperthermie (unter anderem Ganzkörperhyperthermie, regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/oder Chemotherapie) als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode eingestuft wurde, einem Kostenerstattungsanspruch nicht entgegensteht. Abgesehen davon, dass vorliegend eine ärztliche Verordnung (Einweisung) für die Behandlung in einem Krankenhaus nicht vorliegt (vgl. [§§ 39 Abs. 2, 73 Abs. 4 SGB V](#)), handelt es sich bei der Fachklinik Dr. H. um ein nicht nach [§ 108 SGB V](#) zugelassenes Krankenhaus (Schreiben des Dr. H. vom 4. Juli 2007, Blatt 36 der LSG-Akte). Die Beklagte darf jedoch Krankenhausbehandlung nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen. Des Weiteren steht der Kostenerstattung der in der Fachklinik Dr. H. durchgeführten Hyperthermiebehandlung entgegen, dass - wie bereits dargelegt - die Versicherte auf die durchgeführte Behandlung bereits festgelegt war und die Entscheidung der Beklagten vom 7. Februar 2005 nicht ursächlich hierfür war. Dies ergibt sich daraus, dass es sich bei der Chemotherapie und der begleitenden Hyperthermie in der Fachklinik Dr. H. um ein einheitliches Konzept im Hinblick auf die bereits am 10. Januar 2005 begonnene Chemotherapie mit begleitender Hyperthermie handelt. Dies entnimmt der Senat dem Arztbrief des Dr. H. vom 14. April 2005, wonach der "letzte Zyklus der Chemotherapie" durchgeführt wurde.

Es kommt auch nicht darauf an, dass die Beklagte im Juli 2003 eine Hyperthermiebehandlung gezahlt hat. Aufgrund der einmaligen Gewährung von Kostenerstattung im Juli 2003 kann der Kläger keinen Anspruch auf Kostenerstattung für Hyperthermiebehandlungen im Zeitraum von Januar bis März 2005 herleiten. Eine Selbstbindung der Verwaltung ist nach einer einmaligen Kostenerstattung nicht eingetreten.

2.2. Der Anspruch des Klägers auf Kostenerstattung der in der Klinik St. G. ambulant durchgeführten Behandlungen scheidet auch daran, dass ein Sachleistungsanspruch auf diese Behandlungen nicht bestand.

Die Leistungsansprüche der gesetzlich Krankenversicherten sind in [§ 27 Abs. 1 SGB V](#) grundlegend umschrieben. Nach [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn diese notwendig ist, um eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die ärztliche Behandlung sowie die Versorgung mit Arzneimitteln ([§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 und 3 SGB V](#)) durch zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung berechnete Behandler ([§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)). Allerdings haben die Krankenkassen nicht für jegliche Art von Behandlung aufzukommen. Ihre Leistungspflicht unterliegt vielmehr den in [§§ 2 Abs. 1 und 12 Abs. 1 SGB V](#) gesetzlich festgelegten Grenzen. Nach diesen Vorschriften müssen die Leistungen der Krankenkassen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Außerdem müssen Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen ([§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#)). Zu beachten sind schließlich auch die Regelungen des Leistungserbringerrechts (Viertes Kapitel des SGB V, [§§ 69 bis 140h SGB V](#)), insbesondere auch die Regelungen über die Qualitätssicherung, für den ambulanten Bereich insoweit das in [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) festgelegte Verbot mit Erlaubnisvorbehalt (vgl. dazu BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#); [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#)). Danach dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, wozu auch neue Krebstherapien gehören, in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkasse nur erbracht werden und gehören auch dann nur zu den den Versicherten von der Krankenkasse geschuldeten Leistungen (st. Rspr., BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#)), wenn der GBA in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V](#) Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode sowie deren medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit abgegeben hat. An die Entscheidungen des GBA sind Krankenkassen und Gerichte gebunden (BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#)). Ohne befürwortende Entscheidung des GBA kommt eine Leistungspflicht der Krankenkassen nicht in Betracht (zu alledem auch LSG Baden-Württemberg, Urteil vom 30. August 2006 - [L 5 KR 281/06](#) - und ausführlich m.w.N. Urteil vom 31. Oktober 2007 - [L 5 KR 2563/07](#) -, beide veröffentlicht in juris).

Die Behandlung in der Klinik St. G. bestand in der Anwendung einer lokalen Hyperthermie. Diese Behandlung erfolgte ambulant und nicht stationär. Denn es wurden keine Pflegesätze oder Fallpauschalen der Versicherten in Rechnung gestellt. Die Beklagte ist nicht verpflichtet, diese Therapie als ambulante Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewähren. Es fehlt an der nach [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) erforderlichen befürwortenden Entscheidung des GBA, ohne die neue Behandlungsmethoden von den gesetzlichen Krankenkassen nicht gewährt werden können. Vielmehr hat der GBA nach Anlage II Nr. 42 der BUB-Richtlinien, jetzt Methoden-Richtlinien die Hyperthermie als nicht anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethode angesehen (Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005, BANz 2005, S. 7485).

Der Erlaubnisvorbehalt des [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) ist vorliegend auch einschlägig. Die Hyperthermie neben gleichzeitiger Anwendung einer Chemotherapie ist eine Behandlungsmethode im Sinne des [§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), also eine medizinische Vorgehensweise, der ein eigenes theoretisch-wissenschaftliches Konzept zu Grunde liegt bzw. zu Grunde liegen soll, das sie von anderen Therapieverfahren unterscheidet und das ihre systematische Anwendung in der Behandlung bestimmter Krankheiten rechtfertigen soll. Ein Ausnahmefall des "Systemversagens" liegt nicht vor. Nach der Rechtsprechung des BSG ([SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#)) kann ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) statuierten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. Dann ist die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien nämlich rechtswidrig unterblieben, weshalb die Möglichkeit bestehen muss, das Anwendungsverbot erforderlichenfalls auf andere Weise zu überwinden. Dieser Fallgestaltung steht schon entgegen, dass sich der GBA mit

der streitigen Behandlungsmethode der Hyperthermie befasst hat.

2.3. Der Kläger kann sich nicht auf die neuere Rechtsprechung des BVerfG zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung berufen. In seinem Beschluss vom 6. Dezember 2005 ([BVerfGE 115, 25](#)) hat es das BVerfG für mit dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und dem Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht für vereinbar erklärt, einen gesetzlichen Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, von der Leistung einer von ihm gewählten ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Die zu einem solchen Ergebnis führende Auslegung der leistungsrechtlichen Vorschriften des Krankenversicherungsrechts sei in der extremen Situation krankheitsbedingter Lebensgefahr (im vom BVerfG entschiedenen Fall durch die Duchenne schen Muskeldystrophie) verfassungswidrig. Das BSG hat diese verfassungsgerichtlichen Vorgaben seiner neueren Rechtsprechung zugrunde gelegt und näher konkretisiert. Der Senat hat sich dem in ständiger Rechtsprechung angeschlossen. Danach (z.B. BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#); [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#)) verstößt die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige GBA diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt habe, gegen das GG, wenn folgende drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind: 1. Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vor. 2. Bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung. 3. Bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten (neuen, nicht allgemein anerkannten) Behandlungsmethode besteht eine "auf Indizien gestützte" nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Ergänzend hat das BSG im Urteil vom 7. November 2006 ([B 1 KR 24/06 R](#)) Folgendes ausgeführt: [Art. 2 GG](#) verlangt eine verfassungskonforme Auslegung nur derjenigen Normen des SGB V, die einem verfassungsrechtlich begründeten Anspruch auf eine bestimmte Versorgung der Versicherten entgegenstehen. Dagegen bleibt die Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen des SGB V für einen Leistungsanspruch auch unter Berücksichtigung der Verfassungsmäßigkeit eines abgeschlossenen Leistungskatalogs der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung unberührt (vgl. dazu BSG [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#)). Die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten sollen einerseits verhindern, dass die den Versicherten durch Gesetz eingeräumten Leistungsansprüche in einer dem Zweck des [Art. 2 GG](#) zuwiderlaufenden Weise eingeschränkt werden; so lag der Fall nach Ansicht des BVerfG in der Entscheidung vom 6. Dezember 2005. Andererseits setzen die verfassungsrechtlichen Schutzpflichten dem Leistungsbegehren der Versicherten selbst im Falle regelmäßig tödlich verlaufender Krankheiten Grenzen. Sie sollen die Versicherten in solchen Fällen auch davor bewahren, auf Kosten der gesetzlichen Krankenversicherung mit zweifelhaften Therapien behandelt zu werden, wenn auf diese Weise eine nahe liegende, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht wahrgenommen wird. Erst wenn feststeht, dass derartige nach allgemeinem Standard anerkannte Behandlungsmethoden (generell) überhaupt nicht zur Verfügung stehen oder im konkreten Einzelfall ausscheiden, weil der Versicherte diese nachgewiesenermaßen nicht verträgt, ist der vom BVerfG geforderte Bereich einer weiten, verfassungskonformen Auslegung der Vorschriften des SGB V eröffnet, in welchem auf den exakten wissenschaftlichen Nachweis des Nutzens und der Wirtschaftlichkeit einer bestimmten Behandlungsmethode verzichtet werden darf und man sich mit einem der notstandsähnlichen Situation angemessenen geringeren Wahrscheinlichkeitsmaßstab begnügen darf. Die anzuwendende Methode muss allerdings im Allgemeinen wie auch im konkret zu beurteilenden Fall überwiegend positive Wirkungen haben und es muss feststehen, dass sie "mehr nützt als schadet".

Ausgehend hiervon sind die Voraussetzungen dafür, dass die Beklagte ausnahmsweise die ambulante Behandlung mit der lokalen Hyperthermie als Sachleistung zur Verfügung zu stellen hatte, nicht gegeben.

Zwar litt die Versicherte an einer regelmäßig tödlich verlaufenden Erkrankung. Es fehlte aber an den übrigen Voraussetzungen, die nach der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG für eine Anspruchsbegründung bei grundrechtsorientierter Auslegung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung erfüllt sein müssen. So stand zur weiteren Behandlung die Chemotherapie zur Verfügung, die auch im Zeitraum vom 10. Januar bis 14. März 2005 und von Dezember 2005 bis März 2006 durchgeführt wurde. Aus dem Schreiben des Dr. D. vom 27. Januar 2005 folgt, dass die Therapie von der Versicherten gut getragen worden ist. Damit standen zur weiteren Behandlung Therapieoptionen zur Verfügung, die dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprachen und als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung auch gewährt werden. Deshalb hat die Beklagte die Kosten für die Chemotherapie, die vom Dezember 2005 bis März 2006 durchgeführt wurde, übernommen. Im Übrigen ist aus den vorliegenden Arztunterlagen nicht ersichtlich und auch nicht substantiiert dargetan, dass bei der Versicherten jedwede anerkannte Krebsbehandlung wegen Gegenindikationen oder Unverträglichkeit ausgeschlossen war. Gerade das Gegenteil ist der Fall, denn die Klägerin wurde mit der dem medizinischen Stand der Erkenntnisse entsprechenden Behandlung, hier einer Chemotherapie, versorgt.

Auch fehlt es für die Behandlung mittels Hyperthermie an einer auf Indizien gestützten, nicht ganz fern liegenden Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Was die ambulante Hyperthermie im Besonderen angeht, ist diese - wie dargelegt - durch Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005, veröffentlicht am 14. Mai 2005 (BAz 2005, S. 7485), mit Wirkung vom 15. Mai 2005 als nicht anerkannte Behandlungsmethode aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen worden. Für eine Anspruchsbegründung auf Grund grundrechtsorientierter Auslegung ist - wie ebenfalls dargelegt - nach der Rechtsprechung des BSG ([SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#)) aber regelmäßig kein Raum mehr, wenn der GBA nach nicht zu beanstandender Prüfung zu einer negativen Bewertung gelangt ist. Der Senat hat keine Anhaltspunkte dafür, dass die Prüfung, auf der der Beschluss des GBA vom 18. Januar 2005 beruht, fehlerhaft war. Sollten sich seit dem Beschluss neue Erkenntnisse zur Wirksamkeit der Hyperthermie ergeben haben, müsste der GBA erneut mit der Frage, ob die Hyperthermie eine anerkannte Behandlungsmethode ist, befasst werden. Es ist deshalb auch verfassungsrechtlich gegen den Ausschluss einer Behandlungsmethode aus dem Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nichts einzuwenden, weil nach dem maßgeblichen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse medizinische Notwendigkeit, diagnostischer und therapeutischer Nutzen sowie Wirtschaftlichkeit nicht hinreichend gesichert sind. Damit scheidet diese Behandlung jedenfalls derzeit aus der Leistungsgewährung aus. Im Übrigen kommt es nicht darauf an, dass der Beschluss des GBA erst am 18. Januar 2005 getroffen, das heißt nach Beginn der Hyperthermiebehandlung am 10. Januar 2005, und am 14. Mai 2005 veröffentlicht wurde. Denn - und hierauf hat das SG zutreffend hingewiesen - bei Beginn der Behandlung stand schon fest, dass ein überzeugender wissenschaftlicher Nachweis für einen diagnostischen oder therapeutischen Nutzen der Hyperthermie nicht vorgelegen hat.

Zwar hat das BVerfG in seiner Entscheidung vom 29. November 2007 (- [1 BvR 2496/07](#) -, in juris veröffentlicht) angedeutet, dass es entgegen der Rechtsprechung des BSG (Bezugnahme auf [SozR 4-2500 § 27 Nr. 12](#)) nicht ausgeschlossen ist, die im Beschluss des vom 6. Dezember 2005 ([BVerfGE 115, 25](#)) für eine noch nicht anerkannte, aber auch noch nicht ausdrücklich ausgeschlossene neue Behandlungsmethode aufgestellten Grundsätze auch in einem Fall anzuwenden, in welchem eine neue Behandlungsmethode bereits ausdrücklich vom GBA ausgeschlossen wurde. Die Fallkonstellation, die der Entscheidung des BVerfG vom 29. November 2007 zugrunde lag, betraf jedoch eine Hyperthermiebehandlung zur Schmerzbekämpfung. Das BVerfG hatte es insofern als noch nicht geklärt angesehen, ob der durch den GBA bewirkte Leistungsausschluss auch eine Hyperthermiebehandlung erfasst, die nicht anstelle einer konventionellen Krebstherapie, sondern simultan hierzu zur Schmerzbehandlung erbracht wird. Im vorliegenden Fall wurde jedoch die Hyperthermie in Kombination mit der Chemotherapie erbracht; diese Konstellation wird vom Leistungsausschluss des GBA vom 18. Januar 2005 ausdrücklich erfasst. Vor diesem Hintergrund besteht auch aufgrund der neueren Rechtsprechung des BVerfG vom 29. November 2007 derzeit kein Anhaltspunkt dafür, dass mittels einer Hyperthermiebehandlung eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

Die Versicherte hatte deshalb auch unter Berücksichtigung des durch [Art. 2 Abs. 1 GG](#) gewährleisteten Rechts auf körperliche Unversehrtheit keinen Anspruch auf Zurverfügungstellung der lokalen Hyperthermie in der Klinik St. G. als Sachleistung und damit auch keinen Anspruch auf Erstattung der angefallenen Kosten nach [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#).

Einem Anspruch auf Erstattung der Ganzkörperhyperthermie in der Fachklinik Dr. H. steht - wie bereits dargelegt - entgegen, dass sowohl eine ärztliche Verordnung (Einweisung) fehlt als auch die Tatsache, dass es sich bei dieser Klinik um ein nach [§ 108 SGB V](#) nicht zugelassenes Krankenhaus handelt.

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

Gründe, die Revision zuzulassen, liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2008-06-29