

L 11 KR 3814/12

Land
Baden-Württemberg
Sozialgericht
LSG Baden-Württemberg
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
11
1. Instanz
SG Freiburg (BWB)
Aktenzeichen
S 5 KR 5749/10
Datum
26.07.2012
2. Instanz
LSG Baden-Württemberg
Aktenzeichen
L 11 KR 3814/12
Datum
18.06.2013
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26.07.2012 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten für eine ambulante privatärztliche Behandlung eines Mammakarzinomrezidivs der linken Brust in Form einer Kryotherapie mit anschließender Immuntherapie in Höhe von 22.948,84 EUR in der Zeit vom 16.02. bis zum 15.04.2010.

Die 1963 geborene Klägerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Nachdem bei der Klägerin im Oktober 2007 ein multifokales Mammakarzinom der linken Brust diagnostiziert wurde, empfahl die interdisziplinäre Tumorkonferenz am 15.11.2007 der Universitätsspital B. der Klägerin als Therapie eine Mastektomie. Des Weiteren wurde der Klägerin eine Studienteilnahme an der NNBC-3-Studie angeboten und alternativ eine Chemotherapie mit sechsmal FEC angedacht. Als weitere Therapieoption wurden Herceptin nach Antrazyklinen für insgesamt ein Jahr oder eine antihormonelle Therapie mit Tamoxifen 20 mg/d für fünf Jahre aufgeführt. Die genannten Therapieoptionen wurden von der Klägerin abgelehnt. Am 13.11.2007 wurde eine Quadrantenresektion links mit Sentinel/Lymphonodektomie der linken Axilla in der Frauenklinik Rheinfelden durchgeführt.

Am 26.03.2009 wurde in einer Kernspintomographie der linken Mamma des Radiologen Dr. Sch. ein Rezidiv in Form von mehreren anreichernden Herden nicht nur links innen, sondern auch links zentral und lateral mit dringendem Verdacht auf ein multizentrisches Karzinom festgestellt.

Die Klägerin begab sich in ambulante Behandlung bei der Praxisklinik Dr. K. in M ... Im Befundbericht vom 17.02.2010 wurde nach Auswertung eines molekularen Stagings vom 16.02.2010 von Dr. K. folgender Therapieversuch unterbreitet: Eliminierung, zumindest Reduktion der lebensgefährdenden Tumorstammzellen aus der Blutbahn mit Hilfe einer immunadaptiven und targetspezifischen Therapie bestehend aus: Tyverb 500 mg einmal täglich, 8 Zyklen mit NK-Zellen, verstärkt durch Tumorschutzimpfung, sowie versuchter Kryotherapie (vgl Befundbericht vom 17.02.2010, Bl 9-16 der Verwaltungsakte). Ein weiterer Befundbericht vom 25.02.2010 von Dr. K. enthält eine quantitative Analyse der essentiellen Aminosäuren im Serum (vgl Bl 3-8 der Verwaltungsakte). Am 04.03.2010 führte Dr. K. eine kryotherapeutische Behandlung der drei Metastasen des linksseitigen Mammakarzinoms durch (Befundberichte Bl 17-22 der Verwaltungsakte). Dr. K. stellte für die diagnostische Apherese mit Rechnungsnummer 10/5679 am 16.02.2010 insgesamt 2.621,07 EUR in Rechnung. Mit weiterer Rechnung (Nr 10/5680) vom 16.02.2010 wurde ein Betrag von 153,32 EUR berechnet. Am 03.04.2010 wurde unter der Rechnungsnummer 2010190 ein Betrag von 643,37 EUR liquidiert. Unter der Rechnungsnummer 10/5712 für die Kryotherapie am 04.03.2010 wurde ein Gesamtbetrag von 6.042,54 EUR in Rechnung gestellt. Eine weitere Rechnung vom 08.03.2010 für die Therapie mit Lymphokin-Aktivierten-Killerzellen (LAK-Therapie) vom 08.03.2010 mit der Rechnungsnummer 10/5720 führt einen Betrag von 2.601,60 EUR auf. Die Rechnung mit der Nummer 10/5721 für therapeutische Heat-Shock-Protein-Vaccine (40 Ampullen) vom 08.03.2010 beziffert den Gesamtbetrag mit 5.683,74 EUR. Die Rechnung mit der Nummer 10/5739 für die LAK-Therapie am 25.03.2010 führt einen Betrag von 2.601,60 EUR auf und die Rechnung für die LAK-Therapie vom 15.04.2010 unter der Rechnungsnummer 10/5767 beziffert einen Betrag von 2.601,60 EUR.

Die Klägerin nahm nach einem Aktenvermerk auf Blatt 1 der Verwaltungsakte am 27.04.2010 telefonisch Kontakt mit der Beklagten auf und übersandte am 28.04.2010 die Befundunterlagen und Rechnungen über die ambulante Behandlung bei Dr. K. ab dem 16.02.2010 zur

Prüfung der Kostenübernahme. Nach Beiziehung der Befundberichte über die radiologische Untersuchung am 26.03.2009 (Blatt 44 der Verwaltungsakte), die Behandlung vom 15.10.2007 bis zum 13.11.2007 (Blatt 45-58 der Verwaltungsakte) sowie von der Klägerin übersandte Unterlagen (Zeitungsartikel Blatt 59-63 der Verwaltungsakte) und weitere Behandlungsunterlagen und Informationsunterlagen über die Kryotherapie von Dr. K. (Bl 64-75 der Verwaltungsakte) erstellte Dr. W. vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK) am 28.06.2010 ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage und führte darin aus, die beantragte Behandlungsmethode Kryotherapie sei weder im EBM gelistet, noch liege eine positive Stellungnahme des Gemeinsamen Bundesausschuss vor. Es handle sich somit um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB). Eine Kostenübernahme könne nicht erfolgen, da zwar eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Krankheit vorliege, jedoch bezüglich dieser Krankheit eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode zur Verfügung stehe. Die Beklagte lehnte den Antrag auf Kostenübernahme mit Bescheid vom 20.07.2010 ab.

Die Klägerin legte hiergegen am 11.08.2010 Widerspruch ein und führte zur Begründung an, dass es für sie keine schulmedizinisch akzeptable Therapie gegeben hätte. Die Amputation von zwei Brüsten und die anschließende Applikation von toxischen Placebos stelle keine sinnvolle Alternative zu der von ihr gewählten Therapie dar. Die Beklagte wies den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 14.10.2010 zurück und führte zur Begründung aus, dass Dr. K. nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen bzw. ermächtigt sei. Eine Notfallbehandlung liege nicht vor. Die Behandlung der Erkrankung der Klägerin könne auch von Vertragsärzten nach den Regeln der ärztlichen Kunst und unter Berücksichtigung des allgemein anerkannten Standes der medizinischen Erkenntnisse durchgeführt werden.

Die Klägerin hat am 11.11.2010 Klage beim Sozialgericht Freiburg (SG) erhoben und zur Klagebegründung ausgeführt, dass es für die Brustkrebserkrankung zwar schulmedizinische Behandlungsmethoden gebe, diese Behandlungsmethoden jedoch nicht zwangsläufig zum Erfolg führten und ihr zudem auch nicht eine körperliche Unversehrtheit garantierten. Eine entsprechende schulmedizinische brusterhaltende Behandlungsmethode gebe es nicht. Beim Vorliegen von drei Tumorknoten sei nach der Schulmedizin zwangsläufig eine Brustamputation durchzuführen. Hinzu komme, dass nach den von Dr. K. durchgeführten Untersuchungen die im Körper befindlichen Tumorstammzellen resistent gegen jegliche Chemotherapeutika gewesen seien. Die Kryotherapie wirke sich Studien zufolge als neue Behandlungsmethode spürbar positiv auf den Krankheitsverlauf von Krebserkrankungen aus. Sie habe die Kryotherapie zusammen mit einer Immuntherapie bis August 2010 durchgeführt. Im August 2010 habe keine Tumoraktivität mehr festgestellt werden können. Die Klägerin legte noch weitere inzwischen angefallene Rechnungen von Dr. K. vor, insbesondere Rechnungen über LAK-Therapien von Mai bis Juli 2010 (viermal 2601,60 EUR) und eine weitere Rechnung über eine nochmalige Kryotherapie am 12.08.2010 (rund 4.508,- EUR). Auch habe sie vor der Behandlung bei der Zweigstelle der Beklagten in Bad S. hinsichtlich der Kostenübernahme angefragt. Frau L. habe ihr mitgeteilt, dass keine verbindliche Aussage getroffen werden könne und die Klägerin die Kostenrechnungen zu gegebener Zeit zum Zweck der Prüfung der Kostenübernahme bei der Beklagten einreichen solle.

Auf Anforderung des SG hat die Klägerin eine Honorarvereinbarung nach § 2 GOÄ mit Dr. K. vom 16.02.2010 und eine Belehrung von Dr. K. vom 16.02.2010 eingereicht, wonach die durchgeführten Therapien in der Regel noch keine etablierte oder gängige Schulmedizin und für den Fall der verweigerten Kostenübernahme durch die Krankenversicherung die Kosten von der Klägerin selbst zu tragen seien.

Die Beklagte hat mitgeteilt, die Mitarbeiterin L. habe bestätigt, dass die Klägerin mit dem Kostenvoranschlag in die Zweigstelle gekommen sei. Sie habe ihr erklärt, dass eine Kostenübernahme nicht erfolgen könne. Auch ein zweites Gespräch der Klägerin mit dem Bezirksgeschäftsführer B. sei erfolglos gewesen. Unterlagen über die Gespräche lägen nicht mehr vor.

Mit Urteil vom 26.07.2012 hat das SG die Klage abgewiesen und zur Begründung ausgeführt, der Kostenerstattungsanspruch scheitere daran, dass die Beklagte nicht verpflichtet gewesen sei, die Behandlung der Klägerin mittels der von Dr. K. vertretenen und angewandten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu übernehmen. Eine Ausnahmesituation entsprechend dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) vom 06.12.2005 liege nicht vor, da für die Krebserkrankung im Stadium des Jahres 2009 eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode in Form der radikalen Brustoperation mit anschließender Bestrahlung und/oder Chemotherapie bestanden habe. Auch nach Prüfung des Grundrechtsschutz aus [Artikel 2 Abs 2 Grundgesetz \(GG\)](#), Schutz der körperlichen Unversehrtheit, sei darauf hinzuweisen, dass durch die Brustoperation nicht an ein gesundes, sondern in ein bereits schwer geschädigtes Körperorgan eingegriffen werde. Auch könnte eine durch die Organentfernung eintretende erhebliche Beeinträchtigung der äußeren Erscheinungsform des weiblichen Körpers durch Maßnahmen der anschließenden Brustrekonstruktion wieder, zumindest vom ästhetischen Aspekt her, weitgehend behoben werden. Das Klagebegehren der Klägerin scheitere allerdings nicht daran, dass die Klägerin die Beklagte nicht vor Beginn der Behandlung mit dem Leistungsbegehren befasst und deren Entscheidung nicht abgewartet habe. So sei nach den Angaben der Beklagten davon auszugehen, dass Frau L. der Klägerin klipp und klar erklärt habe, dass eine Kostenübernahme für die Behandlung bei Dr. K. in M. mittels neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht in Frage komme. Somit habe die Klägerin, die vor Beginn der Behandlung mit der Sachbearbeiterin der Beklagten gesprochen habe, zunächst deren eindeutige Erklärung, es würden keinerlei Kosten übernommen, abgewartet und sich erst danach die Leistung selbst beschafft. Selbst wenn sich der Sachverhalt so darstelle, dass Frau L. erklärt habe, dass die Klägerin sich ruhig erst einmal in Behandlung begeben und anschließend die Rechnung bei der Kasse vorlegen solle, stünden einer Ablehnung infolge des fehlenden Ursachenzusammenhangs zwischen Ablehnung und Selbstbeschaffung Treu und Glauben bzw. Grundsätze des sozialrechtlichen Herstellungsanspruches entgegen.

Gegen das am 08.08.2012 zugestellte Urteil richtet sich die am 05.09.2012 eingelegte Berufung der Klägerin. Die Klägerin hat zur Begründung der Berufung ausgeführt, bezüglich des Erfolgs der Behandlungsmethode sei die Frage zu stellen, ob eine brusterhaltende allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode bei Brustkrebs existiere. Dies sei im Fall der Klägerin nicht so gewesen. Bezüglich der Kryotherapie könne dabei bereits auf ein erfolgversprechende Studien verwiesen werden. Auch habe die Kryotherapie in Verbindung mit der Immuntherapie im Falle der Klägerin erfolgreich gewirkt. Selbst wenn die linke Brust mit einem Tumor befallen sei, komme dieser einen Restwert zu. Auch aus der Entscheidung des BSG vom 04.04.2006 ergebe sich kein anderes Ergebnis, da diese Entscheidung nicht auf die vorliegende Fallkonstellation übertragbar sei. Das BSG habe im dortigen Fall erklärt, dass das Prostatakarzinom zum streitgegenständlichen Zeitpunkt keine lebensbedrohliche Erkrankung dargestellt habe und deshalb eine Ausnahmesituation im Sinne der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts nicht vorgelegen habe. Bei der Klägerin habe demgegenüber, zumindest bislang, unstrittig eine lebensbedrohende Situation vorgelegen. Zudem werde die Kryotherapie auch bei anderen Krebserkrankungen, wie beispielsweise Prostatakrebs, eingesetzt.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Freiburg vom 26.07.2012 sowie den Bescheid der Beklagten vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.10.2010 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten einer ambulanten Kryotherapie einschließlich Immuntherapie auf Basis der Rechnungsstellung der Praxisklinik Dr. K. vom 16.02.2010 bis zum 15.04.2010 in Höhe von 22.948,84 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Die Beklagte hat zur Berufungserwiderung auf ihr Vorbringen in erster Instanz sowie die zutreffenden Entscheidungsgründe des angefochtenen Urteils verwiesen.

Der Senat hat den Facharzt für Frauenheilkunde Dr. D. als sachverständigen Zeugen schriftlich vernommen. Dr. D. hat am 29.01.2013 mitgeteilt, dass er die Patientin nicht kenne und diese von Dr. H. behandelt worden sei. Dr. H. hat mit Schreiben vom 12.02.2013 auf Anfrage des Senats mitgeteilt, dass er die Klägerin mehrfach in der Praxis von Dr. D. als Patientin gesehen habe. Die Klägerin habe einen eigenen Behandlungsweg gewählt, der bei Vorliegen einer Tumorerkrankung nicht dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprochen habe. Ein Vorgehen entsprechend aktueller Leitlinien und der damaligen Maßstäbe sei seines Wissens abgelehnt worden.

Dr. K. hat auf Anfrage des Senats am 24.04.2013 mitgeteilt, dass es sich bei der Kryotherapie und der sich unabhängig davon anschließenden Immuntherapie um teilstationäre Behandlungsverfahren handle. Dies bedeute, der Patient werde für jeweils mehrere Stunden klinisch aufgenommen. Er habe keine kassenärztliche Zulassung zur ambulanten oder stationären Krankenbehandlung. Es sei auch eine Honorarvereinbarung abgeschlossen worden und die Klägerin sei über die privatärztliche Abrechnung belehrt worden.

Die Beteiligten haben ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung nach [§ 124 Abs 2 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) erklärt.

Bezüglich des weiteren Vorbringens der Beteiligten und der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten beider Rechtszüge sowie die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung der Klägerin, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gemäß den [§§ 153 Abs 1, 124 Abs 2 SGG](#) ohne mündliche Verhandlung entscheiden kann, hat keinen Erfolg.

Die nach den [§§ 143, 144 Abs 1 Satz 1 Nr 1, 151 Abs 1 SGG](#) statthafte und zulässige Berufung der Klägerin ist nicht begründet. Das SG hat die Klage mit zutreffender Begründung abgewiesen. Der Bescheid vom 20.07.2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 14.10.2010 ist rechtmäßig und verletzt die Klägerin nicht in ihren Rechten, denn die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten für die privatärztliche Behandlung im Zeitraum vom 16.02.2010 bis zum 15.04.2010 in Höhe von 22.948,84 EUR.

Die Klägerin ist Mitglied der Beklagten. Nach [§ 27 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern. Nach [§ 13 Abs 1 SGB V](#) darf die Krankenkasse anstelle der Sach- oder Dienstleistung ([§ 2 Abs 2 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) - im vorliegenden Fall nicht einschlägig, weil keine Leistungen zur Teilhabe streitig sind - vorsieht. Da die Klägerin nicht nach [§ 13 Abs 2 SGB V](#) anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung gewählt hat, kommt als Anspruchsgrundlage für einen Kostenerstattungsanspruch nur [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) (idF vom 26.03.2007, [BGBl I 378](#)) in Betracht. Nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) gilt: Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war. Der danach in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht nach ständiger Rechtsprechung des BSG nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (vgl. [BSGE 79, 125 = SozR 3-2500 § 13 Nr 11](#); [BSGE 97, 190 = SozR 4-2500 § 13 Nr 12](#); [BSGE 98, 26 = SozR 4-2500 § 27 Nr 12](#)). Der Anspruch ist demgemäß gegeben, wenn die Krankenkasse die Erfüllung eines Naturalleistungsanspruchs rechtswidrig abgelehnt und der Versicherte sich die Leistung selbst beschafft hat, wenn weiterhin ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung besteht, die selbst beschaffte Leistung notwendig ist und die Selbstbeschaffung eine rechtlich wirksame Kostenbelastung des Versicherten ausgelöst hat (BSG Urteil vom 17. Dezember 2009, [B 3 KR 20/08 R](#), Breithaupt 2010, 914 mwN). Ist das Tatbestandsmerkmal der rechtswidrigen Ablehnung der begehrten Leistung zu verneinen, bedarf es keiner Entscheidung, ob der Ausschluss der Leistung aus materiellen Gründen rechtswidrig oder auch verfassungswidrig ist (zum Ganzen vgl. auch Senatsurteil vom 16.11.2010, [L 11 KR 1871/10](#), juris).

Ob einem Anspruch auf Kostenerstattung nach [§ 13 Abs 3 Satz 1 SGB V](#) bereits der Umstand entgegen steht, dass es sich bei Dr. K. um einen nicht zur ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zugelassenen Leistungserbringer nach [§ 95 SGB V](#) handelt, braucht im vorliegenden Fall nicht entschieden zu werden (vgl. zu diesem Gesichtspunkt BSG 11.09.2012, [B 1 KR 3/12 R](#), juris). Ein Kostenerstattungsanspruch besteht für den gesamten hier streitigen Zeitraum, dh vom 16.02. bis zum 15.04.2010 deshalb nicht, weil die selbst beschaffte Behandlung nicht zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben.

Nach [§ 28 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) umfasst die (ambulante) ärztliche Behandlung die Tätigkeit des Arztes, die zur Verhütung, Früherkennung und Behandlung von Krankheiten nach den Regeln der ärztlichen Kunst ausreichend und zweckmäßig ist. Insoweit entspricht die Vorgabe des [§ 28 Abs 1 Satz 1 SGB V](#) auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot des [§ 12 Abs 1 Satz 1 SGB V](#), wonach die Leistungen der Krankenkassen der GKV

ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssen. 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 Satz 2 SGB V). Qualität und Wirksamkeit der Leistungen haben dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen (§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V). Dies ist bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 135 Abs 1 Satz 1 SGB V nur dann der Fall, wenn der GBA in Richtlinien nach § 92 Abs 1 Satz 2 Nr 5 SGB V eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat.

Bei der Kryotherapie sowie der Immuntherapie handelt es sich um ambulante Behandlungen. Laut der Zeugenaussage von Dr. K. vom 24.04.2013 werden die Patienten jeweils für mehrere Stunden klinisch aufgenommen. Es sind jedoch keine Anhaltspunkte ersichtlich, dass die Patienten physisch und organisatorisch in das spezielle Versorgungssystem eines Krankenhauses (teil-)eingegliedert sind (Wagner in Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung Kommentar, § 39 SGB V, RdNr 8). Dies ergibt sich auch aus den vorgelegten Rechnungen über die Kryotherapie am 04.03.2010 (Blatt 29 der Verwaltungsakte) sowie über die LAK-Therapie am 08.03.2010, am 25.03.2010 sowie am 15.04.2010 (Blatt 33 bis 37 der Verwaltungsakte). Darin werden für die Kryotherapie 34,97 Euro unter dem Rechnungsposten Beobachtung und Betreuung nach der Nr 448 der GOÄ abgerechnet. Darunter ist die Beobachtung und Betreuung eines Kranken über mehr als zwei Stunden während der Aufwach- und/oder Erholungszeit bis zum Eintritt der Transportfähigkeit nach zuschlagsberechtigten ambulanten operativen Leistungen bei Durchführung unter zuschlagsberechtigten ambulanten Anästhesien bzw Narkosen erfasst. Es liegt somit eine ambulante Behandlung vor. Auch den Rechnungen über die LAK-Therapie sind keine Rechnungsposten zu entnehmen, die die Inanspruchnahme des Versorgungssystem eines Krankenhauses erfassen

Die von Dr. K. angewandte Behandlung besteht nach dessen eigener Einschätzung in dem Versuch der Eliminierung, zumindest Reduktion der lebensgefährdenden Tumor-Stammzellen aus der Blutbahn mit Hilfe einer immunadaptiven und targetspezifischen Therapie, bestehend aus Tyverb 1x täglich, 8 Zyklen mit NK-Zellen (natürlichen Killerzellen; im konkreten Fall: dendritischen und Lymphokin-Aktivierten-Killerzellen (LAK-Zellen), verstärkt durch Tumor-Schutzimpfung (Heat-Shock-Protein-Vaccine) sowie den Versuch der Kryotherapie (Befundbericht vom 17.02.2010, Blatt 9 bis 14 der Verwaltungsakte). Dabei handelt es sich um einen Behandlungsansatz, dessen Erstattungsfähigkeit nach dem therapeutischen Gesamtkonzept des behandelnden Arztes zu beurteilen ist und nicht nach einzelnen medizinischen Maßnahmen (BSG 16.09.1997, 1 RK 28/95, SozR 3-2500 § 135 Nr 4; vgl auch Urteil des erkennenden Senats vom 15.05.2012, L 11 KR 5817, Juris, RdNr 42). Es kommt also nicht darauf an, ob einzelne Behandlungsmaßnahmen unter bestimmten Voraussetzungen für sich genommen zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehören. Bei dem von Dr. K. praktizierten Therapieansatz handelt es sich - zumindest in Bezug auf die Behandlung eines Mammakarzinoms - um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für die keine positive Empfehlung des Gemeinsamen Bundesausschusses vorliegt. Dies hat das SG im angefochtenen Urteil zutreffend entschieden. Der Senat schließt sich dieser Auffassung an und nimmt insoweit auf das Urteil des SG Bezug (§ 153 Abs 2 SGG).

Ein Ausnahmefall, in dem es keiner positiven Empfehlung des GBA bedarf, ist nicht ersichtlich. Ein Systemversagen wegen verzögerter Bearbeitung eines Antrags auf Empfehlung einer neuen Methode (vgl dazu BSG 07.11.2006, B 1 KR 24/06 R, SozR 4-2500 § 27 Nr 12) liegt nicht vor, da ein entsprechender Antrag bislang noch nicht gestellt wurde. Auch ein Seltenheitsfall ist nicht gegeben. Voraussetzung wäre ein singulärer Krankheitsfall, so dass generelle wissenschaftliche Aussagen zur Therapie der Krankheit infolge der geringen Zahl an Patienten so gut wie ausgeschlossen sind (BSG 19.10.2004, B 1 KR 27/02 R, SozR 4-2500 § 27 Nr 1). Brustkrebs ist jedoch eine häufige Krebsart und somit keine seltene Erkrankung.

Ebenfalls zutreffend hat das SG entschieden, dass sich ein Kostenerstattungsanspruch auch nicht aus einer grundrechtsorientierten Auslegung des Leistungsrechts der gesetzlichen Krankenversicherung ergibt. Mit Beschluss vom 06.12.2005 (1 BvR 347/98, SozR 4200 § 27 Nr 5) hat das BVerfG entschieden, dass es mit den Grundrechten aus Art 2 Abs 1 Grundgesetz (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art 2 Abs 2 Satz 1 GG nicht vereinbar ist, einen gesetzlich 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 entfernte liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Der Gesetzgeber hat diese Rechtsprechung inzwischen mit dem seit 01.01.2012 geltenden § 2 Abs 1a SGB V kodifiziert.

Die Brustkrebserkrankung der Klägerin stellt zwar eine lebensbedrohliche Erkrankung iS der Rspr des BVerfG bzw des § 2 Abs 1a SGB V dar. Für die Therapie dieser Erkrankung stand jedoch bereits in den Jahren 2009 und 2010 eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung. Dies entnimmt der Senat der interdisziplinären S3-Leitlinie (Langfassung) für die Diagnostik, Therapie und Nachsorge des Mammakarzinoms der AWMF (Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V.), Deutschen Krebsgesellschaft e.V. und der Deutschen Krebshilfe e.V. Bezug (www.awmf.org/Leitlinien). Danach wird bei einem multizentrischem Karzinom eine modifiziert radikale Mastektomie empfohlen (S3-Leitlinie Brustkrebs, S. 83), da in diesem Fall wegen der Tumorgößenausdehnung und dem hierdurch erhöhten Rezidivrisiko ein brusterhaltendes Vorgehen nicht möglich ist (S3-Leitlinie Brustkrebs S. 80). Nach dem radiologischen Befund vom 26.03.2009 (Blatt 44 der Verwaltungsakte) lag bei der Klägerin ein dringender Verdacht auf ein solches multizentrisches Karzinom vor. Aufgrund der medizinischen Befundlage stand somit die Mastektomie als nach den Leitlinien empfohlene Behandlungsmethode zur Verfügung. Die von Dr. K. vorgenommenen Behandlungen waren deshalb nach den allgemein anerkannten Regeln der ärztlichen Kunst nicht notwendig.

Die Entscheidung der Klägerin, eine bestimmte Behandlungsmethode - hier: Mastektomie - nicht anzuwenden, ist im Hinblick auf den damit verbundenen Eingriff in ihre körperliche und seelische Integrität zu respektieren. Die Klägerin ist nicht verpflichtet, die Operation vornehmen zu lassen. Daraus folgt aber noch nicht, dass die von ihr gewählte Behandlungsalternative von der Krankenkasse zu vergüten ist. Auch nach der Rspr des BVerfG ist es verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, dass die gesetzliche Krankenversicherung den Versicherten Leistungen nach Maßgabe eines allgemeinen Leistungskatalogs (§ 11 SGB V) nur unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots (§ 12 SGB V) zur Verfügung stellt. Der Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung darf auch von finanzwirtschaftlichen Erwägungen mitbestimmt sein. Im Gesundheitswesen hat der Kostenaspekt für gesetzgeberische Entscheidungen sogar erhebliches Gewicht (BVerfG 06.12.2005, aaO, mwN). Die Mastektomie stellt nach dem Karzinombefund im Fall der Klägerin die nach den medizinischen Standards empfohlene Methode und Systemleistung dar, da eine brusterhaltende Therapie nach den Richtlinie nach der Tumorgöße und der

Rezidivgefahr nicht ausreichend ist. Nimmt die Klägerin diese Systemleistung aus eigener Entscheidung nicht in Anspruch, so kann sie nicht die Erstattung der Kosten der Alternativbehandlung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung verlangen. Der Wunsch nach einer bestimmten Behandlungsmethode, so verständlich er im Einzelfall auch sein mag, findet deshalb eine Grenze im Wirtschaftlichkeitsgebot. Danach können Versicherte solche Leistungen, die nicht notwendig sind, nicht beanspruchen ([§ 12 Abs 1 Satz 2 SGB V](#)).

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

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

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2013-06-26