

L 5 KR 2699/16

Land

Baden-Württemberg

Sozialgericht

LSG Baden-Württemberg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

5

1. Instanz

SG Freiburg (BWB)

Aktenzeichen

S 11 KR 856/15

Datum

22.06.2016

2. Instanz

LSG Baden-Württemberg

Aktenzeichen

L 5 KR 2699/16

Datum

22.02.2017

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 22.06.2016 wird zurückgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten steht die Verpflichtung der Beklagten zur Erstattung der Kosten einer in der Sch. durchgeführten stationären Krankenhausbehandlung im Streit.

Der Kläger ist der Witwer der 1957 geborenen und 2015 verstorbenen M. K. (Versicherte). Diese war bei der Beklagten im Jahr 2014 krankenversichert. Der Kläger hatte zur Zeit des Todes der Versicherten mit dieser in einem gemeinsamen Haushalt gelebt.

Bei der Versicherten wurde im Mai 2011 ein Plattenepithelkarzinom der Schilddrüse (mit nachfolgender Hemithyreoidektomie) und im April 2012 ein Plattenepithelkarzinom der Lunge (rechter Unterlappen) diagnostiziert, worauf eine Unterlappenresektion und eine Lymphadenektomie erfolgte. Im September 2013 wurden eine tumoröse Raumforderung der rechten Niere und des rechten Lungenoberlappens und Metastasen im Bereich des linken Lungenunterlappens festgestellt. Es erfolgte eine Tumornephrektomie rechts. Ab November 2013 wurden eine progrediente pulmonale Metastasierung und zusätzlich Knochenmetastasen BWK 10, LWK 2, rechtes Os Ischii sowie dem rechten proximalen Femur diagnostiziert. Im Dezember 2013/Januar 2014 erfolgte eine Radiatio-Therapie und sodann bis Juli 2014 eine palliative Chemotherapie.

Am 30.09.2014 beantragte die Versicherte bei der Beklagten die Übernahme der Kosten einer für die Zeit vom 02.10.2014 bis voraussichtlich 16.10.2014 vorgesehenen stationären Behandlung in der C. S. C. in O., Sch ... Zu dem Antrag gab die Versicherte an, sie leide unter einem Plattenepithelkarzinom der Lunge mit Metastasierung. Grund für die beantragte Behandlung sei eine unterstützende Therapie bei konsumierender Erkrankung. Dem Antrag war eine Bestätigung der Klinik beigelegt, wonach diese eine homöopathische Behandlung durchführe. In der Klinik würden u.a. Krebspatienten, die eine Stimulation des Immunsystems vor und nach einer Strahlen- und Chemotherapie benötigten, behandelt. Man habe beobachtet, dass bei homöopathisch behandelten Patienten eine bessere Wirkung auf die traditionelle onkologische Therapie und weniger Nebenwirkungen festzustellen seien.

Ohne die Entscheidung der Beklagten abzuwarten, erfolgte im Zeitraum vom 02.10.2014 bis 14.10.2014 die stationäre Behandlung der Versicherten in der C. S. C. in O., Sch ...

Mit Bescheid vom 29.10.2014 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab. Bei der Klinik handele es sich um eine Privatklinik, die über keine Kassenzulassung in der Sch. verfüge.

Zur Begründung des gegen diesen Bescheid am 21.11.2014 eingelegten Widerspruchs ließ die Versicherte vortragen, in der Sch. gebe es kein System der Kassenzulassung. Eine Kassenzulassung sei deshalb auch nicht erforderlich. Die Klinik sei im Übrigen auch in schulmedizinischen Kreisen bekannt und unterstütze die schulmedizinische Krebsbehandlung. Außerdem wurden von der Versicherten bezahlte Rechnungen der Klinik vom 12.10., 13.10. und 14.10.2010 über 1100,00 CHF, 3767,60 CHF und 1880,00 CHF vorgelegt.

Die Beklagte erbat daraufhin eine Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Baden-Württemberg (MDK). In seiner gutachterlichen Stellungnahme vom 05.02.2015 gab Dr. E. an, dass aus sozialmedizinischer Sicht die Erforderlichkeit der Behandlung in der

Sch. nicht nachvollzogen werden könne. Auch in Deutschland gebe es Kliniken, die homöopathische Medizin anböten und zugelassen seien. Zu nennen sei etwa die F. in F ... Außerdem sei auf das P. in Bad L. hinzuweisen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 09.02.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Krankenhausleistungen könnten in Staaten, in denen die Verordnung (EWG) 1408/71 anzuwenden sei, nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung dürfe nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung der Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner im Inland nicht erlangt werden könne. Der MDK habe festgestellt, dass eine homöopathische Behandlung auch im Inland angeboten werden könne, weshalb eine Kostenerstattung ausscheide.

Hiergegen richtete sich die am 25.02.2015 zum Sozialgericht Freiburg (SG) erhobene Klage. Die Kosten einer Behandlung in Deutschland hätten voraussichtlich über denen gelegen, die in der Sch. entstanden seien. Die Kostenerstattung mit der Begründung, die Behandlung habe im Ausland stattgefunden, abzulehnen, widerspreche logischen Grundsätzen. Auch wenn es in Deutschland Kliniken gebe, die homöopathische Behandlung anböten, müssten Kosten doch in der Höhe getragen werden, wie sie bei einer Behandlung in Deutschland angefallen wären. Im Übrigen habe es die Beklagte vor der Aufnahme der Behandlung in der Sch. versäumt, darauf hinzuweisen, dass eine entsprechende Behandlung auch in Deutschland - rechtzeitig - durchgeführt werden könne. Außerdem sei sie, die Versicherte, zum Zeitpunkt der stationären Behandlung lebensbedrohlich erkrankt gewesen, weshalb ihr ein langwieriges Verwaltungsverfahren nicht zumutbar gewesen sei. Schließlich habe die Beklagte das ihr eingeräumte Ermessen nicht ausgeübt.

Die Beklagte trat der Klage entgegen. Im Inland hätten entsprechende Kliniken zur Verfügung gestanden. Auch habe die Versicherte die Zustimmung der Krankenkasse vor Beginn der stationären Behandlung in der Sch. nicht abgewartet. Aus den vorliegenden Unterlagen ergebe sich auch nicht, dass es sich bei der beantragten Behandlung um eine unaufschiebbare Leistung gehandelt habe, die einen sofortigen Behandlungsbeginn erfordert und eine vorherige Entscheidung der Krankenkasse ausgeschlossen habe. Die Chemotherapie sei bereits im Juli 2014 erfolgt. Warum zum Zeitpunkt der Aufnahme der stationären Behandlung in der Sch. am 02.10.2014 die Notwendigkeit zur sofortigen Behandlung bestanden habe, lasse sich nicht nachvollziehen.

Mit Gerichtsbescheid vom 22.06.2016 wies das SG die Klage ab. Nach [§ 13 Abs. 1](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V) dürfe die Krankenkasse anstelle von Sach- oder Dienstleistungen ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) Kosten nur erstatten, soweit es dieses oder das 9. Buch vorsehe. Da bezüglich der stationären Krankenhausbehandlung ([§ 39 SGB V](#)) eine abweichende Regelung nicht bestehe, sei diese im Rahmen des Sachleistungsprinzips zu gewähren. Versicherte seien nach [§ 13 Abs. 4 Satz 1 SGB V](#) jedoch berechtigt, auch Leistungserbringer in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Sch. anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen, es sei denn, Behandlungen für diesen Personenkreis im anderen Staat seien auf der Grundlage eines Pauschbetrags zu erstatten oder unterlägen aufgrund eines vereinbarten Erstattungsverzichts nicht der Erstattung. Nach [§ 13 Abs. 5 Satz 1 SGB V](#) könnten abweichend von [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) in einem anderen Mitgliedstaat der Europäischen Union, einem anderen Vertragsstaat des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum oder der Sch. Krankenhausleistungen nach [§ 39 SGB V](#) nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkasse in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung dürfe nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden könne ([§ 13 Abs. 5 Satz 2 SGB V](#)). Die danach für einen Anspruch auf Erstattung der Kosten einer stationären Krankenhausbehandlung in der Sch. bestehenden Voraussetzungen lägen nicht vor. Es fehle an der vorherigen Zustimmung der Krankenkasse. Das Zustimmungserfordernis gelte für den Regelfall, in dem sich ein Versicherter - wie vorliegend - zur Krankenhausbehandlung ins Ausland begeben. Vom Zustimmungserfordernis sei nur in einem atypischen Fall abzugehen, wenn ein Versicherter unvorhergesehen in einem in [§ 13 Abs. 5 SGB V](#) genannten ausländischen Staat erkrankte und er gehindert sei, vor Inanspruchnahme der Krankenhausbehandlung die grundsätzlich erforderliche Zustimmung der Krankenkasse einzuholen. Im Übrigen bestünden für die Richtigkeit der Behauptung, vor Inanspruchnahme der Behandlung in der Sch. habe die Entscheidung der Beklagten wegen der erforderlichen Zustimmung nicht abgewartet werden können, keine Anhaltspunkte. Selbst wenn der Beginn der Behandlung am 02.10.2014 dringlich und unaufschiebbar gewesen sein sollte, lasse sich nicht nachvollziehen, warum die Zustimmung erst am 30.09.2014 beantragt und der Beklagten damit keine Gelegenheit gegeben worden sei, eine vorherige Prüfung und Entscheidung durchzuführen. Schließlich sei auch zu berücksichtigen, dass nach den Feststellungen des MDK eine homöopathische Behandlung auch in zugelassenen Krankenhäusern im Geltungsbereich des SGB V hätte gewährt werden können.

Der Gerichtsbescheid wurde dem Bevollmächtigten des Klägers am 27.06.2016 mittels Empfangsbekenntnis zugestellt.

Hiergegen richtet sich die am 21.07.2016 zum Landessozialgericht Baden-Württemberg (LSG) erhobene Berufung des Klägers, die nicht begründet wurde.

Der Kläger beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Freiburg vom 22.06.2016 sowie den Bescheid der Beklagte vom 29.10.2014 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 09.02.2015 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen 6.747,60 CHF zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält den angefochtenen Gerichtsbescheid für zutreffend und bekräftigt ihr bisheriges Vorbringen.

Die Beteiligten haben übereinstimmend ihr Einverständnis mit einer Entscheidung ohne mündliche Verhandlung erklärt.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sachverhalts und des Vorbringens der Beteiligten wird auf deren Schriftsätze sowie die Akten der Beklagten, des SG und des Senats Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung des Klägers, über die der Senat mit dem Einverständnis der Beteiligten gem. [§§ 153 Abs. 1, 124 Abs. 2](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) ohne mündliche Verhandlung entscheidet, ist gemäß [§§ 143, 144 SGG](#) statthaft; der Beschwerdewert des [§ 144 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGG](#) (750 EUR) ist überschritten. Der Kläger begehrt die Erstattung von Behandlungskosten mit einem Betrag, der den Beschwerdewert jedenfalls (weit) übersteigt. Die Berufung ist form- und fristgerecht eingelegt und daher auch sonst zulässig ([§ 151 SGG](#)). Der Kläger macht den Erstattungsanspruch zulässigerweise mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage geltend ([§ 54 Abs. 1 und 4 SGG](#)). Er ist hierfür gemäß [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1](#) Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) als Sonderrechtsnachfolger der Versicherten (als mit ihr zur Zeit ihres Todes in einem gemeinsamen Haushalt lebender Ehegatte) prozessführungsbefugt. Da der Erstattungsanspruch über mehrere Zeitabschnitte (12 Tage) selbst beschaffte Leistungen zum Gegenstand hat, stellt er (in jedem Fall) einen Anspruch auf laufende Geldleistungen i.S.d. [§ 56 Abs. 1 Satz 1 Nr. 1 SGB I](#) dar (dazu Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 03.07.2012, - [B 1 KR 6/11 R](#) -, in juris).

Die Berufung ist jedoch nicht begründet.

Gemäß [§§ 30 Abs. 1, 37 Satz 1 SGB I](#) finden für die in Deutschland wohnhafte und hier krankenversicherte Versicherte in Bezug auf die Frage, welche Sozialleistungen ihr wegen Krankheit zustehen, die Vorschriften des SGB V Anwendung. Der vorübergehende Aufenthalt der Versicherten in der Sch. ändert nichts an ihrer Mitgliedschaft bei der beklagten Krankenkasse. Das SGB V sieht eine Leistungspflicht der Krankenkassen bei einer im Ausland stattfindenden Krankenbehandlung aber nur ausnahmsweise vor. Der Anspruch auf Leistungen generell und speziell auf Krankenbehandlung ([§ 27 SGB V](#)) ruht gemäß [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), solange Versicherte sich im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit im SGB V nichts Abweichendes bestimmt ist.

Rechtsgrundlage des vom Kläger geltend gemachten Erstattungsanspruchs ist [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#). Die Vorschrift bestimmt: 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. Das Gesetz sieht damit in Ergänzung des Sachleistungssystems der GKV ([§ 2 Abs. 2 Satz 1 SGB V](#)) ausnahmsweise Kostenerstattung vor, wenn der Versicherte sich eine Leistung auf eigene Kosten selbst beschaffen musste, weil sie von der Krankenkasse als Sachleistung wegen eines Mangels im Versorgungssystem nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt worden ist (vgl. etwa Bundessozialgericht (BSG), Urteil vom 02.11.2007, - [B 1 KR 14/07 R](#) -; Urteil vom 14.12.2006, - [B 1 KR 8/06 R](#) -, beide in juris). Der Kostenerstattungsanspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) (1. und 2. Alt.) SGB V reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse (etwa auf Krankenbehandlung nach [§ 27 SGB V](#)). Die Krankenkasse muss Aufwendungen des Versicherten nur erstatten, wenn die selbst beschaffte Leistung (nach Maßgabe des im Zeitpunkt der Leistungserbringung geltenden Rechts, BSG, Urteil vom 08.03.1995, - [1 RK 8/94](#) -, in juris) ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistung zu erbringen ist oder nur deswegen nicht erbracht werden kann, weil ein Systemversagen die Erfüllung des Leistungsanspruchs im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Die Selbstbeschaffung der Leistung muss außerdem zu einer (zivil-)rechtlich wirksamen Kostenlast des Versicherten geführt haben. Daran kann es insbesondere bei Verstößen gegen das einschlägige öffentlich-rechtliche Preisrecht fehlen (vgl. etwa BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - zur Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) und zum Preisrecht für Krankenhausleistungen; auch etwa jurisPK-SGB V Schlegel/Voelzke, § 33 Rdnr. 49).

Der regelmäßig im Vordergrund stehende Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V (rechtswidrige Leistungsablehnung) setzt die rechtswidrige Ablehnung der Leistung durch die Krankenkasse und außerdem einen Ursachenzusammenhang zwischen der rechtswidrigen Leistungsablehnung und der dem Versicherten durch die Selbstbeschaffung der Leistung entstandenen Kostenlast voraus. Dieser Ursachenzusammenhang fehlt, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme bzw. Beschaffung der Leistung mit dem Leistungsbegehren nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 30.06.2009, - [B 1 KR 5/09 R](#) -, in juris; vgl. auch [§ 19 Abs. 1 Satz 1 SGB IV](#) sowie ab 01.01.2013 die Beschleunigungsvorschrift in [§ 13 Abs. 3a SGB V](#)) oder wenn der Versicherte sich unabhängig davon, wie die Entscheidung der Krankenkasse ausfällt, von vornherein auf eine bestimmte Art der Krankenbehandlung durch einen bestimmten Leistungserbringer festgelegt hat und fest entschlossen ist, sich die Leistung selbst dann zu beschaffen, wenn die Krankenkasse den Antrag ablehnen sollte. Das mit einer Entscheidung der Krankenkasse abzuschließende Verwaltungsverfahren stellt weder einen "Formalismus" in dem Sinne dar, dass es ganz entbehrlich ist, noch in dem Sinne, dass es zwar durchlaufen werden muss, aber der Versicherte nicht gehalten ist, die Entscheidung der Krankenkasse in seine eigene Entscheidung inhaltlich einzubeziehen, sondern den Abschluss des Verwaltungsverfahrens nur "formal" abwarten muss, jedoch schon vorbereitende Schritte einleiten darf, die Ausdruck seiner Entschlossenheit sind, sich die Leistung in jedem Fall endgültig zu verschaffen. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. 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 GKV 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 Ausnahmestatbestand nicht vorliegt (so: BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Dem steht nicht entgegen, dass [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 2. Alt. SGB V nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG; Beschluss vom 19.03.2009, - [1 BvR 316/09](#) -, in juris) nicht in der Weise ausgelegt werden darf, dass er für einen bestehenden Leistungsanspruch die Funktion eines anspruchvernichtenden Tatbestands entwickelt. Der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V (unaufschiebbare Leistung) setzt voraus, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist. Es kommt nicht (mehr) darauf an, ob es dem Versicherten - aus medizinischen oder anderen Gründen - nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten; die gegenteilige Rechtsprechung hat das BSG im Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris) aufgegeben.

Unaufschiebbar kann auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn der Versicherte mit der Ausführung so lange wartet, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, um den mit ihr angestrebten Erfolg noch zu erreichen oder um sicherzustellen, dass er noch innerhalb eines therapeutischen Zeitfensters die benötigte Behandlung erhalten wird. Dies gilt umso mehr, wenn der Beschaffungsvorgang aus der Natur der Sache heraus eines längeren zeitlichen Vorlaufs bedarf und der Zeitpunkt der Entscheidung der Krankenkasse nicht abzusehen ist. [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V erfasst auch die Fälle, in denen der Versicherte zunächst einen Antrag bei der Krankenkasse stellte, aber wegen Unaufschiebbarkeit deren Entscheidung nicht mehr abwarten konnte (BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) - m.w.N., in juris). Liegt hingegen nicht nur ein Eilfall in diesem Sinne, sondern (sogar) ein (medizinischer) Notfall i.S.d. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor, muss also ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden, ist der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V nicht einschlägig, sondern ausgeschlossen. Der Leistungserbringer erhält seine Vergütung für Notfalleleistungen nicht vom (erstattungsberechtigten) Versicherten, sondern bei ambulanter Leistungserbringung von der Kassenärztlichen Vereinigung (aus der Gesamtvergütung, [§ 85 SGB V](#)) und bei stationärer Leistungserbringung von der Krankenkasse. Der Erstattungstatbestand des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V kann daher (gerade) auch dann erfüllt sein, wenn zwischen der erstmaligen Anfrage des Versicherten bei einem Behandler, einer etwaigen Voruntersuchung und dem eigentlichen Behandlungsbeginn längere (Warte-)Zeiten, ggf. auch mehrere Wochen, verstreichen (auch dazu: BSG, Urteil vom 08.09.2015, - [B 1 KR 14/14 R](#) -, in juris).

Eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) 1. Alt. SGB V lag nicht vor. Aus der Tatsache, dass zwischen dem Ende der Chemotherapie und dem Aufnahmetag mehr als zwei Monate liegen, folgt, dass es sich um keine unaufschiebbare Maßnahme handelt. Allein das Vorliegen eines metastasierenden Karzinoms genügt hierfür nicht. Zudem liegt die von [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V](#) geforderte Kausalität zwischen der ablehnenden Entscheidung der Beklagten und den aufgewandten Kosten nicht vor. Die Versicherte hatte sich mit der Aufnahme in der Klinik spätestens am 02.10.2014 auf die stationäre Maßnahme in der Sch. festgelegt. Damit aber ist die Ablehnung der Beklagten vom 29.10.2014 schon nicht wesentliche Ursache der Selbstbeschaffung (Brandts, in Kasseler Kommentar, § 13 Rdnr 91 mwN).

Ein Erstattungsanspruch ist auch nicht nach [§ 13 Abs. 4](#) und 5 SGB V gegeben. Nach [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) sind Versicherte berechtigt, auch Leistungserbringer in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, anstelle der Sach- oder Dienstleistung im Wege der Kostenerstattung in Anspruch zu nehmen. Es dürfen nur solche Leistungserbringer in Anspruch genommen werden, bei denen die Bedingungen des Zugangs und der Ausübung des Berufes Gegenstand einer Richtlinie der Europäischen Gemeinschaft sind oder die im jeweiligen nationalen System der Krankenversicherung des Aufenthaltsstaates zur Versorgung der Versicherten berechtigt sind. Abweichend von Absatz 4 können nach [§ 13 Abs. 5 SGB V](#), der im Verhältnis zu [§ 13 Abs. 4 SGB V](#) lex specialis ist (Helbig, in Juris-PK, § 13 RN. 84), in anderen Staaten, in denen die Verordnung (EWG) Nr. 1408/71 des Rates vom 14.06.1971 zur Anwendung der Systeme der sozialen Sicherheit auf Arbeitnehmer und deren Familien, die innerhalb der Gemeinschaft zu- und abwandern (ABI EG Nr. L 149 S. 2), in ihrer jeweils geltenden Fassung anzuwenden ist, Krankenhausleistungen nach [§ 39 SGB V](#) jedoch nur nach vorheriger Zustimmung durch die Krankenkassen in Anspruch genommen werden. Die Zustimmung darf nur versagt werden, wenn die gleiche oder eine für den Versicherten ebenso wirksame, dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit rechtzeitig bei einem Vertragspartner der Krankenkasse im Inland erlangt werden kann.

Diese Voraussetzungen liegen hier nicht vor. Die Beklagte hat der Versicherten keine Zustimmung für die stationäre Maßnahme in der Sch. erteilt. Zur Überzeugung des Senats hätte diese im Übrigen auch nicht erteilt werden müssen. Der MDK teilte in seiner Stellungnahme vom 05.02.2015 mit, dass die medizinische Notwendigkeit einer homöopathischen Behandlung in der Sch. sozialmedizinisch nicht bestätigt werden kann. Eine ganzheitliche homöopathische Therapie ist auch im Inland möglich. Der Verband der anthroposophischen Kliniken hat eine Liste von Akutkrankenhäusern, Krankenhäusern mit Abteilungen für Innere Medizin, Fachkliniken für Psychiatrie und Neurologie, Psychosomatik und psychotherapeutische Medizin sowie Rehabilitations- und Kur-Kliniken mit anthroposophischem Ansatz veröffentlicht. Insoweit bieten in Baden-Württemberg unter anderem die F. (Akut- und Ganzheitsmedizin in 7 F.-B.), das P.-Zentrum (in 7 Bad-L.-U.), das Klinikum H. (in 8 H.) sowie das S. (Reha-Klinik für Psychosomatik und anthroposophisch erweiterte Heilkunde in 7 B.) ganzheitliche Therapieansätze. Die Stellungnahme des MDK vom 05.02.2015, wonach die medizinische Notwendigkeit einer homöopathischen Behandlung in der Sch. sozialmedizinisch nicht bestätigt werden kann, ist daher nachvollziehbar. Eine ganzheitliche homöopathische Therapie ist auch im Inland möglich.

Der Gerichtsbescheid des SG ist daher nicht zu beanstanden.

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

Die Revision wird nicht zugelassen, da Gründe für die Zulassung nicht vorliegen ([§ 160 Abs. 2 Nr. 1 und 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2017-02-24