

## L 4 KR 60/05

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG Nürnberg (FSB)  
Aktenzeichen  
S 11 KR 411/03  
Datum  
10.02.2005  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 60/05  
Datum  
21.11.2005  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Beschluss

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 10. Februar 2005 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I.

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von Kosten stationär erbrachter medizinischer Leistungen in der H.klinik, Bad M. , die in Höhe von 4.150,50 EUR für den am 23.04.2001 verstorbenen und bei der Beklagten versicherten Ehemann und Vater der Kläger angefallen sind.

Dieser hatte sich aufgrund seiner schweren Tumorerkrankung zu Lasten der Beklagten in besagter Klinik im Frühjahr 2003 einer intensiven immunbiologischen Therapie mit Infusionen und Eigenblutbehandlung einschließlich psychologischer Betreuung unterzogen. Bei der Entlassung am 11.03.2003 war vom leitenden Arzt Dr.W. vorgeschlagen worden, in etwa einem halben Jahr dort erneut eine intensive immunbiologische Therapie durchzuführen. Dies als stationäre medizinische Rehabilitationsleistung durchzuführen, beantragte der Versicherte mit entsprechender Bescheinigung seines behandelnden Arztes am 11.07.2003 bei der Beklagten. Nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen - MDK -, der die medizinischen Voraussetzungen für eine solche Maßnahme als nicht gegeben sah, lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 21.07.2003 den Antrag ab, während die LVA Ober- und Mittelfranken, jetzt DRV-Ober- und Mittelfranken, mit Bescheid vom 06.08.2003 eine dreiwöchige onkologische Nachsorgeleistung in der R.-Klinik in A. zusagte. Die Durchführung dieser Nachsorgeleistung lehnte der Versicherte jedoch als für ihn ungeeignet ab und widersprach dem ablehnenden Bescheid der Beklagten. Diese hielt nach erneuter Befragung des MDK im Widerspruchsbescheid vom 31.10.2003 an ihrer Ablehnung fest.

Am 11.11.2003 begab sich der Versicherte gleichwohl in die H.klinik, wo röntgenologisch ein deutliches Fortschreiten der intrapulmonalen Metastasen festgestellt und dagegen erneut die immunbiologische Therapie kombiniert mit einer Hypertermiebehandlung bis einschließlich 05.12.2003 eingesetzt wurde. Dadurch sei eine erfreuliche Verlängerung seiner Lebenszeit mit befriedigender Lebensqualität erreicht worden.

Das noch dann vom Versicherten angerufene Sozialgericht Nürnberg wies die auf Kostenerstattung zugunsten der Erben gerichtete Klage mit Urteil vom 10.02.2005 ohne mündliche Verhandlung ab. Ausgehend von der Durchführung einer Rehabilitationsmaßnahme verneinte das Sozialgericht mangels konkret objektivierbarer Veränderungen, der nur mit einer solchen Maßnahme hätte begegnet werden können, eine Leistungspflicht der Beklagten, weil die 4-Jahres-Frist noch nicht abgelaufen war. Auch bei Einschätzung, dass tatsächlich keine Rehabilitations-, sondern eine Krankenhausbehandlung durchgeführt worden sei, könnten die Kosten der Beklagten nicht auferlegt werden.

Hiergegen haben die Erben am 18.03.2005 Berufung beim Bayer. Landessozialgericht einlegen und vortragen lassen, dass der Versicherte aufgrund der schlechten Erfahrung in der A. Klinik und der positiven in der H.klinik sich für die dort angebotene Therapie entschieden hätte, die zu einer außergewöhnlichen Steigerung seines Lebensgefühls geführt habe. Diese Linderung seiner Beschwerden rechtfertige den Erstattungsanspruch, denn auch das Ermessen der Beklagten sei auf Null reduziert.

Die Kläger beantragen, das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 10.02.2005 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom

21.07.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 31.10.2003 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 4.140,50 EUR zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Im Übrigen zur weiteren Darstellung des Tatbestandes auf den Inhalt der Akten und gewechselten Schriftsätze Bezug genommen.

II.

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung ([§ 155 SGG](#)) ist zulässig, in der Sache selbst jedoch unbegründet, wobei der Senat nach Anhörung der Beteiligten ohne mündliche Verhandlung durch Beschluss gemäß [§ 153 Abs.4 SGG](#) entscheiden kann.

Als sich der Versicherte am 11.11.2003 in die stationäre Behandlung der H.klinik begab, stand die infauste Prognose fest, der Aufenthalt konnte, wie von den Klägern vorgetragen, allenfalls noch der Linderung dienen. Er war weder vertragsärztlich verordnet noch von der Beklagten genehmigt, noch als unaufschiebbarer Notfall, der unverzügliches ist, die Einschaltung der Beklagten nicht mehr mögliches Handeln erforderte, anzusehen. Es musste mithin ein Anspruch des Versicherten auf diese Leistung bestanden haben, den die Beklagte zu Unrecht abgelehnt hätte, damit die eingeklagten Kosten erstattet werden können ([§ 13 Abs.3 SGB V](#)). An einem Sachleistungsanspruch, den die Beklagte zu Unrecht verweigert hätte, fehlt es. Der hier streitige Aufenthalt im November/Dezember 2003 war eine stationäre, medizinische Leistung in einer Einrichtung, die in ihrer Funktion als Krankenhaus von den Versicherten der Beklagten mangels Zulassung grundsätzlich nicht in Anspruch genommen werden durfte ([§ 39 Abs.1 Satz 2 SGB V](#)), sondern lediglich als medizinische Rehabilitationseinrichtung gemäß [§ 40 Abs.1](#) und [2 SGB V](#), denn es besteht dafür ein entsprechender Versorgungsvertrag nach [§ 111 SGB V](#). Eine solche Leistung erhalten zu haben, wird von den Klägern vorgetragen und war vom Versicherten auch beantragt worden. Aus dem vorgelegten Behandlungsbericht der H.klinik ergeben sich aber erhebliche Anhaltspunkte dafür, dass es sich weniger um eine stationäre Rehabilitation nach [§ 40 Abs.1](#) und [2 SGB V](#) gehandelt hatte, sondern eher um eine Krankenhausbehandlung im Sinne von [§ 39 SGB V](#) in einem nicht zugelassenen Krankenhaus. Betrachtet man nämlich die durchgeführten Maßnahmen (immunbiologische Behandlung mit Mistel - Hochdosisinfusion, Eigenblutgabe, Sauerstoffmehrschritttherapie, Hypertermie und andere Maßnahmen) handelte sich dabei jeweils um ärztliche, teilweise mit den Mitteln eines Krankenhauses zu erbringende Leistungen. Um rehabilitative Maßnahmen annehmen zu können, hätte die ärztliche Behandlung weniger im Vordergrund stehen müssen, als vielmehr die Anwendung von Heilmittel unter ständiger ärztlicher Verantwortung (vgl. zur Abgrenzung BSG vom 11.12.1990 - [SozR 2200 § 1243 Nr.1](#)). Auszuschließen ist allerdings die Durchführung von Hospizleistungen im Sinn des [§ 39a SGB V](#).

Letztlich kann es aber offen bleiben, welcher Behandlungsform (Krankenhaus oder Rehabilitation) die angewandten Therapien zuzurechnen sind, denn keine davon ist im Falle des Versicherten erstattungsfähig, das heißt, lässt sich unter [§ 13 Abs.3 SGB V](#) subsummieren. Erachtet man die selbstbeschafte Leistung als Krankenhausbehandlung, fehlt es an einer entsprechenden vertragsärztlichen Verordnung bzw. an einer Kostenzusage der Beklagten für eine derartige Behandlung wie auch an einer versicherungskonformen Einrichtung ([§ 108 SGB V](#)), in der sie erbracht wurde. Geht man von der Durchführung einer medizinischen Rehabilitation aus, scheitert der Anspruch an der hinreichenden Notwendigkeit dafür. Hierzu hat das Sozialgericht im angefochtenen Urteil, worauf der Senat entsprechend [§ 153 Abs.2 SGG](#) ausdrücklich Bezug nimmt, zutreffende Überlegungen angestellt. So einleuchtend es ist, dass der streitige Aufenthalt das Wohlbefinden und Lebensgefühl des schwerkranken Versicherten gesteigert und die Lebensqualität günstig beeinflusst hat, ist von diesem Ergebnis her ein Anspruch nicht zu begründen. Ein dringendes Erfordernis, wie in [§ 40 Abs.3 Satz 4 SGB V](#) vorgeschrieben ist, um eine vorzeitige Rehabilitationsmaßnahme zu rechtfertigen, bestand nicht. Dabei orientiert sich diese Vorschrift nicht an der mutmaßlichen Lebenserwartung des jeweiligen Versicherten. Hier kommt hinzu, dass dem Versicherten eine Anschlussrehabilitation, wenn auch mit anderen Behandlungsinhalten, angeboten worden war. Er hatte seinerzeit nicht einmal den Versuch gemacht, mit dem Rentenversicherungsträger eine andere Einrichtung zu finden, als die von ihm abgelehnte A. Klinik, sondern hatte sich vielmehr bereits auf die H.klinik festgelegt. Hätte die Notwendigkeit für eine stationäre Krankenhausbehandlung bestanden, wäre die 4-Jahresgrenze nicht in Betracht gekommen.

Somit bleibt als Ergebnis, dass der vom Versicherten auf eigene Kosten in der H.klinik durchgeführte Aufenthalt von der Beklagten nicht in den den Klägern zufallenden Nachlass zu finanzieren ist.

Angesichts dieses Verfahrensausgangs besteht kein Grund, den Klägern ihre außergerichtliche Kosten zu erstatten ([§ 193 SGG](#)). Die Voraussetzungen für die Zulassungen der Revision liegen nicht vor ([§ 160 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2005-12-28