

L 4 KR 115/08

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
4.
1. Instanz
SG München (FSB)
Aktenzeichen
S 3 KR 679/06
Datum
27.02.2008
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 4 KR 115/08
Datum
14.01.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze

Zur Behandlung eines Mammakarzinoms mittels regionaler Chemotherapie in der Klinik Dr. A.

I. Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27. Februar 2008 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Erstattung von insgesamt 18.167,84 EUR für die zwischen dem 20.09. bis 23.12.2005 durchgeführten Behandlungen wegen eines Mammakarzinoms bei der Klägerin in der M.-Klinik von Prof.Dr.A ...

Bei der 1942 geborenen Klägerin, bei der Beklagten versichert, wurde im Januar 2002 ein histologisch nicht gesichertes Mammakarzinom links bekannt, welches (zunächst) mit homöopathischen Methoden behandelt wurde. Im Jahr 2004 bestand der dringende Verdacht auf Mammakarzinom rechts.

Am 01.08.2005 stellte sich die Klägerin in der M.-Klinik GmbH - Abteilung für onkologische Chirurgie Prof.Dr.A. - mit der Frage einer regionalen Chemotherapie vor. Nach dem Arztbericht der Klinik vom 02.08.2005 wurden sechs Therapie-Zyklen mit jeweils einer Woche stationärem Aufenthalt vorgesehen.

Am 08.08.2005 beantragte der Ehemann der Klägerin die "Genehmigung" der aufgezeigten Krebstherapie. Mit dieser Therapie könne eine Amputation vermieden werden. Die Therapie habe erstaunliche Erfolgsraten, da die Überlebenszeiten mindestens so gut seien wie bei Amputation mit systemischer Chemotherapie und Bestrahlung; 25 % der Tumore würden verschwinden, bei zwei Drittel der Patienten der Tumor innerhalb zwei Behandlungen auf die Hälfte und mehr schrumpfen und die Rezidivrate sei mit 17 % nur halb so groß. Seine Frau habe diese Therapie gewählt.

Nach Vorlage von ärztlichen Unterlagen der Fachärztin für Allgemeinmedizin und Naturheilverfahren Dr.med.C. B. vom 11.07.2005 und eines weiteren Attests von dem Facharzt für Gynäkologie Dr.K. vom 11.08.2005 holte die Beklagte ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen (MDK) ein. Der Gynäkologe Dr.med.M. kam im Gutachten vom 01.09.2005 zusammengefasst zu dem Ergebnis, es lägen weder medizinisch noch sozialrechtlich Kriterien vor, die es erlauben würden, der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) Behandlungskosten einer regionalen Chemotherapie zu empfehlen. Insbesondere auch deshalb, da es vertragsärztliche Behandlungsalternativen gebe, die nach derzeitig gültigem Wissensstand gemäß weltweit durchgeführter Studien eingesetzt und standardisiert durchgeführt werden. Es sei genauso möglich, in diesem Rahmen mit einer neoadjuvanten Chemotherapie nach histologischer Tumorbestimmung eine Tumorverkleinerung zu erzielen. Ein weiteres Kriterium für eine systemische Therapie seien die bereits im März 2004 durch den Radiologen beschriebenen reaktiven Lymphknoten. Demzufolge sei davon auszugehen, dass bei jetziger Tumorverdoppelung und bereits vor eineinhalb Jahren beschriebenen reaktiven Lymphknoten die Krankheit nicht mehr lokal begrenzt sei, sondern sich ausgebreitet habe.

Mit streitigem Bescheid vom 13.09.2005 lehnte die Beklagte daraufhin die beantragte Kostenübernahme ab. Die M.-Klinik GmbH sei kein nach § 108 Sozialgesetzbuch (SGB) V zur vertraglichen Versorgung zugelassenes Krankenhaus. Im Hinblick auf die gesetzlichen Vorschriften im Zusammenhang mit der gutachterlichen Stellungnahme des MDK sei eine Kostenübernahme der regionalen Chemotherapie nach Prof.Dr.A. in der M.-Klinik nicht möglich.

Am 20.09.2005 wurde die Klägerin in der M.-Klinik aufgenommen und wurde dort bis 23.12.2005 stationär behandelt. Hierfür wurden der Klägerin insgesamt 18.167,84 EUR in Rechnung gestellt.

Nach Einholung eines weiteren Gutachtens des MDK wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 25.04.2006 den inzwischen erhobenen Widerspruch als unbegründet zurück.

Mit der dagegen zum Sozialgericht München (SG) erhobenen Klage hat die Klägerin ihr Begehren weiter verfolgt. Ergänzend zum bisherigen Vorbringen hat sie vortragen lassen, die Wirksamkeit der regionalen Chemotherapie sei in wissenschaftlichen Studien belegt. Mit einer systemischen Therapie könnten die guten Ergebnisse einer regionalen Chemotherapie nicht erreicht werden. Im Übrigen hat die Klägerin auf den Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 hingewiesen.

Nach Beiziehung von Befundberichten des Facharztes für Gynäkologie Dr.med.K. vom 13.12.2006 hat das Gericht Beweis erhoben durch Einholung eines Sachverständigengutachtens des Frauenarztes Dr.med.W. A ... Nach Untersuchung der Klägerin kam der Sachverständige in seinem Gutachten vom 30.10.2007 zusammengefasst zu dem Ergebnis, dass die regionale Chemotherapie, wie sie bei der Klägerin in der M.-Klinik durchgeführt wurde, von keinem Vertragsarzt angeboten werde, da es seit einigen Jahren gesicherte nach nationalem und internationalem Standard festgelegte Behandlungsleitlinien gebe, um eine einigermaßen sichere sogenannte evidenzbasierte Basis für eine Behandlung zu schaffen. Ärzte seien angehalten, sich daran zu halten. Die regionale Chemotherapie bei der Behandlung des primären Mammakarzinoms entspreche bisher nicht diesem Standard.

Mit Urteil vom 27.02.2008 hat das SG die Klage abgewiesen und sich der Auffassung der Beklagten in den angefochtenen Bescheiden angeschlossen. Auch hat es festgestellt, dass die Voraussetzungen für die Anwendung des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 nicht vorliegen.

Gegen das Urteil des SG vom 27.02.2008 richtet sich die Berufung der Klägerin. Ergänzend verweist sie auf eine Vorsprache bei dem Oberarzt Dr.S. des Krankenhauses D. in N., wo sie Behandlungsmöglichkeiten abgeklärt habe. Dr.S. habe u.a. eine Chemotherapie vor Durchführung der Brustoperation vorgeschlagen, die sie jedoch wegen der belastenden Wirkungen abgelehnt habe. Dr.S. habe eine Brustamputation nicht ausgeschlossen, da der Tumor der rechten Brust direkt unter der Brustwarze saß.

Der Bevollmächtigte der Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts München vom 27.02.2008 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 13.09.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.04.2006 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, der Klägerin 18.167,84 EUR zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

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

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151](#) Sozialgerichtsgesetz (SGG) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die nicht der Zulassung gemäß [§ 140 SGG](#) bedarf, ist zulässig, erweist sich aber als unbegründet.

Gegenstand des Verfahrens ([§ 97 SGG](#)) ist der Bescheid der Beklagten vom 13.09.2005 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25.04.2006, mit dem diese die Kostenübernahme für die durchgeführten stationären Behandlungen der Klägerin in der M.-Klinik von Prof.Dr.A. abgelehnt hat.

Zulässig verfolgt die Klägerin ihren Klageanspruch ([§ 123 SGG](#)) mit der kombinierten Anfechtungs- und Leistungsklage ([§ 54 Abs.4 SGG](#)).

Die Klägerin hat keinen Anspruch auf die Erstattung von insgesamt 18.167,84 EUR für die in der Zeit vom 20.09. bis 23.12.2005 durchgeführten stationären Behandlungen wegen eines Mammakarzinoms in der M.-Klinik von Prof.Dr.A. ...

Für die begehrte Kostenerstattung kommt als Anspruchsgrundlage allein § 13 Abs.3

SGB V in Betracht. Danach sind dem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst beschafft.

[§ 13 Abs.1 SGB V](#) beruht auf dem Sachleistungsprinzip des [§ 2 Abs.1 Satz 2 SGB V](#), das besagt, dass sächliche Mittel und persönliche Dienste von der Krankenkasse beschafft und den Versicherten durch Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots ([§ 12 SGB V](#)) in Natur zur Verfügung gestellt werden, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung des Versicherten zugerechnet werden können. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) tritt an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung und besteht deshalb nur, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehört, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Sachleistung

zu erbringen sind (BSG vom 14.12.2006 - [SozR 4-2500 § 13 Nr.12](#) Rdnr.9 oder bereits BSG vom 24.09.1996 - [BSGE 79, 125](#), 126).

Die genannten Voraussetzungen liegen hier nicht vor.

[§ 13 Abs.3 SGB V](#) sieht in seiner ersten Alternative eine Kostenerstattungspflicht der Krankenkassen vor, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte und dadurch den Versicherten durch die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

Eine nicht aufschiebbare Leistung ist dann anzunehmen, wenn sie so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Zeit mehr bleibt, die Krankenkasse vorher einzuschalten (BSG vom 14.12.2006 - [SozR 4-2500 Nr.12](#) Rdnr.23), um ihr Gelegenheit zu geben, ihre Leistungspflicht zu prüfen.

Eine unaufschiebbare Leistung im aufgezeigten Sinn liegt hier nicht vor.

Ebenfalls liegen die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 Satz 1](#) zweite Alternative SGB V nicht vor, da die Beklagte die begehrte Leistung nicht geschuldet hat. Der Kostenerstattungsanspruch nach [§ 13 Abs.3 Satz 1](#) zweite Alternative SGB V reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch und setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Leistung - Behandlung - zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. Urteil vom 26.09.2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) - [SozR 4-2500 § 27 Nr.10](#) und vom 04.04.2006 - [B 1 KR 12/05 R](#) - [SozR 4-2500 § 27 Nr.8](#) = Breithaupt 2006, 893 bis 904).

Nach [§ 27 Abs.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. Hierbei müssen die Leistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein und dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten ([§ 12 Satz 1 SGB V](#)). Alle Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, dürfen die Leistungserbringer nicht bewirken, die Krankenkassen nicht bewilligen ([§ 12 Abs.1 Satz 2 SGB V](#)). Die Versicherten können sie nicht beanspruchen.

Gemäß [§ 135 Abs.1 SGB V](#) dürfen neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenkassen nur erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss auf Antrag der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer Kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in den BUB-Richtlinien, also der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß [§ 135 Abs.1 SGB V](#), Empfehlungen u.a. über die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode abgegeben hat. Diese Vorschrift hat unmittelbare Auswirkungen auch auf das Verhältnis zwischen Krankenkasse und Versicherten. Dieser kann die Anwendung einer neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode zu Lasten der Krankenkassen nur beanspruchen, wenn eine positive Empfehlung in den Richtlinien vorliegt.

Dies ist hier nicht der Fall. Bei der in Frage stehenden regionalen Chemotherapie handelt es sich um eine bisher wissenschaftlich nicht anerkannte Behandlungsmethode und damit um keine zugelassene Behandlungsmethode im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung, sondern um eine außervertragliche Leistung. Dies geht insbesondere aus den gutachterlichen Stellungnahmen des MDK hervor. Insbesondere wird darin darauf hingewiesen, dass es (durchaus) anerkannte Behandlungsmethoden gibt, die in den nationalen Leitlinien der Deutschen Krebsgesellschaft niedergelegt wurden und die wohnortnah der Versicherten von verschiedenen Kliniken in hoher Qualität angeboten werden. Auch ist dargelegt, dass die Behandlung des Brustkrebses aus operativer Tumorentfernung (wenn möglichst Brust erhaltend, gegebenenfalls mit vorgeschalteter neoadjuvanter systemischer Chemotherapie) inklusive der axillären Lymphknoten, einer adjuvanten systemischen Chemotherapie (bei Risikofaktoren) und einer Nachbestrahlung besteht. Abweichend von diesem Vorgehen, z.B. in Form der regionalen Chemotherapie, sei ärztlicherseits nicht zu akzeptieren, dass den Patienten damit eine wirksame und gesicherte Behandlung vorenthalten werde. Auch wird ausgeführt, dass die präoperative regionale Chemotherapie vor brusterhaltender Operation, so, wie sie bei der Klägerin in der M.-Klinik durchgeführt wurde, von keinem Vertragsarzt bundesweit angeboten werde. Dies sei aber nicht darauf zurückzuführen, dass die onkologischen oder gynäkologischen Fachabteilungen nicht das erforderliche Qualitätsniveau aufweisen, sondern sei vielmehr in der Tatsache begründet, dass die Indikationsstellung und die Art der Durchführung der regionalen Chemotherapie durch Prof.Dr.A. kein allgemein anerkannter medizinischer Standard sei. Die von Prof.Dr.A. behauptete Wirksamkeit oder gar Überlegenheit der Therapie sei in keiner Weise durch wissenschaftlich nachprüfbar Untersuchungen belegt.

Die Ausführungen der MDK-Gutachter wurden insgesamt von dem vom SG eingeholten Sachverständigengutachten des Gynäkologen Dr.A. bestätigt. Auch er weist ausdrücklich darauf hin, dass die regionale Chemotherapie bei der Behandlung des primären Mammakarzinoms nicht dem nationalen und internationalen Standard entspreche.

Daher konnte sich die Klägerin mit ihrem Behandlungswunsch auch nicht entgegen [§§ 39 Abs.1, 108 SGB V](#) in die nicht zugelassene M.-Klinik zu Kosten der Beklagten aufnehmen lassen.

Ein Anspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht aus einem sogenannten Systemversagen. Ein solches liegt nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) nur dann vor, wenn eine fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem Bundesausschuss trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. In einem (und nur in einem) solchen Fall muss die Möglichkeit bestehen, das Anwendungsgebot zu überwinden ([BSGE 81, 54](#), 65f; Urteil vom 26.09.2006 - [B 1 KR 3/06 R](#) - Rdnr.24). Ein Systemversagen liegt hier (eindeutig) nicht vor.

Aus der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 (Az.: [1 BvR 347/98 BVerfGE 115, 25](#)) ergibt sich ebenfalls kein anderes Ergebnis. Zwar hat das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass es mit den Grundrechten aus Art.2 Abs.1 Grundgesetz in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip und aus Art.2 Abs.2 Satz 1 Grundgesetz nicht vereinbar sei, 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. Diese Aussage präzisiert das Bundesverfassungsgericht in den Entscheidungsgründen dahingehend, dass Fallgestaltungen gemeint seien, für die eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode nicht existiere, der behandelnde Arzt jedoch eine Methode zur Anwendung bringe, die nach seiner Einschätzung im Einzelfall den Krankheitsverlauf positiv zugunsten des Versicherten beeinflusse (BVerfGE a.a.O., Rz.62).

Gerade dies ist bei der Klägerin nicht der Fall, da es - und das bestätigen die ärztlichen Stellungnahmen - durchaus alternative Behandlungsmöglichkeiten gegeben hat. Die Therapien wären durch die Beklagte als Sachleistung erbracht worden, so dass gerade keine Alternativlosigkeit der Therapiemöglichkeit, die Grundlage der Entscheidung des Bundesverfassungsgerichts gewesen ist, gegeben war.

Somit ist die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 27.02.2008 zurückzuweisen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten, weil die Klägerin unterlegen ist ([§ 193 SGG](#)).

Gründe für die Zulassung der Revision gemäß [§ 160 SGG](#) liegen nicht vor.

Rechtskraft

Aus

Login

FSB

Saved

2010-07-14