L 20 KR 639/17

Land
Freistaat Bayern
Sozialgericht
Bayerisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
20
1. Instanz
SG Würzburg (FSB)
Aktenzeichen
S 6 KR 25/16
Datum
05.09.2017
2. Instanz
Bayerisches LSG
Aktenzeichen
L 20 KR 639/17
Datum
27.11.2018
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
Leitsätze
„keine Kostenerstattung einer extremen Ganzkörperhyperthermiebehandlung bei Prostatakarzinom"
I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 05.09.2017 wird zurückgewiesen.

II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt Kostenerstattung für im Jahr 2015 durchgeführte extreme Ganzkörperhyperthermiebehandlungen in Höhe von 13.110,33 EUR.

Bei dem 1951 geborenen, bei der Beklagten versicherten Kläger wurde 2013 ein Prostatakarzinom diagnostiziert mit ausgedehnter lymphogener und ossärer Metastasierung. Im November 2014 begab er sich in die Behandlung der C., C-Stadt. Am 10.11.2014 telefonierte die Lebensgefährtin des Klägers, Frau D., mit einer Mitarbeiterin der Beklagten. Es ging dabei um Fahrkosten zur C ... Laut Aussage der Klägerseite sei es in dem Telefonat auch um eine Kostenübernahme einer extremen Hyperthermiebehandlung gegangen; von der Beklagten sei insofern mitgeteilt worden, dass diese nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre und deshalb nicht von der Beklagten erstattet werden könne; der Antrag auf Erstattung von Fahrkosten müsse jedoch geprüft werden, wofür weitere Unterlagen benötigt würden.

Mit Schreiben vom 14.11.2014 übersandte die Klägerseite der Beklagten Unterlagen der C. und beantragte Fahrkostenerstattung für Fahrten nach C-Stadt. Mit Bescheid vom 21.11.2014 lehnte die Beklagte den Antrag ab, weil ein Behandlungskonzept, welches nicht wohnortnah durchführbar wäre, nicht erkennbar sei. Mit Schreiben vom 27.11.2014 legte der Kläger Widerspruch bezüglich der Ablehnung seines Antrages auf Fahrkostenerstattung ein. Unter dem 12.01.2015 äußerte sich der Medizinische Dienst der Krankenversicherung (MDK) dahingehend, dass nach den vorliegenden Unterlagen derzeit keine leitliniengerechte Behandlung erfolge. Von den behandelnden Urologen sei dem Kläger 2013 als Behandlungsoption eine antihormonelle Therapie und eine Bisphosphonattherapie angeboten worden. Eine schulmedizinische Behandlung habe der Kläger jedoch abgelehnt. Nach den neuesten Therapieleitlinien käme aktuell sogar nochmals eine Chemotherapie für den Kläger in Frage. Die Entscheidung des Klägers, sich mit alternativen Heilmethoden behandeln zu lassen, sei zwar aus seiner Sicht verständlich und nachvollziehbar, eine Kostenübernahme sowohl der Fahr- als auch der Behandlungskosten sei jedoch nicht möglich, da ein sicherer Wirksamkeitsnachweis der Alternativtherapie nicht vorliege. Mit Widerspruchsbescheid vom 19.03.2015 wies die Beklagte den Widerspruch bzgl. der abgelehnten Fahrkosten zurück. Der Widerspruchsbescheid ist in Bestandskraft erwachsen.

Mit Schriftsatz vom 26.02.2015 beantragte der Kläger erneut Fahrkostenerstattung für Krankenhausbehandlungen in C-Stadt im Januar und Februar 2015. Mit Bescheid vom 14.04.2015 erklärte die Beklagte, dass Fahrkosten nur bis zum nächsterreichbaren geeigneten Krankenhaus erstattungsfähig seien. Die beantragten Fahrkosten könnten daher nur anteilig in Höhe der fiktiven Fahrkosten zum Universitätsklinikum B-Stadt erstattet werden. Dagegen erhob der Kläger Widerspruch unter dem 21.04.2015. Im Widerspruchsverfahren reichte der Kläger einen direkt an den MDK adressierten Schriftsatz vom 19.05.2015 nebst Befundberichten ein, erläuterte seinen bisherigen Krankheitsverlauf und bat, seinen Antrag erneut zu überprüfen. Mit Widerspruchsbescheid vom 30.09.2015 wurde dem Widerspruch vom 21.04.2015 insoweit abgeholfen, als Fahrkosten bis zu einer der nächstgelegenen stationären Behandlungsmöglichkeiten anerkannt und der gefahrene Kilometer mit 0,20 EUR vergütet wurden. Im Übrigen wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Das sich anschließende

Klageverfahren vor dem Sozialgericht Würzburg (S 6 KR 491/15) endete mit gerichtlichem Vergleich.

Ab Januar 2015 unterzog sich der Kläger im Jahr 2015 zahlreichen sog. extremen Hyperthermiebehandlungen in Kombination mit einer Chemotherapie in der C ... Die Kosten für den stationären Krankenhausaufenthalt inklusive Chemotherapie wurden von der Beklagten an das Krankenhaus gezahlt. Für die Hyperthermiebehandlungen wurden dem Kläger laut seinen Angaben insgesamt 13.110,33 EUR in Rechnung gestellt, die er für die einzelnen Behandlungen jeweils in bar entrichtete. Vor den Behandlungen hatte der Kläger jeweils eine Wahlleistungsvereinbarung abgeschlossen. In der jeweiligen entsprechenden Patienteninformation wurde der Kläger darauf hingewiesen, dass es sich bei der Wahlleistung der Ganzkörperhyperthermie während des stationären Aufenthalts um eine sog. supportive Therapie handele, die er sich zusätzlich zu den allgemeinen Krankenhausleistungen hinzukaufe. Durch die Wahl der Zusatzleistung Ganzkörperhyperthermie werde die Durchführung der erforderlichen Krankenhausbehandlung unterstützt, das körperliche Wohlbefinden solle verbessert und die Nebenwirkungen der medizinischen Therapie sollten abgemildert werden. Die erforderliche medizinische Behandlung werde dadurch jedoch nicht ersetzt. Die Kosten für die Ganzkörperhyperthermie als supportive Therapie würden nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen oder durch die privaten Krankenversicherungen erstattet werden. Weiter wurde ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die Vereinbarung der Wahlleistung der Ganzkörperhyperthermie eine nicht unerhebliche finanzielle Belastung für den Kläger bedeuten könne. Er möge daher prüfen, ob die private Krankenversicherung/Beihilfe oder die gesetzliche Krankenversicherung, z. B. über einen besonderen Wahltarif nach § 53 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) etc., diese Kosten decke.

Mit Schreiben vom 20.08.2015, bei der Beklagten am 24.08.2015 eingegangen, stellte der Kläger einen Antrag auf Kostenübernahme für seine Behandlung in der C., C-Stadt. Dem Antrag beigefügt waren verschiedene Rechnungen und Berichte. Bei ihm komme die Behandlungsmethode der extremen Ganzkörperhyperthermie in Kombination mit Chemotherapie zur Anwendung. Anhand der Befundberichte von C-Stadt könnten auch schon Erfolge nachgewiesen werden. Er beantrage die Kostenübernahme, da ihm von seinen sonstigen Ärzten/Urologen nur eine palliative Hormonentzugstherapie angeboten worden sei und die von der Beklagten anempfohlenen Kliniken auch nur moderate Ganzkörperhyperthermien anböten.

Auf Anfrage der Beklagten äußerte sich der MDK am 27.08.2015. In Form einer antiandrogenen medikamentösen Behandlung erhalte der Kläger die für sein Krankheitsstadium leitlinienempfohlene Therapie, die nur palliativ sein könne. Auch die angefragte Hyperthermie in Kombination mit den anderen durchgeführten Behandlungsformen werde von der Klinik als palliativ bezeichnet. Die speziell zur Prophylaxe von Komplikationen von Knochenmetastasten zugelassene Therapie mit Bisphosphonaten habe der Kläger abgelehnt. Hier stünde zugelassen noch Denosumab zur Verfügung. In der entsprechenden Leitlinie werde bei Nichterfolg der antiandrogenen Behandlung noch die Gabe des in dieser Indikation zugelassenen Medikaments Zytiga empfohlen, was bei dem Kläger noch nicht zum Einsatz gekommen sei. Ganzkörperhyperthermiebehandlung beim metastasierten Prostatakarzinom sei als experimentell zu betrachten. Die dazu verfügbare Literatur begründe nicht die gesetzlich formulierte "auf Indizien beruhende, nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder zumindest spürbare positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs". Die Kostenübernahme könne nicht empfohlen werden.

Mit Bescheid vom 01.09.2015 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme unter Bezugnahme auf die Ausführungen des MDK ab.

Dagegen ließ der Kläger am 21.09.2015 Widerspruch einlegen. Im Frühjahr 2013 habe die Hormonentzugstherapie begonnen, eine Bisphosphonattherapie habe der Kläger abgelehnt, weil er habe miterleben müssen, wie ein Patient seinen Kiefer verloren und nur noch Brei habe essen können wegen dieser Therapie. Eine Chemotherapie sei dem Kläger von mehreren Ärzten verweigert worden. Bei onkologischen Indikationen seien die Krankenkassen zur Übernahme der Kosten für hyperthermische Behandlungen verpflichtet, sofern wie im Falle des Klägers keine allgemein anerkannte Behandlungsmethode zur Verfügung stehe und mit einer positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf gerechnet werden könne.

Im Oktober 2015 leitete die Beklagte gegenüber dem Träger des Krankenhauses C. ein Prüfverfahren ein.

Unter dem 11.11.2015 äußerte sich der MDK erneut. Die Hyperthermiebehandlung erfolge in Kombination mit einer (dosisreduzierten) Chemotherapie mit Docetaxel, Epirubicin und Mitomycin, wobei sowohl die Kombinationstherapie als auch die Dosierung einen Off-Label-Use darstellten. Im Hinblick auf die wissenschaftliche Datenlage ergäben sich aus sozialmedizinischer Sicht Zweifel, ob die Therapie im vorliegenden Fall den Anforderungen von §§ 2 und 12 SGB V, wonach Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse zu entsprechen hätten und ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein müssten, erfülle. Die aufgeführten Therapiemaßnahmen würden in den allgemein anerkannten Behandlungsleitlinien nicht empfohlen. Beim Kläger sei eine lebensbedrohliche Erkrankungssituation anzunehmen. Leitliniengerecht werde in Fachkreisen im hier vorliegenden weit fortgeschrittenen Stadium einer Prostatakarzinomerkrankung empfohlen, gegebenenfalls eine Chemotherapie mit Docetaxel (in gemäß Herstellerangaben empfohlener Dosierung) oder Abirateron oder eine Therapie mit Enzalutamid anzubieten. Darüber hinaus komme leitliniengerecht eine Radionuklidtherapie mit Radium 223 in Frage. Eine Therapie mit Bisphosphonaten oder Denosumab bei ossärer Metastasierung solle ebenfalls erwogen werden. Die Anbindung an ein zertifiziertes Prostatakarzinomzentrum sei in diesem Erkrankungsstadium dringend zu empfehlen. Therapieempfehlungen zur Ganzkörperhyperthermie fänden sich in den aktuellen Leitlinien der Fachgesellschaft nicht. Es fänden sich auch in den einschlägigen wissenschaftlichen Datenbanken keine den Kriterien der evidenzbasierten Medizin entsprechenden wissenschaftlichen Veröffentlichungen oder Studienergebnisse, welche nahelegten, dass durch diese Therapie eine auf Indizien beruhende, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder zumindest spürbare positive Beeinflussung des Krankheitsverlaufs zu erwarten wäre. Insofern sei die im vorliegenden Fall durchgeführte Therapie aus sozialmedizinischer Sicht als experimentell einzustufen.

Mit Widerspruchsbescheid vom 15.12.2015 wurde der Widerspruch zurückgewiesen. Der Kläger habe bei der Beklagten im Vorfeld nicht - wie dies erforderlich gewesen wäre - die Kostenübernahme für die Ganzkörperhyperthermie beantragt. Im Übrigen reiche auch ein Kostenerstattungsanspruch nicht weiter als der entsprechende Naturalleistungsanspruch. Es bestehe keine Möglichkeit, die Kosten für die im Rahmen der ambulanten ärztlichen Behandlung ergänzend zum Einsatz gekommenen Ganzkörperhyperthermie zu übernehmen bzw. zu erstatten. Aber auch für eine Kostenerstattung zusätzlich zur Krankenhausvergütung bei Anwendung der Ganzkörperhyperthermie im Rahmen eines stationären Krankenhausaufenthaltes bestehe kein Raum. Zwar sei die Ganzkörperhyperthermie, sofern sie im Rahmen der stationären Krankenhausbehandlung zum Einsatz komme, bislang nicht von der Versorgung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen. Die Bezahlung erfolgte jedoch im Verhältnis zwischen zugelassenem Krankenhaus (um ein solches handele es sich bei der C.) und Krankenkasse auf der Grundlage der im Rahmen des Krankenhausentgeltgesetzes vereinbarten Entgelte.

Somit bestehe keine Rechtsgrundlage dafür, im Einzelfall Kostenübernahmen für nicht vereinbarte oder nicht kostendeckend vergütete Leistungen zu beantragen. Der MDK habe festgestellt, dass es sich bei der beim Kläger wiederholt angewandten Ganzkörperhyperthermie mit Dosisreduktion der Zytostatika, die in keiner wissenschaftlich fundierten Leitlinie empfohlen werde, um keine anerkannte leitliniengerechte Therapie handele. Vor diesem Hintergrund habe die Beklagte bei der C. auch einen Erstattungsanspruch für die vergüteten stationären Behandlungskosten angemeldet bzw. eine Verrechnung mit laufenden stationären Behandlungskosten angekündigt. Für den MDK ergäben sich im Hinblick auf die wissenschaftliche Datenlage Zweifel, ob die Therapie im vorliegenden Fall den Anforderungen von §§ 2 und 12 SGB V entspreche. Auch die Voraussetzungen des sog. Nikolausbeschlusses seien nicht gegeben.

Dagegen hat der Kläger am 14.01.2016 Klage erhoben. Es habe Dringlichkeit bestanden, eine extreme Ganzkörperhyperthermie durchzuführen. Bereits am 10.11.2014 sei ein telefonischer Antrag durch die Lebensgefährtin des Klägers auf Übernahme der Behandlungskosten für die extreme Hyperthermie gestellt worden. Die Kosten für die hyperthermische Therapie seien nach den Grundsätzen des Nikolausbeschlusses zu übernehmen. Die vom MDK aufgeführten möglichen Medikamente und Therapien seien dem Kläger von seinen Ärzten nie vorgeschlagen worden.

Die Beklagte hat mit Schriftsatz vom 30.08.2017 erwidert, bei dem Telefonat sei es ausschließlich um die Frage der Übernahme der Fahrkosten gegangen. Dies decke sich auch mit dem Schreiben der Lebensgefährtin vom 14.11.2014, mit dem ausschließlich eine Fahrkostenerstattung beantragt worden sei. Im Übrigen habe die Beklagte bei ihrer anschließenden Anfrage an den MDK vorausgesetzt, dass es sich bei der Behandlung um eine zulässige Behandlungsmethode handele, da die Beklagte nur eine Stellungnahme bezüglich des nächsterreichbaren geeigneten Behandlers gestellt habe. Wenn bereits bekannt gewesen wäre, dass es sich möglicherweise um eine nicht zugelassene Behandlungsmethode handele und somit die eigentliche Behandlung nicht hätte übernommen werden dürfen, hätte sich diese Fragestellung erübrigt.

Das Sozialgericht Würzburg hat mit Urteil vom 05.09.2017 die Klage abgewiesen. Zur Überzeugung des Gerichts stehe fest, dass der Kläger einen Antrag auf Kostenerstattung für die Hyperthermiebehandlung erst im August 2015 und damit nach deren Beginn gestellt habe. Da sich der Kläger vor Antragstellung bereits auf die Hyperthermiebehandlung festgelegt und mit ihr begonnen habe, könne die Ablehnung der Beklagten nicht kausal für das Entstehen der Kosten gewesen sein. Damit scheide ein Kostenerstattungsanspruch aus. Der Kläger habe sich im November 2014 mit dem Begehren der Fahrkostenerstattung an die Beklagte gewandt. Gegenstand dieses Verfahrens sei allein die Fahrkostenerstattung und nicht auch eine im Raum stehende Hyperthermiebehandlung gewesen. Hierfür spreche bereits der so formulierte ausdrückliche Antrag auf Fahrkostenerstattung der Lebensgefährtin des Klägers vom 14.11.2014. Darüber hinaus habe der Kläger jeweils eine Wahlleistungsvereinbarung über die Ganzkörperhyperthermie vor der Therapie abgeschlossen und auch eine entsprechende Vorleistung gezahlt. Auch habe der Kläger erstmals am 24.08.2015 die Rechnung bezüglich der ersten Hyperthermiebehandlung vorgelegt. Diese sei bereits am 27.01.2015 erfolgt, die Rechnung datiere vom 02.02.2015. Von daher sei für das Gericht nichts dafür ersichtlich, dass ein Antrag auf Hyperthermiebehandlung tatsächlich vor Behandlungsaufnahme gestellt worden sei. Davon unabhängig bestehe ein Anspruch auf Kostenerstattung auch deshalb nicht, weil die selbstbeschaffte Maßnahme nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre.

Gegen das seinen Bevollmächtigten am 10.10.2017 zugestellte Urteil haben diese am 23.10.2017 Berufung für den Kläger zum Bayerischen Landessozialgericht (LSG) eingelegt und mit Schriftsätzen vom 21.12.2017, 03.04.2018 und 17.04.2018 wie folgt begründet: Der Tatbestand des angefochtenen Urteils enthalte keine Ausführungen zu der Tatsache, dass klägerseits vorgetragen worden sei, dass am 10.11.2014 durch die Lebensgefährtin des Klägers telefonisch ein Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten gestellt worden sei. Die Lebensgefährtin habe am 10.11.2014 mit einer Mitarbeiterin der Beklagten telefoniert und ihr erklärt, dass dem Kläger jegliche leitliniengerechte Therapie verweigert worden sei und deshalb eine extreme Hyperthermietherapie in der C. angedacht sei. Sie habe diesbezüglich sowohl nach der Übernahme der Behandlungs- als auch der Fahrkosten nachgefragt. Die Mitarbeiterin der Beklagten habe erwidert, dass diese Behandlung nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen sei und aus diesem Grund nicht von diesen erstattet würden; der Antrag auf Erstattung der Fahrkosten müsse jedoch überprüft werden, wofür weitere Unterlagen bezüglich der Behandlung benötigt würden. Daraufhin habe die Lebensgefährtin des Klägers am 14.11.2014 einen Therapieplan und Untersuchungsunterlagen vom 03.11.2014 an die Beklagte geschickt. In der Anlage zur Berufungsbegründung vom 21.12.2017 befanden sich zwei inhaltsgleiche Anträge auf Übernahme der Behandlungskosten, datiert vom 20.08.2015 und 06.06.2015, dazu ein Schreiben vom 21.08.2015 von Frau D. an die Beklagte, worin Frau D. ausgeführt hatte, dass sie zwei Anträge auf Kostenübernahme mit unterschiedlichen Daten geschrieben habe, dass sie aber nicht wisse, wie es die Mitarbeiterin der Beklagten handhaben wolle. Aus diesen Dokumenten, so der Kläger weiter, gehe also hervor, dass Frau D. im Auftrag des Klägers jedenfalls bereits im Juni 2015 telefonisch einen erneuten Antrag auf Kostenübernahme gestellt haben müsse, dieser jedoch von der Beklagten auch im August 2015 noch nicht bearbeitet worden sei. Für eine mündliche Antragstellung bereits am 10.11.2014 spreche weiter die Tatsache, dass der Kläger mit Schreiben vom 27.11.2014 und 19.05.2015 erneut um die Überprüfung seiner Anträge gebeten habe. Selbst wenn die Beklagte davon ausgegangen sei, dass der Antrag auf eine Hyperthermiebehandlung nicht hinreichend bestimmt sei, so wäre sie dennoch verpflichtet gewesen, darauf hinzuwirken, dass ein hinreichend bestimmter Antrag gestellt werde. Wenn die Beklagte das Schreiben vom 27.11.2014 nicht als Antrag auf Erstattung der Behandlungskosten gewertet haben sollte, so wäre sie jedenfalls in der Pflicht gewesen, den Kläger hinsichtlich eines Antrags entsprechend zu beraten. Schon dieser Verstoß gegen die Beratungspflicht führe dazu, dass eine Kostenerstattung im Rahmen des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs erfolgen müsse. Darüber hinaus seien dem Kläger die Kosten für die durchgeführte Behandlung gemäß § 13 Abs. 3a SGB V zu gewähren, da keiner der Anträge fristgerecht bearbeitet worden sei. Dass die Ganzkörperhyperthermie beim Kläger subjektiv erforderlich gewesen sei, zeige sich schon am Behandlungserfolg der angewandten Therapie. Schließlich lägen auch die vom Bundesverfassungsgericht (BVerfG) mit Beschluss vom 06.12.2005 geforderten Voraussetzungen für die Gewährung bzw. Kostenerstattung einer extremen Ganzkörperhyperthermie vor. Die Beklagte hat erwidert, die C. kombiniere die Ganzkörperhyperthermie mit einer Chemotherapie, bei der die Zytostatikadosis erheblich reduziert werde. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe in seinem Beschluss vom 18.01.2005 entschieden, dass die Hyperthermie (unter anderem Ganzkörperhyperthermie) in Anlage B der Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V (BUB-Richtlinie) aufzunehmen sei, mithin, dass sie im Rahmen von ambulanten Therapien nicht zu den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung gehöre, weil nach dem gegenwärtigen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit des Hyperthermieverfahrens nicht validiert belegt seien.

In einem der Berufungserwiderung vom 13.08.2018 beigefügten Grundsatzgutachten nach Begehung der C. am 28.11.2013, das als Anlage

beigefügt war, hatte der MDK speziell zur Ganzkörperhyperthermie ausgeführt, dass die klinischen Ergebnisse der Ganzkörperhyperthermie nicht überzeugt hätten. Nach Informationen der interdisziplinären Arbeitsgruppe Hyperthermie in der Deutschen Krebsgesellschaft biete zurzeit (d.h. 2013) keine universitäre Einrichtung die Ganzkörperhyperthermie in oder außerhalb eines Studienkonzeptes an. Entgegen dem Stand im Jahr 2000 hätten auch die damaligen Verfechter der Ganzkörperhyperthermie die Methode nicht weiter verfolgt aufgrund der sehr hohen Komplikationsrate und des fehlenden Wirksamkeitsbelegs. Keine der im Jahr 2000 im Deutschen Ärzteblatt (Jahrgang 97, Heft 44) angekündigten Hyperthermiestudien habe zu einem relevanten Erkenntnisgewinn geführt. Der MDK habe deshalb klargestellt, dass derartige Verfahren allenfalls in einem wissenschaftlichen Rahmen eingesetzt werden dürften, was bei der Hyperthermiebehandlung in der C. nicht der Fall sei. Damit bestünden insgesamt erhebliche Zweifel an der Wirksamkeit und Unschädlichkeit der Hyperthermie. Das Qualitätsgebot bei der Anwendung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Krankenhaus gelte auch im stationären Bereich uneingeschränkt. Selbst wenn man das Qualitätsgebot unberücksichtigt ließe, könne die Behandlungsmethode der Hyperthermie schon deshalb nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung erbracht werden, weil sie nicht das Potential einer erforderlichen Behandlungsalternative i.S.d. § 137c Abs. 3 SGB V aufweise. Ein Leistungsanspruch ergebe sich schließlich auch nicht aus den Kriterien des Nikolausbeschlusses des BVerfG bzw. aus § 2 Abs. 1a SGB V. Dass mithilfe der Hyperthermiebehandlung und der damit kombinierten Dosisreduzierung der Zytostatika eine auch nur ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf bestehe, sei nicht erkennbar. Auf Nachfrage der Berichterstatterin hat die C. mit Schreiben vom 02.10.2018 folgende Auskünfte erteilt: Der Kläger habe sich einer Ganzkörperhyperthermiebehandlung an folgenden Daten unterzogen:

1. Zyklus 27.01.-29.01.2015 / 04.02.-06.02.2015
2. Zyklus 12.03.-14.03.2015 / 19.03.-21.03.2015
3. Zyklus 17.06.-19.06.2015 / 24.06.-26.06.2015
4. Zyklus 23.09.-25.09.2015 / 30.09.-02.10.2015

Behandlungsziel sei es gewesen, das Tumorgeschehen unter Kontrolle zu bringen und bei fortgeschrittenen ossären Metastasen eine Schmerzfreiheit zu erreichen. Der Kläger habe unter stationären Bedingungen jeweils pro Zyklus zwei Chemotherapien bestehend aus Mitomycin/Taxotere (Docetaxel)/Epirubicin in Kombination mit Ganzkörperhyperthermie erhalten. Zunächst seien zwei Zyklen Chemotherapie in Kombination mit Ganzkörperhyperthermie geplant gewesen. Im Verlauf habe man sich dann für zwei weitere Zyklen entschieden. Die Hyperthermie werde aktuell von führenden deutschen Onkologen als vierte Säule der Onkologie neben der Chirurgie sowie der Strahlen- und Chemotherapie betrachtet.

Im Erörterungstermin am 16.10.2018 hat der Kläger Unterlagen mit Rspr. zur Hyperthermie-Erstattung durch die gesetzliche Krankenversicherung und einen Befundbericht des Urologen Dr. G. vom 18.05.2018 (aus dem Verfahren S 11 KR 467/17 vor dem Sozialgericht Würzburg) vorgelegt. Aus letzterem geht hervor, dass Dr. G. beim Kläger noch Behandlungsmöglichkeiten i.S.e. rezeptorgerichteten Therapie mit dem Präparat Abirateron (Handelsname Zytiga) oder Enzalutamid (Handelsname Xtandi) sieht.

Schließlich hat der Kläger mit Schriftsatz vom 13.11.2018 noch ergänzend vorgetragen, die Aussagen des MDK seien lediglich oberflächlich und nicht plausibel. So habe der Kläger - anders als vom MDK angegeben - nie eine schulmedizinische Behandlung abgelehnt. Auch seine Hausärztin könne sich nicht an eine diesbezügliche Aussage ihrerseits gegenüber dem MDK erinnern. Beigefügt war eine entsprechende Bescheinigung von Frau S., der Hausärztin des Klägers, vom 08.11.2018. Weiter hat der Kläger ausgeführt, dass Frau D. am 10.11.2014 telefonisch bei Frau B., einer Mitarbeiterin der Beklagten, konkret nachgefragt habe, ob die Kosten für die Hyperthermie übernommen würden. Hierin sei ein telefonischer Antrag auf Übernahme der Behandlungskosten zu sehen. Frau B. (Mitarbeiterin der Beklagten) habe dies noch während des Telefonats mit der Begründung abgelehnt, dass diese Behandlung nicht im Leistungskatalog enthalten sei. Von dieser Aussage enttäuscht, habe Frau D. dann nachgefragt, ob wenigstens die Fahrkosten für die beabsichtigten Behandlungen übernommen werden könnten. Jedenfalls sei unstreitig im Juni 2015 erneut ein Antrag auf Kostenübernahme für eine Ganzkörperhyperthermie gestellt worden sei, was sich aus dem MDK-Gutachten vom 27.08.2015 ergebe. Dieser unstreitige Antrag könne als separater Antrag für den 4. Zyklus der Ganzkörperhyperthermie gesehen werden. Schließlich seien auch die Voraussetzungen einer Leistungsgewährung nach dem sog. Nikolaus-Beschluss gegeben. Die spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf zeige sich bereits dadurch, dass der Kläger immer noch lebe.

Die Beklagte hat hierauf mit Schriftsatz vom 19.11.2018 nochmals erwidert, selbst wenn ein telefonischer Antrag gestellt worden sei, so sei dieser von der Mitarbeiterin der Beklagten abgelehnt worden. Im Übrigen seien jedenfalls die Kriterien des sog. Nikolausbeschlusses nicht erfüllt. Da bzgl. der Hyperthermie ein negativer Beschluss des GBA vorliege, bestehe für eine Anspruchsbegründung aufgrund grundrechtsorientierter Auslegung kein Raum mehr.

In der mündlichen Verhandlung am 27.11.2018 hat der Bevollmächtigte des Klägers - wie bereits in der Berufungsbegründung vom 21.12.2017 - beantragt, dass Frau B., Mitarbeiterin der AOK Bayern, zu laden über die AOK, und Frau D., wohnhaft: A-Straße in A-Stadt, zum Beweisthema vernommen werden, dass Frau D. am 10.11.2014 telefonisch bei der Beklagten die Übernahme der Behandlungskosten für eine Ganzkörperhyperthermie beantragt hat.

Der Kläger beantragt,
das Urteil des Sozialgerichts Würzburg vom 05.09.2017 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 01.09.2015 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.12.2015 zu verurteilen, dem Kläger die Kosten für eine extreme Ganzkörperhyperthermiebehandlung in Höhe von 13.110,33 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,
die Berufung zurückzuweisen.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz sowie auf die beigezogene Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen.

Entscheidungsgründe:

Die form- und fristgerecht eingelegte Berufung (§§ 143, 144, 151 Sozialgerichtsgesetz - SGG) ist zulässig, aber unbegründet. Zu Recht hat das Sozialgericht Würzburg die Klage abgewiesen. Denn der Kläger hat gegen die Beklagte keinen Anspruch auf Erstattung der für extreme Ganzkörperhyperthermiebehandlungen verauslagten Kosten i.H.v. 13.110,33 EUR.

Die Voraussetzungen für einen Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V sind nicht erfüllt. Nach dieser Vorschrift haben Versicherte Anspruch auf Erstattung von Kosten für eine notwendige, selbstbeschaffte Leistung, wenn die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Alt. 1) oder sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alt. 2) und dem Versicherten dadurch für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden sind.

Eine Kostenerstattung aufgrund einer unaufschiebbaren Leistung (§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 SGB V) kommt nicht in Betracht. Denn auf die Unfähigkeit der Krankenkasse, eine unaufschiebbare Leistung rechtzeitig zu erbringen, kann ein Kostenerstattungsanspruch nur gestützt werden, wenn es dem Versicherten nicht möglich oder nicht zuzumuten war, sich vor der Leistungsbeschaffung mit der Kasse in Verbindung zu setzen (Bundessozialgericht - BSG -, Urteil vom 20.05.2003, B 1 KR 9/03 R). Der Kläger hatte jedoch Hyperthermiebehandlungen über Monate in der C. in Anspruch genommen, bevor er im August 2015 einen entsprechenden Antrag auf Kostenerstattung bei der Beklagten stellte (ausführlich zur Antragstellung siehe unten), ohne dass Aspekte ersichtlich wären, die eine frühere Antragstellung unmöglich oder unzumutbar gemacht hätten.

Der Anspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V besteht nur, 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. Am Ursachenzusammenhang fehlt es, wenn die Krankenkasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre. Daran fehlt es aber auch, 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 (BSG, Urteil vom 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R).

Der Kläger hat von Januar 2015 bis zur Ablehnungsentscheidung am 01.09.2015 über Monate hinweg stationäre Ganzkörperhyperthermiebehandlungen in der C. in Anspruch genommen, ohne sich um eine Kostenübernahme der Beklagten dafür zu bemühen. Die Korrespondenz zwischen den Parteien in diesem Zeitraum bezog sich auf die zwischen ihnen damals streitige Frage der Fahrkostenerstattung für die Behandlungen in C-Stadt. Vor jeder Hyperthermiebehandlung unterschrieb der Kläger, dass er Kenntnis genommen hatte von der Patienteninformation bei wahlärztlichen Leistungen mit dem ausdrücklichen Hinweis, dass die Kosten für die Behandlung nicht durch die gesetzlichen Krankenkassen übernommen würden. Zur Überzeugung des Senats hatte sich deshalb der Kläger für die Hyperthermiebehandlungen unabhängig von einer Kostenzusage durch die Beklagte entschieden, sodass die letztendliche Ablehnung mit Bescheid vom 01.09.2015 nicht kausal für die angefallenen Kosten i.S.v. § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 2 SGB V war - dies gilt jedenfalls für die ersten drei Behandlungszyklen bis Juni 2015, bei denen die Kausalität zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung schon aufgrund der zeitlichen Ablaufs (Selbstbeschaffung vor Ablehnung) zu verneinen ist.

Unabhängig davon besteht ein Kostenerstattungsanspruch nach § 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V auch deshalb nicht, weil die Voraussetzungen eines Sachleistungsanspruchs bzgl. der streitgegenständlichen extremen Ganzkörperhyperthermiebehandlungen nicht gegeben waren. Denn der unter den Voraussetzungen des § 13 Abs. 3 Satz 1 Alt. 1 und 2 SGB V in Betracht kommende Kostenerstattungsanspruch reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch (§ 2 Abs. 2 SGB V) und setzt daher voraus, dass die selbstbeschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkassen allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen haben (BSG, Urteil vom 08.09.2015, B 1 KR 14/14 R). Diese Voraussetzungen waren hinsichtlich der durchgeführten Ganzkörperhyperthermiebehandlungen nicht erfüllt.

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. Die Krankenbehandlung umfasst unter anderem die Krankenhausbehandlung (§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V) durch zugelassene Krankenhäuser (§§ 39 Abs. 1 Satz 2, 108 SGB V). Nur wenn die rechtswidrige Leistungsablehnung der Krankenkasse eine privatärztliche Selbstverschaffung des Versicherten erzwingt, ziehen die Bestimmungen für privatärztliche Leistungen und nicht diejenigen für das Naturalleistungssystem die Grenzen für die Verschaffung einer entsprechenden Leistung (zum Ganzen BSG 11.09.2012, B 1 KR 3/12 R). Krankenhausbehandlung ist i.S.v. § 39 SGB V grundsätzlich nur dann erforderlich, wenn die Behandlung dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspricht und notwendig ist (ständ. Rspr., z.B. BSG, Urteil vom 17.12.2013, B 1 KR 70/12 R).

Im Bereich der ambulanten Versorgung gilt bzgl. neuer Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V i.V.m. § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V ein Verbot mit Erlaubnisvorbehalt, wohingegen bei der stationären Versorgung gemäß § 137c SGB V eine grundsätzliche Erlaubnis mit Verbotsvorbehalt maßgeblich ist. Dessen ungeachtet unterliegt der Anspruch eines Versicherten auf Krankenhausbehandlung nach dem Gesetzeswortlaut und dem Regelungssystem wie jeder Anspruch auf Krankenbehandlung grundsätzlich den sich aus dem Qualitäts- und dem Wirtschaftlichkeitsgebot ergebenden Einschränkungen (vgl. § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V und § 12 Abs. 1 SGB V). Er umfasst in diesem Rahmen nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen (BSG, Urteil vom 02.09.2014, B 1 KR 11/13). Ausnahmen vom Qualitätsgebot bestehen (nur) im Rahmen grundrechtsorientierter Leistungsauslegung und bei Seltenheitsfällen (vgl. BSG, Urteil vom 17.12.2013, B 1 KR 70/12 R).

Nach Wortlaut und Regelungssystem senkt auch die Norm des § 137c Abs. 3 SGB V nicht die Qualitätsanforderungen für den Anspruch auf stationäre Versorgung auf Methoden mit dem bloßen Potential einer Behandlungsalternative. Zweck der Ausrichtung der Leistungsansprüche der Versicherten am Qualitätsgebot ist es, im Interesse des Patientenschutzes und des effektiven Einsatzes der Mittel der Beitragszahler zu gewährleisten, dass eine nicht ausreichend erprobte Methode nicht zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden darf (BSG, Urteil vom 24.04.2018, B 1 KR 10/17 R).

Zur Überzeugung des Senats lagen die Voraussetzungen für einen Sachleistungsanspruch auf die streitgegenständlichen extremen

Ganzkörperhyperthermiebehandlungen auch deshalb nicht vor, weil diese Maßnahmen nicht den Anforderungen des Qualitätsgebots entsprachen.

Maßgebend ist insoweit der allgemein anerkannte Stand der medizinischen Erkenntnisse zur Zeit der Behandlung. Das Qualitätsgebot fordert dabei, dass die große Mehrheit der einschlägigen Fachleute die Behandlungsmethode befürwortet und, von einzelnen, nicht ins Gewicht fallende Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit der Therapie Konsens besteht. Dies setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der neuen Methode - die in ihrer Gesamtheit und nicht nur in Bezug auf Teilaspekte zu würdigen ist - zuverlässige, wissenschaftlich nachprüfbare Aussagen gemacht werden können. Der Erfolg muss sich aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit der Methode ablesen lassen. Die Therapie muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein (ständ. Rspr., z.B. BSG, Urteil vom 24.04.2018, B 1 KR 13/16 R). Dabei begegnet es keinen durchgreifenden Bedenken, Beurteilungen des GBA aus dem Bereich der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen des § 135 Abs. 1 SGB V auch für die Bewertung von Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Bereich der stationären Behandlung heranzuziehen, wenn diese Beurteilungen gebietsübergreifende Aussagen beinhalten. Sie sind mithin zu berücksichtigen, wenn sie sachliche Geltung nicht nur für die Behandlung in ambulanter, sondern auch in stationärer Form beanspruchen, etwa weil das aufbereitete wissenschaftliche Material generelle Bewertungen enthält (BSG, Urteil vom 28.07.2008, B 1 KR 5/08 R).

Solche Beurteilungen des GBA liegen hier vor in Form des Beschlusses des Gemeinsamen Bundesausschusses über eine Änderung der Anlage B "Nichtanerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden" der Richtlinie zur Bewertung medizinischer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (BUB-Richtlinie) vom 18.01.2005 bzw. der entsprechenden Beschlussbegründung. Damals wurde in der Anlage B der BUB-Richtlinie "Nichtanerkannte Untersuchungs-und Behandlungsmethoden" folgende Nummer angefügt: "42. Hyperthermie (u.a. Ganzkörperhyperthermie, Regionale Tiefenhyperthermie, Oberflächenhyperthermie, Hyperthermie in Kombination mit Radiatio und/oder Chemotherapie)". Der GBA hatte die lokale und Ganzkörperhyperthermie einer wissenschaftlichen Methodenbewertung unterzogen und sie von der vertragsärztlichen Leistung ausgeschlossen. Aus der Beschlussbegründung ergibt sich, dass der Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der beratenen Hyperthermieverfahren - auch im Vergleich zu bereits zu Lasten der Krankenkassen erbrachten Methoden - nach aktuellem Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht valide belegt seien. Die Vielzahl der technischen Varianten der Hyperthermie sei, wie bei anderen medizinischen Entwicklungen, Ausdruck dafür, dass sich die Technologie noch im Stadium der Forschung und Entwicklung befinde. Hierfür spreche auch, dass bisher in den einschlägigen Fachdisziplinen noch kein medizinisch-wissenschaftlicher Konsens hinsichtlich der Bewertung der Therapieergebnisse und der notwendigen Standardisierung (z.B. Temperatur, Einwirkdauer, Thermometrie, begleitende Therapieprotokolle) habe erreicht werden können. Der GBA gelangte zu der Auffassung, dass die Hyperthermiebehandlung als experimentelle Therapie auf die Durchführung kontrollierter Studien begrenzt bleiben müsse.

In der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung), der Nachfolge-Richtlinie der BUB-Richtlinie, ist die Hyperthermiebehandlung der Prostata explizit genannt als Ziffer 14 der Anlage II "Methoden, die nicht als vertragsärztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dürfen".

Bzgl. des Stands der wissenschaftlichen Forschung zur Hyperthermie wird auf das Grundsatzgutachten des MDK vom 28.11.2013 verwiesen. Tatsächlich wurden die Erwartungen bzgl. der Therapieeffekte von Ganzkörperhyperthermie, wie sie anfangs der 2000er Jahre bestanden hatten, nicht erfüllt, die klinischen Ergebnisse der Ganzkörperhyperthermie konnten nicht überzeugen, sie ist weiter als rein experimentelles Verfahren anzusehen (vgl. z.B. http://www.klinikum.uni-muenchen.de/Medizinische-Klinik-und-Poliklinik-III/de/klinik/hyperthermie-start/1 was-ist-hyperthermie/hyperthermiemethoden/ ganzkoerperhyperthermie/index.html, abgerufen am 01.11.2018: "Grundsätzlich wird diese Methode bei Patienten mit Leber- bzw. Lungenmetastasen als ein experimenteller, palliativer Therapieansatz betrieben. Die WBH [Anm.: Whole-Body-Hyperthermia, Ganzkörperhyperthermie] wird aufgrund hoher Komplikationsraten selten durchgeführt.")

Dementsprechend heißt es in der Interdisziplinären S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms (Version 5.0 - April 2018): Unter dem Begriff der Hyperthermie versteht man die Erhitzung eines Organs oder Körperteils auf über 42° C. Diese Erwärmung führt zu einer Wirkungsverstärkung einer zuvor oder anschließend verabreichten Strahlentherapie. In der Anwendung beim Prostatakarzinom kommt dieser Behandlungsform, die bislang lediglich bei lokal fortgeschrittenem Tumorstadium zum Einsatz gekommen ist, ausschließlich experimenteller Charakter zu. In den vorliegenden wenigen Phase-II-Studien, die nur Einzelfallbeschreibungen, meist in Kombination mit einer externen Bestrahlung darstellen, werden zumeist nur die Nebenwirkungen beschrieben [534-536]. Bislang gibt es keine relevanten Aussagen zum klinischen Behandlungsergebnis. Um die Effektivität, die Sicherheit des Verfahrens sowie das klinische Ergebnis dieser minimal-invasiven Behandlungsmethode sicher beurteilen zu können, müssen zunächst kontrollierte, ggf. randomisierte Studien durchgeführt werden.

Die beim Kläger angewandte extreme Ganzkörperhyperthermie erfüllt damit nicht die Anforderungen des Qualitätsgebots des § 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V.

Der Kläger kann seinen Anspruch auch nicht auf die Verfassung unmittelbar oder den in Umsetzung der Rechtsprechung des BVerfG (Beschluss vom 06.12.2005, 1 BvR 347/98) zur Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung für neue Behandlungsmethoden in Fällen einer lebensbedrohlichen oder regelmäßig tödlichen Erkrankung eingeführten § 2 Abs. 1a SGB V stützen. Eine solche verfassungskonforme Auslegung der Leistungspflichten der Gesetzlichen Krankenversicherung setzt nach § 2 Abs. 1a SGB V voraus, dass drei Voraussetzungen kumulativ erfüllt sind:
- Es liegt eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende oder zumindest wertungsmäßig damit vergleichbare Erkrankung vor,
- bezüglich dieser Krankheit steht eine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung und
- es besteht eine "auf Indizien gestützte", nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Entwicklung auf den Krankheitsverlauf.

Unstreitig ist der Kläger an einem lebensbedrohlichen Prostatakarzinom erkrankt.

Die Frage, ob eine alternative Behandlungsmethode von der gesetzlichen Krankenversicherung zu finanzieren ist, darf nicht losgelöst davon

betrachtet werden, was die anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zu leisten vermag und was die alternative Behandlung zu leisten vorgibt. Zur Klärung der Frage, ob eine Behandlung mit Mitteln der Schulmedizin in Betracht kommt und inwieweit Behandlungsalternativen zur Verfügung stehen, ist zunächst das konkrete Behandlungsziel zu klären. Bietet die Schulmedizin nur palliative Behandlungsmöglichkeiten an, weil sie jede Möglichkeit einer kurativen Behandlung als aussichtslos betrachtet, kommt ein Anspruch auf eine alternative Behandlungsmethode allerdings nur dann in Betracht, wenn eine auf Indizien gestützte Aussicht auf einen über die palliative Standardtherapie hinausreichenden Erfolg besteht (BVerfG, Beschluss vom 26.02.2013, 1 BvR 2045/12).

Allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende Leistungen stehen nicht zur Verfügung, wenn solche, bezogen auf das jeweilige konkrete Behandlungsziel i.S.v. § 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V, im medizinischen Leistungsspektrum (allgemein) nicht vorhanden sind oder diese für den konkreten Behandlungsfall wegen erheblicher gesundheitlicher Risiken, vor allem schwerwiegender Nebenwirkungen, nicht nutzbar sind; relevant für die Beurteilung ist der Zeitpunkt der Behandlung (Hauck/Noftz, SGB V Stand 07/18, § 2 Rn. 76f). Wie sich aus der Äußerung des MDK vom 11.11.2015 und ebenso von Dr. G. vom 18.05.2018 ergibt, standen dem Kläger in seinem Erkrankungsstadium, das nur noch einer palliativen Therapie zugänglich war bzw. ist, noch verschiedene leitliniengerechte Standardtherapieoptionen zur Verfügung.

Zudem besteht keine auf "auf Indizien gestützte", nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Dass es dem Kläger während der Zeit der Hyperthermiebehandlung und darüber hinaus erfreulich gut ging, reicht hierfür nicht aus. Vielmehr ist die Ganzkörperhyperthermie nach wie vor als rein experimenteller Therapieansatz zu betrachten (siehe bereits oben zum Qualitätsgebot). Eine experimentelle Krankenbehandlung, die nicht durch hinreichende Indizien gestützt wird, ist jedoch auch in notstandähnlichen Situationen nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung zu erbringen (BVerfG, Beschluss vom 26.02.2013, 1 BvR 2045/12; BSG, Urteil vom 07.05.2013, B 1 KR 26/12 R). Auch unter grundrechtsorientierter Auslegung ist die Beklagte daher nicht verpflichtet, die Kosten für die durchgeführten extremen Ganzkörperhyperthermiebehandlungen zu erstatten.

Schließlich ergibt sich ein Kostenerstattungsanspruch auch nicht aus § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V. Gemäß § 13 Abs. 3a SGB V hat die Krankenkasse über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des MDK, eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden (Satz 1). Wenn die Krankenkasse eine gutachtliche Stellungnahme für erforderlich hält, hat sie diese unverzüglich einzuholen und die Leistungsberechtigten hierüber zu unterrichten (Satz 2). Der MDK nimmt innerhalb von drei Wochen gutachtlich Stellung (Satz 3). Kann die Krankenkasse Fristen nach Satz 1 nicht einhalten, teilt sie dies den Leistungsberechtigten unter Darlegung der Gründe rechtzeitig schriftlich mit (Satz 5). Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt (Satz 6). Voraussetzung für den Eintritt der Genehmigungsfiktion ist, dass ein Leistungsberechtigter einen hinreichend bestimmten Antrag auf eine Leistung gestellt hat, die er für erforderlich halten durfte und die nicht offensichtlich außerhalb des Leistungskatalogs der gesetzlichen Krankenversicherung liegt (BSG, Urteil vom 08.03.2016, B 1 KR 25/15 R). Der Kläger beantragte mit am 24.08.2015 bei der Beklagten eingegangenem Schreiben vom 20.08.2015 die streitgegenständliche Ganzkörperhyperthermiebehandlungen bzw. deren Kostenerstattung. Nach Äußerung des MDK am 27.08.2015 lehnte die Beklagte mit Bescheid vom 01.09.2015 den Antrag ab.

Die Drei-Wochen-Frist des § 13 Abs. 3a Satz 1 SGB V wurde eingehalten, sodass ein Kostenerstattungsanspruch aufgrund fingierter Genehmigung nach § 13 Abs. 3a Satz 7 SGB V nicht in Betracht kommt. Der Senat vermag den Ausführungen der Klägerseite hinsichtlich des Antragszeitpunktes nicht zu folgen. Zwar telefonierte Frau D. mit einer Mitarbeiterin der Beklagten am 10.11.2014. Laut Vortrag der Klägerseite ging es bei dem Telefonat sowohl um die Übernahme der Behandlungs- als auch der Fahrkosten. Bezüglich der Behandlungskosten sei Frau D. mitgeteilt worden - so die Klägerseite -, dass diese Behandlung nicht im Leistungskatalog der Krankenkassen sei und aus diesem Grund nicht von den gesetzlichen Krankenkassen erstattet werde. Sofern die Klägerseite darauf abstellen möchte, dass Frau D. bei dem Telefonat am 10.11.2014 einen mündlichen Antrag auf Übernahme der Hyperthermiebehandlungskosten gestellt hat, ist nach dem klägerischen Vortrag jedoch festzustellen, dass dieser Antrag mit mündlichem Verwaltungsakt (vgl. § 33 Abs. 2 Satz 1 SGB X) der Beklagten abgelehnt wurde. Weitere Kontakte bzw. Korrespondenzen zwischen den Parteien bezüglich der Hyperthermiebehandlung an sich sind nicht dokumentiert bzw. ersichtlich.

Aus dem Anschreiben von Frau D. vom 21.08.2015 an die Beklagte, wonach sie zwei Anträge auf Kostenübernahme geschrieben habe, einen mit altem Datum vom 06.06.2015, den anderen mit neuem Datum (vom 20.08.2015), ergibt sich nicht, dass der Kläger den auf 06.06.2015 datierten Antrag tatsächlich auch an die Beklagte im Juni 2015 geschickt oder im Juni 2015 einen entsprechenden mündlichen Antrag gestellt hat. Die Tatsache, dass Frau D. nachfragte, ob sie den alten Antrag vom Juni oder einen neuen vom August 2015 schicken solle, legt vielmehr nahe, dass der auf 06.06.2015 datierte Antrag gerade nicht an die Beklagte gesendet worden war. Für eine etwaige mündliche Antragstellung im Juni 2015 fehlt es an jeglichem Nachweis und bereits an einem substantiierten Vortrag diesbezüglich. Der vom Kläger zu führende Nachweis einer tatsächlichen Antragstellung im Juni 2015 ist damit nicht erbracht.

Sofern die Klägerseite darauf hinweist, der Kläger habe mit Schreiben vom 27.11.2014 und 19.05.2015 erneut um die Überprüfung "seiner Anträge" gebeten, ist dem entgegenzuhalten, dass es in den beiden Schreiben ausschließlich um Fahrkostenerstattungen (Antragsverfahren bzw. Widerspruchsverfahren) ging.

Ein Kostenerstattungsanspruch wegen der Hyperthermiebehandlungen ergibt sich auch nicht aufgrund eines sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs wegen Verstoßes gegen eine Beratungspflicht durch die Beklagte, weil sie das Schreiben vom 27.11.2014 nicht als Antrag auf Erstattung der Behandlungskosten, sondern nur der Fahrkosten gewertet hat. Es bestand keine Veranlassung für die Beklagte, den Kläger darauf hinzuweisen, zusätzlich zum Antrag auf Fahrkostenerstattung auch einen solchen auf Übernahme der Kosten der Hyperthermiebehandlung zu stellen. Denn aus der - zutreffenden - Sicht der Beklagten bestand ein solcher Anspruch nicht (s.o.), sodass sie dem Kläger auch nicht eine entsprechende Antragstellung hätte nahelegen müssen.

Schließlich kann ein Kostenerstattungsanspruch auch nicht daraus abgeleitet werden, dass einzelne Behandler eine Chemotherapie beim Kläger nicht mehr als sinnvoll erachteten, obwohl dies womöglich nach den entsprechenden Leitlinien noch denkbar gewesen wäre.

Der Beweisantrag auf Zeugeneinvernahme von Frau B. und Frau D. ist abzulehnen. Denn auch bei Wahrunterstellung des klägerischen Vortrags, wonach Frau D. am 10.11.2014 einen telefonischen Antrag auf Kostenübernahme der Ganzkörperhyperthermie gestellt und Frau

B. dieses sogleich am Telefon abgelehnt habe, hat dies auf Ergebnis des Rechtsstreits keinen Einfluss. Der mündliche Antrag von Frau D. wurde mit mündlichem Verwaltungsakt (vgl. § 33 Abs. 2 Satz 1 SGB X) durch Frau B. für die Beklagte abgelehnt. Auf das Telefonat am 10.11.2014 kann daher auch eine Genehmigungsfiktion nach § 13 Abs. 3a SGB V nicht gestützt werden. Der diesbezügliche Vortrag ist damit nicht entscheidungserheblich (vgl. Meyer-Ladewig, SGG, 12. Aufl. 2017, § 103 Rn. 8).

Nach alledem musste die Berufung ebenso wie die Klage ohne Erfolg bleiben.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 SGG.

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
FSB
Saved
2020-03-12