

L 5 KR 31/07

Land
Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht
LSG Nordrhein-Westfalen
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
5
1. Instanz
SG Düsseldorf (NRW)
Aktenzeichen
S 34 KR 255/04
Datum
11.01.2007
2. Instanz
LSG Nordrhein-Westfalen
Aktenzeichen
L 5 KR 31/07
Datum
08.07.2010
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
B 1 KR 104/10 B
Datum
04.03.2011
Kategorie
Urteil
Bemerkung

NZB als unzulässig verworfen

Die Berufung der Klägerin gegen das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 11.01.2007 wird zurückgewiesen. Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Streitig ist die Übernahme der Kosten für die in der Zeit von Januar 2003 bis April 2004 im Kantonsspital C selbst beschafften Behandlungsmaßnahmen.

Die 1946 geborene Klägerin ist bei der Beklagten seit 1976 krankenversichert. Nachdem bei der Klägerin bereits 1997 Doppelbilder im Bereich des rechten Auges aufgetreten waren, wurde bei ihr im Juli 2001 ein linksseitiges Keilbeinmeningeom der mittleren Schädelgrube mit beginnender Kompression der linksseitigen Hirnstammstrukturen ohne Liquorzirkulationsstörungen diagnostiziert. Die Klägerin, die zunächst in Deutschland mehrere Neurochirurgen konsultiert hatte, ließ diese Erkrankung alsdann im Kantonsspital C behandeln.

Im Februar 2002 erfolgte die Craniotomie links mit Tumorteilentfernung, wobei die Hirnnerven II + III sowie die Carotis dargestellt und vom Meningeom befreit wurden.

In der Zeit vom 11.03. bis 15.03.2002 erfolgte der erste Zyklus der systemischen Radionuklid-Therapie mit 90Yttrium-DOTATOC. Die zweite systemische Radionuklid- Therapie mit 90Y-DOTATOC wurde vom 27.05. bis 29.05. 2002 durchgeführt.

Im Januar (10.01. - 15.01.) und Juni (04.06. - 06.06.) 2003 erfolgten stationäre Nachuntersuchungen und im August (27.08. - 30.08.) 2003 wurde eine weitere Radionuklidbehandlung durchgeführt, wobei diesmal 177 Lutetium-DOTATOC eingesetzt wurde. In der Zeit vom 25.11. bis 27.11.2003 sowie am 01. und 02.04.2004 erfolgten wiederum Nachuntersuchungen im Kantonsspital C.

Im März 2003 beehrte das Kantonsspital C die Kostenübernahme der im Januar 2003 erfolgten Behandlung der Klägerin. Mit Schreiben vom 25.03.2003 lehnte die Beklagte - ebenso wie bereits zuvor die Gemeinsame Einrichtung L in T - gegenüber dem Krankenhaus diesen Antrag ab, da die Krankheit nicht als Notfall in der Schweiz eingetreten sei. Im Juni 2003 beantragte die Klägerin unter Vorlage einer Bescheinigung von Prof. Dr. Dr. G, Direktor der Klinik für Strahlenheilkunde, D, W-Klinikum in C, wonach eine Operation des an sehr schwieriger Stelle lokalisierten Meningeoms ausscheide und eine Behandlung mit Yttrium 90 basiertem DOTATOC oder auch Lutetium basiertem DOTATOC ausschließlich in C möglich sei, die Übernahme der Behandlungskosten.

Mit Bescheid vom 18.08.2003 lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme ab und bezog sich dabei auf eine von ihr eingeholte Stellungnahme des medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) Nordrhein vom 05.08.2003, wonach die wissenschaftliche Datenlage hinsichtlich der Radionuklidbehandlung mit Y-DOTATOC bzw. Lutetium-DOTATOC bei Somatostatin-Rezeptor positiven Meningeomen noch absolut unzureichend und dieses Therapieverfahren deshalb als hochexperimentiell zu bewerten sei, so dass diese Therapie nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entspreche. Den hiergegen eingelegten Widerspruch, mit dem die Klägerin geltend machte, die fragliche Behandlungsmethode sei bereits umfassend erprobt und in Holland, Italien und der Schweiz in ihrer Wirksamkeit anerkannt, wies die Beklagte, nachdem sie ihre ablehnende Haltung mit Schreiben vom 30.01.2004 nochmals verdeutlicht hatte, mit Widerspruchsbescheid vom 20.07.2004 als unbegründet zurück.

Am 23.08.2004 hat die Klägerin Klage vor dem Sozialgericht (SG) Düsseldorf erhoben und ihr Begehren weiter verfolgt. Sie hat vorgetragen, die streitige Radiotherapie sei die einzig Erfolg versprechende Behandlungsmethode gewesen. Sie sei bei dem bei ihr vorliegenden Krankheitsbild auch durchaus wissenschaftlich anerkannt. Die Kosten der im Jahre 2002 erfolgten Behandlungen seien durch eine private englische Krankenversicherung, bei der damals auch über ihren Ehemann Versicherungsschutz bestanden habe, übernommen worden. Nach der Pensionierung ihres Ehemannes habe diese Versicherung jedoch aufgegeben werden müssen.

Die Klägerin hat beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18.08.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.07.2004 zu verurteilen, an sie 25.199,61 Euro zu zahlen.

Die Beklagte hat beantragt,

die Klage abzuweisen.

Das SG hat Stellungnahmen der behandelnden Ärzte Prof. Dr. Dr. G, Prof. Dr. U, Arzt für Innere Medizin in Düsseldorf und Prof. Dr. N, Chefarzt der Klinik für Nuklearmedizin des Kantonsspital C eingeholt.

Prof. Dr. Dr. G hat unter dem 04.04.2005 im Wesentlichen dargelegt, durch den bei der Klägerin gewählten multimodalen Therapieansatz habe das Fortschreiten der Erkrankung gestoppt werden können. Die Behandlungsmöglichkeiten seien zuvor differenziert abgewogen worden. Es habe sich um eine individuell therapeutische Einzelbehandlung gehandelt; eine abschließende Stellungnahme, der auf diesem Feld tätigen Experten im Rahmen eines "clinical pathways" bzw. einer "Leitlinie" für die Behandlung von Meningeomen sei ihm nicht bekannt. Es sei anzumerken, dass bislang publizierte Kasuistiken vorlägen, aber keine Ergebnisse einer darüber hinausgehenden Studie zur Behandlung von Meningeomen. Zum damaligen Zeitpunkt sei diese Behandlung in Deutschland nicht angeboten worden. Es seien lediglich in mehreren Zentren Behandlungen im Rahmen einer multizentrischen klinischen Studie bei einer allerdings unterschiedlichen Tumorerkrankung (metastasierte neuroendokrine Tumore des gastroenteropankreatischen Systems) durchgeführt worden.

Prof. Dr. N hat unter dem 13.04.2005 dargelegt, außer einem extrem risikoreichen operativen Eingriff habe für die Klägerin keine andere therapeutische Alternative als die DOTATOC-Therapie vorgelegen. Die in C seit 1996 erfolgreich eingesetzte Substanz DOTATOC markiert mit ⁹⁰Yttrium richte sich gegen die Somatostatin-Rezeptoren. Seit Einführung dieser Verbindung seien über 800 Patienten - darunter eine Vielzahl von Patienten mit Meningeomen - behandelt worden. Die Resultate seien laufend an internationalen Kongressen vorgetragen und in den wichtigsten nuklearmedizinischen Zeitschriften publiziert worden. Eine kürzlich erschienene Zusammenfassung zeige, dass die klinischen Studien längst abgeschlossen seien und die Resultate eine weltweite Akzeptanz gefunden hätten.

Durch Urteil vom 11.01.2007 hat das SG die Klage abgewiesen. Die in der Schweiz durchgeführte Behandlung habe nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse gemäß [§ 18 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch \(SGB V\)](#) entsprochen. Der Erfolg der streitigen Behandlung lasse sich nämlich nicht aus wissenschaftlich einwandfrei durchgeführten Studien über die Zahl der behandelten Fälle und die Wirksamkeit ablesen. Es sei auch nicht davon auszugehen, dass die streitige Therapie von der großen Mehrheit der einschlägigen Fachleute befürwortet werde. Der Anspruch der Klägerin ergebe sich auch nicht aus der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts zum Erfordernis einer verfassungskonformen Auslegung leistungsbeschränkender Vorschriften des SGB V. Denn sowohl die Grundrechte aus [Art. 2 GG](#) als auch das Sozialstaatsprinzip entfalteten ihre Wirkung nur innerhalb des Geltungsbereiches des Grundgesetzes. Begebe sich ein Versicherter außerhalb des Gebietes der Bundesrepublik Deutschland, ruhe sein Leistungsanspruch nach [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#), so dass Ansprüche nur nach Maßgabe des [§ 18 SGB V](#) oder nach über- oder zwischenstaatlichem Recht in Betracht kommen könnten. Die Voraussetzungen gemäß Art. 22 Abs. 1 Buchstabe c) der Verordnung der Europäischen Wirtschaftsgemeinschaft (EWGV) Nr. 1408/71 seien ebenfalls nicht gegeben.

Gegen das ihr am 22.01.2007 zugestellte Urteil hat die Klägerin am 26.02.2007 Berufung eingelegt und nach Gewährung von Wiedereinsetzung in den vorigen Stand wegen Versäumung der Berufungsfrist (Beschluss des Senats vom 29.05.2007) vorgetragen, bis Juni 2002 habe die damals bestehende englische Krankenversicherung sämtliche Behandlungskosten übernommen. Ab Juli 2002 seien die weiteren Behandlungskosten bis Juni 2003 von der bei der DKV bestehenden privaten Zusatzversicherung übernommen worden. Erst anlässlich der Geltendmachung der Kosten für die Behandlung im August 2003 habe die DKV die Klägerin aufgefordert, zunächst eine Kostenerstattung bei der Beklagten zu beantragen. Eine Rückforderung der bereits geleisteten Zahlungen in Höhe von 11.840,67 Euro habe die DKV trotz entsprechender Androhung jedoch nicht geltend gemacht. Die Klägerin trägt weiter vor, die Kostenerstattung müsse zumindest unter Beachtung der Grundsätze des Beschlusses des Bundesverfassungsgerichts vom 06.12.2005 erfolgen, denn diese Rechtsprechung sei auch bei Auslandsbehandlungen zu berücksichtigen. Dabei sei insbesondere von Bedeutung, dass andere Behandlungsmöglichkeiten nicht zur Verfügung gestanden hätten, wie auch Prof. Dr. Dr. G bestätigt habe.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 11.01.2007 zu ändern und die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 18.08.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.07.2004 zu verurteilen, an sie 13.358,94 Euro zu zahlen und sie von der Zahlung von 11.840,67 Euro gegenüber der DKV freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend und bezieht sich vor allem auf ein Gutachten des MDK Nordrhein, Kompetenzzentrum Onkologie vom 30.07.2008, in dem Prof. Dr. I und Dr. T zu dem Ergebnis gelangt sind, das bei der Klägerin vorliegende Meningeom sei zwar als lebensbedrohliche Erkrankung einzustufen gewesen, mit der fraktionierten perkutanen Strahlentherapie in Form einer der Hochpräzisionsmethoden 3D-CRT, FSRT oder IMRT habe jedoch eine allgemein anerkannte, dem medizinischen Standard entsprechende

Behandlung zur Verfügung gestanden. Ob Kontraindikationen gegen eine solche Strahlentherapie vorgelegen hätten, habe ohne Vorliegen der MRT-Bilder nicht geprüft werden können. Dies müsse im Zweifelsfall nachträglich anhand der MRT-Bilder beurteilt werden. Die streitige Therapie habe weder damals noch heute dem medizinisch anerkannten Standard in der Behandlung inoperabler oder inkomplett operierter Meningeome entsprochen. Sowohl die neurochirurgische Operation als auch die Nachuntersuchungen hätten jedoch in jedem Fall in Deutschland stattfinden können.

Der Senat hat Beweis erhoben durch die Einholung von Befundberichten von Prof. Dr. N1, Leiter der Neurochirurgischen Abteilung des Kantonsspital C, Prof. Dr. I, Chefarzt der Klinik für Neurochirurgie der X Klinik E, Prof. Dr. U, Arzt für Innere Medizin in E, Dr. I, Oberarzt der neurochirurgischen Klinik der K Universitätsklinik N, Dr. T1, Ärztin in O, Prof. Dr. T1, Leitender Oberarzt der Klinik für Neurochirurgie des Universitätsklinikums M, Prof. Dr. T2, Direktor der Klinik für Stereotaxie und funktionelle Neurochirurgie des Universitätsklinikums L.

Der Senat hat außerdem ein Gutachten von Prof. Dr. E, Chefarzt der Abteilung für Radioonkologie des Universitätsklinikums Heidelberg, eingeholt. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten unter dem 27.04.2010 dargelegt, für die aufgrund der Tumork Lokalisation mit Verdrängung von wichtigen Strukturen wie die des Hirnstammes als lebensbedrohlich anzusehende Erkrankung habe zur damaligen Zeit (2002/2003) in Deutschland eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung in Form der fraktionierten perkutanen Radiatio zur Verfügung gestanden. Die Therapie habe entweder nach tumorentlastender Teilresektion oder als Primärtherapie durchgeführt werden können. Schon in der damaligen Zeit sei bekannt gewesen, dass eine strahlentherapeutische Intervention auch in komplizierten Fällen zu einer guten Tumorkontrollrate führe. Die Klägerin habe aufgrund der Tumork Lokalisation und -ausdehnung insbesondere mit einer fraktionierten stereotaktischen Radiotherapie (FSRT) oder einer intensitätsmodulierten Radiotherapie (IMRT) behandelt werden können. Dieses seien Hochpräzisionstechniken, die eine vorteilhafte Dosisverteilung mit Schonung des umliegenden gesunden Gewebes erlaubten. Die Therapie habe zum damaligen Zeitpunkt als medizinisch anerkannte Behandlung in Form einer Vertragsleistung vor allem in Universitätskliniken, z.B. Köln, Berlin, Heidelberg, Marburg, Freiburg oder München, zur Verfügung gestanden. Bei der von der Klägerin gewählten Radionuklid-Therapie habe es sich zum damaligen Zeitpunkt nicht um eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung gehandelt. Phase III-Studien lägen nicht vor. Im Lehrbuch Nuklearmedizin sei das Verfahren für die Behandlung von Meningeomen nicht erwähnt. Zum damaligen Zeitpunkt hätten zwar einzelne Originalarbeiten existiert, die das Ergebnis der Radionuklid-Therapie bei Meningeompatienten untersucht hätten; allerdings sei die Zahl der behandelten Patienten in diesen Arbeiten zu niedrig, um eine sichere Beurteilung des Therapieerfolges zu erlauben. Unter Berücksichtigung einer 2009 veröffentlichten Originalarbeit, die 29 Patienten mit somatostatinrezeptor positiven Meningeomen, die mittels 90Y-DOTATOC behandelt worden seien, untersucht habe, sei der therapeutische Ansatz dieser Methode insgesamt als eine wissenschaftlich und klinisch sehr interessante Alternative/Option zu werten, die eine günstige Auswirkung auf den Krankheitsverlauf hätte haben können.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird Bezug genommen auf den Inhalt der Gerichtsakten und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten, der Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Die zulässige Berufung der Klägerin ist unbegründet. Das SG hat die Klage zu Recht abgewiesen. Die Klägerin hat keinen Anspruch auf Erstattung der Kosten bzw. Kostenfreistellung für die in der Schweiz durchgeführten Behandlungen.

Der von der Klägerin geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch für die Behandlungen in der Schweiz ab August 2003 sowie der Kostenfreistellungsanspruch für die Behandlungen von Januar bis Juli 2003 beurteilen sich nach den Vorschriften des SGB V i.V.m. den Vorschriften der EWGV Nr. 1408/71.

Gemäß [§ 30 Abs. 1](#), 37 Satz 1 Sozialgesetzbuch Erstes Buch (SGB I) finden für die in Deutschland wohnhafte und hier krankenversicherte Klägerin in Bezug auf die Frage, welche Sozialleistungen ihr wegen Krankheit zustehen, die Vorschriften des SGB V Anwendung. Der vorübergehende Aufenthalt der Klägerin in der Schweiz ändert nichts an ihrer Mitgliedschaft bei der beklagten Krankenkasse. Das SGB V sieht indessen eine Leistungspflicht der Krankenkassen bei einer im Ausland stattfindenden Krankenbehandlung 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 sich Versicherte im Ausland aufhalten, und zwar auch dann, wenn sie dort während eines vorübergehenden Aufenthalts erkranken, soweit in diesem Gesetz nichts anderes bestimmt ist. Die nationale Rechtsordnung kann jedoch, wie auch der letzte Halbsatz in [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ausspricht, durch vorrangige Regelungen des supranationalen Rechts überlagert oder ergänzt werden (vgl. [§ 30 Abs. 2 SGB I](#), vgl. dazu BSG [SozR 4-6928 Allg Nr. 1](#)).

Da das Abkommen zwischen der Europäischen Gemeinschaft und ihren Mitgliedstaaten einerseits und der Schweizerischen Eidgenossenschaft andererseits über die Freizügigkeit vom 21.06.1999 (in Kraft ab 01.06.2002) auf die EWGV Nr. 1408/71 Bezug nimmt, kommt als Anspruchsgrundlage auch Art. 22 EWGV Nr. 1408/71 in Betracht, dessen Voraussetzungen hier jedoch nicht erfüllt sind, wie das SG zutreffend entschieden hat (vgl. ebenso zur 90Y-DOTATOC-Therapie in der Schweiz Urteil des Bayerischen LSG vom 24.07.2008 - [L 4 KR 119/06](#) -; Urteil des Hessischen Landessozialgerichts vom 23.01.2006 - [L 8 KR 128/05](#) -).

Als Anspruchsgrundlage eines möglichen Anspruchs der Klägerin ist hier Art. 22 Abs. 1 Buchstabe c EWGV Nr. 1408/71 einschlägig und nicht Art. 31 EWGV 1408/71. Zwar war die Klägerin damals Familienangehörige eines Rentners i.S.d. Regelungen der EWGV Nr. 1408/71, gleichwohl ist Art. 31 der Verordnung jedoch nicht anwendbar. Sucht nämlich ein Rentner bzw. einer seiner Familienangehörigen einen anderen Mitgliedsstaat auf, um sich dort Gesundheitsleistungen zu verschaffen, wie es hier die Klägerin nach ihrem eigenen unstreitigen Vorbringen getan hat, so ist auch für diesen Personenkreis Art. 22 Abs. 1 Buchstabe c EWGV Nr. 1408/71 einschlägig (vgl. EuGH [SozR 4 6050 Art. 31 Nr. 1](#)).

Gemäß Art. 22 Abs. 1 Buchstabe c EWGV Nr. 1408/71 hat ein Arbeitnehmer oder Selbständiger, der die nach den Rechtsvorschriften des zuständigen Staates für den Leistungsanspruch erforderlichen Voraussetzungen, ggfls. unter Berücksichtigung des Art. 18 erfüllt und der vom zuständigen Träger die Genehmigung erhalten hat, sich in das Gebiet eines anderen Mitgliedstaates zu begeben, um dort eine seinem Zustand angemessene Behandlung zu erhalten, Anspruch auf Sachleistungen für Rechnung des zuständigen Trägers vom Träger des Aufenthalts - oder Wohnortes nach den für diesen Träger geltenden Vorschriften, als ob er bei diesem versichert wäre. Nach Art. 22 Abs. 2

EWGV Nr. 1408/71 darf die nach Abs. 1 Buchstabe c) erforderliche Genehmigung nicht verweigert werden, wenn die betreffende Behandlung zu den Leistungen gehört, die in den Rechtsvorschriften des Mitgliedstaates vorgesehen sind, in dessen Gebiet der Betreffende wohnt, und wenn er in Anbetracht seines derzeitigen Gesundheitszustandes und des voraussichtlichen Verlaufs der Krankheit diese Behandlung nicht in einem Zeitraum erhalten kann, der für diese Behandlungen in dem Staat, in dem er seinen Wohnsitz hat, normalerweise erforderlich sind. Diese Voraussetzungen sind hier nicht erfüllt. Denn die Klägerin konnte die Behandlung, wie sie auch selbst stets vorgetragen hat, damals in Deutschland nicht erhalten, und auch die Rechtsprechung des EuGH, wonach der zuständige Träger bei der Beurteilung der Frage, ob eine Behandlung, die für den Patienten ebenso wirksam ist, rechtzeitig im Wohnmitgliedstaat verfügbar ist, sämtliche Umstände des konkreten Falles zu beachten habe, rechtfertigt keine andere Beurteilung (vgl. EuGH Urteil vom 31.05.1979 - C-182/78 -; Urteil vom 23.10.2003 - C-56/01 -). Denn der Klägerin stand, wie unten noch dargelegt wird, in Deutschland eine wirksame, dem allgemeinen Stand der medizinischen Wissenschaft entsprechende Behandlung zur Verfügung, während die Wirksamkeit der streitigen Behandlung nicht festgestellt werden kann.

Regelungen des internationalen Rechts, die gemäß [§ 6 SGB IV](#) die Vorschriften des SGB V ebenfalls überlagern und ergänzen, sind hier nicht anwendbar. Denn für die Zeit ab Juni 2002 gelten für die vom persönlichen Geltungsbereich des oben genannten Freizügigkeitsabkommens erfassten Personen - wie die Klägerin - die Regelungen der EWGV Nr. 1408/71 und nicht mehr die Vorschriften des Abkommens zwischen der Schweizerischen Eidgenossenschaft und der Bundesrepublik Deutschland über Soziale Sicherheit vom 25.02.1964 (in Kraft ab 01.05.1966). Das Abkommen kann nach dem Günstigkeitsprinzip nur noch insoweit weiter gelten, als es für den Versicherten vorteilhaftere Regelungen enthält und auch hier nur bezüglich solcher sozialversicherungsrechtlicher Sachverhalte, die vor Geltung des Freizügigkeitsabkommens entstanden sind (vgl. Bergmann, NZS 2003, 176 m.w.N.). Selbst wenn man im Hinblick darauf, dass die Behandlung der Klägerin in der Schweiz bereits im Februar 2002 begonnen wurde, auch für die hier streitigen Behandlungen noch das Sozialversicherungsabkommen für einschlägig hielte, führte dies letztlich zu keinem anderen Ergebnis. Denn nach diesem Abkommen hat eine Person, die sich vorübergehend im Gebiet der anderen Vertragspartei aufhält, Anspruch auf der Grundlage der Gebietsgleichstellung in Art. 4a Abs. 1 des Abkommens nur dann, wenn sie wegen ihres Zustandes sofort Leistungen benötigt (Art. 10b Abs. 1 des Abkommens) oder unter der weiteren Voraussetzung, dass der zuständige Träger der Verlegung des gewöhnlichen Aufenthaltes vorher zugestimmt hat (Art. 10b Abs. 1 Nr. 3 des Abkommens). Diese Voraussetzungen liegen hier ersichtlich aber nicht vor. Die Klägerin benötigte nicht wegen ihres Zustandes sofort Leistungen, sondern sie hat sich wegen beabsichtigter Inanspruchnahme von Leistungen in die Schweiz begeben, ohne dass eine unaufschiebbare Leistungssituation gegeben gewesen wäre.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. -freistellung besteht auch nicht nach [§ 13 Abs. 5 SGB V](#). Denn diese Regelung trat zum ersten erst zum 01.01.2004 in Kraft (Gesetz zur Modernisierung der gesetzlichen Krankenversicherung - GMG - vom 14.11.2003) und galt zum zweiten für Behandlungen in Staaten im Geltungsbereich des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft und des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum, wovon die Schweiz jedoch nicht erfasst wurde. Erst durch das Gesetz zur Änderung des Vertragsarztrechts und anderer Gesetze - VÄndG - vom 22.12.2006 wurde der Anwendungsbereich der Regelungen der Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 4 bis 6 SGB V](#) zum 01.01.2007 auf die Schweiz ausgedehnt, indem nunmehr Staaten, in denen die EWGV Nr. 1408/71 anzuwenden ist, erfasst werden. Sämtliche hier streitigen Behandlungen lagen aber vor diesem Zeitpunkt.

Ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. -freistellung kann sich mithin nur aus [§ 18 SGB V](#) als Ausnahmenvorschrift zu [§ 16 Abs. 1 Nr. 1 SGB V](#) ergeben. Hiernach kann die Krankenkasse die Kosten einer erforderlichen Behandlung ganz oder teilweise übernehmen, wenn eine dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung einer Krankheit nur im Ausland möglich (so § 13 in der bis zum 31.12.2003 gültigen Fassung) bzw. nur außerhalb des Geltungsbereichs des Vertrages zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft oder des Abkommens über den Europäischen Wirtschaftsraum möglich (§ 18 Abs. 1 in der ab 01.01.2004 durch das GMG geltenden Fassung) ist. Diese Voraussetzungen sind ebenfalls nicht erfüllt.

Dabei ist zunächst zu beachten, dass eine Kostenübernahme nach [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) nur in Betracht kommt, wenn der Versicherte vor Durchführung der Auslandsbehandlung bei seiner Krankenkasse die Kostenübernahme beantragt, ihr Gelegenheit zur Prüfung gegeben und deren Entscheidung abgewartet hat (vgl. BSG SozR 4-2500 § 18 Nr. 1, 2). Aus dem Wortlaut des [§ 18 Abs. 1 SGB V](#) und dem Zusammenhang mit der Regelung in [§ 275 Abs. 2 Nr. 3 SGB V](#) ergibt sich, dass es auch für Behandlungen im Ausland bei dem allgemein für außervertragliche Behandlungen geltenden Grundsatz verbleibt, dass der Krankenkasse eine Möglichkeit zur Überprüfung des Leistungsbegehrens einzuräumen ist, bevor dem Versicherten erlaubt ist, sich die benötigte Leistung außerhalb des Sachleistungssystems selbst zu beschaffen. Dass dies gerade bei Auslandsbehandlungen zur Beratung und zum eigenen Schutz des Versicherten sinnvoll ist, liegt auf der Hand (vgl. BSG a.a.O.). Dabei muss auch im Rahmen des [§ 18 SGB V](#) davon ausgegangen werden, dass bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse im allgemeinen eine Zäsur darstellt und die Kostenerstattung daher nur für diejenigen Leistungen ausgeschlossen ist, die bis zum Zeitpunkt der Entscheidung auf eigene Rechnung beschafft wurden. Dies kann aber nur gelten, wenn die nachträglich getroffene Entscheidung der Krankenkasse überhaupt noch geeignet war, das weitere Leistungsgeschehen zu beeinflussen (BSG Urteil vom 22.03.2005 - [B 1 KR 3/04 R](#) -). Ob diese Voraussetzungen der vorherigen Antragstellung hier vorliegen, ist schon zweifelhaft. Die Klägerin hat im Gerichtsverfahren behauptet, der erste Antrag sei wohl im Januar 2003 gestellt worden. Eine solche Antragstellung hat die Klägerin aber nicht nachweisen können. Sie selbst hat keine entsprechenden Unterlagen mehr und in den Verwaltungsakten ist lediglich ein Kostengutsprachege such des Kantonsspital C im März 2003 und eine Antragstellung seitens der Klägerin im Juni 2003 belegt. Die ablehnende Entscheidung der Beklagten datiert erst vom 18.08.2003, so dass jedenfalls für die im Januar und Juni 2003 erfolgten Behandlungen die Kostenerstattung bzw. -freistellung schon wegen fehlender Einhaltung des Beschaffungsweges ausscheidet.

Für die nach der Bescheiderteilung erfolgte Behandlung ist die Einhaltung des Beschaffungsweges zumindest zweifelhaft. Zwar ist bei laufenden oder sich über einen längeren Zeitraum erstreckenden Leistungen die ablehnende Entscheidung der Krankenkasse im allgemeinen eine Zäsur, dies gilt aber nicht, wenn mit dem eigenmächtigen Beginn der Behandlung die weiteren Schritte quasi bereits endgültig vorgezeichnet und festgelegt waren (vgl. BSG Urteil vom 22.03.2005 - [B 1 KR 3/04 R](#) -). Unter Berücksichtigung der im Berufungsverfahren eingeholten Auskunft von Prof. Dr. N1 spricht vieles dafür, dass die weiteren Schritte bei Beginn der streitigen Behandlung bereits endgültig vorgezeichnet waren. Prof. Dr. N1 hat dargelegt, die zusätzliche Behandlung mit Lutetium-DOTATOC sei initial nicht geplant gewesen. Das initiale Behandlungsschema habe aus zwei Applikationen Yttrium-DOTATOC bestanden. Bei nicht wenigen Patienten würden aber im weiteren Verlauf Zusatzbehandlungen durchgeführt und zwar entweder nochmals mit Yttrium oder gelegentlich auch mit Lutetium-DOTATOC. Lutetium sei ein schwächerer Betastrahler im Vergleich zu Yttrium und damit auch nebenwirkungsärmer, so

dass das Risiko einer Nierenschädigung deutlich geringer sei. Die Lutetium-DOTATOC-Behandlung sei bei der Klägerin bei einer unklaren klinischen Verschlechterung, die auch ein Fortschreiten der Erkrankung hätte bedeuten können, indiziert gewesen. Aus diesen Aussagen von Prof. Dr. N1 zum Behandlungsverlauf ergibt sich zwar nicht, dass die im August 2003 durchgeführte DOTATOC-Behandlung bereits von Anfang an geplant war, andererseits hatte sich die Klägerin jedoch mit Beginn der Therapie im Jahr 2002 auf die Behandlung der Erkrankung mittels einer Radionuklid-Therapie festgelegt, so letztlich seit 2002 die weiteren Schritte wohl endgültig vorgezeichnet waren und die Entscheidung der Beklagten kaum geeignet war, das weitere Geschehen zu beeinflussen.

Letztlich kann dies aber offen bleiben, da auch die weiteren Voraussetzungen gemäß [§ 18 SGB V](#) nicht erfüllt sind. Denn nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens war eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nicht nur im Ausland bzw. außerhalb der EU und EWR-Staaten möglich. Zum einen entsprach die streitige Behandlung nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse und zum anderen wäre eine solche Behandlung demgegenüber in Deutschland möglich gewesen.

Allgemein anerkannt ist ein Erkenntnisstand, wenn die große Mehrheit der einschlägigen Fachleute (Ärzte, Wissenschaftler) ihn befürwortet und von einzelnen nicht ins Gewicht fallenden Gegenstimmen abgesehen, über die Zweckmäßigkeit und Notwendigkeit der Therapie gerade auch im Ausland Konsens besteht. Dieses setzt im Regelfall voraus, dass über Qualität und Wirksamkeit der in Frage stehenden Auslandsbehandlung, die in ihrer Gesamtheit 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 Behandlung ablesen lassen. Die Behandlung muss in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen erfolgreich gewesen sein (vgl. BSG SozR 3-2500 § 18 Nrn. 4, 6; BSG SozR 4-2500 § 18 Nr. 5; Hauck in: Peters, Handbuch der Krankenversicherung, § 13 Rdn. 354).

Diese Voraussetzungen sind für die hier streitige Behandlung nach dem Gesamtergebnis des Verfahrens nicht erfüllt. Prof. Dr. E hat in seinem Gutachten ausführlich dargelegt, dass es zum streitgegenständlichen Zeitpunkt für die streitige Behandlung nur einzelne Arbeiten gab, die sich auf lediglich drei Patienten bzw. Einzelfallbewertungen bezogen. Diese Anzahl der behandelten Patienten ist aber zu niedrig, um eine sichere Beurteilung des Therapieerfolgs zu erlauben. Phase III-Studien liegen und lagen nicht vor. In den Standardlehrbüchern wird das Verfahren für die Behandlung von Meningeomen nicht erwähnt. Auch Prof. Dr. I/Dr. T (MDK Nordrhein) haben in ihrer von der Beklagten eingereichten Stellungnahme vom 30.07.2008 ausführlich dargelegt, dass es lediglich Einzelfallberichte gibt. Dies wird letztlich auch von der Klägerin nicht in Zweifel gezogen, denn auch Prof. Dr. Dr. G, auf dessen Auskunft sie sich bezogen hat, hat in seinem vom SG eingeholten Befundbericht deutlich gemacht, dass es außer vereinzelten Kasuistiken keine weiteren Studien gebe. Aus dem Gutachten von Prof. Dr. E und der Stellungnahme von Prof. Dr. I/Dr. T ergibt sich außerdem, dass zur Behandlung der Erkrankung damals in Deutschland eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung zur Verfügung stand. Die Klägerin hätte nämlich mittels einer fraktionierten perkutanen Radiatio behandelt werden können. Es wäre insbesondere eine fraktionierte stereotaktische Radiotherapie (FSRT) oder eine intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) möglich gewesen. Soweit die Klägerin dies unter Vorlage einer Bescheinigung von Prof. Dr. Dr. G vom 21.06.2010 in Abrede stellt, übersieht sie, dass auch Prof. Dr. Dr. G sich letztlich nicht gegen diese Strahlentherapie ausspricht, denn er führt aus, diese Therapie hätte nur aus der individuellen Sicht der Klägerin entscheidende Nachteile gehabt. Hinsichtlich der von ihm angesprochenen Belastung des gesunden Gewebes ist zu berücksichtigen, dass die genannten Radiotherapien Hochpräzisionstechniken sind, die, wie Prof. Dr. E darlegt, eine vorteilhafte Dosisverteilung mit Schonung des umliegenden gesunden Gewebes erlauben. Das Ansprechen von Meningeomen auf die Radiotherapie ist ausführlich in mehreren Analysen untersucht worden. Schon zur damaligen Zeit ist, wie der Sachverständige eingehend ausführt, aufgrund von Studien an zahlreichen Patienten bekannt gewesen, dass eine strahlentherapeutische Intervention auch in komplizierten Fällen zu guten Tumorkontrollraten führt. Die entsprechenden Daten fanden sich auch in den Standardlehrbüchern.

Soweit die im November 2003 und April 2004 erfolgten Nachuntersuchungen streitig sind, ist ebenfalls kein Anspruch auf Kostenerstattung gegeben. Denn diese Behandlungen hätten, wie Prof. Dr. E betont, auch in Deutschland durchgeführt werden können. Soweit er darauf hinweist, dass es aus klinischer und wissenschaftlicher Sicht sinnvoll sei, die Nachsorgeuntersuchungen im Zentrum der Therapie durchzuführen, weil dadurch eine genauere Kontrolle und Beurteilung der Therapiewirkung und Therapietoxizität erleichtert wird, rechtfertigt dies keine andere Entscheidung. Denn [§ 18 SGB V](#) stellt darauf ab, dass eine dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechende Behandlung nur im Ausland möglich ist, so dass die von Prof. Dr. E genannten Gesichtspunkte allenfalls dann zum Tragen kommen könnten, wenn die der Nachsorgeuntersuchung zugrundeliegende initiale Behandlung von [§ 18 SGB V](#) erfasst wäre, was jedoch, wie oben dargelegt, nicht der Fall ist.

Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin ergibt sich auch nicht wegen des Vorliegens einer notstandsähnlichen Krankheitssituation unter Berücksichtigung der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung. Das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) hat mit Beschluss vom 06.12.2005 ([SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#)) entschieden, dass es mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip und aus [Art. 2 Abs. 2 Satz 1 GG](#) nicht vereinbar ist, einen gesetzlich Krankenversicherten, für dessen lebensbedrohliche oder regelmäßig tödliche Erkrankung eine allgemein anerkannte medizinischem Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung steht, generell von der Gewährung einer von ihm gewählten, ärztlich angewandten Behandlungsmethode auszuschließen, wenn eine nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Diese Voraussetzungen waren bei der Klägerin nicht erfüllt. Es ist nämlich - wie oben schon dargelegt - nicht ersichtlich, dass bezüglich der Erkrankung der Klägerin keine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung stand.

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

Anlass zur Zulassung der Revision besteht nicht, da die Voraussetzungen gemäß [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht erfüllt sind.

Rechtskraft

Aus

Login

NRW

Saved

2012-01-18