L 1 KR 10/00

Land
Freistaat Sachsen
Sozialgericht
Sächsisches LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
1
1. Instanz
SG Chemnitz (FSS)
Aktenzeichen
S 13 KR 24/98
Datum
25.02.2000
2. Instanz
Sächsisches LSG
Aktenzeichen
L 1 KR 10/00
Datum
20.11.2001
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen
-
Datum
-
Kategorie
Urteil
I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 25. Februar 2000 wird zurückgewiesen.
II. Die außergerichtlichen Kosten auch des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten über die Kostenübernahme einer Krebsbehandlung des Klägers in der HG N ... M ... in M ...-M ... in Form einer so genannten "biologischen Chemotherapie" (Misteltherapie mit hochdosierter Vitamin-C-Therapie sowie physikalische Anwendungen).

Bei dem im ... geborenen und über seine Eltern bei der Beklagten familienversicherten Kläger wurde im Mai 1994 ein inoperabler maligner Hirntumor des dritten Ventrikels mit Übergang in den Hirnstamm diagnostiziert. Der Tumor zeigte trotz eingeleiteter komplexer Behandlungsmaßnahmen (Chemo- und Radio-Therapie) eine Progredienz mindestens seit 12. Mai 1995.

Seit September/Oktober 1995 befand sich der Kläger mehrmals (erster Aufenthalt über vier Wochen, später jeweils über zwei Wochen) in der stationären Behandlung der HG N ... GmbH & Co. KG M ...-M ... Dort wurde zunächst eine Misteltherapie (mit den Präparaten Eurixor und Iscador M.), Vitamin C-Therapien (in Form von Infusionen) und physikalische Therapien (Lymphdrainage, Fußmassagen und Salzbäder) durchgeführt. Bei der Klinik handelt es sich um ein privates Krankenhaus, das von privaten Krankenkassen als zugelassenes Krankenhaus geführt wird.

Mit Schreiben vom 22. August 1995 erklärte die Beklagte gegenüber dem Vater des Klägers, die beantragte stationäre Mistelbehandlung in der N ...klinik M ... werde als Einzelfallentscheidung für vorerst 14 Tage als Kassenleistung genehmigt. Unter dem 25. September 1995 teilte sie der N ...klinik M ... mit, sie übernehme die Krankenhauskosten zu ihren Vertragssätzen in Höhe von 215,00 DM täglich ab 09. September 1995 bis vorerst 07. Oktober 1995.

Die Beklagte übernahm die Kosten für eine weitere beantragte stationäre Mistelbehandlung in der N ...klinik M ... als Einzelfallentscheidung für vorerst 14 Tage als Kassenleistung (Schreiben an die Mutter des Klägers vom 21. Demember 1995). Insoweit datiert eine Erklärung der Beklagten gegenüber der N ...klinik M ..., für die Krankenhauskosten zu den Vertragssätzen ab 03. Januar 1996, längstens bis 21. Januar 1996 aufzukommen, unter dem 19. Januar 1996.

Auf Antrag des Klägers vom 15. April 1996 gab die Beklagte mit Bescheid vom 25. April 1996 eine weitere Kostenübernahmeerklärung als Einzelfallentscheidung für einen Aufenthalt in der N ...klinik M ... in der Zeit vom 05. Mai bis 19. Mai 1996 ab. Die Beklagte teilte der HG N ...klinik M ... mit Schreiben vom 04. Juni 1996 mit, man übernehme die Krankenhauskosten zu den Vertragssätzen ab 06. Mai 1996, für die notwendige Dauer der Krankenhausbehandlung längstens bis 31. Dezember 1999.

Mit Bescheid vom 04. Juli 1996 entschied die Beklagte einen Antrag der Mutter des Klägers auf Kostenübernahme der Mistelbehandlung in der N ...klinik M ... ebenfalls positiv. Man übernehme im Rahmen einer Einzelfallentscheidung die Kosten der Behandlung des Klägers in Höhe von 215,00 DM pro Tag für die Zeit vom 07. Juli bis 21. Juli 1996.

Auf Antrag der Mutter des Klägers vom 10. September 1996 übernahm die Beklagte - nach Einholung eines Gutachtens Dr. G ..., MDK im Freistaat Sachsen, vom 01. Oktober 1996 - die Kosten der Misteltherapie in der N ...klinik M ... in Höhe von 215,00 DM pro Tag als Einzelfallentscheidung für die Zeit vom 06. Oktober bis 20. Oktober 1996 (Bescheid vom 01. Oktober 1996). Auf einen weiteren Antrag der

Mutter des Klägers vom 10. Oktober 1997 übernahm die Beklagte erneut die Kosten für eine Misteltherapie in der N ...klinik M ... als Einzelfallentscheidung für die Zeit vom 15. Februar bis 01. März 1997 (Bescheid vom 12. Februar 1997). Die Beklagte teilte der Mutter des Klägers schließlich unter dem 29. April 1997 mit, ihr Antrag auf Kostenübernahme der stationären Behandlung habe sie erneut durch die beratende Ärztin des Medizinischen Dienstes Chemnitz prüfen lassen. Im Ergebnis dieses Gutachtens sei jedoch keine erneute Kostenübernahme einer Behandlung medizinisch befürwortet worden. Da es sich jedoch lt. telefonischer Rücksprache mit Dr. Sch ..., Leitender Arzt der N ...klinik M ..., um die Einstellung in die dritte und letzte Serie der Misteltherapie während dieses Aufenthaltes handele, übernehme man nochmals im Rahmen eines Einzelfalles die Kosten dieser stationären Behandlung vom 01. Mai 1997 bis 02. Mai 1997.

Am 12. Juni 1997 stellten die Eltern des Klägers bei der Beklagten einen Antrag auf Kostenübernahme der Behandlung in der N ...klinik M ... für den Zeitraum vom 05. Juli bis 09. Juli 1997. Eine Möglichkeit der schulmedizinischen Behandlung gebe es nicht mehr. Andere N ...kliniken, die sie angeschrieben hätten, behandelten nur Erwachsene, jedoch keine Kinder. Als einzige Adresse sei ihnen von der Gesellschaft für biologische Krebsabwehr in Heidelberg die N ...klinik in M ... genannt worden. Seit Beginn der Behandlung des Klägers im September 1995 in der Klinik in M ... habe jedes MRT eine Verbesserung gezeigt. Die Kontrastmittelanreicherung gehe stark zurück und der Tumor zeige eine Verkleinerung. Erst durch die in der N ...klinik M ... durchgeführte komplexe Therapie sei eine wesentliche Verbesserung des Krankheitsbildes nachweislich eingetreten. Der Heilungsprozess sei jedoch noch nicht abgeschlossen. Aus diesem Grund sei eine Behandlungsfortführung auch noch weiterhin dringend erforderlich. Die Behandlung in der K ...klinik Chemnitz sei deutlich teurer gewesen, als die in M ...rieth. Private Krankenkassen übernähmen die vollen Kosten für ihre Patienten bei einer Behandlung in M ... Ferner verwiesen sie auf ein Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 23. März 1988 (Az: 3/8 RK 5/87).

Von Dr. Sch ..., MDK im Freistaat Sachsen, ließ die Beklagte ein medizinisches Gutachten erstellen, bezogen auf eine vom Kläger beantragte Schadstoffmessung in der Wohnung. In seinem Gutachten von Juli 1997 führte er aus, nach Bewertung der Behandlungsberichte der N ...klinik M ... und der Mitteilung der Eltern bezüglich der dort erhobenen Befunde und durchgeführten Behandlungen müsse zunächst zusammenfassend festgestellt werden, dass in der Klinik neben der im vorliegenden Krankheitsfall vertretbaren Misteltherapie offenbar zunehmend nicht allgemein anerkannte Untersuchungs- und Behandlungsmethoden eingesetzt und die Eltern des tumorkranken Kindes mit wissenschaftlich nicht beweisbaren Behauptungen bzw. Andeutungen wie Pilzbefall bzw. Pilzerkrankung des Kindes, Notwendigkeit von Entgiftungsbehandlung, Möglichkeit der Behandlungskontrolle durch EAV-Messung, Schimmelpilzbefall bzw. Schadstoffbelastung der Wohnung u.ä. belastet würden. Aus sozialmedizinischer Sicht ergebe sich daraus als erste Konsequenz, dass weitere Behandlungen in dieser Klinik nicht notwendig, nicht Erfolg versprechend und auch nicht zweckmäßig seien, da sie nicht zur psychischen und körperlichen Stabilisierung beitrügen, sondern vielmehr zur zunehmenden Verunsicherung bei den Eltern und vermutlich auch bei dem 10-jährigen Kläger.

Mit Bescheid vom 03. Juli 1997 lehnte die Beklagte den Antrag auf Kostenübernahme der stationären Behandlung vom 05. Juli bis 19. Juli 1997 ab. Für die Begutachtung seien bei den behandelnden Ärzten die aktuellen Behandlungsunterlagen des Klägers angefordert worden. Das Ergebnis des Gutachtens sei ihr auf Grund des Aufnahmetermins am 05. Juli 1997 vorab telefonisch durch den Leiter des MDK, Dr. K ..., mitgeteilt worden. Darin würde festgestellt, dass eine Weiterbehandlung in der N ...klinik M ... aus sozialmedizinischer Sicht als medizinisch nicht erforderlich, nicht Erfolg versprechend und auch nicht zweckmäßig für die körperliche und psychische Stabilisierung des Klägers gesehen werde. Man empfehle, die eventuelle medizinisch notwendige Misteltherapie durch die behandelnde Ärztin, Dr. B ..., durchführen zu lassen. Auch eventuell notwendige Behandlungen, wie Lymphdrainagen, Massagen und Vitamin-E-Infusionen könnte die behandelnde Ärztin verordnen und am Wohnort durchführen lassen. Dagegen legte die Mutter des Klägers am 04. Juli 1997 Widerspruch ein. Zur Begründung wurden im Wesentlichen die bei der Antragstellung geltend gemachten Gründe angeführt.

In der Zeit vom 05. Juli bis 19. Juli 1997 befand sich der Kläger sodann erneut in stationärer Behandlung in der N ...klinik M ... Dabei wurden Lymphdrainagen, Intensive-Segment-Massagen, Hämodilutionsbehandlungen, Fußmassagen, Inhalation, Cranio-Sacral-Therapie, Salzbäder, Infusionen und Krankengymnastik und eine Weiterführung der immunstimulierenden Therapie mit Vitamin C und Neueinstellung der Misteltherapie durchgeführt.

In einem weiteren Gutachten vom Juli 1997 gelangte Dr. Sch ..., MDK im Freistaat Sachsen, zu der Ansicht, die Auffassung der N ...klinik ihre Behandlung sei eine "Art biologische Chemotherapie" und die Weiterführung der stationären Aufenthalte könne "zur völligen Ausheilung" führen, sei unzutreffend und unwissenschaftlich. Frau Dr. K ... weise in einem Schreiben vom 25. Juli 1997 darauf hin, dass die Naturheilverfahren zum Einsatz gekommen seien, als sich der Zustand des Klägers durch die Chemo- und Strahlen-Therapie insgesamt gut gebessert habe und eine sichtbare körperliche Entfaltung eingetreten sei. Da die Zustandsbesserung bei dem Kläger (nach der offenbar erfolgreichen schulmedizinischen Behandlung) mit dem Beginn der Behandlung der N ...klinik M ... zusammenfiel, sei von den Eltern die positive Entwicklung insbesondere der naturheilkundlichen Behandlung zugeschrieben worden. Er befürworte die Fortführung einer roborierenden Therapie, die allerdings ambulant durchführbar sei und keines stationären Aufenthalts in der Klinik in M ... bedürfe. Zusammenfassend sei festzustellen, dass aus den zusätzlich übergebenen Unterlagen sich keine neuen Gesichtspunkte ergäben und dass in Übereinstimmung mit den Feststellungen in dem Vorgutachten die beantragte stationäre Behandlung in der N ...klinik M ...aus sozialmedizinischer Sicht nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung befürwortet werden könne. Die Misteltherapie könne den besonderen Therapieeinrichtungen zugerechnet werden, die gemäß § 2 Abs. 1 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) von den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeschlossen sei. Die Mistelbehandlung bedürfe keines stationären Aufenthaltes, die Begründung, die Misteltherapie müsse auf der Grundlage von EAV-Messungen eingestellt werden, sei unzutreffend und unwissenschaftlich. Wegen der geringen Nebenwirkungen bei ärztlicher Überwachung des Hirndrucks bestünden aus sozialmedizinischer Sicht keine Einwände gegen eine ambulante Weiterführung der Misteltherapie. Weitere stationäre Behandlungen in der N ...klinik M ... seien unter Hinweis auf den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht notwendig und insbesondere nicht geeignet, das Tumorleiden des Klägers - bis zur völligen Ausheilung - zu bringen.

Unter dem 31. Juli 1997 teilte die Beklagte der N ...klinik M ... mit, man übernehme die Krankenhauskosten zu den Vertragssätzen ab 15. Februar 1997 für die notwendige Dauer der Krankenhausbehandlung längstens bis 31. Dezember 1999.

Ein weiteres ärztliches Gutachten ließ die Beklagte von Dr. O ..., MDK im Freistaat Sachsen, erstellen. In seinem Gutachten vom September 1997 stellte er fest, die Entscheidung des MDK und der Beklagten, dem Wunsch der Mutter nach einer "naturheilkundlichen Misteltherapie" mit einer Kostenübernahme zu entsprechen, sei wohl zunächst nicht im Wissen um die Mistelwirksamkeit bei Hirntumoren (den diese gäbe

es nicht) geschuldet, sondern eher einem Mitgefühl und der Annahme, dass diese Therapie wohl keine Nebenwirkungen habe. Das Ende der Chemotherapie und der Beginn der naturheilkundlichen Behandlung sei in eine Zeit der allmählichen Erholung des Klägers von den Strapazen der Chemotherapie gefallen. Aus der Sicht des medizinischen Laien erscheine es verständlich, dass die Befindlichkeitsverbesserung natürlich am ehesten der selbst organisierten "Naturheilweise" und nicht dem Ende der Chemotherapie zugeordnet worden sei. Der Kläger werde im Rahmen der stationären Aufenthalte mit Maßnahmen behandelt, die jeglicher wissenschaftlicher Grundlage entbehrten. So sei es absolut nicht nachvollziehbar, wie Salzbäder, Dauerbrausen, Hämodilutionsbehandlung, Cranio-Sacral-Therapien, Fußmassagen u.ä. ein Tumorgeschehen im Gehirn positiv beeinflussen sollten. Im hohen Maße sei auch anzuzweifeln, dass der Kläger bezüglich seines Wohlbefindens von wiederholten Krankenhausaufenthalten mit Darmeinläufen und Infusion profitiere. Am ehesten sei es wohl so, dass die Mutter eine (menschlich verständliche) Bestätigung eines Nutzens ihrer Aktivitäten suche und auch glaube, gefunden zu haben. Dabei werde sie wahrscheinlich seitens des Personals im Hause der Gesundheit bestärkt und das mit Versprechungen, die jeglicher wissenschaftlicher Grundlage entbehrten. Die Therapie mit Mistelauszügen (Eurixor sei ein Präparat, welches nicht standardisierte, wässrige Auszüge aus Mistelkraut enthalte und seitens des Herstellers "zur Palliativtherapie im Sinne einer unspezifischen Reiztherapie bei malignen Tumoren" empfohlen werde) und hochdosiertem Vitamin C gehöre zu den Therapien, die onkologischerseits zu den Verfahren gezählt würden, die an Wirksamkeit und Stellenwert in der Onkologie bislang nicht gesichert seien. Die antitumorale Wirkung des Mistellektins sei bislang nur am Tiermodell untersucht worden und dürfe nicht automatisch auf den Menschen übertragen werden. Klinische Studien zur immunmodulatorischen Potenz des aktiven Mistellektins müssten erst noch unter sehr strengen Bedingungen und ständigem Monitoring beim Menschen durchgeführt werden, bevor man eine standardisierte Mistellektin-Therapie in bestimmten (wahrscheinlich sehr niedrigen) Dosierungen in speziellen onkologischen Situationen empfehlen könne. Die bisher praktizierte Therapie von Mistel- extrakten (sieben verschiedene Präparate seien im Handel) basierten jedoch auf der Intuition von R. St ..., der eine Mistelwirkung auf der Ebene des Äther- und Astralleibes sah. Die im Handel befindlichen Mistelprodukte seien zwar im Rahmen der besonderen Therapierichtung zugelassen, ihre klinische Wirksamkeit sei seitens der Hersteller jedoch nicht nachgewiesen worden. Der Misteltherapie im vorliegenden Falle liege keinerlei ärztliche Verordnung zu Grunde. Die Initiative dafür sei von der Mutter ausgegangen, die sich auf den Hinweis eines Heilpraktikers berufen habe. Die Fortsetzung der Misteltherapie im Klinikum C ... sei lediglich auf der Basis von Therapieempfehlungen des Hauses der Gesundheit, um dem Wunsch der Eltern zu entsprechen unter Berücksichtigung dass die Misteltherapie zumindest keine Nebenwirkungen zeige, erfolgt. Auch das übrige Behandlungskonzept der Klinik basiere insgesamt auf nicht bewiesenen, in der modernen wissenschaftlichen Onkologie nicht anerkannten Theorien einer Krebsentstehung und -therapie. So sei den Eltern anhand von nicht aussagekräftigen EAV-Bluttest- analysen und Stuhluntersuchungen Glauben gemacht worden, dass eine Entgiftungstherapie wegen angeblicher Schadstoffbelastungen erforderlich sei. Es läge auch ein Schimmelpilzbefall des Körpers vor. Es hätten sich, wie den Epikrisen und den Berichten der Mutter zu entnehmen sei, nicht nur für das Kind belastende Behandlungen wie Dauerbrause, Salzbäder und Colon-Hydrotherapie, sondern auch entsprechende aufwendige Umgebungsuntersuchungen angeschlossen. Der Einfluss der Therapeuten auf die Mutter des Klägers erscheine mittlerweise so groß, dass weitere Aufenthalte in immer kürzer werdenden Abständen (fünf Aufenthalte 1996 und für 1997 sei der fünfte Aufenthalt bereits für September geplant) akzeptiert würden mit nachträglichen Forderungen einer Kostenübernahme durch die gesetzliche Krankenversicherung. Es handele sich hierbei immer um Selbsteinweisungen bzw. Vereinbarungen zwischen dem Haus der Gesundheit und der Mutter ohne nachgewiesene medizinische Notwendigkeit einer stationären Maßnahme. Dem MDK lägen inzwischen Informationen darüber vor, dass es sich bei dem Haus der Gesundheit in M ... um eine Einrichtung der Sekte "Universelles Leben" handele. Diese Information würden nachdrücklich vom Sektenbeauftragten der Evangelischen Landeskirche Bayern bestätigt. Von der KV Sachsen sei ihnen dazu die als Anlage beigefügte DPA-Meldung vom Mai 1995 übermittelt worden. Es sei falsch, in der Situation stattgehabter onkologischer Therapien mit nachgewiesener Wirksamkeit (auch wenn dafür Nebenwirkungen einer vorübergehende starke Beeinträchtigung des Allgemeinbefindens in Kauf genommen werden müssten) von "Austherapiertheit" zu sprechen und offensichtlich Zusammenhänge zwischen schulmedizinischer Maßnahme und Symptombeseitigung (Kopfschmerzen und weitere neurologische Symptomatik) zu verdrängen. Dass der Einsatz der "biologischen Krebstherapie" in die Phase einer Befindlichkeitsverbesserung des Klägers nach überstandener Chemotherapie gefallen sei, könne für den medizinischen Laien zwar zunächst zu fehlleitenden Schlussfolgerungen bezüglich einer Kausalität führen. Hier sei dieses Problem jedoch wiederholt zwischen Onkologen vor Ort und den Eltern erörtert worden. Es werde auf die von der Deutschen Krebsgesellschaft, der Deutschen Gesellschaft für Hämatologie und Onkologie sowie der Gesellschaft für pädriatische Onkologie und Hämatologie in einem gemeinsamen Positionspapier im November 1994 abgegebene Stellungnahme zur "biologischen Tumortherapie" hingewiesen: Die mit der "biologischen Tumortherapie" erzielten Wirkungen seien als Scheinmedikation (Placebo)-Effekte zu interpretieren, die das Befinden des Patienten durchaus vorübergehend bessern könnten. Deutlich abzugrenzen von dieser Therapie seien wissenschaftlich begründete Ansätze einer biologischen Krebstherapie mit gentechnologisch hergestellten Zytokinen und Wachstumsfaktoren. Zusammenfassend müsse auch heute festgestellt werden, dass die im Haus der Gesundheit Michelrieth durchgeführte Diagnostik und Therapie für den Kläger weder zweckmäßig noch notwendig sei. Im Gegenteil, die unzweifelhaften mit den wiederholt, unnötigen Reiseaktivitäten und Stationsaufenthalten verbundenen Belastungen könnten sich negativ auf die Entwicklung des schulmäßig zu fördernden Klägers auswirken. Eine fachkompetente medizinische Nachsorge sei in C ... möglich und werde auch wahrgenommen. Eine Kostenübernahme der Aufenthalte in M ... sei aus sozialmedizinischer Sicht nachdrücklich nicht zu empfehlen.

Im Oktober 1997 stellten die Eltern einen weiteren Antrag auf Kostenübernahme einer stationären Behandlung in der N ... M ... für die Zeit vom 11. Oktober bis 25. Oktober 1997, der mit Bescheid des Beklagten vom 16. Oktober 1997 abgelehnt wurde. Ein dagegen eingelegter Widerspruch blieb erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 09. September 1998). In einem Gutachten des MDK im Freistaat Sachsen werde mitgeteilt, dass die in M ... durchgeführte Diagnostik und Therapie für den Kläger weder zweckmäßig noch notwendig sei. Im Gegenteil, die unzweifelhaft mit dem wiederholten, unnötigen Reiseaktivitäten und Stationsaufenthalten verbundenen Belastungen könnten sich negativ auf die Entwicklung des schulmäßig zu fördernden Klägers auswirken. Eine fachkompetente medizinische Nachsorge sei in Chemnitz möglich und werde auch wahrgenommen. Eine Kostenübernahme der Aufenthalte in Michelrieth sei aus sozialmedizinischer Sicht nachdrücklich nicht zu empfehlen. Hiernach sei die Inanspruchnahme der durchgeführten Therapien in der N ...klinik in M ... nicht wirtschaftlich und für den Kläger weder zweckmäßig noch notwendig, zu Recht sei die begehrte Kostenübernahme abgelehnt worden. Im genannten Zeitraum führte der Kläger ungeachtet der Ablehnung die Behandlung in M ... durch.

Die Beklagte wies den Widerspruch gegen den Bescheid vom 03. Juli 1997 mit Bescheid vom 20. Januar 1998 zurück. Nach gutachterlicher Feststellung des MDK vom 21. Juli 1997 sei eine weitere stationäre Behandlung des Klägers in der N ...klinik M ... unter Hinweis auf den allgemein anerkannten Stand der medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnisse nicht notwendig und auch nicht geeignet, das Tumorleiden des Klägers zur völligen Ausheilung zu bringen. Mistelpräparate seien verordnungsfähige Arzneimittel, insofern sei die Misteltherapie als besondere Therapierichtung gemäß § 2 Abs. 1 SGB V von der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nicht ausgeschlossen.

Daher sehe der Gutachter des MDK aus sozialmedizinischer Sicht keine Einwände gegen eine ambulante Weiterführung der Misteltherapie. Eines stationären Aufenthaltes in der N ...klinik M ... bedürfe es dazu jedoch nicht. Darüber hinaus hätten gemäß § 39 Abs. 1 Satz 2 SGB V Versicherte Anspruch auf vollstationäre Behandlung in einem zugelassenen Krankenhaus nach § 108 SGB V. Krankenhausbehandlungen dürften Krankenkassen nur durch zugelassene Krankenhäuser erbringen lassen, vgl. § 108 SGB V. Daher seien auch Einzelfallentscheidungen über die Erbringung von Krankenhausbehandlung in nicht zugelassenen Krankenhäusern, die im Rahmen des Ermessens gemäß § 39 Erstes Buch Sozialgesetzbuch (SGB I) getroffen worden seien, rechtswidrig. Der Bescheid vom 29. April 1997 über die Kostenübernahme für den stationären Aufenthalt in der N ...klinik M ... vom 01. Mai 1997 bis 02. Mai 1997 sowie die anderen Einzelfallentscheidungen zur Kostenübernahme der stationären Behandlung in M ... seien von Anfang an rechtswidrig. Daher würden diese Verwaltungsakte zurückgenommen. Der Widerspruchsausschuss habe sein Ermessen dahingehend ausgeübt, dass das Vertrauen auf den Bestand dieser Verwaltungsakte für die Vergangenheit größer sei als das berechtigte Interesse der Versichertengemeinschaft an der Rückzahlung der bisher übernommenen Krankenhauskosten für die Klinik M ... Die Rücknahme gelte jedoch für die Zukunft, weil eben das öffentliche Interesse der Versichertengemeinschaft an der Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes beim Umgang mit den solidarisch finanzierten Mitteln der gesetzlichen Krankenversicherung zu berücksichtigen sei.

Dagegen erhob der Kläger am 12. Februar 1998 beim Sozialgericht Chemnitz (SG) Klage (Az: S 13 KR 24/98). Am 06. Oktober 1998 erhob der Kläger ebenfalls Klage beim SG gegen den Bescheid vom 16. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 1998 (Az: S 13 KR 164/98).

Einen weiteren Antrag auf Übernahme der Kosten für eine stationäre Behandlung in der Klinik M ... für die Zeit vom 14. Februar bis 28. Februar 1998 stellten die Eltern des Klägers bei der Beklagten am 30. Januar 1998. Mit Bescheid vom 03. Februar 1998 wurde der Antrag abgelehnt. Ein dagegen eingelegter Widerspruch blieb ebenfalls erfolglos (Widerspruchsbescheid vom 26. November 1998). Gegen diesen am 05. Dezember 1998 zugestellten Widerspruchsbescheid erhob der Kläger am 30. Dezember 1998 beim SG Klage (Az.: S 13 KR 223/98).

Das SG hat die Verfahren (Az: S 13 KR 24/98, S 13 KR 164/98 und S 13 KR 223/98) zur gemeinsamen Verhandlung und Entscheidung verbunden und die Klagen auf mündliche Verhandlung am 25. Februar 2000 durch Urteil abgewiesen. Die Beklagte sei nicht verpflichtet, die Kosten für die stationären Behandlungen in der N ...klinik M ... vom 05. Juli 1997 bis 19. Juli 1997, vom 11. Oktober 1997 bis 25. Oktober 1997 und vom 14. Februar 1998 bis 28. Februar 1998 zu übernehmen. Die N ...klinik M ... sei kein zugelassenes Krankenhaus im Sinne des § 108 SGB V. Schon allein deshalb sei die Beklagte nicht berechtigt gewesen, Krankenhausbehandlungen in dieser Klinik erbringen zu lassen. Ein Recht auf Erstattung der für die drei steitgegenständlichen stationären Behandlungen aufgewendeten Kosten ergebe sich auch nicht aus dem Schreiben der Beklagten an die N ...klinik M ... vom 04. Juni 1996 und 31. Juli 1996, mit denen eine Kostenübernahme für die Zeit ab 06. Mai 1996 bzw. 15. Februar 1997, jeweils längstens bis 31. Dezember 1999 erklärt worden sei. Diese Kostenübernahmeerklärungen bezögen sich jeweils lediglich auf die nächstfolgenden Aufenthalte des Klägers in der N ...klinik M ... Das ergebe sich zum einen aus dem Wortlaut der Kostenübernahmeerklärung. Angesichts dessen, dass allen Beteiligten bekannt gewesen sei, dass jeweils vor Beginn einer Krankenhausbehandlung diese genehmigt werden müsse, hätten die Kostenübernahmeerklärungen der Beklagten auch von der klägerischen Seite nicht so verstanden werden können, dass ohne weitere Prüfung durch die Beklagte beliebig viele Krankenhausaufenthalte bis 31. Dezember 1999 vorab genehmigt werden sollten. Darüber hinaus wären dann auch nicht mehrere Kostenübernahmebescheide erforderlich gewesen. Soweit die Beklagte im Widerspruchsbescheid vom 20. Januar 1998 alle Einzelfallentscheidungen zur Kostenübernahme der stationären Behandlung in Michelrieth in (richtiger) Anwendung des § 45 Zehntes Buch Sozialgesetzbuch (SGB X) zurückgenommen habe, sei dies nach Ansicht des Gerichts hinsichtlich der Bescheide vom 04. Juli 1996 und 31. Juli 1997 nicht erforderlich gewesen. Im Übrigen beständen nach Ansicht des Gerichts erhebliche Zweifel daran, dass die vollstationäre Behandlung des Klägers in der N ...klinik M ... zu den streitgegenständlichen Terminen erforderlich gewesen sei. Aus den Berichten und Arztbriefen der N ...klinik M ... ergebe sich, dass der Kläger dort im Wesentlichen zur Durchführung der Misteltherapie und der immunstimulierende Therapie mit Vitamin C stationär aufgenommen worden sei. Nicht ersichtlich sei, dass eine derartige Therapie nicht ambulant hätte erfolgen können. Auch die im Übrigen zur Anwendung gelangten Behandlungsmethoden hätten, gegebenenfalls in einer naturheilkundlich orientierten Praxis, ebenfalls ambulant durchgeführt werden können.

Gegen das dem Kläger als Einschreiben am 05. April 2000 zur Post gegebene Urteil legte dieser am 21. März 2000 Berufung beim Sächsischen Landessozialgericht ein.

Der Kläger trägt vor, sein Zustand habe sich mit Beginn der Behandlung in der N ...klinik M ... unstreitig verbessert. Da der Tumor sich verkleinert habe, sei diese zwingend und dringend erforderlich und nachweislich nicht in einem zugelassenen Krankenhaus möglich gewesen. Sein Fall werde somit nicht von § 108 SGB V umfasst, so dass die Kosten für die Behandlung in der N ...klinik M ... von der Beklagten zu übernehmen seien. Er könne auch ein Recht auf Kostenübernahme durch die Beklagte aus den Schreiben der Beklagten an die N ...klinik M ... vom 04. Juni 1996 und 31. Juli 1996 für die Zeit ab 06. Mai 1996 bzw. 15. Februar 1997 beanspruchen. In diesem Schreiben habe die Beklagte die Kostenübernahme jeweils längstens bis 31. Dezember 1999 erklärt. Die Beklagte müsse sich hinsichtlich dieser Schreiben an ihrer Aussage festhalten lassen, dass sie sie Krankenhauskosten zu den Vertragssätzen längstens bis zum 31. Dezember 1999 übernehmen wolle. Die Schreiben vom 04. Juli 1996 und 31. Juli 1996 stellten somit nur eine verwaltungstechnische Bestätigung des einzelnen Krankenhausaufenthaltes dar, bestätigten jedoch gleichzeitig die Übernahme der Krankenhauskosten für zukünftige Krankenhausaufenthalte bis längstens 31. Dezember 1999. Hinsichtlich der Zurücknahme einer Einzelfallentscheidung zur Kostenübernahme der stationären Behandlung in M ... vom 20. Januar 1998 sei jedoch fraglich, ob die Bescheide in der Vergangenheit tatsächlich rechtswidrig gewesen seien. Einerseits sei zwar gemäß § 45 SGB X auf das Vertrauen des Klägers hinsichtlich der Kostenübernahme abzustellen, andererseits müsse es sich bei den Kostenübernahmeentscheidungen in der Vergangenheit um rechtswidrige Verwaltungsakte handeln. Die Rechtswidrigkeit der Verwaltungsakte werde jedoch bestritten. Das SG stelle nur Behauptungen und Zweifel in seinem letzten Absatz hinsichtlich der Durchführung der Behandlung in stationärer oder ambulanter Hinsicht auf, ohne auf konkret bewiesene Tatsachen zurückzugreifen. Fest stehe jedenfalls, dass das behandelnde Krankenhaus, Klinikum C ..., mit der Misteltherapie keinerlei Erfahrung habe und diese demzufolge auch nicht ausführen konnte. Die Behandlung habe, wenn sie zum Erfolg führen sollte, nur durch einen stationären Aufenthalt ganzheitlich erfolgen können. Nach dem derzeitigen Stand sei der Tumor aufgrund der in M ... durchgeführten Therapie offenbar verschwunden. Die bislang letzte MRT-Aufnahme zeige zwar noch einige "Pünktchen"; dabei soll es sich nach Aussagen der Radiologin wahrscheinlich um Vernarbungen handeln. Zu einer Streuung sei es nicht gekommen. Die Beklagte habe somit im Ergebnis in den streitgegenständlichen Bescheiden die Leistung-/Kostenübernahme zu Unrecht abgelehnt, da diese hinsichtlich der klägerischen Behandlung zwingend und dringend erforderlich gewesen sei und in einem zugelassenen Krankenhaus nicht habe durchgeführt

werden können. Von Juli 1997 bis Oktober 2000 hätten alle Kosten von den gesetzlichen Vertretern des Klägers selbst übernommen werden müssen. So seien Kosten für Unterkunft, Verpflegung und Behandlung für den Kläger selbst in Höhe von 32.923,47 DM entstanden, seitdem weitere Kosten in Höhe von etwa 20.000,00 DM. Es seien weiterhin Kosten für Unterkunft und Verpflegung eines Elternteiles als Begleitperson in Höhe von 17.395,89 DM entstanden.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Chemnitz vom 25. Februar 2000 abzuändern, den Bescheid der Beklagten vom 03. Juli 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Januar 1998, den Bescheid vom 16. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 1998 sowie den Bescheid vom 03. Februar 1998 in der Gestalt des Widespruchsbescheides vom 26. November 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm die Kosten für die stationären Behandlungen in der N ...klinik M ... in der Zeit vom 05. Juli 1997 bis 19. Juli 1997, 11. Oktober 1997 bis 25. Oktober 1997 und 14. Februar 1998 bis 28. Februar 1998 zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Ansicht, bei der Naturheilklinik M ... handele es sich nach wie vor um eine privatärztliche Einrichtung. Infolge dessen sei diese nicht berechtigt, an der vertragsärztlichen Versorgung teilzunehmen. Sie sei daher auch nicht verpflichtet, Kosten einer privatärztlichen Behandlung zu erstatten. Die Zulassung als Krankenhaus nach § 108 SGB V bewirke die Teilnahmeberechtigung an der Krankenhausbehandlung gemäß § 39 SGB V. Die Begrenzung der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auf die Krankenhausbehandlung in zugelassenen Krankenhäusern führe indirekt zum Ausschluss anderer, nicht zugelassener Krankenhäuser. Aus den vorgelegten Schreiben des Verbandes der privaten Krankenversicherung e.V. sowie des Gesundheitsamtes Karlstadt, könne keine Verpflichtung ihrerseits zur Übernahme der streitigen Kosten abgeleitet werden. Sie mache sich die Urteilsbegründung des SG zu eigen. Der Kläger habe auch Kostenübernahmeanträge für Behandlungen in der N ...klinik M ... für die Zeiträume vom 14. Juli 1998 bis 27. Juli 1998, 17. Oktober 1998 bis 31. Oktober 1998, 06. Juni 1999 bis 16. Juni 1999 sowie vom 13. Februar 2000 bis 26. Februar 2000 gestellt. Gegen von ihr erteilte Ablehnungsbescheide sei jeweils Widerspruch erhoben worden. Die anhängigen Widerspruchsverfahren seien nach übereinstimmenden Willenserklärungen zum Ruhen gebracht worden.

Der Senat hat Auskünfte eingeholt vom Deutschen Krebsforschungszentrum in Heidelberg, vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen in Köln sowie von der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. in Frankfurt.

Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat unter dem 12. März 2001 mitgeteilt, bis dato läge ihm kein aussagefähiges, wissenschaftlich evaluiertes Erkenntnismaterial über Qualität und Verbreitungsgrad der genannten Krebstherapie vor. Vitamin C sei ein Nahrungsergänzungsmittel und daher nicht Gegenstand der Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen nach § 27 SGB V; unter dem 04. April 2001, Eurixor sei zur "Palliativtherapie im Sinne einer unspezifischen Reiztherapie bei malignen Tumoren" zugelassen. Ihm läge kein aussagefähiges, wissenschaftlich evaluiertes Erkenntnismaterial über Qualität und Verbreitungsgrad der Misteltherapie mit Eurixor vor.

Am 18. April 2001 hat die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. mitgeteilt, die Wirksamkeit von Mistelpräparaten gegen Krebs sei immer noch nicht sicher bewiesen. Sie würden eher als unterstützende Therapie angewendet. Ob sie bei Leukämie- und Lymphomerkrankungen gegeben werden dürfe, sei umstritten, es gebe Hinweise, dass sie das Tumorwachstum sogar stimulieren könnten. Auch die hochdosierte Vitamin C-Therapie bei Krebserkrankung habe bisher keine durch wissenschaftliche Studien untermauerte Wirksamkeit gezeigt. Eine hohe Dosis des wasserlöslichen Vitamins werde vom Körper ungenutzt ausgeschieden. Grundsätzlich gebe es keine Empfehlungen, die für alle Krebskrankheiten gleichermaßen Gültigkeit hätten. Eine "biologische Chemotherapie" mit einer definierten Zusammensetzung von Substanzen existiere ihres Wissens nicht.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der Gerichtsakten beider Rechtszüge und der Verwaltungsakte der Beklagten, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die Berufung ist zulässig, jedoch nicht begründet. Zu Recht hat das SG die Klage abgewiesen. Der Kläger hat keinen Rechtsanspruch auf Erstattung der Kosten, die ihm für seine Aufenthalte in der N ...klinik M ... in der Zeit vom und 14. Februar bis 28. Februar 1998 entstanden sind. Der Bescheid der Beklagten vom 03. Juli 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20. Januar 1998, der Bescheid vom 16. Oktober 1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 09. September 1998 sowie der Bescheid vom 03. Februar 1998 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 26. November 1998 sind rechtmäßig.

Der Kläger kann einen Anspruch gegen die Beklagte nicht ableiten, weil er den gesetzlich vorgeschriebenen Leistungsweg nicht eingehalten hat. In der gesetzlichen Krankenversicherung herrscht das Sachleistungsprinzip. Dieses besagt, dass sächliche Mittel und persönliche Dienste von der Krankenkasse beschafft und ihren Versicherten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebots in Natur zur Verfügung gestellt werden, soweit diese Leistungen nicht der Eigenverantwortung der Versicherten zugerechnet werden können. Hierüber schließen die Krankenkassen nach den Vorschriften des 4. Kapitels des SGB V Verträge mit den dort festgelegten Leistungserbringern (§ 2 Abs. 1 Satz 1, Abs. 2 SGB V). Der Versicherte muss sich daher die Leistung nicht selbst beschaffen und vorfinanzieren, so dass er von mangelnder medizinischer Versorgung wegen zu hoher finanzieller Belastung geschützt ist (vgl. BSG SozR 2200 § 182 Nr. 74). Nach § 13 Abs. 1 SGB V darf die Krankenkasse an Stelle der Sach- oder Dienstleistung (§ 2 Abs. 2 SGB V) im Wege der Kostenerstattung nur ausnahmsweise tätig werden.

Der gesetzliche Anspruch auf Dienst- oder Sachleistung nach Abs. 1 setzt in der Regel voraus, dass an einer vertragsärztlichen/-zahnärztlichen Versorgung Teilnehmender, das vorgesehene Zulassungsverfahren durchlaufener Leistungserbringer pflichtgemäß den Eintritt des Versicherungsfalles durch Diagnose oder Krankheit festgestellt und eine nach Zweck oder Art bestimmte Leistung verordnet, wobei es für inländische Behandlungen auf die Zulassung der Leistungserbringer ankommt (vgl. Krauskopf, Soziale Krankenversicherung,

Pflegeversicherung - Kommentar, § 13 SGB V Rdnr. 5 m.w.N.).

Der vom Kläger erhobene Kostenerstattungsanspruch besteht schon deshalb nicht, weil sich der Kläger in der N ...klinik M ... einer privatärztlichen Behandlung unterzogen hat. Der N ...klinik M ... ermangelt es am Zulassungsstatus, hilfsweise einer Ermächtigung und auch einer versorgungsvertragsärztlichen Bindung im Sinne der §§ 108, 109 SGB V. Sie zählt nicht zum Kreis der teilnahmeberechtigten Leistungserbringer. Hierfür hat die gesetzliche Krankenversicherung und damit auch die Beklagte nicht einzustehen.

Die mithin nur annahmsweise von den gesetzlichen Krankenkassen ihren Versicherten geschuldete Kostenerstattung, die hier allein nach § 13 Abs. 2 und Abs. 3 SGB V in Betracht kommt, scheidet im Falle des Kägers aus.

Nach § 13 Abs. 2 SGB V ist Voraussetzung für eine Kostenerstattung die Inanspruchnahme eines im Zeitpunkt der Behandlung zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringers (BSGE 76, 101). Dies ist, wie dargelegt bei der N ...klinik M ... nicht der Fall.

Ebenso wenig ergibt sich ein Kostenerstattungsanspruch aus § 13 Abs. 3 SGB V. Die Vorschrift hat folgenden Inhalt: "Konnte die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten für die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen Höhe zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war." Beide tatbestandlichen Alternativen scheiden hier aus.

Eine "unaufschiebbare" Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 1. Alternative SGB V liegt hier nicht vor. Ob eine Leistung unaufschiebbar im Sinne des § 13 Abs. 3 1. Alternative SGB V ist, und damit eine dringende Behandlungsbedürftigkeit besteht, beurteilt sich ausschließlich nach medizinischen Kriterien. Der übliche Beschaffungsweg muss mit einer für den Berechtigten unvermeidbaren Verzögerung, d. h. mit medizinischen Risiken, nicht aber unbedingt Lebensgefahr verbunden sein, der die Haltung oder Wiederherstellung der Gesundheit oder die Besserung des Gesundheitszustandes gefährden könnte oder der für den Versicherten nicht zumutbar ist (vgl. BSGE 77, 227). Hierbei kommt es ausschließlich auf die objektive Bedarfssituation, jedoch nicht auf private Dispositionen des Versicherten oder termingebundene Zusagen des Leistungserbringers an (Krauskopf, a.a.O., § 13 SGB V Rdnr. 25). Neben Notfällen, insbesondere dringender Behandlung durch einen Nichtvertragsarzt oder die Behandlung in einem nicht zugelassenen Krankenhaus (BSG SozR 3-2500 § 13 Nr. 11), kommen alle etwa durch Systemstörungen, Versorgungslücken oder höhere Gewalt hervorgerufenen dringenden Bedarfslagen in Frage (Krauskopf, a.a.O. § 13 SGB V Rdnr. 25). Dabei dürfen nicht zugelassene Ärzte nach § 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Ein derartiger Notfall liegt vor, wenn - aus der Sicht des betroffenen Versicherten - eine solche bedrohliche Erkrankung vorliegt, bei der nur noch sofortige ärztliche Behandlung Hilfe bringen kann und bei der dem Versicherten unter Berücksichtigung aller Umstände die Inanspruchnahme eines Kassenarztes an Stelle eines (erreichbaren) Nichtkassenarztes nicht zuzumuten ist (BSGE 9, 270, 34, 172).

Nach Überzeugung des Senats liegt hier weder ein Notfall im Sinne des § 76 Abs. 2 Satz 2 SGB V noch eine unaufschiebbare Leistung im Sinne des § 13 Abs. 3 1. Alternative SGB V vor. Anhaltspunkte dafür, dass der stationäre Aufenthalt in der N ... klinik M ... im Sinne einer Notfallindikation erforderlich gewesen wäre, lassen sich aus den vorhandenen Unterlagen nicht entnehmen. Nach der an die Beklagte gerichteten Mitteilung der Oberärztin Dr. K ... (Abteilung Hämatologie/Onkologie der Kinderklinik des Klinikums C ...) vom 25. Juni 1997 kam das Naturheilverfahren zu der Zeit zum Einsatz, als sich der Kläger durch die Chemotherapie ingesamt gut gebessert hatte und eine sichtbare körperliche Entfaltung nach Beendigung der Chemotherapie eingetreten war. Die Eltern hätten auch zu keiner Zeit die Verbindung zur onkologischen und neurochirurgischen "Nachsorge" abgebrochen, in beiden Fachdisziplinen seien regelmäßige Untersuchungen erfolgt. Es sind auch keine Anhaltspunkte dafür ersichtlich, warum eine roborierende Therapie, die auch Bestandteil der in der N ...klinik M ... durchgeführten Behandlung ist und die vom MDK im Freistaat Sachsen befürwortet wird (vgl. Gutachten Dr. Sch ... vom Juli 1997), ebenso wie die anderen in der N ...klinik M ... durchgeführten Therapie-Teile (insbesondere Vitamin C-Therapie und Misteltherapie) - unabhängig von der Wirksamkeit dieser Therapien - nicht auch ambulant von zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Leistungserbringern erbracht werden konnte. Schließlich hat die Mutter des Klägers die medikamentöse Therapie nach Maßgabe der Anleitung der N ...klinik M ... mit dem Mistelpräparat selbst durchgeführt (vgl. Arztschreiben Dr. K ... vom 25. Juni 1997). Nach den Aufenthalten in der N ...klinik M ... wurde der Kläger auch jeweils in die hausärztliche Weiterbetreuung entlassen (vgl. Berichte der N ...klinik M ... vom 31. März 1997, 02. September 1997, 06. November 1997).

Ein Anspruch nach § 13 Abs. 3 2. Alternative SGB V scheidet ebenfalls aus. Nach dieser Vorschrift tritt ein Kostenerstattungsanspruch an die Stelle des Anspruchs auf eine Sach- oder Dienstleistung; er 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 (vgl. zum Ganzen umfassend BSGE 81, 54). Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes (§ 2 Abs. 2 SGB V) trägt § 13 Abs. 3 SGB V dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen müssen (vgl. § 1 Abs. 1 Satz 1, § 27 Abs. 1 Satz 1 und § 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V) und infolge dessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben (BSG, a.a.O.). Wortlaut und Zweck dieser Vorschrift lassen die Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht ist (BSGE 79, 125, 126 f.).

Die Beklagte hat die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt, weil die von der N ...klinik M ... durchgeführte "biologische Chemotherapie" nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen zählt. Dies ergibt sich aus § 135 SGB V i. V. m. den Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien, jetzt Richtlinien über die Bewertung ärztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden gemäß § 135 Abs. 1 SGB V - BUB-Richtlinien). § 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V in der hier maßgeblichen Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes vom 21. Dezember 1992 (BGBl. I S. 2266) schreibt vor, dass neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsärztlichen und vertragszahnärztlichen Versorgung zu Lasten der Krankenversicherung nur abgerechnet werden dürfen, wenn die Bundesausschüsse der Ärzte und Krankenkassen auf Antrag einer kassenärztlichen Bundesvereinigung, einer kassenärztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V Empfehlung abgegeben haben, über 1. die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens der neuen Methode, 2. die notwendige Qualifikation der Ärzte sowie die operativen Anforderungen, um eine sachgerechte Anwendung der neuen Methode zu sichern und 3. die erforderliche Aufzeichnung über die ärztliche Behandlung.

Nach der vom Senat eingeholten Auskunft des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen vom 12. März 2001 liegt bis dato kein

aussagefähiges, wissenschaftlich evaluiertes Erkenntnismaterial über die Qualität und den Verbreitungsgrad der "biologischen Chemotherapie" als Krebstherapie vor. Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. hat unter dem 18. April 2001 mitgeteilt, eine "biologische Chemotherapie" mit einer definierten Zusammensetzung von Substanzen existiere nicht. Etwas anderes ergibt sich auch nicht, wenn man die von der N ...klinik M ... durchgeführte Vitamin C-Therapie und die Misteltherapie für sich betrachtet. Nach Auskunft der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. vom 18. April 2001 hat die hochdosierte Vitamin C-Therapie bei Krebserkrankungen bisher keine durch wissenschaftliche Studien untermauerte Wirksamkeit gezeigt. Eine hohe Dosis des wasserlöslichen Vitamins werde vom Kläger ungenutzt ausgeschieden. Grundsätzlich gebe es keine Empfehlung, die für alle Krebskrankheiten gleichermaßen Gültigkeit hätten. Im Übrigen handelt es sich bei Vitamin C um ein Nahrungsergänzungsmittel, das nicht verordnet werden darf (vgl. Richtlinien über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung ["Arzneimittel-Richtlinien/AMR"], F Nr. 17 Pkt. 2 Buchst. h). Vitamin-Präparate können bei nachgewiesenem Vitamin-Mangel jeglicher Ursache verordnet werden. Ein solcher Vitamin C-Mangel ist bei dem Kläger jedoch nicht diagnostiziert. Die Deutsche Krebsgesellschaft e.V. hat unter dem 18. April 2001 angeführt, die Wirksamkeit von Mistelpräparaten gegen Krebs sei immer noch nicht sicher bewiesen. Sie würde eher als unterstützende Therapie angewendet. Ob sie bei Leukämie und Lymphomerkrankung gegeben werden dürften, sei umstritten, es gäbe Hinweise, dass sie das Tumorwachstum sogar stimulieren könnten. Der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen hat mit Schreiben vom 04. April 2001 mitgeteilt, Eurixor sei zur "Palliativtherapie im Sinne eine unspezifischen Reiztherapie bei malignen Tumoren" zugelassen. Ihm liege kein aussagefähiges, wissenschaftlich evaluiertes Erkenntnismaterial über Qualität und Verbreitungsgrad der Misteltherapie mit Eurixor vor.

Die vom Senat eingeholten Auskünfte des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen und der Deutschen Krebsgesellschaft e.V. bestätigen im Wesentlichen das Gutachten Dr. O ... (MDK im Freistaat Sachsen) vom September 1997, der in seinem Gutachten ausführt, die Therapie mit Mistelauszügen und hochdosierten Vitamin C gehöre zu den Therapien, die onkologischerseits zu den Verfahren gezählt würden, deren Wirksamkeit und Stellenwert in der Onkologie bisher nicht gesichert sei. Die antitumorale Wirkung des Mistellektins sei bislang nur am Tiermodell untersucht worden und dürfe nicht automatisch auf den Menschen übertragen werden. Klinische Studien zur immunmodulatorischen Potenz des aktiven Mistellektins müssten erst noch unter sehr strengen Bedingungen und ständigen Monitoring beim Menschen durchgeführt werden, bevor man eine standardisierte Mistellektin-Therapie in bestimmten Dosierungen in speziellen onkologischen Situationen empfehlen könne. Die klinische Wirksamkeit der im Handel befindlichen Mistelprodukte sei seitens der Hersteller jedoch nicht nachgewiesen worden. Nach Auffassung des Senats ist das Gutachten schlüssig, glaubhaft und nachvollziehbar. Nach Überzeugung des Senats liegt daher ein medizinisch-wissenschaftlicher Nachweis weder für die "biologische Chemotherapie" noch für eine hochdosierte Vitamin C-Therapie noch für eine Misteltherapie für die konkrete Form des beim Kläger bestehenden Tumors vor.

Ein Kostenerstattungsanspruch kann zwar auch bestehen, wenn die fehlende Anerkennung auf einen Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruht. Ein solcher Systemmangel kann nach höchstrichterlicher Rechtsprechung dann bestehen, wenn trotz Vorliegens aller Voraussetzungen die Überprüfung durch den Bundesausschuss nicht oder nicht zeitgerecht erfolgte (dazu erneut BSGE 81, 54). Ein Systemmangel ist hier jedoch nicht erkennbar. Mangels Vorliegen eines medizinisch-wissenschaftlichen Nachweises für die genannte Therapien ist dem Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen weder ein Fehler noch ein Versäumnis weder bei der Begutachtung noch im Sinne einer Verzögerung vorzuhalten.

Der Senat sieht sich auch außerstande, im vorliegenden Fall entgegen der vom Bundesausschuss getroffenen Beschlusslage zu entscheiden. Ein solches Vorgehen kann bei Vorliegen eines Mangels des gesetzlichen Leistungssystems unter Berücksichtigung der tatsächlichen Verbreitung der Behandlungsmethode und im Hinblick auf die fachliche Diskussion ausnahmsweise in Betracht kommen. Ein derartiger Ausnahmefall liegt hier jedoch nicht vor. Die Überzeugung des Senats gründet sich auf die zu den Gerichtsakten gereichten Auskünfte und Stellungnahmen. Wirksamkeitsnachweise in der Form, dass die Wirksamkeit einer Methode in einer für die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von Behandlungsfällen auf Grund wissenschaftlich einwandfrei geführter Statistiken belegt ist, liegen weder für die "biologische Chemotherapie" noch für die Misteltherapie noch für die Vitamin C-Therapie vor. Es liegen aktuell auch keine Unterlagen vor, die erkennen ließen, ob diese Methode die in § 135 Abs. 1 SGB V für die vertragsärztliche Versorgung vorgegebenen Kriterien "diagnostischer oder therapeutischer Nutzen", "medizinische Notwendigkeit" und "Wirtschaftlichkeit" erfüllt. Wirksamkeitsnachweise liegen nicht vor, so dass mit dieser Begründung eine den Anspruch nach § 13 Abs. 3 SGB V auszulösende Lücke in der vertragsärztlichen Versorgung nicht zu rechtfertigen ist. Selbst wenn sich der Tumor des Klägers auf Grund der Behandlung in der N ...klinik M ... vollkommen zurückbildete, ergäbe sich daraus keine andere Betrachtungsweise.

Der Kläger kann schließlich auch keine Rechte aus den Kostenübernahmeerklärungen der Beklagten gegenüber der N ...klinik M ... vom 04. Juni 1996 und 31. Juli 1997 herleiten. Die beiden Kostenübernahmeerklärungen stellen keine Entscheidung der Beklagten über die von den Eltern des Kläges am 12. Juni 1997, im Oktober 1997 und am 30. Januar 1998 gestellten Anträge auf Kostenübernahme für Behandlungen in der N ...klinik M ... für die Zeiträume vom 05. Juli bis 09. Juli 1997, 11. Oktober bis 25. Oktober 1997 und 14. Februar bis 28. Februar 1998 dar. Aus den Erklärungen der Beklagten vom 04. Juni 1996 und 31. Juli 1997 ergibt sich allein, dass sie jeweils die Krankenhauskosten zu den Vertragssätzen ab 06. Mai 1996 bzw. 15. Februar 1997 für die notwendige Dauer der Krankenhausbehandlung längstens bis 31. Dezember 1999 übernimmt. Daraus ist jedoch nicht zu entnehmen, dass grundsätzlich die Kosten für alle Krankenhausbehandlungen in der N ...klinik M ... bis 31. Dezember 1999 übernommen werden. Die Kostenübernahmeerklärungen betrafen allein die Behandlung des Klägers in der N ...klinik M ... im Zeitraum vom 06. Mai bis 19. Mai 1996 und vom 15. Februar bis 01. März 1997.

Dem vorausgegangen waren Anträge des Klägers vom 15. April 1996 und 10. Oktober 1997 und entsprechende Kostenübernahmeerklärungen der Beklagten jeweils für die vom Kläger bei Antragstellung konkret genannten Aufenthaltszeiträume in der Klinik M ... (Bescheide vom 25. April 1996 und 12. Februar 1997) als Einzelfallentscheidungen. Der Kläger wurde nach jeder Behandlung in der N ...klinik M ... aus der stationären Behandlung entlassen. Im Falle einer weiteren notwendigen Krankenhausbehandlung bat die Beklagte die N ...klinik M ..., rechtzeitig die Verlängerung der Kostenzusage mit ärztlicher Begründung zu beantragen. Bei Entlassung bitte sie, ihr den Entlassungstag mit der Abschlussdiagnose umgehend mitzuteilen (vgl. Schreiben der Beklagten vom 04. Juni 1996 und 31. Juli 1997).

Vom Standpunkt des Klägers als "Erklärungsempfänger" und nach den ihm erkennbaren Umständen lässt sich aus den Erklärungen der Beklagten vom 04. Juni 1996 und 31. Juli 1997 gegenüber der N ...klinik M ... nach Auffassung des Senats nicht ableiten, dass alle bis 31. Dezember 1999 noch erfolgenden Krankenhausbehandlungskosten des Klägers in der N ...klinik M ... davon erfasst würden. In der Vergangenheit waren jeweils auf Anträge des Klägers - teilweise unter Benennung der genauen Dauer des Krankenhausaufenthalts - von der

Beklagten Bescheide als Einzelfallentscheidung unter Benennung der konkreten Dauer des Krankenhausaufenthaltes des Klägers in der N ...klinik M ..., die der beantragten Dauer des Aufenthalts entsprach, erlassen worden, zumal der Kläger auch nicht Erklärungsempfänger der Erklärungen der Beklagten vom 04. Juni 1996 und 31. Juli 1997 gewesen ist.

Die Erklärungen der Beklagten sind vom Kläger auch nicht - wie von ihm vorgetragen - so verstanden worden und konnten von ihm auch nicht in der Weise verstanden werden, dass die Beklagte ihm pauschal alle in der genannten Klinik noch entstehenden Kosten übernehmen werde. Es wäre sonst nicht erklärbar, aus welchen Gründen dann noch weitere Anträge z. B. am 10. September 1996 und 10. Oktober 1997 gestellt worden sind. Vielmehr hätte dem Kläger bzw. seinen gesetzlichen Vertretern bekannt sein müssen, dass eine Kostenübernahme für eine stationäre Behandlung in der N ...klinik M ... von der Beklagten nur auf Antrag als Einzelfallentscheidung übernommen wird. Den hier streitgegenständlichen stationären Aufenthalten des Klägers in der N ...klinik M ... ging auch jedesmal eine entsprechende Antragstellung voraus. Aus den Kostenübernahmeerklärungen der Beklagten gegenüber der N ...klinik M ... kann der Kläger bzw. können seine gesetzlichen Vertreter daher keine Rechte herleiten.

Auf eine Aufhebung des Bescheides der Beklagten vom 29. April 1997 sowie anderer Einzelfallentscheidungen zur Kostenübernahme nach § 45 SGB X mit Wirkung für die Zukunft kam es daher nicht an. Die Aufhebung ist rechtlich unbeachtlich.

Nach alledem hatte die Berufung keinen Erfolg.

Die Kostenentscheidung beruht auf § 193 Abs. 1 Sozialgerichtsgesetz (SGG). Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor (§ 160 Abs. 2 SGG).
Rechtskraft
Aus
Login
NRW
Saved
2003-09-10