

## S 5 KR 5749/10

Land  
Baden-Württemberg  
Sozialgericht  
SG Freiburg (BWB)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
5  
1. Instanz  
SG Freiburg (BWB)  
Aktenzeichen  
S 5 KR 5749/10  
Datum  
26.07.2012  
2. Instanz  
LSG Baden-Württemberg  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Urteil  
Die Klage wird abgewiesen.

Kosten haben die Beteiligten einander nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Gestritten wird hier darum, ob die Beklagte die Kosten einer privatärztlichen Behandlung eines Mammacarcinomrezidivs der linken Brust bei der Klägerin mittels sogenannter neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, nämlich mittels Kryotherapie und anschließender Immuntherapie, erstatten muss.

Bei der 1963 geborenen Klägerin war wegen eines multifokalen Mammacarcinoms der linken Brust am 31.10.2007 in der Frauenklinik eine Quadrantenresektion der linken Mamma samt Entfernung mehrerer Sentinel-Lymphknoten durchgeführt worden. Laut Klinikbericht vom 19.11.2007 war der Klägerin auf Grund einer Konferenz der Klinikärzte vom 15.11. eine lokale Nachresektion oder - angesichts der Multifokalität sicherer - eine Mastektomie empfohlen worden, weiter eine Studienteilnahme, bei der alternativ eine Chemotherapie (mit sechsmal FEC) oder eine andere Therapie (PACSO I) erfolgen sollte, oder bei Nichtteilnahme an der Studie eine Chemotherapie mit sechsmal FEC, weiter eine Herceptin-Behandlung für ein Jahr sowie eine antihormonelle Therapie mit Tamoxifen über fünf Jahre. Diese Therapieoptionen waren von der Klägerin sämtlich abgelehnt worden, so dass dann eine Bestrahlung der Brust im Universitätsklinikum geplant war, die die Klägerin aber nicht durchführen ließ. Laut radiologischem Befundbrief vom 26.3.2009 zeigte eine MRT der Mammæ dann mehrere anreichernde Herde in der linken Brust mit dem dringenden Verdacht auf ein multizentrisches Carcinom.

Laut Arztbrief des Dr. K aus vom 17.2.2010, den die Klägerin offenbar auch auf Grund von Zeitungsberichten mit dem Wunsch nach einer Kryotherapie (Vereisung der Tumorherde) aufgesucht hatte, war bei der Klägerin nach dem Rezidivverdacht eine sogenannte Chelat-Therapie durchgeführt worden; Dr. K hatte am 16.2.2010 ein sogenanntes molekulares Staging mittels biopsiefreier Apherese durchgeführt (dazu gab es zwei Abrechnungen nach GOÄ vom 16.2.2010). Dabei stellte er fest, bei der Klägerin fänden sich Zellen, die den vaskulären endothelialen Wachstumsfaktor (VEGF) vermehrt exprimierten, die invasiv und proteolytisch seien, bei denen Zytostatika wirkungslos seien, die den Warburg'schen Gärungsstoffwechsel aufwiesen, die den molekularen Selbstmord verweigerten, die chemo- und strahlenresistent seien, und die das Immunsystem als Killerzellen mittels Indolaminoxygenase unterliefen. Als Therapie schlug er der Klägerin eine sogenannte immunadoptive und targetspezifische Therapie u. a. mit acht Behandlungszyklen mit NK-Zellen, verstärkt durch Tumorschutzimpfung, sowie den Versuch der Kryotherapie vor.

Auf Grund eines Telefonats der Klägerin vom 27.4.2010 mit der Sachbearbeiterin Frau von der Hauptgeschäftsstelle der DAK in Hamburg übersandte die Klägerin Behandlungsunterlagen und Liquidationen des Dr. K (jeweils nach GOÄ) zur Prüfung an die Geschäftsstelle der DAK in , welche sie dem MDK zur Begutachtung vorlegte. Die seinerzeit vorgelegten Rechnungen betrafen die Untersuchung einschließlich der diagnostischen Apherese vom 16.2.2010 (Beträge von rund 2.621,- EUR sowie 153,- EUR), ferner die Kryotherapie einschließlich Narkose vom 4.3.2010 (rund 6.042, EUR bzw. 643,- EUR), mehrere lymphokinaktivierte Killerzellentherapien (sogenannte Lak-Therapien) vom 8.3., 25.3. und 15.4.2010 (über jeweils 2.601,60 EUR), ferner die Herstellung der therapeutischen Heat-Shock-Protein-Vaccine (40 Ampullen) mit einem Betrag von rund 5.683,- EUR.

Der MDK stellte in seinem Gutachten fest, es handle sich bei der Kryotherapie um eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode (NUB), die vom gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) nicht anerkannt sei. Ein Ausnahmefall im Sinne der Entscheidung des BVerfG vom 6.12.2005 und der im Hinblick hierauf später ergangenen BSG-Rechtsprechung liege nicht vor, denn als Alternative gebe es bei der Klägerin

die konventionelle Behandlung des Mammacarcinoms durch klinisch tätige Onkologen und Gynäkologen.

Daraufhin lehnte die Beklagte eine Kostenübernahme für die kryotherapeutische Behandlung mit Bescheid vom 20.7.2010 ab.

Die Klägerin erhob Widerspruch und stellte in Abrede, dass die schulmedizinische Entfernung beider Brüste und eine anschließende Chemotherapie, die sowieso nur eine Giftkur ohne Nutzen bzw. die Verabreichung toxischer Placebos darstelle, eine in ihrem Fall sinnvolle Behandlungsalternative sei. Außerdem schütze das Grundgesetz die Unversehrtheit des Körpers, die sie aber verliere, wenn Teile ihres Körpers ohne Not amputiert würden. Weiter trug sie vor, für sie habe sich die Kryotherapie als wirksam erwiesen, denn der Tumor sei in der Brust nicht mehr vorhanden. Bei einer rein schulmedizinischen Operation, wie sie die Beklagte vorschlage, wären dagegen Millionen von Tumor-Stammzellen in die Blutbahn freigelassen worden und eine Metastasierung sei dann sicher. Laut einer Untersuchung von Prof. Hölzl überlebe der Patient bei Chemotherapie und Strahlentherapie 18 Monate, wenn er aber nach einer Operation gar nichts mache, immerhin 4 Jahre, wenn er eine Immuntherapie durchführe, 8 bis 13 Jahre. Die schulmedizinische Operation mit anschließendem Klinikaufenthalt wäre die Kasse im Übrigen wesentlich teurer gekommen als die Kryotherapie und eine Chemotherapie wesentlich teurer als die Immuntherapie.

Die Beklagte lehnte mit Widerspruchsbescheid vom 14.10.2010 eine Kostenübernahme für die von Dr. K erbrachten privatärztlichen Leistungen generell ab. Ein Kostenerstattungsanspruch scheitere daran, dass die Klägerin erst nach der Behandlung einen Kostenerstattungsantrag gestellt habe. Davon abgesehen schuldet die Beklagte grundsätzlich nur eine Behandlung durch Vertragsärzte; nur im Notfall dürfe ein Nichtvertragsarzt wie Dr. K aufgesucht werden. Im Übrigen sei das Mammacarcinom der Klägerin konventionell zu behandeln gewesen.

Die Klägerin hat am 11.11.2010 Klage erhoben und zunächst beantragt, die Kosten der ambulanten Kryotherapie zu übernehmen bzw. zu erstatten, hat jedoch mit Schriftsatz vom 30.12.2010 klar gestellt, dass es um die Immuntherapie in Verbindung mit einer Kryotherapie gehe, wobei sie noch weitere inzwischen angefallene Rechnungen des Dr. K vorgelegt hat, so insbesondere mehrere weitere Rechnungen über Lak-Therapien von Mai bis Juli 2010 (viermal je 2.601,60 EUR) und eine weitere Rechnung über nochmalige Kryotherapie am 12.8.2010 (rund 4.508,- EUR).

Die Klägerin macht geltend, sie sei verheiratet und Mutter; bei der 2009 sich ergebenden Befundkonstellation habe sich für sie als Behandlungsmöglichkeit einerseits die Brustamputation mit anschließender Bestrahlung und Chemotherapie ergeben, alternativ eine brusterhaltende Behandlungsform, wie sie hier von Seiten der Praxisklinik Dr. K in aufgezeigt worden sei. Dabei handle es sich um eine Kryotherapie in Verbindung mit einer Immuntherapie. Bei einem Telefonat mit Frau L, an die sich die Klägerin zunächst gewendet habe, habe diese keine verbindliche Aussage treffen wollen und sich dahingehend geäußert, dass die Kostenrechnungen zu gegebener Zeit zu Prüfzwecken eingereicht werden sollten. Dementsprechend sei die Klägerin dann auch vorgegangen und habe später die Kostenrechnungen bei der Beklagten zur Prüfung eingereicht. Bei ihr habe 2009 unstrittig das Leben bedrohende Erkrankung an Brustkrebs vorgelegen, wobei zwar richtig sei, dass es für Brustkrebserkrankungen schulmedizinische Behandlungsmethoden gäbe, doch führten diese nicht zwangsläufig zum Erfolg und garantierten zudem nicht eine körperliche Unversehrtheit, auf die die Klägerin aber Anspruch habe. Hinzu komme, dass nach dem bei Dr. K durchgeführten Untersuchungen die im Körper befindlichen Tumorstammzellen resistent gegen jegliche Chemotherapeutika gewesen seien. Weiter gebe es Studien, die belegten, dass sich die Kryotherapie als neue Behandlungsmethode spürbar positiv auf den Krankheitsverlauf von Brustkrebserkrankungen auswirken könne. Zusammen mit der Kryotherapie habe die Klägerin eine Immuntherapie durchgeführt, und die Behandlung habe im August 2010 geendet, wobei keine Tumortätigkeit von Dr. K mehr habe festgestellt werden können. In der mündlichen Verhandlung hat die Klägerin noch vorgetragen, sie sei nach der Kryotherapie bei Dr. K zu einer Nachuntersuchung in der Universitätsklinik H gewesen; dort habe man jedoch mit dem durch die Vereisungstherapie veränderten Gewebe in der Brust nichts anfangen können; eine sonographische Unterscheidungsmöglichkeit habe hinsichtlich dieses veränderten Gewebes nicht bestanden, was auch Dr. K so bestätigt habe. Wegen der Unergiebigkeit der sonographischen Untersuchung sei in H weiterhin eine Brustoperation empfohlen worden. Bei einer Nachuntersuchung Anfang 2012 bei Dr. K sei festgestellt worden, dass es im Moment weiter keine Tumoraktivität gebe. Sie wolle auch darauf hinweisen, dass sie trotz der durchgeführten Therapie wieder arbeiten könne.

Auf Fragen des Gerichts, wann genau die erste, in ihrem Inhalt umstrittene Vorsprache bei der Beklagten stattgefunden habe, hat die Klägerin vorgetragen, sie sei im Zeitfenster vom 4.2.2010 bis 15.2.2010 nach ihrer ersten Vorsprache bei Dr. K wegen der Kostentragung bei der Beklagte vorstellig gewesen. Sie sei der Meinung, dass sie dabei die Blanko-Honorarvereinbarung mitgeführt habe, die sie dann später am 16.2.2010 unterschrieben habe. Die Klägerin hat diese Honorarvereinbarung zwischen Dr. K und ihr zu den Gerichtsakten vorgelegt.

Die Klägerin hat in der mündlichen Verhandlung klargestellt, dass Streitgegenstand der Klage nur die bereits im Vorverfahren der Beklagten vorgelegten Rechnungen sein sollten, und sie beantragt:

Der Bescheid der Beklagten vom 20.7.2010 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 14.10.2010 wird aufgehoben und die Beklagte verurteilt, die Kosten einer ambulanten Kryotherapie einschließlich Immuntherapie auf Basis der Rechnungsstellung der Klinik Dr. K vom 16.2. bis zum 15.4.2010 in Höhe von 22.948,84 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Sie hat zunächst vorgetragen, es möge ja sein, dass eine Mitarbeiterin am Telefon die häufige Auskunft erteilt habe, die Klägerin solle nach der Behandlung die Rechnungen einreichen, und die Beklagte werde dann eine Kostenbeteiligung prüfen. Später hat sie allerdings vorgetragen, sie habe die besagte Sachbearbeiterin Frau L ausfindig gemacht, und diese habe erklärt, die Klägerin sei mit dem Kostenvoranschlag der Praxisklinik Dr. K in die Bezirksgeschäftsstelle Bad Säckingen gekommen und ihr sei dort klipp und klar erklärt worden, dass die Kosten nicht übernommen würden. Die Klägerin habe die Geschäftsstelle verlassen, sei kurz darauf zurückgekehrt, und habe noch ein weiteres längeres Gespräch mit dem damaligen Bezirksgeschäftsführer Herrn B geführt. Der anschließend von den Mitarbeitern gefertigten Aktenvermerke über die Leistungsablehnung sei leider im Zug der kurz darauf erfolgenden totalen Umstrukturierung der Geschäftsstellen verloren gegangen.

Diese Sachverhaltsdarstellung hat die Klägerin ausdrücklich bestritten und Zeugen für ihre Darstellung des Gesprächsinhalts mit Frau L benannt.

Auf Veranlassung der Kammer hat die Beklagte eine gutachtliche Stellungnahme des MDK eingeholt, der bestätigt hat, dass es sich bei der Erkrankung der Klägerin um eine lebensbedrohliche Erkrankung gehandelt habe, dass jedoch die gesamte Palette der leitliniengerechte evidenzbasierten Therapiemöglichkeiten für ein Mammacarcinom zur Verfügung gestanden hätten, und dass schließlich hinsichtlich der angewandten Kryotherapie auch eine nur auf Indizien stützbar nicht ganz fernliegende spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf oder gar auf Heilung im Sinne einer plausiblen pathophysiologischen Erklärung der Einwirkung der beantragten Methode auf die Erkrankung nicht gesehen werden könne.

Entscheidungsgründe:

Die Klage ist zulässig, aber unbegründet.

1.) Ein Kostenerstattungsanspruch der Klägerin für die bei Dr. K durchgeführte kombinierte Immun- und Kryotherapie würde nach [§ 13 Abs. 2 SGB V](#) in der hier in Frage kommenden Alternative voraussetzen, dass die Beklagte die Gewährung der Leistung zu Unrecht abgelehnt hätte und dadurch der Versicherten für die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden wären. Voraussetzung für einen derartigen Kostenerstattungsanspruch ist immer, dass die Kasse vor der Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren befasst worden sein muss, soweit dies überhaupt möglich war, und der Versicherte die Entscheidung der Kasse abgewartet hat, und sich dann auf Grund einer negativen Entscheidung der Kasse, die Leistung selbst beschafft hat (so die ständige Rechtsprechung des BSG, u. a. Urteil vom 20.5.2003, [B 1 KR 9/03 R](#)).

Das Klagebegehren der Klägerin scheidet hier - im Gegensatz zur Auffassung der Beklagten - nicht daran, dass die Klägerin die Kasse nicht vor Beginn der Behandlung mit dem Leistungsbegehren befasst hätte und deren Entscheidung nicht abgewartet hätte. Vielmehr ist, unterstellt, die Angaben der Beklagten sind richtig, davon auszugehen, dass Frau Lauber von der Beklagten der Klägerin klipp und klar erklärt hat, dass eine Kostenübernahme für die Behandlung bei dem Privatarzt Dr. K in M mittels neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht in Frage komme. War die Sachlage so, so hat die Klägerin, die vor Beginn der Behandlung bei Dr. K und vor Unterzeichnung der Privathonorarvereinbarung mit Dr. K bei Frau L vorgeschrieben hatte, zunächst deren eindeutige Erklärung, es würden keinerlei Kosten übernommen, abgewartet, und sich erst danach - auf Grund der Ablehnung der Beklagten - die Leistung des Dr. K selbst auf eigene Kosten beschafft. Ein Ursachenzusammenhang zwischen Leistungsablehnung und Selbstbeschaffung der Leistung bestünde demnach.

War dagegen der Sachverhalt so, wie ihn die Klägerin dargestellt hat, hat es sich so verhalten, dass Frau L erklärt hatte, die Klägerin solle sich ruhig einmal in Behandlung des Dr. K begeben, anschließend die Rechnungen bei der Kasse vorlegen, die dann eine Kostenerstattung prüfen werde. Nach dem Vortrag, den die Beklagte hierzu zunächst getätigt hatte, ist eine solche Auskunft von Mitarbeitern am Telefon übrigens häufiger der Fall. Hat Frau L der Klägerin eine derartige Auskunft erteilt, so kann die Beklagte im späteren Kostenerstattungsverfahren der Klägerin nicht mehr entgegenhalten, es fehle an einem Ursachenzusammenhang zwischen einer zunächst erforderlichen Ablehnung der Leistung durch die Kasse und der anschließenden Selbstbeschaffung der Leistung. Dem würden Treu und Glauben bzw. die Grundsätze des sozialrechtlichen Herstellungsanspruchs entgegenstehen, denen zufolge die Beklagte die Klägerin so zu stellen hätte, wie sie bei zutreffender Aufklärung durch Frau Dr. L gestanden hätte. Zutreffend hätte Frau L darauf hinweisen müssen, dass vor Beginn der Behandlung bei Dr. K ein Leistungsantrag an die Beklagte zu stellen sei, und die Entscheidung der Beklagten darüber abgewartet werden müsse, ehe die Behandlung bei dem Privatarzt aufgenommen werden dürfe. Hätte Frau L diese zutreffende Auskunft erteilt, so wäre die Klägerin dementsprechend verfahren und hätte nicht - der unrichtigen Auskunft von Frau L vertrauend, sie könne sich ruhig in die Behandlung von Dr. K begeben und nachher die Rechnungen bei der Kasse zur Prüfung einreichen, ohne jegliche Kassenentscheidung die Behandlung begonnen.

2.) Ein Kostenerstattungsanspruch scheidet hier jedoch daran, dass die Beklagte nicht verpflichtet gewesen ist, eine Behandlung der Klägerin mittels der von Dr. K vertretenen und angewandten neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode übernehmen.

Die ständige höchstrichterliche Rechtsprechung ([BSGE 81, 54](#), 59ff; [BSGE 86, 54](#), 56; BSG [SozR 3-2500 § 92 Nr. 12](#) S. 69; BSG, Urteil vom 04.04.2006, [B 1 KR 12/05 R](#), [SozR 4-2500 § 27 Nr. 8](#) mit weiteren Nachweisen) hat hinsichtlich neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, also solcher Methoden, die noch keinen Eingang in den einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) gefunden haben und deshalb von Vertragsärzten in der ambulanten Behandlung nicht abgerechnet werden können ([BSGE 81, 54](#), 58), entschieden, dass im Hinblick auf [§ 135 Abs. 1 S. 1 SGB V](#) eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung erst dann besteht, wenn die neue Methode vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) einer Prüfung unterzogen worden ist und dieser in Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V](#) bereits eine positive Empfehlung über den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben hat.

Dabei ist wichtig, dass eine neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode, die in Form eines bestimmten umfassenden Behandlungskonzepts von bestimmten Ärzten entwickelt worden ist und angewendet wird, immer in ihrer Gesamtheit zu beurteilen ist, und nicht etwa in einzelne Behandlungsteile zergliedert werden darf, die jeweils getrennt auf ihre Anerkennung durch den GBA oder eine bisher fehlende Anerkennung zu prüfen wären (dazu insbesondere BSG, Urteil vom 14.02.2001, [B 1 KR 29/00 R](#), [SGB 2001, 519](#) ("Kozijavkin II-Urteil")). Im vorliegenden Fall wendet Dr. K offensichtlich die Kryotherapie eingebettet in seine immuntherapeutischen Maßnahmen an; insoweit spricht er in den Therapievorschlägen, die er für die Klägerin entwickelt hatte, auch ausdrücklich von mehrfachen immuntherapeutischen Maßnahmen und zusätzlich von einem Versuch der Kryotherapie. Das Behandlungskonzept des Dr. K ist also in seiner Gesamtheit zu würdigen, und insoweit ist zwischen den Beteiligten unbestritten, dass eine Anerkennung durch den Gemeinsamen Bundesausschuss für diese neue Methode nicht vorliegt. Dass die Klägerin einen in M praktizierenden Privatarzt aufsuchen musste, um überhaupt diese Methode für die Behandlung ihrer Krankheit bekommen zu können, spricht im Übrigen dafür, dass eine breite Anwendung der neuen Therapiemethode durch eine große Anzahl von Ärzten in Deutschland noch keineswegs stattfindet und insbesondere auch Vertragsärzte diese Methode nicht anwenden.

Nach alledem stünde im "Normalfall" damit schon fest, dass die Beklagte die Behandlung der Klägerin mittels der von Dr. K angewendeten

neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethode nicht schuldet.

3.) Im vorliegenden Fall beruft sich die Klägerin allerdings auf eine Ausnahmesituation, wie sie im Beschluss des BVerfG vom 06.12.2005 ([1 BvR 347/98](#); [BVerfGE 115, 25-51](#) = [SozR 4-2500 § 27 Nr. 5](#) - "Nikolausbeschluss" - ) herausgearbeitet worden ist. Das BVerfG hat in diesem Beschluss die damals schon entwickelte Rechtsprechung des BSG zu den neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden für Fälle für verfassungswidrig erklärt, in denen das Leben des Patienten auf dem Spiel steht.

Im Einzelnen hat das BVerfG ausgeführt, wenn eine lebensbedrohliche Erkrankung vorliege, für die eine andere Behandlungsmethode nicht zur Verfügung stehe, sei es unter dem Aspekt der Schutzpflicht des Staates für das menschliche Leben aus [Art. 2 Abs. 2 GG](#) notwendig, hinsichtlich der Beurteilung einer noch möglichen alternativen (sprich neuartigen) Behandlung des lebensbedrohlichen Krankheitszustandes einen erweiterten Prüfungsmaßstab zuzulassen. In derartigen Fällen müsse es ausreichen, wenn eine auf Indizien gestützte nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf im konkreten Einzelfall bestehe.

Entscheidend für den von der Kammer zu beurteilenden Fall der Klägerin ist, dass für ihre Brustkrebskrankung im Stadium des Jahres 2009 (Verdacht auf drei neue Tumorherde in der linken Brust) eine dem allgemein anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode in Form der radikalen Brustoperation mit anschließender Bestrahlung und/oder Chemotherapie bestanden hat. Das wird im Prinzip auch von der Klägerin nicht bestritten, so dass insoweit auch ein Hinweis des Gerichts auf die Beantragung eines Gutachtens nach [§ 109 SGG](#) nicht gegeben werden musste, worüber in der mündlichen Verhandlung auch mit der Klägerseite Einigkeit erzielt worden ist. In den Fällen, in denen eine dem allgemeinen anerkannten medizinischen Standard entsprechende Behandlungsmethode aber existiert, bleibt es auch angesichts der Entscheidung des BVerfG vom 06.12.2005 dabei, dass neue Behandlungsmethoden in der ambulanten Versorgung erst nach Anerkennung durch den GBA auf Kosten der Krankenkasse angewendet werden können. Einen Ausnahmefall wollte das BVerfG nur für die Situation zulassen, in der der Versicherte quasi ausweglos vor der Alternative eines ärztlichen "Nichts-mehr-Tuns" und eines ärztlichen Heilversuchs oder Behandlungsversuchs mittels einer neuen, noch nicht anerkannten Behandlungsmethode steht. Vor dieser Situation stand die Klägerin jedoch nicht. Vielmehr stand ihr die im Übrigen in Deutschland jedes Jahr tausendfach angewendete Standardmethode einer Brustentfernungsoperation wegen Mammacarcinoms zur Verfügung. Anschließend gab es die Option auf eine Bestrahlung und/oder eine Chemotherapie sowie auf die schon 2007 von den Ärzten in Rheinfelden vorgeschlagene hormonelle Therapie mittels Tamoxifen, die ebenfalls jedes Jahr bei Tausenden von Brustkrebspatientinnen in Deutschland eingeleitet wird. Dass dieses konventionelle Vorgehen keinerlei Heilungsaussichten böte, macht auch die Klägerin selbst nicht geltend.

Allerdings beruft sich die Klägerin darauf, es könne ihr unter dem Aspekt des Grundrechtsschutzes, der gemäß [Art. 2 Abs. 2 GG](#) auch den Schutz der körperlichen Unversehrtheit umfasse, nicht zugemutet werden, auf eine allgemein anerkannte Behandlungsmethode mittels operativer Entfernung eines Körperorgans (hier der weiblichen Brust) verwiesen zu werden, denn dadurch werde ihre körperliche Unversehrtheit in erheblichem Maße beeinträchtigt. Deshalb sei die von der Kasse und vom MDK aufgezeigte Behandlungsalternative mittels allgemein anerkannter operativer Behandlung in Wahrheit keine echte Option für sie als betroffene Frau.

Die Kammer hat diese grundrechtlich basierte Argumentation der Klägerin sorgfältig geprüft und ist zu der Ansicht gelangt, dass sich die Klägerin als Kassenpatientin hier auf die allgemein übliche Behandlungsmethode mittels der Brustoperation verweisen lassen muss. Zwar hätte dies in ihrem Fall voraussichtlich die Amputation zumindest der linken Brust wegen des hochgradigen Verdachts auf mehrere neue Tumorherde bedeutet, doch würde durch die Operation nicht in ein gesundes, sondern in ein bereits schwer geschädigtes Körperorgan, nämlich die linke Mamma, eingegriffen. Insofern ist die Argumentation der Klägerin, ihr werde eine Beeinträchtigung ihres unversehrten Körperzustandes zugemutet, vom Ansatz her nicht zutreffend. Vielmehr wird durch die Operation ein bereits vom Krebs mehrfach befallenes Organ entfernt. Hinzu kommt, dass die durch die Organentfernung eintretende erhebliche Beeinträchtigung der äußere Erscheinungsform des weiblichen Körpers heutzutage durch Maßnahmen der anschließenden Brustrekonstruktion wieder zumindest vom ästhetischen Aspekt her weitgehend behoben werden kann. Soweit die Klägerin in diesem Zusammenhang auf den gerade durch die Medien gegangenen Brustimplantatskandal verweist, ist ihr entgegen zu halten, dass wohl davon auszugehen sein wird, dass der Gesetzgeber entsprechende Vorkehrungen schafft, damit keine unfachmännisch hergestellten Brustimplantate mehr auf den deutschen Markt gelangen können. Gerade durch den Skandal, der stattgefunden hat, dürfte wohl auch davon auszugehen sein, dass die Brustimplantate einpflanzenden Klinikärzte jetzt genügend sensibilisiert sind, um ihre Implantate mit noch größerer Sorgfalt auszuwählen.

Im Zusammenhang mit der von der Klägerin vertretenen Argumentation, es könne ihr nicht zuzumuten sein, einfach ihre linke Brust (oder gar beide Brüste, sofern dies die Ärzte für erforderliche hielten) entfernen zu lassen, weist die Kammer auch auf die Entscheidung des BSG vom 04.04.2006 ([aaO](#)) hin, in welcher es das Gericht für ohne Weiteres für zumutbar gehalten hat, beim männlichen Patienten mit einem Prostatacarcinom nur im Anfangsstadium und ohne Metastasierung die Prostata als männliches Organ vollständig operativ zu entfernen. Durch eine derartige Organentfernung dürfte nach Auffassung der Kammer der Mann in seinem männlichen Eigenwert ähnlich stark beeinträchtigt werden, wie die Frau durch die Brustentfernung, die immerhin später ästhetisch durch Implantate wieder ausgeglichen werden kann.

Nach alledem war die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung war nach [§ 193 SGG](#) zu treffen.

Rechtskraft

Aus

Login

BWB

Saved

2012-08-10