

L 6 KR 751/11

Land

Freistaat Thüringen

Sozialgericht

Thüringer LSG

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

6

1. Instanz

SG Altenburg (FST)

Aktenzeichen

S 3 KR 545/09

Datum

28.03.2011

2. Instanz

Thüringer LSG

Aktenzeichen

L 6 KR 751/11

Datum

01.10.2013

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Urteil

Die Berufung der Klägerin gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg vom 28. März 2011 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenübernahme für die Therapiebehandlung in der Fachambulanz der Klinik P. bestehend aus Tiefen-Hyperthermie und weiteren biologischen Therapien von Mai bis August 2008 in Höhe von 3.764,52 EUR streitig.

Bei der 1937 geborenen Klägerin wurde im März 2008 im Universitätsklinikum J., Klinik und Poliklinik für Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde, ein CD20-positives B-Zelllymphom der Nasennebenhöhlen diagnostiziert. Laut Bericht des Universitätsklinikums J. vom 1. April 2008 sollte eine internistische (onkologische) Vorstellung und Weiterbehandlung erfolgen. Die Klägerin begab sich am 16. Mai 2008 zur Fachambulanz der privaten Krankenanstalt P. (vgl. <http://www.klinik-imleben.de-PRAXIS> Pro Leben-) zur Durchführung von Tiefen-Hyperthermie und weiteren biologischen Therapien. Danach erfolgten neun weitere Vorstellungen, die letzte am 28. August 2008.

Am 19. November 2008 beantragte sie bei der Beklagten unter Vorlage eines Arztbriefes der Dres. R. und O. (Klinik P.) vom 28. August 2008 sowie der Rechnungen der PRAXIS P. vom 29. Mai, 23. Juli und 28. August 2008 die Übernahme der Kosten für die Behandlung. Mit Bescheid vom 24. November 2008 lehnte diese eine Kostenübernahme mit der Begründung ab, die Behandlungs- bzw. Diagnostikmethode stehe im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung nicht zur Verfügung. Da sie die Kostenübernahme nicht vor Beginn der Behandlung beantragt habe, habe der Antrag nicht geprüft werden können. Hiergegen erhob die Klägerin Widerspruch und führte aus, ihre Erkrankung habe sich zu Beginn der Behandlung in einem fortgeschrittenen Stadium befunden. Alternativ hätte nur eine Chemotherapie zur Verfügung gestanden. Es sei ihr nicht bewusst gewesen, dass sie die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung beantragen müsse. Nach Einholung eines Gutachtens des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Thüringen e.V. (MDK) vom 8. Januar 2009 wies die Beklagte den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 6. Februar 2009 zurück. Der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) habe sich mit der Methode befasst und im Ergebnis festgestellt, dass die Voraussetzungen für eine Anwendung in der vertragsärztlichen Versorgung nicht vorliegen. Deshalb sei die Tiefen-Hyperthermie in die Anlage II der Richtlinie aufgenommen worden. Die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 - Az.: [1 BvR 347/98](#) lägen ebenfalls nicht vor.

Im Klageverfahren hat die Klägerin die Ansicht vertreten, die Ablehnung der Kostenübernahme durch die Beklagte sei zu Unrecht erfolgt. Die Voraussetzungen für einen Ausnahmefall nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 seien gegeben. Soweit die Ablehnung mit der Begründung erfolgt sei, die Klägerin habe vor Beginn der Behandlung die Kostenübernahme nicht beantragt, verstoße dies gegen das Grundrecht aus [Art. 2 Abs. 1](#) des Grundgesetzes (GG) in Verbindung mit dem Sozialstaatsprinzip. Das Sozialgericht (SG) hat verschiedene medizinische Unterlagen beigezogen und ein Gutachten des Prof. Dr. B. vom 8. Februar 2010 eingeholt. Danach handelt es sich um eine Erkrankung aus der Gruppe der Non-Hodgkin-Lymphome; diese seien mit einem Anteil von ca. 3 bis 5 v.H. an der Gesamtzahl aller bösartigen Erkrankungen eine eher seltene Malignomform. Es sei eine lebensbedrohliche und in vielen Fällen auch eine die Lebensqualität schwer beeinträchtigende Erkrankung. Für die Behandlung bestehen etablierte und wissenschaftlich gut abgesicherte Standardtherapien und - im Falle von Therapieversagen oder Wiederauftreten der Erkrankung - Alternativtherapien. Die alleinige Onkotherapie könne nicht als "allgemein wissenschaftliche Standardtherapie" bei der Erkrankung der Klägerin angesehen werden. Nach dem derzeitigen medizinischen Wissensstand könne mit der alleinigen ambulanten Onkotherapie in Verbindung mit weiteren biologischen Therapien, wie sie bei der Klägerin durchgeführt wurden, keine dauerhafte Heilung erzielt werden. Die Frage nach einer nicht ganz entfernt liegenden Aussicht auf Heilung müsse er klar verneinen. In seiner ergänzenden Stellungnahme vom 22. November 2010 hat der Sachverständige ausgeführt, nur die von ihm genannten Standardtherapien führten erwiesenermaßen zu einem klinisch relevanten

Ansprechen oder zur Heilung. Mit Gerichtsbescheid vom 28. März 2011 hat das SG die Klage abgewiesen.

Im Berufungsverfahren hält die Klägerin an ihrer Ansicht fest, die Voraussetzungen für eine Übernahme der Kosten durch die Beklagte seien nach dem Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 erfüllt. Auch verneine das SG zu Unrecht das Vorliegen eines Notfalls. Hierzu hätte ein Sachverständigengutachten eingeholt werden müssen. Starke Hinweise für einen Notfall ergeben sich aus der unstreitigen Diagnosestellung Ende März/Anfang April 2008 und der ambulanten und stationären Behandlung in der Klinik P. seit dem 7. April 2008.

Die Klägerin beantragt,

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Altenburg vom 28. März 2011 und den Bescheid der Beklagten vom 24. November 2008 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 6. Februar 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr die entstandenen Kosten in Höhe von 3.764,52 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist zur Begründung auf ihren erstinstanzlichen Vortrag. Von einem Notfall könne nicht ausgegangen werden, wenn zwischen der Diagnosestellung und dem Beginn der Behandlung ein Zeitraum von Ende März 2008 bis 7. April 2008 liege.

Die Berichterstatterin hat am 12. April 2013 mit den Beteiligten einen Erörterungstermin durchgeführt.

Zur Ergänzung des Sachverhalts wird auf den Inhalt der Prozess- und der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagten Bezug genommen, der Gegenstand der geheimen Beratung gewesen ist.

Entscheidungsgründe:

Der Senat konnte im Einverständnis mit den Beteiligten ohne mündliche Verhandlung entscheiden ([§ 124 Abs. 2 SGG](#)).

Die zulässige Berufung ist unbegründet.

Die Klägerin hat keinen Anspruch nach [§ 13 Abs. 3](#) des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) in der der ab 1. April 2007 geltenden Fassung des Gesetzes zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV-Wettbewerbsstärkungsgesetz - GKV-WSG) vom 26. März 2007 ([BGBl. I Seite 378](#)) auf Erstattung der Kosten für die Tiefen-Hyperthermie und weitere biologische Therapien. Die Kosten für die Beschaffung der ärztlichen Behandlung sind nicht dadurch entstanden, dass die Beklagte eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat oder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte.

Nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) sind dem Versicherten Kosten zu erstatten, die dadurch entstehen, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen kann (Alternative 1) oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Alternative 2) und sich der Versicherte deshalb die Leistung selbst beschafft. Wie sich aus [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) ergibt, tritt der 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. 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 SGB V](#), [§ 27 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), [§ 70 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#)) und infolgedessen für ein Versagen des Beschaffungssystems - sei es im medizinischen Notfall (vgl. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#)) oder infolge eines anderen unvorhergesehenen Mangels - einzustehen haben. Wortlaut und Zweck der Vorschrift lassen die Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch das Systemversagen verursacht ist (vgl. (BSG) in [SozR 3-2500 § 135 Nr. 4](#) S. 10, 11 m.w.N.). Die Bestimmung erfasst hier nur Kosten, die dem Versicherten bei regulärer Leistungserbringung nicht entstanden wären. Andere Kosten, etwa die Verpflichtung gegenüber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulässigen Leistungserbringer oder Zahlungen, die einem Leistungserbringer ohne Rechtsgrund zugewendet werden, lösen keinen Kostenerstattungsanspruch aus, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an die zulässigen Formen der Leistungserbringung durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden könnte (vgl. BSG, Urteil vom 2. November 2007 - Az.: [B 1 KR 14/07](#) m.w.N., nach juris). Voraussetzung für eine Kostenerstattung in beiden Fällen des [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist auch, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begründenden Umstand (bei Alternative 1: Unvermögen zur rechtzeitigen Leistung; bei Alternative 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil des Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang besteht, ohne den die Bedingung des [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) für eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfüllt ist. Dies bedeutet, dass Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung, soweit diese nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die Leistungsgewährung abgelehnt hatte; ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden aus, wenn der Versicherte sich die streitige Behandlung außerhalb des vorgeschriebenen Beschaffungsweges selbst besorgt, ohne sich vorher mit seiner Krankenkasse ins Benehmen zu setzen und deren Entscheidung abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhängig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher Höhe dafür Kosten anfallen (vgl. BSG, Urteile vom 15. April 1997 - Az.: [1 BK 31/96](#) und vom 14. Dezember 2006 - Az.: [B 1 KR 8/06](#), beide nach juris).

a) Ein Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung der Kostenübernahme für die Tiefen-Hyperthermie und weiterer biologischer Therapien und den der Klägerin entstandenen Kosten in Höhe von 3.764,52 EUR (Rechnungen vom 29. Mai, 23. Juli und 28. August 2008) im Sinne des [§ 13 Abs. 3 SGB V Alternative 2](#) besteht nicht. Die Klägerin hat sich die Leistungen im Zeitraum vom 16. Mai bis 28. August 2008 selbst beschafft ohne die Beklagte zuvor einzuschalten. Eine Kostenerstattung kommt daher nur in Betracht, wenn die Voraussetzungen nach [§ 13 Abs. 3 Alternative 1 SGB V](#) vorliegen. Dies ist nicht der Fall.

Unaufschiebbar im Sinne der gesetzlichen Regelung sind Leistungen, die im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Durchführung so dringlich waren,

dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand. Diese Fallgruppe erfasst nicht nur Notfälle i.S.d. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), bei denen ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss; unaufschiebbar kann auch eine zunächst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn mit der Behandlung solange gewartet wird, bis die Leistung zwingend erbracht werden muss, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann (vgl. BSG in [SozR 3-2500 § 13 Nr. 4 S. 26](#)). Die medizinische Dringlichkeit ist indes nicht allein ausschlaggebend. Die erste Fallgruppe setzt weiter voraus, dass die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den Umständen des Falles nicht verlangt werden konnte, kann die Unfähigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) will lückenlos alle Sachverhalte der berechtigten Selbstbeschaffung von Leistungen in Fällen des Systemversagens erfassen. Bei seiner Auslegung müssen deshalb die Merkmale der beiden Fallgruppen so aufeinander abgestimmt werden, dass dieser Zweck erreicht wird. Daraus folgt, dass der Kostenerstattungsanspruch mit dem Unvermögen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten - aus medizinischen oder anderen Gründen - nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten und deren Entscheidung abzuwarten (vgl. BSG, Urteil vom 25. September 2000 - Az.: [B 1 KR 5/99 R](#), nach juris).

Für eine Notfallbehandlung i. S. d. [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) liegen keine Anhaltspunkte vor. Im Übrigen wäre ein Kostenerstattungsanspruch in diesem Fall bereits deshalb ausgeschlossen, weil der Leistungserbringer seine Vergütung nicht vom Versicherten, sondern nur von der Kassenärztlichen Vereinigung oder - bei stationärer Notfallbehandlung - allein von der Krankenkasse verlangen kann (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - Az.: [B 1 KR 114/06 B](#) m.w.N., nach juris).

Anhaltspunkte dafür, dass es sich bei den seit dem 16. Mai 2008 in Anspruch genommenen Leistungen der Fachambulanz der Klinik P. um sonstige unaufschiebbare Leistungen handelte, fehlen bereits deshalb, weil zwischen der Diagnosestellung Ende März/Anfang April 2008 und dem Beginn der Behandlung am 16. Mai 2008 ein Zeitraum von mehreren Wochen liegt. Ein Behandlungsbeginn am 7. April 2008 ist aus den vorliegenden Unterlagen nicht ersichtlich und selbst wenn ein solcher vorgelegen hätte, beansprucht die Klägerin eine Kostenübernahme für die ab Mai 2008 in Anspruch genommenen Behandlungen. Letztendlich bedarf dies jedoch keiner weiteren Aufklärung, denn die Klägerin hätte sich vor Inanspruchnahme der Leistungen mit der Beklagten in Verbindung setzen und über die Möglichkeiten einer Behandlung auf Krankenschein bzw. Krankenversicherungskarte informieren können. Insoweit fehlt es an einem Kausalzusammenhang zwischen dem Unvermögen der Beklagten, eine solche Leistung rechtzeitig zu erbringen, und der entstandenen Kostenlast der Versicherten. Die Unfähigkeit der Beklagten, die Leistung durch zugelassene Vertragsärzte zu erbringen, kann hier nicht unterstellt werden und ein Kostenerstattungsanspruch hierauf nicht gestützt werden. Es ist kein Grund dafür ersichtlich, dass es ihr unzumutbar gewesen wäre, die Kostenübernahme vor Beginn der Behandlung zu beantragen.

Unter diesen Umständen ist nicht mehr entscheidungserheblich, dass die Hyperthermie nach Anlage II Nr. 42 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden vertragsärztliche Versorgung) vom 17. Januar 2006 zuletzt geändert durch Beschluss des GBA vom 20. Januar 2011 (Bundesanzeiger Nr. 56 vom 8. April 2011, Seite 1342) von der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen ist und es sich bei der Fachambulanz der Klinik P. um eine private Einrichtung handelt, deren Inanspruchnahme nach [§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), wonach grundsätzlich nur zugelassene Leistungserbringer in Anspruch genommen werden können, ausgeschlossen ist (ständige Rechtsprechung des BSG, vgl. z.B. Urteile vom 25. September 2000 - Az.: [B 1 KR 5/99 R](#) und vom 2. November 2007 - Az.: [B 1 KR 14/07 R](#) m.w.N., nach juris).

Ein Kostenerstattungsanspruch ist auch nicht ausnahmsweise unter Berücksichtigung der mit Beschluss des Bundesverfassungsgerichts vom 6. Dezember 2005 - Az.: [1 BvR 347/98](#) entwickelten Grundsätze gerechtfertigt. Dieses hat dort zu einer ärztlichen Behandlungsmethode das Urteil des Bundessozialgerichts vom 16. September 1997 ([BSGE 81, 54](#)) aufgehoben und entschieden, dass es mit den Grundrechten aus [Art. 2 Abs. 1 GG](#) nicht vereinbar ist, einem 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 eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht. Auch wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung bei der Klägerin vorlag, hat die Auslegung zur Folge, dass die Anspruchsvoraussetzungen von [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB V](#) und [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) sowie die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit ausnahmsweise bejaht werden müssen. Die grundsätzlich notwendige Einhaltung des Beschaffungsweges wird durch diese Entscheidung nicht berührt (vgl. BSG, Urteil vom 14. Dezember 2006 - Az.: [B 1 KR 12/06 R](#), nach juris), jedenfalls dann nicht, wenn nur Leistungen für die Vergangenheit beansprucht werden (vgl. BVerfG vom 19. März 2009 - Az.: [1 BvR 316/09](#), nach juris).

Die Entscheidung über die Kosten beruht auf [§ 193 SGG](#).

Die Revision war nicht zuzulassen, weil die Voraussetzungen des [§ 160 Abs. 2 SGG](#) nicht vorliegen.

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2014-02-04