

L 6 KR 1002/12

Land
Freistaat Thüringen
Sozialgericht
Thüringer LSG
Sachgebiet
Krankenversicherung
Abteilung
6
1. Instanz
SG Gotha (FST)
Aktenzeichen
S 41 KR 4807/11
Datum
07.05.2012
2. Instanz
Thüringer LSG
Aktenzeichen
L 6 KR 1002/12
Datum
29.11.2016
3. Instanz
Bundessozialgericht
Aktenzeichen

-
Datum

-
Kategorie
Urteil

Die Berufung des Klägers gegen den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Gotha vom 7. Mai 2012 wird zurückgewiesen. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für ärztliche Behandlungen (Neuraltherapie, Chirotherapie, Osteopathie, Muskelfunktionstherapie, Akupunktur, orthomolekulare Medizin sowie kieferchirurgische Diagnostik) einschließlich Blutuntersuchungen sowie apothekenpflichtiger, nicht verschreibungspflichtiger Arzneimittel (Vitamin B Komplex, Vitamin B12 Depot Injektapas) und Nahrungsergänzungsmittel (BioFol 100C, Prodivalit44, B12 Sublingual, Pro Sirtusan und Pro EM san) streitig.

Die 1966 geborene und am 25. September 2012 verstorbene A. K. (im Folgenden: Versicherte) war bei der Beklagten gegen Krankheit versichert und litt nach Angaben ihres behandelnden Arztes Dr. K. an einem Lymphödem des linken Beines bei Zustand nach Hysterektomie 2008 aufgrund eines Myometriumsarkoms, einem ischiolumbalen Schmerzsyndrom, einer Funktionsstörung des kraniozervikalen Übergangs, einer Sympathikus-Überaktivierung, einer Störung des Vitamin B 12 Metabolismus, migränoiden Spannungskopfschmerzen, einem Energiemangelsyndrom, einer Blockierung des linken Iliosakralgelenkes und einem Pseudo-radikulärsyndrom L5/S1.

Mit Schreiben vom 26. Oktober 2010 beantragte die Versicherte bei der Beklagten die Übernahme der Kosten, die ihr für Behandlungen bei Dr. H. K. bzw. für von diesem veranlasste Blutuntersuchungen und die Versorgung mit nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln entstünden.

Die Beklagte lehnte den Antrag auf Kostenübernahme mit Bescheid vom 2. Dezember 2010 mit der Begründung ab, bei Dr. K. handele es sich um einen Privatarzt, der keine Kassenzulassung habe und ausschließlich auf privater Basis praktiziere. Aus diesem Grund könnten auch die Arztkosten der von ihm durchzuführenden Neuraltherapie nicht übernommen werden. Alternativ stünden zudem Fachärzte mit Kassenzulassung zur Verfügung.

Zur Ergänzung ihres hiergegen eingelegten Widerspruchs übersandte die Versicherte im Laufe des Widerspruchsverfahrens verschiedene Rechnungen (u.a. der B. B.V. mit Sitz in den Niederlanden vom 26. Januar 2011 über insgesamt 59,25 EUR [BioFol 100C und B 12 Subl. 60 Tabletten], der ärztlichen Verrechnungsstelle B. GmbH vom 14. Januar 2011 über eine Rechnungserstellung im Auftrag der Gemeinschaftspraxis Dr. med. A. B. und Kollegen - Ärzte für Laboratoriumsmedizin über insgesamt 37,42 EUR, der -Apotheke C. vom 24. Januar 2011 über insgesamt 39,90 EUR [REZ. Vitamin B Komplex 90 Stück], des Arztes für Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie Dr. med. K. P. vom 15. Februar 2011 für eine durch Dr. K. veranlasste Pa-noramaschichtaufnahme der Kiefer über 48,95 EUR, der T. Naturprodukte GmbH W. vom 10. Februar 2011 über insgesamt 87,00 EUR [Pro Dialvit 44 von T., 300 Kapseln, Pro Sirtusan von T., 60 Kapseln, Porto und Verpackung], der T. Naturprodukte GmbH W. vom 25. Februar 2011 über insgesamt 45,49 EUR [Pro EMsan von T. 1 Liter Flasche, Porto und Verpackung], der PVR-MEFA R. GmbH vom 7. Februar 2011 über die ambulante Behandlung vom 7. Dezember bis 21. Dezember 2010 durch Dr. K. über insgesamt 254,41 EUR sowie der PVR-MEFA R. GmbH vom 2. März 2011 für die ambulante Behandlung am 18. Januar 2011 durch Dr. K. über insgesamt 69,46 EUR). Außerdem legte sie einen Arztbrief des Dr. K. vom 8. März 2011 vor, wonach die Behandlung der strukturellen Befunde mittels Chiropraktik, Osteopathie, Neuraltherapie und Akupunktur erfolge. Die Korrekturen der Stoffwechseleränderungen würden mit einer Kombination von neuraltherapeutischen Techniken einschließlich Infusionsneuraltherapie i.V.m. orthomolekularen Behandlungen zur Verbesserung der zellulären Energiebereitstellung durchgeführt. Das Vorgehen stütze sich auf die Erkenntnisse der Behandlung eines sogenannten nitrosativen Stoffwechsels, dessen Behandlung sowohl in der Schmerztherapie als auch in der Krebstherapie von grundlegender Bedeutung sei.

Die Beklagte holte eine beratungsärztliche Stellungnahme des T. e.V. (MDK) vom 5. April 2011 ein und wies den Widerspruch der Versicherten mit Widerspruchsbescheid vom 22. Juni 2011 mit der Begründung zurück, Ärzte, die nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt seien, dürften nur in Notfällen in Anspruch genommen werden. Notfälle setzten die sofortige ärztliche Hilfeleistung in Fällen voraus, in denen die Behandlung nicht ohne Gefahr für Leib und Leben des Patienten verzögert werden könne. Die Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen zu Lasten der Krankenkassen sei daher grundsätzlich nur durch die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen oder ermächtigten Ärzte denkbar. Da der behandelnde Arzt Dr. K. nicht Vertragspartner nach § 76 Abs. 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) sei und ein Notfall nicht vorliege, scheidet ein Anspruch auf Kostenübernahme sowohl für die von ihm durchgeführten Behandlungen, als auch für die von ihm veranlassten Leistungen aus. Etwas anderes ergebe sich auch nicht aus § 13 Abs. 2 SGB V. Hiernach könnten alle Versicherten seit dem 1. Januar 2004 zwar anstelle der Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung wählen. Die Inanspruchnahme eines nicht zugelassenen Arztes bedürfe aber der vorherigen Zustimmung der Krankenkasse. Die Versicherte habe jedoch nicht die Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistung gewählt, sodass bereits aus diesem Grunde eine Kostenerstattung für die Inanspruchnahme des Dr. K. ausscheide. Auch eine Erstattung der Kosten für die auf privater Basis erfolgte Panoramaschichtaufnahme der Kiefer durch den MKG-Chirurgen Dr. P. in S. scheitere daran, dass die Kostenerstattung anstelle der Sach- oder Dienstleistungen von der Versicherten nicht gewählt worden sei. Der Anspruch auf Kostenerstattung der außerschulmedizinischen Behandlungen mittels Neuraltherapie, Chirotherapie, Osteopathie, Muskelfunktionstherapie, Akupunktur und orthomolekulare Medizin sei darüber hinaus auch schon deshalb ausgeschlossen, weil diese Behandlungen nicht Gegenstand der vertragsärztlichen Versorgung seien, es sich mithin um neue Behandlungsmethoden nach §§ 135 Abs. 1, 92 SGB V handele. Die Versorgung mit apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimitteln (Vitamin B Komplex, Vitamin B 12 Depot Injektapas) und den Nahrungsergänzungsmitteln BioFol 100C, Prodivalit44B 12 Sublingual, Pro Sirtusan und Pro EM san zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung sei nicht möglich, da diese nach § 34 SGB V bzw. den Arzneimittelrichtlinien ab 1. Januar 2004 von der Versorgung nach § 31 SGB V ausgeschlossen seien. Eine Verordnung dieser Arzneimittel sei nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V ausnahmsweise dann zulässig, wenn die Arzneimittel bei der Behandlung schwerwiegender Erkrankungen als Therapiestandard gelten. Nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V lege der Gemeinsame Bundesausschuss (GBA) in den Richtlinien nach § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V fest, welche Arzneimittel ausnahmsweise verordnet werden dürften. Aufgrund dieser Ermächtigung habe der GBA Arzneimittel-Richtlinien beschlossen, in deren geltender Fassung im Abschnitt "Verordnungsausschlüsse in der Arzneimittelversorgung durch Gesetz und zugelassene Ausnahmen" unter § 12 Abs. 3 und 4 geregelt sei, wann eine Krankheit schwerwiegend und wann ein Arzneimittel als Therapiestandard anzusehen sei. Nach § 12 Abs. 5 der Arzneimittel-Richtlinien seien schwerwiegende Erkrankungen und Standardtherapeutika zu deren Behandlung in Anlage 1 aufgeführt. § 12 Abs. 1 bis 10 der Arzneimittel-Richtlinie i. V. m. der Anlage 1 zum Abschnitt F der Arzneimittel-Richtlinie regelten abschließend, unter welchen Voraussetzungen nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ordnungsfähig seien. Darüber hinaus könnten keine weiteren, nicht verschreibungspflichtigen Arzneimittel zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden. Gemäß Ziffer 44 der Anlage 1 der Arzneimittel-Richtlinie seien wasserlösliche Vitamine und Folsäuren nur bei nachgewiesenem schwerwiegenden Vitaminmangel, der durch entsprechende Ernährung nicht behoben werden könne, als Ausnahme zum gesetzlich vorgesehenen Verordnungsausschluss nach § 34 Abs. 1 Satz 2 SGB V zugelassen. Da ein derartiger Ausnahmetatbestand nicht vorliege, komme auch aus diesem Grunde eine Kostenübernahme für die Arzneimittel Vitamin B Komplex und Vitamin B 12 Depot Injektapas nicht in Betracht. Die Präparate BioFol 100C, Prodivalit44, B 12 Sublingual, Pro Sirtusan und Pro EM san seien weder apotheken- noch verschreibungspflichtig. Es handele sich nicht einmal um Arzneimittel, sondern um Nahrungsmittel bzw. Nahrungsergänzungsmittel. Nach § 6 sowie § 18 der Arzneimittel-Richtlinie seien Lebensmittel, Nahrungsergänzungsmittel, sogenannte Krankenkost und diätetische Lebensmittel einschließlich Produkte für Säuglinge oder Kleinkinder von der Versorgung nach § 27 SGB V ausgeschlossen. Dies gelte nicht für Aminosäuremischungen, Eiweißhydrolysate, Elementardiäten und Sondennahrung, soweit sie nach den Bestimmungen dieser Richtlinie in medizinisch notwendigen Fällen ausnahmsweise ordnungsfähig seien. Die in den Arzneimittel-Richtlinien zugelassenen Ausnahmen lägen jedoch nicht vor, sodass die genannten Präparate von der Versorgung nach § 27 SGB V ausgeschlossen seien.

Hiergegen hat die Versicherte am 22. Juli 2011 vor dem Sozialgericht Gotha (SG) Klage erhoben. Zur Begründung hat sie vorgetragen, bei ihr sei im Jahr 2008 ein bösartiger Tumor in Form eines sogenannten Adenokarzinoms des Uterus diagnostiziert und im unmittelbaren Anschluss an die Diagnose die Gebärmutter operativ entfernt worden. Am 9. Mai 2011 sei sie dann mit Verdacht auf ein bösartiges Ovarialkarzinom stationär in eine Klinik aufgenommen worden. Bei der dort durchgeführten Operation, bei der unter anderem der Eierstock sowie die Eileiter vollständig entfernt worden seien, habe sich ein Lokalrezidiv des 2008 diagnostizierten Tumors bestätigt. Laut Aussage der dortigen Ärzte sei das diagnostizierte Sarkom mit den herkömmlichen Therapien, insbesondere mit Chemo- und oder Strahlentherapie nicht wirksam zu behandeln. Da die konventionelle Therapie im Kampf gegen ihre Krankheit nur wenig Erfolgsaussichten geboten habe, habe sie sich zur besseren Schmerz- und potenziellen Rezidivkontrolle sowie zur Verbesserung der Lebensqualität einer Neural-, Chiro- und Muskelfunktionstherapie sowie einer Akupunktur in der Praxis des Dr. K. in E. unterzogen. Ferner sei eine Panoramaschichtaufnahme des Kiefers durch den MKG-Chirurgen Dr. P. in S. erfolgt. Durch diese Therapie habe sich ihr Gesundheitszustand erheblich gebessert. Ihr stehe der geltend gemachte Kostenerstattungsanspruch unter dem Gesichtspunkt einer verfassungskonformen Auslegung zu. Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichtes verstoße die Leistungsverweigerung der Krankenkasse unter Berufung darauf, eine bestimmte neue ärztliche Behandlungsmethode sei im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, weil der zuständige GBA diese noch nicht anerkannt oder sie sich zumindest in der Praxis und in der medizinischen Fachdiskussion noch nicht durchgesetzt habe, gegen Artikel 2 Abs. 1, Abs. 2 Satz 1 des Grundgesetzes (GG) i.V.m. dem Sozialstaatsprinzip, wenn eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung vorliege, für die eine allgemein anerkannte dem medizinischen Standard entsprechende Behandlung nicht zur Verfügung stehe und bezüglich der beim Versicherten ärztlich angewandten Behandlungsmethode eine auf Indizien gestützte nicht ganz fern liegende Aussicht auf Heilung oder wenigstens auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf vorliege. Diese Voraussetzungen seien bei ihr erfüllt.

Dem ist die Beklagte entgegengetreten und hat ergänzend vorgetragen, dass sich ein Kosten-erstattungsanspruch auch nicht aus der Nikolaus-Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes (BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005 - Az.: 1 BvR 347/98, nach juris) herleiten lasse. Ein Rezidiv der Grunderkrankung der Klägerin sei erst während ihres Krankenhausaufenthalts im Mai 2011 diagnostiziert worden. Die hier streitigen Maßnahmen seien zu diesem Zeitpunkt bereits durchgeführt gewesen. Sie hätten mit der Behandlung des Sarkoms nichts zu tun gehabt.

Das SG hat die auf die Erstattung der Kosten für die Behandlung bei Dr. K. einschließlich von ihm veranlasster Blutuntersuchung sowie für die Panoramaschichtaufnahme der Kiefer durch den MKH-Chirurgen Dr. P. (vgl. Protokoll der mündlichen Verhandlung) gerichtete Klage mit Gerichtsbescheid vom 7. Mai 2012 abgewiesen und zur Begründung im Wesentlichen auf die Ausführungen der Beklagten im

Widerspruchsbescheid vom 22. Juni 2011 verwiesen. Ergänzend hat es ausgeführt, dass ein Anspruch der Versicherten auf Kostenerstattung auch nicht aus der Entscheidung des BVerfG vom 6. Dezember 2005 (Az.: [1 BvR 347/98](#)) folge. Ein Rezidiv der Grunderkrankung sei erst im Mai 2011 diagnostiziert worden. Zu diesem Zeitpunkt seien die hier streitigen Maßnahmen bereits durchgeführt worden und hätten mit der Rezidivkrankung nichts zu tun.

Die Versicherte hat gegen den ihren Bevollmächtigten am 5. Juni 2012 zugestellten Gerichtsbescheid am 14. Juni 2012 Berufung eingelegt und diese im Wesentlichen damit begründet, dass bei ihr entgegen der Ansicht des SG ein Notfall vorgelegen habe. Sie habe sich nämlich zur Bekämpfung ihrer Krebserkrankung der unterstützenden Therapie mit den streitigen Behandlungen, Arzneimitteln und Nahrungsergänzungsmitteln unterzogen. Im Hinblick auf die Möglichkeit des jederzeitigen Auftretens von Rezidiven und Metastasen seien schnelle und wirksame Therapien, Arzneimittel und Medikamente erforderlich gewesen. Vertragskliniken hätten die von ihr benötigten Behandlungen und Arzneimittel nicht bieten können. Zur Verbesserung der zellulären Energiebereitstellung und zur Krebstherapie sei sie auf den sofortigen Beginn der begehrten Kombinationstherapien, Arzneimittel sowie Nahrungsergänzungsmittel angewiesen gewesen. Zwar habe der GBA die begehrten Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel aus der vertragsärztlichen Versorgung ausgeschlossen, doch lägen in ihrem Fall die Voraussetzungen für eine verfassungskonforme Auslegung vor. Unstreitig leide sie an einer lebensbedrohlichen Erkrankung, für die auch keine allgemein anerkannte, dem Standard entsprechende Therapie im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG zur Verfügung stehe. So gebe es zur Verbesserung der zellulären Energiebereitstellung und zur Unterstützung eines nitrosativen Stoffwechsels sowohl zur Schmerztherapie als auch zur Krebstherapie keine anderen Therapien, Arzneimittel und Nahrungsergänzungsmittel. Sie sei auf diese Kombinationstherapie angewiesen, da gerade diese positiv zur Bekämpfung der Krebserkrankung beigetragen habe. Es fehle auch nicht an einer spürbar positiven Einwirkung auf den Krankheitsverlauf. Zwar sei im Mai 2011 ein Rezidiv der Krebserkrankung aufgetreten, aufgrund des gestärkten Immunsystems habe sie sich jedoch auch weiteren Behandlungsmaßnahmen zur Bekämpfung des Rezidivs unterziehen können. Schließlich hätten bei den onkologischen Standardtherapien beträchtliche Summen aufgewendet werden müssen, so dass durch die durchgeführte Kombinationstherapie eine erhebliche Kostenentlastung der Versichertengemeinschaft erfolgt sei. Auf Veranlassung des Senats hat sie eine Aufstellung der im Zeitraum vom 12. Oktober 2010 bis 19. Oktober 2011 entstandenen Kosten in Höhe von insgesamt 9.465,49 EUR sowie entsprechende Rechnungen und Belege vorgelegt. Ausweislich der vorgelegten Rechnungen dauerte die Behandlung durch Dr. K. bis 10. August 2011.

Am 25. September 2012 ist die Versicherte verstorben. Der Sohn der Versicherten und Rechtsnachfolger hat das Verfahren mit Schriftsatz vom 6. Mai 2013 aufgenommen und ergänzend ausgeführt, der Befundbericht des Dr. K. dokumentiere, dass unter Anwendung der streitgegenständlichen Behandlungsmethoden eine Verbesserung der Symptomatik erreicht worden sei. Die in das onkologische Gesamtkonzept eingebettete Schmerztherapie habe auch einer lebensbedrohlichen Krebserkrankung der Versicherten gedient. Insbesondere habe ein über die palliative Standardtherapie hinausgehender Therapieerfolg in Form der Schmerzreduzierung erreicht werden können. Insoweit werde auf die Entscheidung des BVerfG vom 26. Februar 2013 (Az.: [1 BvR 2045/12](#), Rdnr. 14ff.) verwiesen.

Der Kläger beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Gerichtsbescheids des Sozialgerichts Gotha vom 7. Mai 2012 sowie des Bescheids vom 2. Dezember 2010 in der Gestalt des Widerspruchsbescheids vom 22. Juni 2011 zu verurteilen, ihm die Kosten für die ambulanten Behandlungen der Versicherten durch Dr. K. einschließlich der von ihm veranlassten Blutuntersuchungen und Panoramaschichtaufnahme der Kiefer sowie der von ihm verordneten apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel in Höhe von 3.145,27 EUR zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie verweist hierzu im Wesentlichen auf ihren erstinstanzlichen Vortrag sowie die Entscheidungsgründe im angefochtenen Gerichtsbescheid. Ergänzend äußert sie die Ansicht, dass die Behandlung durch Dr. K. nicht einer lebensbedrohlichen Erkrankung gegolten habe, da die streitigen Maßnahmen durchgeführt worden seien, bevor im Mai 2011 ein Rezidiv der Grunderkrankung diagnostiziert worden sei.

Der Senat hat im Laufe des Berufungsverfahrens u.a. einen Befundbericht des Dr. K. vom 25. Oktober 2013 eingeholt sowie die Beteiligten darauf hingewiesen, dass die in der durch die Versicherte vorgelegten Aufstellung enthaltenen Kosten, die im Zusammenhang mit der Behandlung durch Prof. Dr. W./W. stehen, nicht Gegenstand des vorliegenden gerichtlichen Verfahrens sind, da die angefochtenen Bescheide diesbezüglich keine Entscheidung enthalten.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstands wird im Übrigen auf den Inhalt der Gerichtsakte und der beigezogenen Verwaltungsakte, die Gegenstand der mündlichen Verhandlung waren, Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung ist zulässig ([§ 151](#) des Sozialgerichtsgesetzes (SGG)); der Wert des Beschwerdegegenstandes übersteigt 750,00 EUR ([§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG](#)), denn nach den von der Versicherten vorgelegten Rechnungen betragen die Kosten der hier streitigen Behandlungen insgesamt 3.145,27 EUR.

Die Berufung ist jedoch unbegründet; das angefochtene Urteil und die Bescheide der Beklagten sind im Ergebnis nicht zu beanstanden.

Der Kläger hat keinen Anspruch gegen die Beklagte gemäß [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) auf Erstattung der Kosten für die von der Versicherten selbstbeschafften ambulanten Behandlungen durch Dr. K. einschließlich der von ihm veranlassten Blutuntersuchungen und Panoramaschichtaufnahme der Kiefer sowie der von ihm verordneten apothekenpflichtigen, nicht verschreibungspflichtigen Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel in Höhe von 3.145,27 EUR.

Aufwendungen für eine selbstbeschaffte Leistung darf die Krankenkasse nach [§ 13 Abs. 1 SGB V](#) an Stelle der geschuldeten Sach- oder Dienstleistung ausnahmsweise erstatten, soweit das SGB V oder das Neunte Buch Sozialgesetzbuch (SGB IX) es vorsehen. Einzig hier in Betracht kommende Ausnahme ist die Bestimmung des [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#), wonach dem Versicherten die Kosten für eine selbstbeschaffte Leistung zu erstatten sind, wenn sie dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse die unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte (Voraussetzung 1) oder die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat (Voraussetzung 2). Der Kostenerstattungsanspruch reicht dabei jedoch nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch; er setzt daher voraus, dass die selbst beschaffte Behandlung zu den Leistungen gehört, welche die Krankenkasse allgemein in Natur als Sach- oder Dienstleistung zu erbringen hat (ständige Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG), vgl. z.B. BSG, Urteil vom 18. Mai 2004 - Az.: [B 1 KR 21/02 R](#)).

Die Beklagte war nach [§§ 11 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4, 27 Abs. 1 SGB V](#) zur ärztlichen Behandlung der Versicherten einschließlich der Versorgung mit den für eine Krankenbehandlung notwendigen Arzneimitteln verpflichtet. Der Behandlungs- und Versorgungsanspruch eines Versicherten unterliegt allerdings den sich aus [§ 2 Abs. 1 SGB V](#) und [§ 12 Abs. 1 SGB V](#) ergebenden Einschränkungen. Er umfasst folglich nur solche Leistungen, die zweckmäßig und wirtschaftlich sind und deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen.

Ein Sachleistungsanspruch und damit auch eine Kostenerstattung ist ausgeschlossen, wenn – wie hier – ein Arzt in Anspruch genommen wird, der nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist (BSG, Urteile vom 27. Juni 2007 – Az.: [B 6 KA 37/06 R](#), vom 24. September 1996 – Az.: [1 RK 33/95](#) sowie vom 10. Mai 1995 – [1 RK 14/94](#), alle nach juris). Dies ergibt sich insbesondere aus [§ 76 Abs. 1 SGB V](#), wonach die Versicherten (nur) unter den zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassenen Ärzten, den medizinischen Versorgungszentren, den ermächtigten Ärzten, den ermächtigten oder nach [§ 116b SGB V](#) an der ambulanten Versorgung teilnehmenden Einrichtungen, den Zahnkliniken der Krankenkassen, den Eigeneinrichtungen der Krankenkassen nach [§ 140 Abs. 2 Satz 2 SGB V](#), den nach [§ 72a Abs. 3 SGB V](#) vertraglich zur ärztlichen Behandlung verpflichteten Ärzten und Zahnärzten, den zum ambulanten Operieren zugelassenen Krankenhäusern sowie den Einrichtungen nach [§ 75 Abs. 9 SGB V](#) frei wählen können. Auch aus einer nach [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) ausnahmsweise grundsätzlich möglichen Notfallbehandlung durch einen Nichtvertragsarzt folgt hier nichts anderes, da ein Notfall im Sinn von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) grundsätzlich keinen Kostenerstattungsanspruch zu begründen vermag (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2015 – Az.: [B 1 KR 14/14 R](#), nach juris). Entgegen der Auffassung des Klägers lag bei der Versicherten im Übrigen hinsichtlich der hier allein streitigen Behandlung durch Dr. K. erkennbar auch kein Notfall im Sinn von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#) vor. Mit der Beklagten und dem SG kann sich auch der Senat nicht der mit der Berufung vertretenen Auffassung, die Behandlung bei Dr. K. sei im Zusammenhang mit der Krebserkrankung eine Notfallbehandlung gewesen, anschließen. Vielmehr bestand nach Überzeugung des Senats nur insofern ein Zusammenhang zwischen der Behandlung durch Dr. K. und der Krebserkrankung der Versicherten, als die Behandlung nach den durch Dr. K. mitgeteilten Diagnosen diverse Gesundheitsstörungen "bei Zustand nach Hysterektomie aufgrund eines Myometriumsarkoms" zum Gegenstand hatte, jedoch nicht unmittelbar die Behandlung des Sarkoms, das nach der 2008 durchgeführten Hysterektomie zunächst keine Behandlungsbedürftigkeit mehr zeigte. Erst im Mai 2011 wurde bei der Versicherten ein Rezidiv des Sarkoms diagnostiziert. Zu diesem Zeitpunkt war aber die Behandlung durch Dr. K. nahezu abgeschlossen. Dass insbesondere die Behandlung des Stoffwechsels zu einer Stärkung des allgemeinen Gesundheitszustands der Versicherten und damit letztlich zu einem besseren Erfolg der Behandlung des Sarkoms habe führen sollen, hat nicht zur Folge, dass insoweit eine Notfallbehandlung vorgelegen hat. Ein Notfall liegt nämlich nur dann vor, wenn die Behandlung aus medizinischen Gründen so dringlich ist, dass es bereits an der Zeit für die Auswahl eines zugelassenen Therapeuten und dessen Behandlung - sei es durch dessen Aufsuchen oder Herbeirufen - fehlt, wenn also ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muss (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2015 – Az.: [B 1 KR 14/14 R](#), a.a.O.). Diese Voraussetzungen lagen bei der Behandlung der Versicherten durch Dr. K. indes nicht vor.

Darüber hinaus lag auch keine Unaufschiebbarkeit im Sinne der Voraussetzung 1 des [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) vor. Unaufschiebbarkeit verlangt, dass die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsächlichen Erbringung so dringlich ist, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr besteht, um vor der Beschaffung die Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten. Ein Zuwarten darf dem Versicherten aus medizinischen Gründen nicht mehr zumutbar sein, weil der angestrebte Behandlungserfolg zu einem späteren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kann oder z.B. wegen der Intensität der Schmerzen ein auch nur vorübergehendes weiteres Zuwarten nicht mehr zuzumuten ist (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2015 – Az.: [B 1 KR 14/14 R](#), a.a.O.). Dass dies bei der Behandlung der Versicherten durch Dr. K. der Fall war, ist für den Senat nicht ersichtlich. Wegen des behaupteten Zusammenhangs mit der Behandlung des Sarkoms verweist er zudem auf die obigen Ausführungen zum Vorliegen eines Notfalls. Im Übrigen wäre die Beklagte nur dann zu rechtzeitiger Sachleistung außer Stande gewesen, wenn kein anderer als der außervertragliche Leistungserbringer Dr. K. für die Behandlung der Versicherten zur Verfügung gestanden hätte. Das war jedoch nicht der Fall. Die Beklagte hat in ihrer ablehnenden Entscheidung für den Senat nachvollziehbar darauf hingewiesen, dass alternativ eine Behandlung durch Fachärzte mit Kassenzulassung möglich sei. Dass der Versicherten, wie im Widerspruch vom 18. Dezember 2010 ausgeführt, bislang kein Arzt habe helfen können, ändert hieran nichts, da zum einen durchaus zumutbar ein weiterer Facharzt hätte aufgesucht werden können und zum anderen auch von vornherein nicht absehbar war, ob eine Behandlung durch Dr. K. zum Erfolg führen würde. Schließlich scheidet eine Unaufschiebbarkeit bereits dran, dass die Beklagte ihre ablehnende Entscheidung (Verwaltungsakt vom 2. Dezember 2010) bereits vor Beginn der Behandlung bei Dr. K. am 7. Dezember 2010 getroffen hat.

Lediglich ergänzend weist der Senat darauf hin, dass die medizinische Dringlichkeit, wäre sie denn gegeben, nicht allein den Ausschlag geben würde, denn der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3 Satz 1](#) Voraussetzung 1 und 2 SGB V reicht nicht weiter als ein entsprechender Sachleistungsanspruch des Versicherten gegen seine Krankenkasse. Durch die Kostenerstattungsregelung in [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) soll lediglich in Fällen eines Systemversagens eine Lücke in dem durch das Sachleistungssystem der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) garantierten Versicherungsschutz geschlossen werden. Trotz Unaufschiebbarkeit hat die Krankenkasse nicht einzustehen, wenn der Versicherte sich eine Maßnahme beschafft hat, die unter jedem Gesichtspunkt (selbst unter demjenigen des Systemversagens) vom Leistungskatalog der GKV ausgeschlossen ist. Infolgedessen besteht der Kostenerstattungsanspruch unabhängig von der Eilbedürftigkeit nur für medizinische Maßnahmen, die ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistungen zu erbringen sind oder nur deswegen nicht erbracht werden können, weil ein Systemversagen die Erfüllung der Leistungsansprüche Versicherter im Wege der Sachleistung gerade ausschließt (vgl. BSG, Urteil vom 8. September 2015 – Az.: [B 1 KR 14/14 R](#), a.a.O.).

Die vom Nichtvertragsarzt Dr. K. durchgeführte Behandlung der Versicherten in Form der Neuraltherapie, der Chirotherapie, der Muskelfunktionstherapie, der Osteopathie und der orthomolekularen Medizin war aber unter jedem Gesichtspunkt vom Leistungskatalog

der GKV ausgeschlossen. Nach den insoweit von der Versicherten und dem Kläger unwidersprochenen Ausführungen des MDK im Gutachten vom 5. April 2011 handelt es sich dabei um neue Behandlungsmethoden, für die es an einer positiven Entscheidung des GBA bislang mangelt. Im Bereich der ambulanten Behandlung dürfen nach [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden jedoch grundsätzlich nur nach Empfehlung des GBA zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden.

Auch ein Ausnahmefall, in dem trotz fehlender Empfehlung des GBA eine neuartige Therapie nach der gesetzlichen Konzeption beansprucht werden kann, liegt nicht vor. Weder handelt es sich bei den, der Behandlung durch Dr. K. zugrundeliegenden Erkrankungen der Versicherten um einen sogenannten Seltenheitsfall, der sich systematischer Forschung entzieht, noch sind die Voraussetzungen eines sogenannten Systemversagens erfüllt. Danach kann ungeachtet des in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) aufgestellten Verbots mit Erlaubnisvorbehalt eine Leistungspflicht der Krankenkasse ausnahmsweise dann bestehen, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode darauf zurückzuführen ist, dass das Verfahren vor dem GBA trotz Erfüllung der für eine Überprüfung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgeführt wurde. In solchen Fällen ist die in [§ 135 Abs. 1 SGB V](#) vorausgesetzte Aktualisierung der Richtlinien rechtswidrig unterblieben. (vgl. BSG, Urteil vom 27. März 2007 - Az.: [B 1 KR 25/06 R](#) m.w.N., nach juris). Anhaltspunkte dafür, dass die antragsberechtigten Stellen oder der GBA sich aus sachfremden oder willkürlichen Erwägungen mit der Materie nicht oder nur zögerlich befasst haben, sind weder vorgetragen noch ersichtlich. Fehlt einer neuartigen Methode die allgemeine wissenschaftliche Anerkennung, ist in Würdigung der gesetzlichen Anforderungen an Qualität und Wirksamkeit der Leistungen nach [§ 2 Abs. 1 Satz 3 SGB V](#) kein Raum für die Annahme, es liege ein Systemversagen vor (vgl. BSG, Urteil vom 27. März 2007, [a.a.O.](#), m.w.N.). Nach der verfassungsgerichtlichen Rechtsprechung (vgl. BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005, [a.a.O.](#)), der sich das BSG (vgl. z.B. Urteil vom 7. November 2006 - Az.: [B 1 KR 24/06 R](#) nach juris) angeschlossen hat, ist dem Gesetzgeber von Verfassungs wegen die Schaffung eines Prüfverfahrens zur Sicherung der Qualität der Leistungserbringung, im Interesse einer Gleichbehandlung der Versicherten und zum Zweck der Ausrichtung der Leistungen am Gesichtspunkt der Wirtschaftlichkeit auch nicht verwehrt.

Jedoch kann, da die Anwendung der dortigen Maßstäbe in der extremen Situationen einer krankheitsbedingten Lebensgefahr mit dem Grundgesetz unvereinbar ist (so BVerfG, Beschluss vom 6. Dezember 2005, [a.a.O.](#)), ausnahmsweise unter folgenden engen, nunmehr in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) normierten Voraussetzungen die Leistungspflicht der Krankenkassen gegeben sein, ohne dass es darauf ankäme, ob es sich um einen zugelassenen Leistungserbringer handelt oder nicht:

1. Es handelt sich um eine lebensbedrohliche oder regelmäßig tödlich verlaufende Erkrankung, bei der 2. keine allgemein anerkannte, medizinischem Standard entsprechende Behandlung zur Verfügung steht und 3. eine auf Indizien gestützte, nicht ganz fernliegende Aussicht auf Heilung oder auf eine spürbare positive Einwirkung auf den Krankheitsverlauf besteht.

In Anwendung dieser Maßstäbe gilt im vorliegenden Falle Folgendes: Bei den durch Dr. K. behandelten Krankheiten und Gesundheitsstörungen der Versicherten lag schon keine Lebensgefahr vor. Wie oben bereits ausgeführt, ging es dabei nicht um die Behandlung der Krebserkrankung der Versicherten. Diese war zum Zeitpunkt der Behandlung durch Dr. K. nicht mehr akut, das Rezidiv wurde erst diagnostiziert, als die Behandlung durch Dr. K. beinahe abgeschlossen war. Die umfangreichen Ausführungen im Rahmen der Berufungsbegründung zur Alternativlosigkeit der ab Sommer 2011 durchgeführten Krebsbehandlung sind demgegenüber ohne Belang, da diese in keinem ursächlichen Zusammenhang mit den durch Dr. K. behandelten Krankheiten und Gesundheitsstörungen der Versicherten stand. Darauf, dass - wie die Berufung meint - die Entstehung dieser Erkrankungen unter Umständen durch das ursprüngliche Adenokarzinom begünstigt worden sei und die Stoffwechselbehandlung letztlich positiv zur Bekämpfung der Krebserkrankung beigetragen habe, kommt es vorliegend ebenso wenig an, wie der Hinweis des Klägers, dass unter Anwendung der streitgegenständlichen Behandlungsmethoden eine Verbesserung der Symptomatik erreicht worden sei. Nach den Ausführungen des Dr. K. in dessen diversen Befundberichten diene seine Behandlung - wie bereits mehrfach erwähnt - nicht der Behandlung des Krebses und konnte deshalb auch nicht in das onkologische Gesamtkonzept eingebettet sein. Eventuelle mittelbare Auswirkungen auf die Krebsbehandlung genügen jedenfalls nicht für die Annahme einer lebensbedrohlichen Erkrankung im Sinne der Rechtsprechung des BVerfG und des BSG.

Zum anderen gab es für die Behandlung der durch Dr. K. bei der Versicherten diagnostizierten Erkrankungen schulmedizinische Alternativen. Wie der MDK in dem bereits zitierten Gutachten vom 5. April 2011 festgestellt hat, ist bezüglich vertraglicher Behandlungsalternativen auf Lymphdrainagen und andere physiotherapeutischen Maßnahmen sowie fachärztliche orthopädische, schmerztherapeutische, internistische und gegebenenfalls neurologische Behandlungen zu verweisen. Demgegenüber geht der Hinweis der Berufungsbegründung auf die Entscheidung des BVerfG vom 26. Februar 2013 ([a.a.O.](#)) ebenfalls ins Leere, denn wie oben aufgezeigt lag der Behandlung durch Dr. K. bereits keine lebensbedrohliche Krankheit zugrunde. Im Übrigen könnte diese Rechtsprechung auch nur dann einen Anspruch begründen, wenn beim Einsatz der Alternativbehandlung im Gegensatz zur (nur noch palliativ wirkenden) Standardtherapie "eine auf Indizien gestützte, nicht ganz entfernt liegende Aussicht auf Heilung der fortgeschrittenen Krebserkrankung besteht" (so BVerfG, Beschluss vom 26. Februar 2013, [a.a.O.](#)). Ein, wie der Kläger meint, Therapieerfolg in Form der Schmerzreduzierung wäre hierfür erkennbar nicht ausreichend, da ebenfalls "nur" palliativ wirksam.

Letztlich kommt es auch nicht darauf an, dass nach Auffassung der Berufung durch die durchgeführte Kombinationstherapie eine erhebliche Kostenentlastung der Versichertengemeinschaft erfolgt sei. Für derartige Behandlungen hat die Krankenkasse selbst dann nicht einzustehen, wenn hierdurch keine höheren Kosten als im Rahmen des gesetzlichen Leistungssystems entstanden sein sollten (vgl. BSG, Urteil vom 26. Juli 2004 Az.: [1 KR 30/04 B](#), nach juris).

Mithin hat die Beklagte die Behandlung der Versicherten durch Dr. K. unter Hinweis auf die Möglichkeit der Behandlung durch Fachärzte mit Kassenzulassung auch nicht zu Unrecht im Sinne der Voraussetzung 2 des [§ 13 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) abgelehnt. Entsprechendes gilt für die auf Veranlassung von Dr. K. erfolgte Behandlung durch Dr. P. (Panoramaschichtaufnahme der Kiefer).

Hinsichtlich der Kostenerstattung für die von der Versicherten selbstbeschafften Arznei- sowie Nahrungsergänzungsmittel kann zunächst dahinstehen, ob diese untrennbarer Teil der durch Dr. K. durchgeführten neuen Behandlungsmethoden waren und deshalb deren rechtliches Schicksal teilen, mithin eine Kostenerstattung bereits aus diesem Grunde ausscheidet. Jedenfalls aber bestand kein Anspruch der Versicherten gegen die Beklagte gemäß [§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3](#) i.V.m. [§ 31 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#) auf Versorgung mit den streitgegenständlichen Präparaten. Insoweit wird zur Vermeidung unnötiger Wiederholungen gemäß [§ 153 Abs. 1](#) i.V.m. [§ 136 Abs. 3 SGG](#) auf die Gründe des angefochtenen Widerspruchsbescheids der Beklagten vom 22. Juni 2011. Die Frage, ob hier ausnahmsweise Anlass für

eine Übertragung der Grundsätze einer grundrechtsorientierten Auslegung bestehen könnte (vgl. hierzu BSG, Urteil vom 6. März 2012 - Az.: [B 1 KR 24/10 R](#), nach juris), kann dahinstehen, da die Erkrankungen der Versicherten, zu deren Behandlung Dr. K. die streitgegenständlichen nicht verschreibungspflichtigen Arznei- und Nahrungsergänzungsmittel verordnete, wie oben ausgeführt weder lebensbedrohlich noch dem wertungsmäßig gleichzustellen waren.

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

Gründe für die Zulassung der Revision liegen nicht vor ([§ 160 Abs.2 Nr.1, 2 SGG](#)).

Rechtskraft

Aus

Login

FST

Saved

2017-04-24