

## S 18 KR 376/15

Land  
Hessen  
Sozialgericht  
SG Darmstadt (HES)  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
18  
1. Instanz  
SG Darmstadt (HES)  
Aktenzeichen  
S 18 KR 376/15  
Datum  
17.08.2016  
2. Instanz  
Hessisches LSG  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen  
-  
Datum  
-  
Kategorie  
Gerichtsbescheid  
Die Klage wird abgewiesen.

Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.

Gründe:

I.

Zwischen den Beteiligten ist die Kostenerstattung für eine Hyperthermiebehandlung und Infusionstherapie streitig.

Der 1977 geborene Kläger ist bei der Beklagten versichert. Am 28.10.2014 beantragte er die Kostenerstattung für eine außervertragliche Hyperthermiebehandlung und eine Infusionstherapie. Ausweislich der beigelegten Rechnungen wurde die Behandlung vom 25.06.2013 bis zum 07.08.2014 durchgeführt.

Mit Bescheid vom 06.01.2015 lehnte die Beklagte die Kostenübernahme ab.

Dagegen legte der Kläger Widerspruch ein. Zur Begründung führte er aus, dass ihm verschiedene Versorgungskrankenhäuser der gesetzlichen Krankenkassen bekannt seien, in denen die Hyperthermie stationär angewandt werde. Die ambulante Behandlung, die er durchgeführt habe, sei vermutlich um einiges günstiger als ein mehrmaliger stationärer Aufenthalt. Des Weiteren verweist er auf die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts, die nunmehr in [§ 2 Abs. 1a SGB V](#) verankert sei.

Die Beklagte veranlasste daraufhin eine Begutachtung durch den Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK). Dieser kam zu der Einschätzung in seinem Gutachten vom 19.03.2015, dass es sich um eine lebensbedrohliche Erkrankung handele. Die leitliniengerechte Therapie sei durchgeführt worden, darüber hinaus gäbe es keine Therapienotwendigkeit.

Mit Widerspruchsbescheid vom 11.06.2015 wies die Beklagte den Widerspruch zurück. Zur Begründung führte sie aus: "Voraussetzung für die Kostenerstattung nach [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) ist, dass die Krankenkasse eine medizinisch unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann regelmäßig nur ausgegangen werden, wenn die Krankenkasse mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr Unvermögen herausgestellt hat. Unvermögen in diesem Sinne liegt nur vor bei einer Störung oder einem Versagen des Naturalleistungssystems, also nur dann, wenn die Dienst- oder Sachleistungspflicht mit den im SGB V vorgesehen persönlichen und sächlichen Mitteln in der gesetzlich vorgeschriebenen Qualität und Art und Weise nicht erfüllt werden kann und der Versicherte deswegen gezwungen ist, seinen Bedarf selbst zu decken. Der Krankenkasse muss also grundsätzlich die Prüfung ermöglicht werden, ob die Leistung im Rahmen des Sachleistungssystems bereitgestellt werden kann und wie ggf. Abhilfe zu schaffen ist. Ihr ist die Möglichkeit zur Überprüfung des Leistungsbegehrens einzuräumen, bevor dem Versicherten erlaubt wird, sich die benötigte Leistung außerhalb des Sachleistungssystems selbst zu beschaffen ( ). Der Widerspruchsführer hat die Leistung im Zeitraum vom 25.06.2013 bis zum 07.08.2013 in Anspruch genommen. In vorliegendem Fall hätte sich der Widerspruchsführer daher vor der Durchführung der Hyperthermiebehandlung und der Infusionstherapie mit der IKK Südwest in Verbindung setzen und deren Entscheidung abwarten müssen. Darüber hinaus muss es sich um eine Leistung handeln, die im Leistungskatalog des [§ 11 SGB V](#) aufgeführt und die ausreicht, zweckmäßig und wirtschaftlich ist und das Maß des Notwendigen nicht überschreitet. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, können Versicherte auch im Wege der Kostenerstattung nicht beanspruchen ( ). Nach [§ 27 Abs. 1 S. 1](#) SGB V haben Versicherte Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder um Krankheitsbeschwerden zu lindern.

Hinsichtlich der außervertraglich durchgeführten Hyperthermiebehandlung gilt Folgendes: In der ambulanten Versorgung bezeichnet man diagnostische und therapeutische Verfahren, deren Wirksamkeit medizinisch nicht oder noch nicht eindeutig nachgewiesen sind, als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (vergleiche [§ 15 SGB V](#)). Krankenkassen dürfen nur Leistungen bezahlen, die als notwendig, zweckmäßig und wirtschaftlich anerkannt sind (Wirtschaftlichkeitsgebot, vergleiche [§ 12 Abs. 1 SGB V](#)). Bei der begehrten Behandlung, der Hyperthermiebehandlung, handelt es sich um eine neue Behandlungsmethode. Nach [§ 135 SGB V](#) können neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden grundsätzlich nur dann erbracht werden, wenn der gemeinsame Bundesausschuss eine entsprechende Empfehlung in den Richtlinien nach [§ 92 Abs. 1 S. 1 Nr. 5 SGB V](#) aufgenommen hat. Der gemeinsame Bundesausschuss hat in seiner Richtlinie zu Untersuchungs- und Behandlungsmethoden der vertragsärztlichen Versorgung (Richtlinie Methoden, vertragsärztliche Versorgung) in der Fassung vom 17.01.2006, zuletzt geändert am 20.11.2014, die Hyperthermiebehandlung ausgeschlossen. Die entsprechende Leistung ist daher kein Bestandteil des Leistungskataloges der gesetzlichen Krankenversicherung. Unabhängig von dieser Rechtslage hat die IKK Südwest den medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) um eine gutachterliche Stellungnahme nach [§ 275 SGB V](#) gebeten. Der MDK gelangt in seinem Gutachten vom 18.03.2015, nach eingehender Prüfung der medizinischen Unterlagen, zu dem Ergebnis, dass keine medizinische Indikation für die beantragte Maßnahme besteht. Für Menschen mit einer lebensbedrohlichen Krankheit, bei denen alle anerkannten Möglichkeiten ausgeschöpft sind, können die Krankenkassen ausnahmsweise medizinische Leistungen, die bisher nicht im Katalog der GKV-Leistungen enthalten sind bezahlen. Voraussetzung ist, dass die neue Methode Aussicht auf Heilung oder auf spürbare Besserung im Krankheitsverlauf verspricht. Bezüglich der Behandlung des metastasierten kolorektalen Karzinoms verweist der MdK auf die S3-Leitlinie "Kolorektales Karzinom" der Deutschen Krebsgesellschaft. In dieser wird weder eine Hyperthermiebehandlung noch eine Infusionstherapie mit Amygdalin und Aminosäure zur Behandlung des Rektumkarzinoms empfohlen. Nach Auffassung des MDK liegt bei dem Widerspruchsführer zwar eine lebensbedrohliche Krankheit vor, jedoch besteht über die bereits durchgeführte leitliniengerechte Therapie hinaus keine Therapienotwendigkeit. Hinsichtlich der außervertraglich durchgeführten Infusionstherapie gelangt der MDK zu folgendem Ergebnis: Die Infusionstherapie wird laut Antrag mit Amygdalin und Aminosäure durchgeführt. Amygdalin gilt als bedenklich einzustufendes Arzneimittel, dass nicht in den Verkehr gebracht werden darf und mangels Verkehrsfähigkeit von der Leistungspflicht der GKV ausgeschlossen ist (vergleiche [§ 5 Abs. 1 AMG](#)). Bei der Infusion von Aminosäuren handelt es sich unter Voraussetzung einer medizinischen Notwendigkeit um eine Vertragsleistung, welche jedoch außervertraglich, wie vorliegend durchgeführt, nicht empfohlen werden kann. Die Behandler haben die Patienten vor der Inanspruchnahme über die Kostentragung aufzuklären und auf das vertragsärztliche Angebot hinzuwirken, denn nur dann kann eine Privatliquidation erfolgen. Ist eine solche Aufklärung durch die Behandler nicht erfolgt, kann dies die Rechtmäßigkeit der Rechnung gegenüber dem Versicherten berühren und bei erfolgter Zahlung einen Rückforderungsanspruch auslösen, begründet aber keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung ( )."

Am 20.07.2015 hat der Kläger Klage erhoben. Zur Begründung trägt der Prozessbevollmächtigte des Klägers vor, dass sich der Anspruch aus [§ 13 Abs. 3, 1. Alternative SGB V](#) ergebe. [§ 13 Abs. 3 SGB V](#) gewähre auch einen Erstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung in Folge eines Mangels im Leistungssystems der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden könne. Voraussetzung sei, dass eine entsprechende Behandlungsbedürftigkeit und eine entsprechende Behandlungsdringlichkeit vorliege und es aus medizinischen Gründen nicht möglich oder zumutbar sei, vor Beschaffung der Maßnahme die Krankenkasse über den Beschaffungswunsch entscheiden zu lassen. Ein derartiger Fall liege nach bisheriger summarischer Prüfung vor. Bei der durchgeführten Hyperthermiebehandlung handele es sich um eine Leistung, die zum Leistungskatalog des SGB V gehöre. Verwiesen wird auf die Entscheidung des Bayrischen Landessozialgerichts vom 10.08.2011.

Der Prozessbevollmächtigte des Klägers beantragt sinngemäß, die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 06.01.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.06.2015 zu verurteilen, dem Kläger die Kosten für die durchgeführte Hyperthermie- und Infusionstherapie zu erstatten.

Die Beklagte beantragt schriftlich, die Klage abzuweisen.

Die Beteiligten sind zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid ohne mündliche Verhandlung angehört worden. Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte sowie der beigezogenen Verwaltungsakte der Beklagte Bezug genommen.

II.

Das Gericht konnte nach [§ 105 Abs. 1 SGG](#) durch Gerichtsbescheid ohne mündliche Verhandlung entscheiden. Der Sachverhalt ist geklärt und weist keine Schwierigkeiten tatsächlicher oder rechtlicher Art auf. Die Beteiligten sind zu einer Entscheidung durch Gerichtsbescheid angehört worden.

Die zulässige Klage ist nicht begründet. Der Kläger ist durch den Bescheid vom 06.01.2015 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 11.06.2015 nicht beschwert im Sinne des [§ 54 Abs. 2 SGG](#). Dieser Bescheid ist rechtmäßig. Die Beklagte hat es zu Recht abgelehnt, dem Kläger die Kosten für die selbstbeschaffte Hyperthermie und Infusionstherapie zu erstatten. Nach eigener Überprüfung der Sach- und Rechtslage wird auf die für zutreffend befundenen Ausführungen der Beklagten im Widerspruchsbescheid Bezug genommen ([§ 136 Abs. 3 SGG](#)).

Ergänzend ist darauf hinzuweisen, dass sich aus den vorliegenden Unterlagen keine Behandlungsdringlichkeit ergibt. In den Nachsorgeuntersuchungen wurde ein unauffälliger Befund festgestellt. Von daher hätte der Kläger zunächst die Leistung bei der Beklagten beantragen können. Darüber hinaus ist nicht dargelegt, dass dem Kläger zur Behandlung seiner Erkrankungen keine Behandlungsmöglichkeiten mehr zur Verfügung standen. Nach den Angaben des MDK bestand aktuell überhaupt keine Therapienotwendigkeit.

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

Login  
HES  
Saved  
2017-11-30