

L 1 KR 363/09

Land

Berlin-Brandenburg

Sozialgericht

LSG Berlin-Brandenburg

Sachgebiet

Krankenversicherung

Abteilung

1

1. Instanz

SG Berlin (BRB)

Aktenzeichen

S 166 KR 3558/06

Datum

09.11.2009

2. Instanz

LSG Berlin-Brandenburg

Aktenzeichen

L 1 KR 363/09

Datum

16.11.2011

3. Instanz

Bundessozialgericht

Aktenzeichen

-

Datum

-

Kategorie

Beschluss

Die Berufung wird zurückgewiesen. Außergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Gründe:

I. Die Klägerin begehrt von der Beklagten die Erstattung von Kosten von selbst beschafften Präparaten in Höhe von 1.433,05 Euro.

Die im Jahre 1939 geborene Klägerin ist bei der Beklagten versichert. Im Dezember 2001 wurde bei ihr ein Schilddrüsenkarzinom diagnostiziert und eine entsprechende Operation durchgeführt. Die Nachbehandlung erfolgte durch Radiojodtherapien. Auf privatärztliche Verordnungen ihres behandelnden Arztes, des Internisten und Arztes für Naturheilverfahren Dr. T, hatte die Klägerin bereits vor der Operation und während der Nachbehandlung unterstützende Präparate mit Mistel, Selen, Zink und den hoch dosierten Vitaminen A, E und C erworben und eingenommen.

Am 13. Mai 2002 beantragte die Klägerin bei der Beklagten die Erstattung von Kosten für die genannten Präparate, die ihr gut bekommen seien. Im Verlauf des Verwaltungsverfahrens spezifizierte sie ihr Begehren auf die Erstattung dreier privatärztlicher Verordnungen des Dr. T, die in der S-Apotheke in B am 10. Oktober 2002, 18. Oktober 2002 und 18. November 2002 in Höhe von 354,04 Euro erworben worden waren.

Mit Bescheid vom 20. August 2002 lehnte die Beklagte die Erstattung ab, da die Präparate nach den Arzneimittelrichtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen nicht übernommen werden könnten. Den Widerspruch der Klägerin wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 04. März 2003 zurück.

Die hiergegen beim Sozialgericht Berlin erhobene Klage (S 84 KR 243/03) wies das Sozialgericht mit Urteil vom 02. Februar 2004 ab; das Berufungsverfahren vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg (L 9 KR 52/04) wurde durch einen Vergleich vom 12. Mai 2006 abgeschlossen: Die Klägerin erhielt 180,00 Euro.

Nach Abschluss dieses Verfahrens beantragte die Klägerin am 14. September 2006 bei der Beklagten die Übernahme weiterer Kosten für die genannten Wirkstoffe in Höhe von 1 433,05 Euro. Es handelte sich wiederum um privatärztliche Verordnungen des Dr. T, die sich die Klägerin bei der S-Apotheke beschafft hatte (Rechnungen vom 21. Januar, 11. Februar, 28. März, 30. Mai, 01. Juli, 26. August, 16. September, 25. November und 23. Dezember 2002, 27. Januar, 06. März, 03. April, 05. Mai, 07. Juli, 17. Juli, 18. und 21. August 2003). Die durch den Vergleich erledigte Forderung war im neuen Begehren nicht mehr enthalten.

Die Beklagte lehnte auch diesen Antrag ab (Bescheid vom 25. September 2006) und begründete dies mit einer Bezugnahme auf das Urteil des Sozialgerichts Berlin im Verfahren S 87 KR 243/03 und auf die Niederschrift des nachfolgenden Verfahrens vor dem Landessozialgericht Berlin-Brandenburg.

Den Widerspruch hiergegen wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 12. Dezember 2006 zurück: Privatverordnungen lösten einen Kostenerstattungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung grundsätzlich nicht aus. Darüber hinaus seien die Präparate in Deutschland für die Behandlung von Krebserkrankungen nicht zugelassen und ein Off Label Use scheidet aus, da andere Therapien zur Verfügung stünden.

Hiergegen hat sich die am 22. Dezember 2002 beim Sozialgericht Berlin erhobene Klage gerichtet, zu deren Begründung die Klägerin vorgetragen hat, unter Berücksichtigung der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (Verweis auf die Entscheidung vom 19. März 2002 [B 1 KR 37/00 R](#)) habe eine schwerwiegende lebensbedrohliche Erkrankung vorgelegen und es sei keine andere Therapie verfügbar gewesen. Es habe die begründete Aussicht bestanden, dass mit den selbst beschafften Präparaten ein Erfolg zu erzielen gewesen sei.

Die Beklagte ist dem unter Hinweis auf die angefochtenen Bescheide und ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg MDK vom 02. August 2007 entgegengetreten. Dem MDK waren Befund- und Entlassungsberichte der behandelnden Ärzte und Krankenanstalten vorgelegt worden und er hat im Gutachten vom 02. August 2007 dargelegt, es fehle eine genügende wissenschaftliche Datenlage zum Nutzen der durchgeführten Behandlung.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 09. November 2009 abgewiesen und zur Begründung zunächst ausgeführt, dass ein Kostenerstattungsanspruch bereits daran scheitere, dass es an dem in [§ 13 Abs. 3 Satz 1 Alternative 2](#) Sozialgesetzbuch Fünftes Buch SGB V geforderten Kausalzusammenhang zwischen der Ablehnung der beanspruchten Leistung und der Kostenlast der Klägerin fehle. Alle streitigen Präparate seien vor dem Bescheid der Beklagten vom 25. September 2006 beschafft worden und nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei eine solche Entscheidung auch dann abzuwarten, wenn Erfahrungen aus vorigen Fällen zeigten, dass eine Kostenübernahme unwahrscheinlich sei.

Gegen dieses dem Prozessbevollmächtigten der Klägerin am 19. November 2009 zugestellte Urteil richtet sich die Berufung vom 16. Dezember 2009, zu deren Begründung das Vorbringen aus dem erstinstanzlichen Verfahren wiederholt und vertieft wird.

Die Klägerin beantragt sinngemäß,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 09. November 2009 und den Bescheid der Beklagten vom 25. September 2006 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 12. Dezember 2009 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 1 433,05 Euro an sie zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie hält das angefochtene Urteil für zutreffend.

Wegen des Sachverhalts im Übrigen wird auf den Leistungsvorgang und die Gerichtsakten verwiesen, die Gegenstand der Entscheidungsfindung gewesen sind.

II. Über die zulässige Berufung konnte der Senat gemäß [§ 153 Abs. 4 SGG](#) durch Beschluss entscheiden; seine Berufsrichter halten die Berufung einstimmig für unbegründet und eine mündliche Verhandlung nicht für notwendig. Die Klägerin hatte Gelegenheit zur Stellungnahme hierzu, von der sie aber keinen Gebrauch gemacht hat.

Zur Vermeidung bloßer Wiederholungen nimmt der Senat auf die Ausführungen in der angefochtenen Entscheidung Bezug, aus deren Gründen er die Berufung zurückweist ([§ 153 Abs. 2 SGG](#)). Lediglich ergänzend sei die Klägerin noch einmal darauf hingewiesen, dass als einzige Anspruchsgrundlage [§ 13 Abs. 3 Satz 1 SGB V](#) in Betracht kommt. Dieser verpflichtet die Träger der gesetzlichen Krankenversicherung zur Kostenerstattung, wenn entweder

1. eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht werden konnte oder 2. eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und dadurch Kosten entstanden sind,

soweit die Leistung notwendig war. Selbst wenn die Leistung notwendig gewesen wäre, was das Sozialgericht nach Auffassung des Senats zutreffend verneint hat, könnte eine Kostenerstattung nicht erfolgen, da weder eine unaufschiebbare Leistung vorgelegen hat noch ein Kausalzusammenhang zwischen Leistungsverweigerung und Kostenentstehung bestanden hat.

Letztere Alternative scheidet nach den Denkgesetzen bereits deshalb aus, da immer dann, wenn ein Versicherter sich eine Leistung selbst beschafft, ohne eine Entscheidung der Krankenkasse abzuwarten, deren nachträgliches Verhalten nicht ursächlich für eine vorherige Kostenentstehung sein kann. Das BSG hat bereits im Orientierungssatz zu seiner Entscheidung vom 21. Februar 2008 ([B 1 KR 123/07 B juris](#)), festgestellt, dass eine "vorherige Entscheidung der Krankenkasse selbst dann nicht entbehrlich sei, wenn die Ablehnung des Leistungsbegehrens - etwa aufgrund von Erfahrungen aus anderen Fällen - von vornherein feststeht".

Auch eine unaufschiebbare Leistung hat nicht vorgelegen. Dies ist dann der Fall, wenn zum Zeitpunkt der tatsächlichen Ausführung eine Leistung so dringlich war, dass aus medizinischer Sicht ein zeitlicher Aufschub nicht in Betracht kommt. Dabei handelt es sich um Notfälle, etwa Unfälle, die eine vorherige Kontaktaufnahme mit der Krankenkasse verunmöglichen. So liegt der Fall hier nicht: Es wurden bereits präoperativ und danach stützend zur Nachbehandlung auf die erfolgreiche Operation die streitigen Präparate auf privatärztliche Verordnung in Anspruch genommen, ohne zuvor mit der Beklagten Kontakt aufzunehmen, was möglich und zumutbar gewesen wäre.

Die Kostenentscheidung folgt aus [§ 193 SGG](#).

Für die Zulassung der Revision liegt keiner der in [§ 160 Abs. 2 SGG](#) bezeichneten Gründe vor.

Rechtskraft

Aus

Login

BRB

Saved

2011-11-29