

## L 4 KR 240/02

Land  
Freistaat Bayern  
Sozialgericht  
Bayerisches LSG  
Sachgebiet  
Krankenversicherung  
Abteilung  
4  
1. Instanz  
SG München (FSB)  
Aktenzeichen  
S 3 KR 739/01  
Datum  
13.11.2002  
2. Instanz  
Bayerisches LSG  
Aktenzeichen  
L 4 KR 240/02  
Datum  
25.09.2003  
3. Instanz  
Bundessozialgericht  
Aktenzeichen

-  
Datum

-  
Kategorie  
Urteil

I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts München vom 13. November 2002 wird zurückgewiesen.  
II. Außergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.  
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte Kosten für eine Hyperthermiebehandlung zu erstatten hat.

Der 1946 geborene Kläger ist Mitglied der Beklagten. Bei ihm wurde ein hochdifferenziertes Liposarkom im abdominellen Bereich mit Infiltration der Mesenterialwurzel und des Retroperitoneum diagnostiziert. Die Gemeinschaftspraxis Dres. D. erstellte am 09.05.2001 eine ärztliche Bescheinigung zur Vorlage bei der Krankenkasse, in der ausgeführt wurde, es sei nicht möglich gewesen, den Tumor in toto zu entfernen, operativ konnte keine wesentliche mechanische Entlastung der Bauchhülle erreicht werden. Die Dres. D. hätten dem Patienten empfohlen, eine Serie von lokalen Tiefenhyperthermiebehandlungen durchzuführen in Kombination mit Chemotherapie und immunbiologischer Behandlung sowie eine systemische Ganzkörperhyperthermie mit Temperaturen bis 42 Grad. Geplant seien zehn lokoregionäre Tiefenhyperthermien sowie eine systemische Ganzkörperhyperthermie. Die Ärzte wären dankbar, wenn die Beklagte sich zu Gunsten des Patienten entscheiden könnte und bereit wäre, einer Kostenübernahme zuzustimmen. Die Bescheinigung ging am 10.05.2001 bei der Beklagten ein. Bereits am 30.04.2001 waren dem Kläger Medikamente als Teil einer onkologischen Gesamttherapie verordnet worden. Der Gesundheits- und Vitalshop St.G. stellte am 30.04.2001 DM 519,60 in Rechnung. Am 31.05.2001 wurde die erste Hyperthermiebehandlung durchgeführt.

Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 05.07.2001 eine Kostenübernahme mit der Begründung ab, nach der Entscheidung des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen erfülle die vom Kläger beantragte Methode nicht die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme. Qualität und Wirksamkeit entsprächen nicht dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse.

Der Kläger legte gegen diese Entscheidung Widerspruch ein. Er wies darauf hin, der Tumor sei inoperabel. Um nicht sofort mit "der chemischen Keule - sprich Chemotherapie -" einzuwirken, habe nur eine alternative Therapie in Frage kommen können. Die Hyperthermie-Therapie schlage bei ihm an, der Tumor sei um ca. 50 % zurückgegangen. Es könne doch nicht sein, dass eine teure Chemotherapie oder ein Klinikaufenthalt bezahlt werde, dagegen eine Erfolg versprechende Behandlung in Frage gestellt werde, obwohl sie erheblich kostengünstiger als andere Therapiearten sei.

Der Widerspruch wurde mit Widerspruchsbescheid vom 04.09.2001 zurückgewiesen.

Mit der hiergegen zum Sozialgericht München erhobenen Klage verfolgte der Kläger sein Ziel auf Kostenübernahme weiter. Er wies nochmals darauf hin, er habe eine kostengünstigere Variante und eine gesundheitlich verträglichere Behandlung in Absprache mit seinem Arzt gewählt. Er legte eine ärztliche Bescheinigung der Dres. D. vom 20.12.2001 vor, in der ausgeführt wird, der Kläger sei im April 2001 in einer quasi aussichtslosen Situation zu den Ärzten gekommen. Die Überwärmungstherapie habe prompt Erfolg gezeigt, der Tumor sei zum Stillstand gekommen und habe sich verkleinert. Alle bisher durchgeführten Kontrolluntersuchungen hätten dies bestätigt. Die Wärmetherapie könne grundsätzlich ambulant durchgeführt werden.

Im Schreiben vom 02.01.2002 wiesen Dres. D. das Sozialgericht darauf hin, eine Versorgung von Patienten mit Hyperthermieverfahren erfolge derzeit als Regelleistung der Krankenkassen nur in für Hyperthermieleistungen zugelassenen stationären Einrichtungen, d.h.

Universitäts-/Hochschulkliniken unter Studienbedingungen, oder in Krankenhäusern, die über einen Versorgungsvertrag verfügen. Beim Kläger seien die Voraussetzungen zur Anwendung der Methode gegeben. Es solle auch berücksichtigt werden, dass nach dem Leitgedanken der Krankenversorgung "ambulant vor stationär" eine längerfristige und kostenintensive stationäre Behandlung abgewendet werden konnte. Der Kläger legte auf Anregung der Beklagten Rechnungen der Dres. D. vor, beginnend vom 31.05.2001, endend am 31.10.2001. Laut Rechnung vom 31.05.2001 begann die Behandlung am 09.05.2001. Sämtliche Rechnungen sind privatärztlich.

Das Sozialgericht hat die Klage mit Urteil vom 13.11.2002 abgewiesen. Die Voraussetzungen der allein als Anspruchsgrundlage in Betracht kommenden Norm des [§ 13 Abs.3 SGB V](#) seien nicht erfüllt. § 13 Abs.3 1. Alternative (nicht rechtzeitige Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung, sog. Notfallbehandlung) scheidet aus. Unaufschiebbarkeit der Leistung setze einen sog. Notfall im Sinne von [§ 76 Abs.1 Satz 2 SGB V](#) voraus. Ein Notfall liege nur dann vor, wenn eine dringende Behandlungsbedürftigkeit bestehe und ein an der Versorgung teilnahmeberechtigter Arzt nicht rechtzeitig zur Verfügung stehe. Da es sich bei Dr.D. um einen Vertragsarzt handele, sei diese Voraussetzung nicht erfüllt.

Ebenso scheidet die Anspruchsgrundlage des [§ 13 Abs.3 2. Alternative SGB V](#) aus. Unabdingbare Voraussetzung hierfür wäre die Kostenentstehung durch unrechtmäßige Leistungsablehnung. Da sich der Kläger jedoch im Mai 2001 von Dr.D. privatärztlich behandeln ließ, der ablehnende Bescheid der Beklagten jedoch erst am 05.07.2001 ergangen ist, sei diese Voraussetzung nicht erfüllt. Die Ablehnung der Beklagten sei nicht kausal für die Kostenentstehung gewesen. Auf die Rechtsprechung des Bundessozialgerichts hierzu wird hingewiesen. Auch Dr.D. habe in seiner Stellungnahme ausgeführt, dass sich die streitgegenständliche Behandlung noch nicht im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung befinde.

Die hiergegen eingelegte Berufung begründet der Kläger damit, sein Fehler sei gewesen, Kosten sparen zu wollen. Er habe sich für die Hyperthermiebehandlung entschieden, die billiger als eine Chemotherapie gewesen sei. Bei einem stationären Aufenthalt wären alle Kosten übernommen worden. Diese Regelung sei nicht nachvollziehbar und nicht vertretbar.

Der Kläger beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 13.11.2002 und den zu Grunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 05.07. 2001 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 04.09. 2001 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten für die Hyperthermiebehandlung entsprechend den Rechnungen der Dres. D. zu erstatten.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Beigezogen sind die Akten der Beklagten und des Sozialgerichts. Auf den Akteninhalt sowie auf die Sitzungsniederschrift wird zur Ergänzung des Tatbestands Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der Höhe des Beschwerdewertes nicht der Zulassung gemäß [§ 144 SGG](#) bedarf, ist zulässig, sie erweist sich aber als unbegründet.

Das Sozialgericht hat zutreffend ausgeführt, dass als einzige Anspruchsgrundlage für die beantragte Kostenerstattung [§ 13 Abs.3 SGB V](#) in Betracht kommt.

Nach [§ 13 Abs.3 SGB V](#) sind dem Versicherten die Kosten einer selbst beschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte (erste Fallgruppe) oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte (zweite Fallgruppe).

Die Voraussetzungen der ersten Fallgruppe sind nicht gegeben, die umstrittene Behandlung war nicht unaufschiebbar im Sinne der gesetzlichen Regelung. Es ist weder vorgetragen noch ersichtlich, dass aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (siehe BSG, Urteil vom 25.09.2000, [SozR 3-2500 § 13 Nr.22](#)). Hinzu kommt, dass für die erste Fallgruppe neben der Unaufschiebbarkeit vorausgesetzt wird, 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. [§ 13 Abs.3 SGB V](#) gewährt einen Kostenerstattungsanspruch für den Ausnahmefall, dass eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfügung gestellt werden kann. Die Kosten müssen dadurch entstanden sein, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder sie die Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. An dem erforderlichen Kausalzusammenhang fehlt es regelmäßig, wenn die Kasse vor Inanspruchnahme der Behandlung mit dem Leistungsbegehren gar nicht befasst wurde, obwohl dies möglich gewesen wäre (BSG, Urteil vom 19.06. 2001, [SozR 3-2500 § 28 Nr.6](#) mit Hinweisen auf die ständige Rechtsprechung). So liegt der hier zu entscheidende Fall. Aktenkundig hat der Kläger die von Dres. D. durchgeführte onkologische Gesamttherapie bereits am 30.04.2001 begonnen, erst am 10.05. 2001 hat er sich an die Beklagte gewendet. Die Beklagte ist damit mit dem Leistungsbegehren erst zu einem Zeitpunkt befasst worden, als ihre Entscheidung sich auf die weitere Behandlung nicht mehr auswirken konnte. Eine Erstattung scheidet damit auch für Leistungen aus, die nach dem Bescheid vom 05.07.2001 in Anspruch genommen wurden (BSG aaO).

Unter diesen Umständen ist nicht mehr entscheidungserheblich, dass die von Dres. D. ambulant durchgeführte Methode nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung gehört.

Die Kostenentscheidung ergibt sich aus [§ 193 SGG](#) und entspricht dem Unterliegen des Klägers.

Gründe, die Revision gemäß [§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben. Der Senat schließt sich der ständigen Rechtsprechung des Bundessozialgerichts an.

Rechtskraft

Aus

Login  
FSB  
Saved  
2004-02-17