# S 7 KR 156/99

## Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

| | |
|---|---|
| Land | Freistaat Bayern |
| Sozialgericht | Bayerisches Landessozialgericht |
| Sachgebiet | Krankenversicherung |
| Abteilung | 4 |
| Kategorie | Urteil |
| Bemerkung | - |
| Rechtskraft | - |
| Deskriptoren | - |
| Leitsätze | - |
| Normenkette | - |

### 1. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | S 7 KR 156/99 |
| Datum | 19.10.2000 |

### 2. Instanz

| | |
|---|---|
| Aktenzeichen | L 4 KR 145/00 |
| Datum | 20.02.2003 |

### 3. Instanz

| | |
|---|---|
| Datum | - |

I. Die Berufung der KlÃ¤gerin gegen das Urteil des Sozialgerichts NÃ¼rnberg vom 19. Oktober 2000 wird zurÃ¼ckgewiesen.
II. AuÃergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist die Kostenerstattung bzw. Kostenfreistellung fÃ¼r die Behandlung von Eigenblut-Zytokinen (= 68.558,76 DM).

Die am 1957 geborene und bei der Beklagten versicherte KlÃ¤gerin leidet an einem malignen fibrÃ¶sen Hystiozytom (Tumor an den unteren ExtremitÃ¤ten). Sie begann am 19.06.1996 mit einer Therapie des Instituts fÃ¼r Immunologie und Zellbiologie M. (Direktor Dr.K.), die in der Verabreichung von Eigenblut-Zytokinen besteht.

Der Allgemeinarzt Dr.L. (L.) beantragte mit dem Attest vom 26.07.1996 fÃ¼r die KlÃ¤gerin die KostenÃ¼bernahme dieser Therapie, die in zahlreichen Behandlungsschritten vom 19.06.1996 bis 09.05.2000 durchgefÃ¼hrt wurde.

Mit Bescheid vom 07.08.1996 lehnte die Beklagte die Ãbernahme der Behandlungskosten mit der BegrÃ¼ndung ab, die Therapie sei in den NUB-Richtlinien nicht als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode anerkannt. Die Regierung von Oberbayern habe auÃerdem mit Bescheid vom 09.01.1992 Dr.K. das Inverkehrbringen seiner Eigenblutprodukte untersagt. Am 26.11.1997 beantragte Dr.K. fÃ¼r die KlÃ¤gerin die Kostenerstattung fÃ¼r das Arzneimittel; Eigenblut-Zytokine seien Arzneimittel und wÃ¼rden Ã¼ber die Apotheke, den Arzt oder das Krankenhaus abgegeben. FÃ¼r die Herstellung der Eigenblut-Zytokine habe die Regierung von Oberbayern die Herstellungserlaubnis erteilt. Die Therapie sei frei von Nebenwirkungen, nachgewiesenermaÃen antitumor-wirksam und kostengÃ¼nstig. Die Beklagte lehnte mit Bescheid vom 09.12. 1997 die Kostenerstattung unter Bezugnahme auf den frÃ¼heren Bescheid erneut ab. Sie bot der KlÃ¤gerin die Mitteilung von Anschriften von VertragsÃ¤rzten bzw. zur vertragsÃ¤rztlichen Behandlung ermÃ¤chtigten Instituten mit dem Schwerpunkt Onkologie an.

Die KlÃ¤gerin legte hiergegen am 03.01.1998 Widerspruch ein und erteilte Dr.K. Vollmacht. Der Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen habe weder das Arzneimittel Eigenblut-Zytokine noch die Therapie mit Eigenblut-Zytokinen untersucht bzw. beurteilt. Es handle sich vorliegend um einen Systemmangel, der die Beklagte zur Kostenerstattung verpflichte. Die Therapie mit Eigenblut-Zytokinen habe sich in der Ã¤rztlichen Praxis durchgesetzt, sie sei ein Teil der Schulmedizin, die u.a. von Prof.Dr. Dr.K. (UniversitÃ¤tsklinikum B.) befÃ¼rwortet werde. Die Behandlung sei wirksam und frei von Nebenwirkungen. Zumindest mÃ¼sse die Beklagte die Kosten ab dem Zeitpunkt Ã¼bernehmen, zu dem die Herstellung der Eigenblut-Zytokine genehmigt worden ist (12.09.1997).

Die Beklagte holte eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung in Bayern (MDK, Gutachter K.) vom 11.03.1999 ein, die zu dem Ergebnis gelangte, das PrÃ¤parat sei wissenschaftlich nicht anerkannt, statistisch relevante Studien wÃ¼rden fehlen. Die Deutsche Krebsforschungsgesellschaft, das Deutsche Krebsforschungszentrum, die Deutsche Dermatologische Gesellschaft, die Bayerische Krebsgesellschaft und die Schweizerische Gesellschaft fÃ¼r Onkologie hÃ¤tten von der Anwendung der Methode abgeraten. Die PrÃ¼fung von einzelnen Chargen habe ergeben, dass die zur Therapie verwendeten Einzelsubstanzen (Zytokine) in den ausgelieferten Ampullen in niedrigerer Konzentration vorhanden gewesen seien, als im Ausgangsmaterial, dem Blut des Patienten. Die fachliche Diskussion Ã¼ber die Methode sei in den letzten Jahren sehr rege, das Urteil aller seriÃ¶sen Wissenschaftler aber vernichtend gewesen. Dem MDK lÃ¤gen keine Unterlagen vor, dass die Methode eine hinreichende Verbreitung in der Praxis gefunden habe. Sie sei kurzfristig in der Reha-Klinik SÃ¼dharz als privatÃ¤rztliche Leistung angeboten worden.

Die Beklagte wies mit Widerspruchsbescheid vom 18.05.1999 den Widerspruch zurÃ¼ck. Nach den BUB-Richtlinien des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen dÃ¼rfe die Autologe Target Zytokine-Behandlung nach K. (ATC) in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nicht angewendet werden. Diese Richtlinien

seien auch fÃ¼r die Versicherten gÃ¼ltig. Ãberdies sei die von Dr.K. durchgefÃ¼hrte Methode nicht Ã¼berprÃ¼fbar, da von ihm keinerlei verwertbare wissenschaftliche Unterlagen vorhanden seien. Eine Dokumentation der Therapie sei bisher nicht vorgelegt worden. Die Erteilung der Herstellungserlaubnis bedeute nicht, dass die Wirksamkeit des Produkts nachgewiesen sei. Eine hinreichende Verbreitung der Methode in der Praxis sei nicht erwiesen.

Die KlÃ¤gerin hat mit der Klage vom 10.06.1999 beim Sozialgericht NÃ¼rnberg (SG) die Erstattung der Kosten fÃ¼r die Herstellung und den Transport der Zytokine geltend gemacht. Unter der Therapie mit Eigenblut-Zytokinen sei der seit zehn Jahren unaufhaltsame Fortschritt der Erkrankung gestoppt und die beginnende Regression des Tumors festgestellt worden. Ein Zuwarten mit der Behandlung bis zur Ablehnung durch die Beklagte sei der KlÃ¤gerin nicht zuzumuten gewesen. Die Eigenblut-Zytokine und deren VorgÃ¤ngerprodukt die "ATC" seien ein Eigenblutprodukt aus der seit Jahren bewÃ¤hrten Eigenblutspende und infolgedessen keine neue Behandlungsmethode. Zytokine seien bereits seit Jahren ein fester Bestandteil der medizinischen Therapie bei Krebsbehandlungen. Sollte jedoch eine neue Behandlungsmethode vorliegen, mÃ¼sse der Beschluss des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen vom 08.04.1995, mit dem die ATC unter Nr.18 als nicht anerkannte Behandlungsmethode in die Anlage 2 der NUB-Richtlinien aufgenommen worden sei, als rechtswidrig beurteilt werden. Prof.Dr.Dr.K. habe bestÃ¤tigt, dass der NUB-Ausschuss nicht die ATC-Therapie beurteilt habe. Damit sei der Beschluss des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen vom 08.05.1995 eine WillkÃ¼rentscheidung. Die streitgegenstÃ¤ndliche Therapie habe in der medizinischen Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden. Die Zytokine aus dem Eigenblut der Patienten seien damit den seit Jahren im Handel befindlichen Fertigarzneimittel-Zytokinen aus Fremdblut als Arzneimittel gleichgestellt. Dr.K. habe in den Jahren 1993 und 1994 gut besuchte Workshops veranstaltet und im Jahr 1996 sein Therapiekonzept im UniversitÃ¤tsklinikum GroÃhadern vorgestellt. Im Jahr 1997 habe er mit Prof.Dr.Dr.K. und anderen Ãrzten ein Symposium Ã¼ber den Stand der Eigenblut-Therapie und ihrer Perspektiven bei Tumorerkrankungen durchgefÃ¼hrt. Die ATC-Therapie und die Humaneigenblut-Zytokine-Therapie seien auch von einer ganz erheblichen Zahl von Ãrzten angewendet worden. Die ATC-Therapie sei von 1992 bis 1994 von jeweils 1.000 Ãrzten und von 1995 bis 1996 von 1.300 Ãrzten in Zusammenarbeit mit Dr.K. angewendet worden. Auch Prof.Dr.Dr.K. habe zur objektiven KlÃ¤rung der Wirksamkeit der Therapie eine rÃ¼ckschauende Stichprobenuntersuchung an 483 Patienten durchgefÃ¼hrt und objektive Beweise zur allgemeinen Wirksamkeit des Arzneimittels gefunden. Eine weitere PrÃ¼fung der Wirksamkeit der Humaneigenblut-Zytokine an der CharitÃ© solle in Form einer wissenschaftlichen Studie durchgefÃ¼hrt werden. Wegen Versagung im Beschaffungssystem sei die fehlende Zulassung von Dr.K. unerheblich.

DemgegenÃ¼ber hat die Beklagte eingewendet, der Antrag auf KostenÃ¼bernahme sei erst nach Beginn der Behandlung eingegangen. Ein Notfall sei zu verneinen. Der Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen habe die ATC-Behandlung nach Dr.K. nicht anerkannt und in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung als nicht verordnungsfÃ¤hig bezeichnet. Der Vorbehalt der PrÃ¼fung

der Behandlungsmethode durch den Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen gelte nach hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung auch fÃ¼r neuartige Arzneitherapien insbesondere fÃ¼r nicht zulassungspflichtige Rezepturarzneimittel. Der Bundesausschuss habe sich am 15.10.1998 erneut mit der ATC-Therapie nach Dr.K. beschÃ¤ftigt. Die Ã¼bersandten Unterlagen seien nicht geeignet gewesen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit dieser Behandlungsmethode fÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche Versorgung zu belegen. Es fehle auch an einem Wirksamkeitsnachweis fÃ¼r die Human-Eigenblutzytokine. Die von Prof.Dr. Dr.K. vorgelegten Ergebnisse einer rÃ¼ckschauenden Stichprobenuntersuchung an Patienten seien in keiner Weise aussagekrÃ¤ftig und wÃ¼rden keine statistisch belegten Wirksamkeitsnachweise darstellen. Es kÃ¶nne nicht nachvollzogen werden, dass es sich bei der streitigen Therapie um ein vÃ¶llig anderes Produkt als das vom Bundesausschuss beurteilte handle, zumal auch Prof.Dr.Dr.K. im Gutachten vom 28.01.1998 das Arzneimittel Human-Eigenblut-Zytokine als Eigenblut-Zytokine (Autologe Target-Zytokine (ATC)) bezeichnet und somit der ATC gleichsetzt habe. Die Ablehnung des Inverkehrbringens des Produkts mit Bescheid der Regierung von Oberbayern vom 09.01. 1992 sei verwaltungsgerichtlich in zweiter Instanz am 15.02. 1996 bestÃ¤tigt worden. Eine Abgabe an andere Ãrzte zum Zweck der Anwendung an Patienten sei somit ein VerstoÃ gegen das geltende Arzneimittelrecht gewesen. Daher kÃ¶nne die Behauptung, die ATC-Therapie sei in den Jahren von 1992 bis 1996 von 1.000 bzw. 1.300 Ãrzten angewendet worden, nicht nachvollzogen werden. Eine Herstellungserlaubnis sei nur dann entbehrlich, wenn das Arzneimittel vom herstellenden Arzt selbst in seinen PraxisrÃ¤umen oder bei einem Hausbesuch verabreicht werde. Dementsprechend wÃ¤re vor Erteilung der Herstellungserlaubnis Dr.K. der einzige Arzt gewesen, der die ATC-Therapie in seiner Praxis hÃ¤tte anwenden dÃ¼rfen.

Mit Schriftsatz vom 30.06.2000 hat der (neue) KlÃ¤gerbevollmÃ¤chtigte geltend gemacht, die KlÃ¤gerin habe nach dem Grundgesetz ein Recht auf Leben und kÃ¶rperliche Unversehrtheit, woraus sich ein Anspruch auf medizinische Versorgung bei einer lebensbedrohlichen Erkrankung ergebe. Er hat mit dem weiteren Schriftsatz vom 09.08.2000 eine Aufstellung der Rechnungen vornehmlich des Instituts fÃ¼r Immunologie und Zellbiologie M. in der Zeit vom 01.07.1996 bis 16.05.2000 vorgelegt und den geltend gemachten Erstattungsbetrag mit 68.557,76 DM angegeben. Er hat in der mÃ¼ndlichen Verhandlung am 19.10.2000 dem SG Rechnungen des Instituts Ã¼bergeben.

Das SG hat mit Urteil vom 19.10.2000 die Klage abgewiesen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung bzw. Freistellung fÃ¼r die Herstellung sowie den Transport der Eigenblut-Zytokine bestehe nicht. Die von der KlÃ¤gerin geltend gemachten Kosten betrÃ¤fen weder eine Ã¤rztliche Leistung noch eine im Rahmen einer Ã¤rztlichen Behandlung zu Lasten der Beklagten wirksam verordnete Leistung eines Leistungserbringers im Sinne des 4. Kapitels des Sozialgesetzbuches V. Das Institut fÃ¼r Immunologie und Zellbiologie in M. sei kein krankenversicherungsrechtlich zulÃ¤ssiger Leistungserbringer. Seine TÃ¤tigkeit sei daher weder verordnungs- noch erstattungsfÃ¤hig. Im Ãbrigen sei eine Leistungspflicht der Beklagten zu verneinen, weil die bei der Versicherten durchgefÃ¼hrte Therapie mit Eigenblut-

Zytokinen nicht von der Sachleistungspflicht der Beklagten umfasst sei. Der hierfÃ¼r zustÃ¤ndige Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen habe keine positive Empfehlung Ã¼ber den therapeutischen Nutzen, die medizinische Notwendigkeit und die Wirtschaftlichkeit der Behandlungsmethode abgegeben. Ob die Therapie mit Eigenblut-Zytokinen mit der vom Bundesausschuss der Anlage 2 der NUB-Richtlinien zugeordneten ATC-Therapie identisch sei, kÃ¶nne dahinstehen. Sofern eine solche IdentitÃ¤t gegeben sei, liege nicht nur keine positive Empfehlung des Bundesausschusses, sondern bereits eine ablehnende Entscheidung vor. Soweit geltend gemacht werde, es bestehe keine IdentitÃ¤t, sei bereits zweifelhaft, ob der zur Anerkennung der ATC-Therapie an den Bundesausschuss gestellte Antrag die Eigenblut-Zytokine-Therapie mitumfassen wÃ¼rde. Nach den Ã¼berzeugenden AusfÃ¼hrungen des MDK im Gutachten vom 11.03.1999 habe bis zu diesem Zeitpunkt fÃ¼r die von Dr.K. unter dem Begriff der spezifischen Immuntherapie mit den Bezeichnungen ATC-Therapie und Eigenblut-Zytokine-Therapie angewandten Behandlungsverfahren kein wissenschaftlicher Nachweis der Wirksamkeit vorgelegen.

Hiergegen richtet sich die Berufung der KlÃ¤gerin vom 18.12. 2000, mit der sie die fÃ¼r die Therapie mit Eigenblut-Zytokinen entstandenen Kosten in HÃ¶he von 68.558,76 DM geltend macht. Prof.Dr.Dr.K. habe die Wirksamkeit der Therapie nachgewiesen, ein individueller Heilerfolg kÃ¶nne die medizinische Notwendigkeit belegen. Die geforderten wissenschaftlichen Studien hÃ¤tten nur eine begrenzte Aussagekraft. Auch die Wirksamkeit der Chemotherapie, der sich die KlÃ¤gerin nach Auffassung der Beklagten hÃ¤tte weiter unterziehen mÃ¼ssen, sei nicht durch Studien nachgewiesen. Die von der Beklagten angefÃ¼hrte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts sei noch nicht gefestigt und im Ãbrigen auch verfassungswidrig.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts NÃ¼rnberg vom 19.10.2000 und die zugrunde liegenden Bescheide der Beklagten vom 07.08. 1996 und 09.12.1997 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 18.05.1999 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, 68.558,76 DM â entsprechend in Euro â an die KlÃ¤gerin zu bezahlen bzw. die KlÃ¤gerin von der Forderung des Dr.K. freizustellen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie ist der Ansicht, die geltend gemachten Kosten betrÃ¤fen weder eine Ã¤rztliche Leistung noch eine im Rahmen einer Ã¤rztlichen Behandlung zu Lasten der Beklagten wirksam verordnete Leistung eines Leistungserbringers. Die gefestigte Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werde von der KlÃ¤gerin nicht beachtet. Gleiches gelte auch fÃ¼r die Tatsache, dass nach den BUB-Richtlinien die ATC-Behandlung nach Dr.K. nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen erbracht werden dÃ¼rfe. Eigenblut-Zytokine seien medizinisch nichts anderes als Autologe Target-Zytokine (ATC); auch

sie kÃ¶nnten nicht zu Lasten der gesetzlichen Krankenkassen verordnet werden.

Beigezogen und zum Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gemacht wurden die Akten der Beklagten und des SG. Auf den Inhalt dieser Akten und die Sitzungsniederschrift wird im Ãbrigen Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die frist- und formgerecht eingelegte Berufung (Â§ 151 Sozial- gerichtsgesetz â SGG -) ist zulÃ¤ssig; der Wert des Beschwerdegegenstandes Ã¼bersteigt den im Zeitpunkt der Einlegung des Rechtsmittels maÃgebenden Betrag von 1.000,00 DM (Â§ 144 Abs.1 Satz 1 Nr.1 SGG a.F.).

Die Berufung ist unbegrÃ¼ndet.

Das SG hat zu Recht entschieden, dass die KlÃ¤gerin keinen Anspruch auf Kostenerstattung bzw. -freistellung der Kosten fÃ¼r die Behandlung mit Eigenblut-Zytokinen hat.

Als Anspruchsgrundlage kommt allein Â§ 13 Abs.3 Sozialgesetz- buch V (SGB V) in Betracht. Konnte danach die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen oder hat sie eine Leistung zu Unrecht abgelehnt und sind dadurch Versicherten fÃ¼r die selbstbeschaffte Leistung Kosten entstanden, sind diese von der Krankenkasse in der entstandenen HÃ¶he zu erstatten, soweit die Leistung notwendig war.

Es fehlt im vorliegenden Fall zunÃ¤chst eine schlÃ¼ssige Darlegung der geltend gemachten Kosten. In der RechnungsÃ¼bersicht vom 09.08.2000 werden Schreiben des Instituts fÃ¼r Immunologie und Zellbiologie M. vom 29.10.1997 und 23.01.1998 angegeben, mit denen jeweils die Zahlung von 4.595,40 DM gefordert worden sei. Entsprechende Rechnungen wurden jedoch nicht vorgelegt, sondern unter dem Datum 29.10.1997 eine Rechnung mit einem Teilbetrag von 1.500,00 DM und unter dem 23.01.1998 eine Rechnung mit dem Endbetrag von 2.500,00 DM. AuÃerdem enthalten die Rechnungen vom 01.07.1996 und 05.07.1996 nicht nur den gleichen Betrag, sondern sie betreffen fÃ¼r die gleichen AbrechnungszeitrÃ¤ume (19.06. bis 21.06.1996) identische Leistungen.

Einer Erstattung der mit den Rechnungen vom 01.07., 05.07. und 22.07.1996 geltend gemachten Kosten steht ferner entgegen, dass die KlÃ¤gerin die Erstattung der Kosten vor Erbringung der Leistungen nicht beantragt hat. Denn Â§ 13 Abs.3 SGB V setzt voraus, dass die Krankenkasse entweder eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbracht oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dadurch Versicherten Kosten entstanden sind. Selbst wenn der Senat eine Unaufschiebbarkeit der streitigen Leistungen hier unterstellt, ist der KlÃ¤gerin entgegenzuhalten, dass sie es versÃ¤umt hat, die Beklagte vor Aufnahme der Behandlungen im Juni 1996 von der auÃervertraglichen Therapie in Kenntnis zu setzen. Nach der Entscheidung des BSG vom 25.09. 2000 (SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.22) wird fÃ¼r die erste Alternative des Kostenerstattungsanspruchs nach Â§ 13 Abs.3

SGB V neben der Unaufschiebbarkeit vorausgesetzt, 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 UnvermÃ¶gen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den UmstÃ¤nden des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die UnfÃ¤higkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. Der Kostenerstattungsanspruch kann mit dem UnvermÃ¶gen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begrÃ¼ndet werden, wenn es dem Versicherten â aus medizinischen oder anderen GrÃ¼nden â nicht mÃ¶glich oder nicht zumutbar war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten. Derartige GrÃ¼nde sind hier weder von der KlÃ¤gerin vorgetragen worden noch den sonstigen UmstÃ¤nden der Leistungserbringung zu entnehmen.

Der KlÃ¤gerin steht eine Kostenerstattung auch nicht nach der zweiten Alternative des Â§ 13 Abs.3 SGB V zu. Auch hier kommt dem Umstand, dass die KlÃ¤gerin bereits die ersten Behandlungen abgeschlossen hat, bevor sie die Beklagte mit ihrem Begehren der Kostenerstattung fÃ¼r eine auÃervertragliche Leistung konfrontiert hat, Bedeutung zu. Nach stÃ¤ndiger hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung (BSG vom 19.06.2001 SGb 2001, 549; BSG vom 15.04.1997 SozSich 1998, 38; BSG vom 24.09.1996 BSGE 79, 125; BSG vom 16.12.1993 SozR 3-2500 Â§ 12 Nr.4; BSG vom 10.02.1993 SozR 3-2200 Â§ 182 Nr.15) sind die Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Leistung im Regelfall nicht zu erstatten, wenn der Versicherte sich die Leistung besorgt, ohne zuvor mit der Krankenkasse Kontakt aufzunehmen und deren Entscheidung abzuwarten. Einer der Beschaffung vorgeschalteten Entscheidung der Krankenkasse bedarf es unabhÃ¤ngig davon, welcher Art die in Anspruch genommene Leistung ist und in welcher HÃ¶he dafÃ¼r Kosten anfallen. Damit schlieÃt Â§ 13 Abs.3 SGB V eine Kostenerstattung fÃ¼r die Zeit vor der Leistungserbringung generell aus. Dies trifft auf den vorliegenden Fall zu, da die KlÃ¤gerin die Beklagte nach dem Akteninhalt frÃ¼hestens am 26.07.1996 Ã¼ber ihren behandelnden Arzt um KostenÃ¼bernahme gebeten hat, wÃ¤hrend die in Rechnung gestellten Leistungen in der Zeit vom 19.06. bis 21.07. 1996 stattgefunden haben.

Die Rechnung vom 29.10.1997 und alle nachfolgenden Rechnungen bis 09.05.2000 sind keine Rechnungen, die gemÃ¤Ã Â§ 13 Abs.3 SGB V zur Erstattung berechtigen. Denn nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG, Urteil vom 23.07.1998 SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.17) hat die Krankenkasse nicht nach Â§ 13 Abs.3 SGB V fÃ¼r Kosten aufzukommen, die dem Versicherten fÃ¼r Ã¤rztliche Leistungen unter Missachtung der Vorschriften der GOÃ in Rechnung gestellt werden. Die Erstattung von Kosten setzt sowohl begrifflich als auch nach dem Wortlaut und Zweck von Â§ 13 Abs.3 SGB V voraus, dass dem Versicherten Kosten entstanden sind (BSG vom 15.04.1997 BSGE 80, 181). Da der Anspruch nicht von einer tatsÃ¤chlich geleisteten Zahlung abhÃ¤ngen kann, reicht es allerdings aus, wenn der Versicherte einer Honorarforderung des Leistungserbringers ausgesetzt ist; insoweit umfasst Â§ 13 Abs.3 AGB V auch einen entsprechenden Freistellungsanspruch. Im Falle einer Ã¤rztlichen Behandlung besteht ein VergÃ¼tungsanspruch des Arztes nur, wenn dem Patienten darÃ¼ber eine

Abrechnung nach den Vorschriften der GebÃ¼hrenordnung fÃ¼r Ãrzte (GOÃ) erteilt worden ist. Â§ 1 Abs.1 GOÃ verpflichtet alle Ãrzte, die VergÃ¼tung fÃ¼r ihre beruflichen Leistungen nach der GOÃ zu berechnen. Die Ã¤rztlichen Leistungen sind in einem GebÃ¼hrenverzeichnis erfasst und innerhalb des durch Â§ 5 GOÃ festgelegten GebÃ¼hrenrahmens zu bewerten. FÃ¼r Leistungen, die nicht im GebÃ¼hrenverzeichnis enthalten sind, darf nach Â§ 6 Abs.2 GOÃ das Honorar einer gleichwertigen Leistung des GebÃ¼hrenverzeichnisses gefordert werden. Erst mit der Erteilung einer den Vorschriften der Verordnung entsprechenden Rechnung wird die VergÃ¼tung fÃ¤llig (Â§ 12 Abs.1 GOÃ). Vorher trifft den Patienten keine Zahlungsverpflichtung. Â§ 12 Abs.2 GOÃ regelt im Einzelnen die Anforderungen an die Abrechnung der VergÃ¼tung. Danach muss die Rechnung des Arztes u.a. das Datum der Erbringung der Leistung, bei GebÃ¼hren die Nummer der einzelnen Leistung, die Bezeichnung der einzelnen berechneten Leistung, den jeweiligen Betrag und den Steigerungssatz enthalten. Diese nicht abdingbaren (Â§ 2 GOÃ) Formerfordernisse fÃ¼r eine Ã¤rztliche Rechnung sind fÃ¼r die Rechnungen des "Dr.K. Institut fÃ¼r Immunologie und Zellbiologie" ab dem 29.10.1997 nicht erfÃ¼llt. Denn es ist nicht das Datum der Erbringung der Leistung ersichtlich, sondern lediglich das Eingangsdatum. Es fehlen auch die Angaben der GebÃ¼hrennummern mit entsprechender Leistungsbeschreibung, der jeweilige GebÃ¼hrenansatz sowie der Steigerungssatz.

Die Rechnungen vom 01.07.1996 bis 09.07.1997 enthalten Ã¼berwiegend Leistungen, die in das GebÃ¼hrenverzeichnis nicht aufgenommen sind, sondern analog bewertet wurden. Hieraus kann sich ein Kostenerstattungs- bzw. -freistellungsanspruch nicht ergeben, da ein entsprechender Sachleistungsanspruch nicht besteht. Der in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung geltende Einheitliche BewertungsmaÃstab fÃ¼r Ã¤rztliche Leistungen (EBM) enthÃ¤lt fÃ¼r alle an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer die bundeseinheitlich verbindliche Abrechnungsgrundlage. Eine Ã¤rztliche Leistung gehÃ¶rt grundsÃ¤tzlich dann zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung, wenn sie als abrechnungsfÃ¤hige Leistung im Einheitlichen BewertungsmaÃstab enthalten ist (BSG vom 23.07.1998 SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.7; BSG vom 16.09.1997 BSGE 81, 73). Da dies nicht der Fall ist und eine Empfehlung des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen fehlt, scheidet auch schon im Anschluss an diese Rechtsprechung eine Kostenerstattung aus. Der analoge Ansatz einer Leistung der GOÃ ist fÃ¼r die Kostenerstattung unbeachtlich, wenn die erbrachte Leistung nicht im EBM enthalten ist. Daraus ergibt sich also, dass die insoweit geltend gemachten Kosten von vornherein nicht erstattungsfÃ¤hig sind im Sinne des Â§ 13 Abs.3 SGB V .

Auch die Kosten der Rechnung der G. GmbH Essen vom 22.07.1996 sind nicht erstattungsfÃ¤hig, da ihnen keine unter das SGB V fallende Leistung zu Grunde liegt. Es handelt sich danach um die Kosten der Verwaltung, Logistik, Transportversicherung, sonstige Leistungen und den Kurierdienst. Das SGB V enthÃ¤lt ein abgeschlossenes Leistungssystem, das in Â§ 11 SGB V bezÃ¼glich der Leistungsarten beschrieben ist. Die in dieser Rechnung genannten Leistungen sind den Leistungsarten des Â§ 11 SGB V nicht zuzuordnen.

Im Ãbrigen steht der Erstattung der Rechnungen des (Dr.K.) Institut fÃ¼r Immunologie und Zellbiologie M. entgegen, dass es sich hierbei nicht um eine Ã¤rztliche Behandlung gehandelt hat (Â§ 15 Abs.1 SGB V). Nach dieser gesetzlichen Vorschrift wird Ã¤rztliche Behandlung von Ãrzten erbracht. Sind Hilfeleistungen anderer Personen erforderlich, dÃ¼rfen sie nur erbracht werden, wenn sie vom Arzt angeordnet und von ihm verantwortet werden. Zweck dieser Regelung ist das Bestreben des Gesetzgebers, die Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft zur Grundlage der medizinischen Versorgung zu machen (Â§ 2 Abs.1 Satz 3 SGB V) sowie eine ausreichende Ausbildung, Kontrolle und Ãberwachung der Heilpersonen zu gewÃ¤hrleisten. Das Arztmonopol steht damit in engem Zusammenhang mit der grundsÃ¤tzlichen Verpflichtung des Vertragsarztes zur persÃ¶nlichen Leistungserbringung (Â§ 32 Abs.1 Satz 1 Ãrzte-ZV). Diesen Erfordernissen genÃ¼gt die angeblich fÃ¼r den jeweiligen Behandlungsfall hergestellte Arznei durch ein Unternehmen in der Rechtsform einer Gesellschaft mit beschrÃ¤nkter Haftung nicht. Denn es ist nicht ersichtlich, inwieweit ein Arzt persÃ¶nlich tÃ¤tig geworden ist. Es kann auch nicht davon ausgegangen werden, dass das Institut im VerhÃ¤ltnis zur Praxis von Dr.K. unselbststÃ¤ndige Hilfeleistungen erbracht hat. DelegationsfÃ¤hige Hilfeleistungen mÃ¼ssen vom Arzt angeordnet und unter seiner Verantwortung erbracht werden (Â§ 15 Abs.1 Satz 2 SGB V). Der Arzt muss daher persÃ¶nlich die Hilfsperson je nach den Erfordernissen anleiten und Ã¼berwachen sowie den Behandlungserfolg kontrollieren. Diese Voraussetzung ist schon deswegen nicht erfÃ¼llt, weil die Eigenblut-Zytokine im vorliegenden Fall nicht in der Praxis von Dr.K. , sondern vom Hausarzt in eigener Verantwortung der KlÃ¤gerin verabreicht worden sind. Das genannte Institut hat auch keine selbststÃ¤ndigen Hilfeleistungen erbracht, die im Rahmen des SGB V zu einer Leistungsverpflichtung der Beklagten fÃ¼hren kÃ¶nnen. Zum einen fÃ¤llt das Institut nicht unter die im SGB V genannten Leistungserbringer, zum anderen fehlt eine entsprechende Verordnung eines Arztes fÃ¼r die DurchfÃ¼hrung der Leistungen. Das BSG hat in einem Fall der geltend gemachten Kostenerstattung einer von einem GerÃ¤tehersteller in Rechnung gestellten Ã¤rztlichen Behandlung entschieden, dass die Krankenkasse hierfÃ¼r nicht nach Â§ 13 Abs.3 SGB V aufzukommen hat (BSG vom 15.04.1997 BSGE 80, 181 = SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.14). Danach hat Â§ 13 Abs.3 SGB V den Zweck, den Versicherten so zu stellen wie bei GewÃ¤hrung einer Sachleistung und kann folglich nur Kosten erfassen, von denen der Versicherte bei regulÃ¤rer Leistungserbringung befreit wÃ¤re. Andere Kosten â etwa Verpflichtungen gegenÃ¼ber einem anderen als dem krankenversicherungsrechtlich zulÃ¤ssigen Leistungserbringer â lÃ¶sen keinen Anspruch aus, weil eine Sachleistung insoweit nicht gewÃ¤hrt werden dÃ¼rfte und der Versicherte in jedem Fall mit Kosten belastet bliebe. Derartige ErwÃ¤gungen stehen auch einem Freistellungsanspruch entgegen, weil sonst die krankenversicherungsrechtliche Bindung an den zulÃ¤ssigen Leistungserbringer durch den Anspruch auf Kostenerstattung ohne weiteres durchbrochen werden kÃ¶nnte.

SchlieÃlich beruft sich die KlÃ¤gerin im vorliegenden Fall zu Unrecht auf das Recht auf Leben und kÃ¶rperliche Unversehrtheit gemÃ¤Ã Art.2 Abs.2 Satz 1 Grundgesetz (GG). Abgesehen davon, dass dieses Recht nicht tangiert ist, weil die Beklagte der KlÃ¤gerin eine von ihr geschuldete Krankenbehandlung nicht

verweigert hat, sondern vielmehr ausdrÃ¼cklich im angefochtenen Bescheid vom 09.12.1997 angeboten hat, Anschriften von VertragsÃ¤rzten bzw. zur vertragsÃ¤rztlichen Behandlung ermÃ¤chtigten Instituten mit dem Schwerpunkt Onkologie mitzuteilen, enthÃ¤lt die genannte Vorschrift des Grundgesetzes keinen eigenstÃ¤ndigen Anspruch auf eine bestimmte medizinische Versorgung, sondern lediglich einen Anspruch auf sachgerechte Teilhabe an vorhandenen Einrichtungen (Jarass/Pieroth, GG, Art.2 Rn.49a m.w.N.). In diesem Zusammenhang haben das BSG und das Bundesverfassungsgericht entschieden, dass aus Art.2 Abs.1, Abs.2 Satz 1 GG zwar eine objektiv-rechtliche Pflicht des Staates folgt, das Leben und die kÃ¶rperliche Unversehrtheit zu schÃ¼tzen und im Rahmen des Selbstbestimmungsrechts zu gewÃ¤hrleisten, dass dem Erkrankten die Letztentscheidung Ã¼ber die in seinem Fall anzuwendende Therapie belassen wird. Daraus ergibt sich jedoch kein verfassungsrechtlicher Anspruch gegen die Krankenkassen auf Bereitstellung oder Finanzierung bestimmter Gesundheitsleistungen. Der Umfang des Krankenbehandlungsanspruchs ist vielmehr durch die Leistungsgesetze bestimmt und begrenzt. Liegt keine Behandlung mit einer erfahrungsgemÃ¤Ã wirksamen, sondern die Erpro- bung einer vorerst unsicheren Methode vor, kann der Grundrechtsschutz nicht berÃ¼hrt sein (Bundesverfassungsgericht vom 05.03. 1997 NJW 1997, 3085, BSG vom 16.09.1997 1 Rk 17/95 = USK 97114).

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 SGG.

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision liegen nicht vor (Â§ 160 Abs.2 Nrn.1, 2 SGG).

Erstellt am: 01.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024