

---

## S 7 KR 88/98

### 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 88/98
Datum	20.04.1999

#### 2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 66/99
Datum	15.12.2000

#### 3. Instanz

Datum	-
-------	---

- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts M<sup>1</sup>/<sub>4</sub>nchen vom 20. April 1999 wird zur<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ckgewiesen.
- II. Au<sup>1</sup>/<sub>4</sub>ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Kl<sup>1</sup>/<sub>4</sub>gerin Anspruch hat auf Erstattung der Kosten, die f<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r eine immunmodulative Therapie ihres Ehemanns entstanden sind.

Der am <sup>1</sup>/<sub>4</sub>1935 geborene und am <sup>1</sup>/<sub>4</sub>1997 verstorbene Ehemann der Kl<sup>1</sup>/<sub>4</sub>gerin, <sup>1</sup>/<sub>4</sub>, war freiwilliges Mitglied der Beklagten. Er litt an einem Hypernephrom der rechten Niere, lymphonudol<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r, retroperitoneal, hileal und pulmonal metastasierend.

Er befand sich deshalb in Behandlung bei Dr.W <sup>1</sup>/<sub>4</sub>, Arzt f<sup>1</sup>/<sub>4</sub>r Naturheilverfahren und Chirotherapie. Dieser erstellte am 26.06.1996 ein medizinisches Attest zur Vorlage bei den Krankenkassen, in dem er zur optimalen Gestaltung einer geplanten immunmodulativen Therapie eine Untersuchung im Labor Dr.L <sup>1</sup>/<sub>4</sub> und B <sup>1</sup>/<sub>4</sub> empfahl. Die Beklagte h<sup>1</sup>/<sub>4</sub>rte hierzu den Medizinischen Dienst der

---

Krankenversicherung in Bayern (MDK) an. Dr.K. kam im Gutachten nach Aktenlage vom 14.08.1996 zu dem Ergebnis, bei den geplanten immunologischen Untersuchungen handele es sich nicht um ein wissenschaftlich etabliertes Verfahren. Es lägen keine hinreichend gesicherten Studien zur diagnostischen Wertigkeit dieser Methode vor. Eine Kostenübernahme wurde nicht empfohlen.

In der Akte der Beklagten folgt dann ein weiteres MDK-Gutachten, erstellt von Dr.P. am 17.01.1997. Auch in diesem Gutachten werden die sozialmedizinischen Voraussetzungen für eine Leistungspflicht der Krankenkasse für die immunologischen Untersuchungen unter Einbeziehung von Thymuspräparaten verneint.

Am 24.01.1997 ging ein weiteres Attest des Dr.W. bei der Beklagten ein. Darin wird erwähnt, wegen pulmonaler und cerebraler Metastasen beim Versicherten erfolge eine Bestrahlungsbehandlung. Da durch diese Therapie das Immunsystem zerstört werde, empfahl Dr.W. dringend die Durchführung einer immunmodulativen Therapie. Ein Teil der Therapie sei mittlerweile durchgeführt worden. Die zusätzlichen Behandlungen mit Mesenchymextrakt seien erforderlich. Auch zu diesem Antrag hörte die Beklagte den MDK, diesmal wieder Dr.K. Das Gutachten datiert vom 04.02.1997. Eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung wurde mit der Begründung abgelehnt, für die beantragte Behandlung gebe es keine entsprechenden Studien zum Wirksamkeitsnachweis.

Mit Schreiben vom 10.02.1997 hörte daraufhin die Beklagte den Versicherten zur beabsichtigten Ablehnung der immunmodulativen Therapie und MEX-Extrakt an. Sie lehnte dann mit Bescheid vom 25.02.1997 die beantragte Leistung ab.

Mit Schreiben vom 10.03.1997 erfolgte die Anhängung bezüglich der beantragten Immununtersuchung, die Ablehnung erfolgte mit Bescheid vom 25.03.1997.

Am 15.09.1997 ging der Widerspruch des Versicherten gegen die Ablehnung der Bezahlung der Rechnungen von insgesamt 4.323,40 DM bei der Beklagten ein.

Die Beklagte wies den Widerspruch, den sie wegen der nicht geklärten Daten der Zustellung der Bescheide als zulässig behandelte, nach erneuter Einschaltung des MDK mit Widerspruchsbescheid vom 15.04.1998 zurück. Dazu führte sie aus, der MDK habe die gewählten Behandlungsmethoden nicht beantwortet. Sie seien keine Vertragsleistungen nach dem Arzt-Ersatzkassenvertrag und seien auch nicht gemäß [§ 135 Abs.1 SGB V](#) als neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden anerkannt worden. Die Voraussetzungen der Rechtsprechung zur Anerkennung neuer Behandlungsmethoden lägen nicht vor.

Gegen diesen Bescheid erhoben die Bevollmächtigten der Klägerin Klage zum Sozialgericht Nürnberg. Zur Begründung führten sie aus, nach höchstgerichtlicher Rechtsprechung durch das Bundessozialgericht (Urteil vom 16.09.1997) seien die Voraussetzungen für eine Kostenübernahme durch die Krankenkasse erfüllt. Die Therapie sei medizinisch etabliert. Deshalb seien die

---

Untersuchungskosten zu erstatten, die sich für eine Untersuchung auf 949,62 und für die weiteren auf jeweils 1.133,16 DM belaufen hätten. Die Rechnungen wurden vorgelegt (Rechnung vom 27.06.1996 über 1.133,16 DM; Rechnung über denselben Betrag vom 20.03.1997 und Rechnung vom 10.07.1997 über 949,62 DM). Lediglich letzterer Betrag sei laut Bescheid vom 27.08.1995 erstattet worden. Ebenso seien die Rechnungen des Dr. W. zu erstatten.

Das Sozialgericht hat ein "wissenschaftlich begründetes onkologisches Fachgutachten" des Instituts für medizinische Onkologie und Hämatologie des Klinikums der Stadt Nürnberg (Vorstand Prof. G.), eingeholt in einem anderen Rechtsstreit, ins Verfahren eingeführt und die Klage mit Urteil vom 20.04.1999 abgewiesen. Die Klägerin habe keinen Anspruch auf Kostenerstattung. Die Thymustherapie gehöre nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Die Beklagte sei auch nicht wegen eines Versagens des Beschaffungssystems nicht in der Lage gewesen, eine notwendige Behandlung als Sachleistung zur Verfügung zu stellen. Die Untätigkeit des Bundesausschusses bezüglich der Thymustherapie führe nicht zu einer anderen Entscheidung, weil das Gericht von der Wirksamkeit der Thymustherapie bei Krebserkrankungen nicht überzeugt sei. Das Sozialgericht stütze sich dabei auf das Gutachten des Prof. G.

Zu einer Kostentragungspflicht könne es auch deshalb nicht kommen, weil nicht davon ausgegangen werden könne, dass der Versicherte die vertraglichen Behandlungsmöglichkeiten ausgeschöpft habe.

Mit der hiergegen eingelegten Berufung machen die Bevollmächtigten der Klägerin geltend, die streitgegenständlichen Präparate seien für die Behandlung von Krebserkrankungen wirksam. Außerdem würden sie bundesweit von über 1.000 Therapeuten regelmäßig angewandt. Ebenfalls sei unberücksichtigt geblieben, dass die Beklagte bereits mit Leistungsbescheid vom 27.08.1997 ihre Kostenerstattungspflicht anerkannt habe. Mit der vorbehaltlosen Zahlung des Teilbetrages von 949,62 DM sei ein schutzwürdiges Vertrauen der Klägerin bzw. ihres verstorbenen Ehemanns begründet worden, welches nicht ohne Weiteres durch die nachträgliche Ablehnung weiterer Kostenübernahmen beseitigt werden konnte. Die Klägerin bzw. ihr verstorbener Ehemann konnten sich darauf verlassen, dass die weiteren notwendigen Behandlungen und Untersuchungen übernommen würden.

Die Klägerin beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Nürnberg vom 20.04.1999 und die zugrundeliegenden Bescheide der Beklagten vom 25.02. und 25.03.1997 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15.04.1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr 6.589,72 DM für die dem verstorbenen Versicherten seit Juli 1996 erbrachte Behandlung zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt,

---

die Berufung zur<sup>1/4</sup>ckzuweisen.

Mit der Erstattung des Betrages von 949,62 DM sei keine Leistungspflicht anerkannt worden. Die Bearbeitung sei durch eine Urlaubsvertretung erfolgt. Bei dem Schreiben vom 27.08.1997 handele es sich um ein Formschreiben, verbunden mit der Mitteilung, dass auf eine eingereichte Rechnung eine Kostenerstattung vorgenommen werde. Au<sup>1/4</sup>erdem weist die Beklagte darauf hin, dass aus der Zahlung der Kosten f<sup>1/4</sup>r Labordiagnostik kein Anspruch auf Erstattung der Kosten der immunmodulativen Therapie abzuleiten sei.

Hinsichtlich der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten sowie auf die Gerichtsakten erster und zweiter Instanz Bezug genommen.

Entscheidungsgr<sup>1/4</sup>nde:

Die gem<sup>1/4</sup> [Â§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die wegen der H<sup>1/4</sup>he des Beschwerdewertes nicht der Zulassung nach [Â§ 144 SGG](#) bedarf, ist zul<sup>1/4</sup>ssig, sie erweist sich aber als unbegr<sup>1/4</sup>ndet.

Die Kl<sup>1/4</sup>gerin hat unter keinem rechtlichen Aspekt Anspruch auf Erstattung der Kosten, die f<sup>1/4</sup>r die Behandlung ihres verstorbenen Ehemannes durch Dr.W <sup>1/4</sup> entstanden sind.

[Â§ 13 Abs.2 SGB V](#) bietet im Fall des Versicherten keine Anspruchsgrundlage f<sup>1/4</sup>r die Kostenerstattung. Nach dieser Norm k<sup>1/4</sup>nnen freiwillige Mitglieder f<sup>1/4</sup>r die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung w<sup>1/4</sup>hlen. Der Versicherte geh<sup>1/4</sup>rte zwar zum Kreis der freiwilligen Mitglieder, die Kostenerstattung w<sup>1/4</sup>hlen k<sup>1/4</sup>nnen. Dr.W <sup>1/4</sup> ist Vertragsarzt, deshalb haben freiwillige Mitglieder grunds<sup>1/4</sup>tzlich einen Kostenerstattungsanspruch, wenn sie sich bei ihm behandeln lassen (siehe Urteil des BSG vom 10.05.1995, [SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.7](#)). Voraussetzung f<sup>1/4</sup>r die Kostenerstattung ist jedoch, dass auf die beantragte Leistung ein Sachleistungsanspruch bestehen w<sup>1/4</sup>rde. Zwischen den Beteiligten ist nicht bestritten, dass die von Dr.W <sup>1/4</sup> durchgef<sup>1/4</sup>hrte Behandlung nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung geh<sup>1/4</sup>rt. Es handelt sich vielmehr um eine sogenannte neue Untersuchungs- und Behandlungsmethode. [Â§ 135 Abs.1 SGB V](#) schlie<sup>1/4</sup>t die Leistungspflicht der Krankenkassen f<sup>1/4</sup>r neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden so lange aus, bis diese vom zust<sup>1/4</sup>ndigen Bundesausschuss der <sup>1/4</sup>rzte und Krankenkassen als zweckm<sup>1/4</sup>sig anerkannt worden sind. Diese Anerkennung wurde bis jetzt nicht vorgenommen. Nach der Entscheidung des Bundessozialgerichts vom 16.09.1997, [1 RK 28/95 \(SozR 3-2500 Â§ 135 Nr.4\)](#) kann ein Leistungsanspruch dann in Betracht kommen, wenn der Bundesausschuss <sup>1/4</sup>ber die Anerkennung ohne sachlichen Grund nicht oder nicht zeitgerecht entschieden hat. Weitere Voraussetzung ist, dass die Wirksamkeit der Methode festgestellt wird. Der Senat schlie<sup>1/4</sup>t sich insoweit den Ausf<sup>1/4</sup>hrungen des Sozialgerichts an, als es am Wirksamkeitsnachweis in jeder Beziehung fehlt. Hierzu wird auf die <sup>1/4</sup>berzeugenden Ausf<sup>1/4</sup>hrungen der

---

Gutachter des Medizinischen Dienstes und des Prof.G. im vom Sozialgericht ins Verfahren eingeführten Gutachten hingewiesen. Aus den dort getroffenen Feststellungen, wonach eine generelle Wirtschaftlichkeit zu verneinen ist, folgt, dass es auf die Verbreitung der Behandlungsmethode nicht ankommt.

Hinzu kommt, dass es sich anders als in dem vom BSG zu beurteilenden Fall bei der Erkrankung des Versicherten, nämlich Nierenkrebs mit zahlreichen Metastasen, nicht etwa um eine seltene und unbekanntere Krankheit handelt, sondern um eine Krankheit, die mit Mitteln der Schulmedizin behandelt (wenn auch nicht in jedem Stadium geheilt) werden kann. Der Versicherte ist bestrahlt worden, also schulmedizinisch sinnvoll behandelt. Auch unter diesem Aspekt kann eine Anwendung neuer und in der Wirksamkeit nicht gesicherter Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung nicht verlangt werden.

Die vom Klägerbevollmächtigten im Berufungsverfahren vorgetragene Argumentation, die Beklagte habe mit Bescheid vom 27.08.1997 ihre Kostenerstattungspflicht anerkannt und damit ein schutzwürdiges Vertrauen der Klägerin bzw. ihres verstorbenen Ehemanns begründet, ist nicht schlüssig. Die Leistungserstattung in Höhe von 949,62 DM erfolgte nämlich mit Schreiben vom 27.08.1997. An diesem Tag waren sämtliche Voruntersuchungen bereits durchgeführt, die letzte, durch Rechnung vom 03.07.1997 dokumentierte Behandlung fand an diesem Tag statt, also weit vor der Leistung der Beklagten. Einem Vertrauensstatbestand kann diese Abrechnung damit nicht begründen.

Die Kostenfolge ergibt sich aus [Â§ 193 SGG](#) und entspricht dem Unterliegen der Klägerin.

Gründe, die Revision nach [Â§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben. Die Rechtssache hat, nachdem das BSG bereits mehrfach über neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden entschieden hat, so z.B. ausführlich im Urteil vom 06.10.1999 B [1 KR 13/97 BSGE 85, 56](#) = Breth. 00, 425 -, keine grundsätzliche Bedeutung mehr ([Â§ 160 Abs.2 Nr.1 SGG](#)). Der Senat weicht nicht von dieser Rechtsprechung ab ([Â§ 160 Abs.2 Nr.2 SGG](#)).

Erstellt am: 28.09.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024