S 47 KR 156/04

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

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

1. Instanz

Aktenzeichen	S 47 KR 156/04
Datum	31.08.2004

2. Instanz

Aktenzeichen	L 4 KR 220/04
Datum	19.01.2006

3. Instanz

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

- I. Die Berufung gegen das Urteil des Sozialgerichts M^¼nchen vom 31. August 2004 wird zur^¼ckgewiesen.
- II. Au^¼ergerichtliche Kosten sind nicht zu erstatten.
- III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Streitig ist, ob die Beklagte verpflichtet ist, Kosten in H^¼he von 492,00 EUR f^¼r eine parallel zur Chemotherapie durchgef^¼hrte Hypothermiebehandlung zu erstatten.

Die 1950 geborene Kl^¼gerin ist bei der Beklagten versichert. Sie litt 2003 an einem Mammakarzinom mit ausgedehnter Metastasierung in Leber, Skelett und rechter Pleura. Vom Juli bis November 2003 wurde eine Chemotherapie durchgef^¼hrt. Parallel zur Chemotherapie erhielt die Kl^¼gerin eine Alopezieprophylaxe durch Kopfhautk^¼hlung mittels DigniCAP-System. Die Behandlung erfolgte in der M. Onkologischen Praxis im E. durch Dr.A [¶] Dr.A. hat sich hierzu mit Schreiben vom 30.07.2003, eingegangen am 04.08.2003, an die Beklagte gewendet und mitgeteilt, die Kl^¼gerin werde eine systemische zystostatische Chemotherapie erhalten, die

mit großer Wahrscheinlichkeit zu einem perückebedingten Haarausfall führen werde. Es könne eine supportive Behandlungsmöglichkeit angeboten werden, die mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 75 % einen relevanten Haarausfall verhindere und die Verwendung einer Perücke überflüssig mache. Die Behandlung basiere auf einer kontrollierten Abkühlung der Kopfhaut während der Chemotherapie. Die Kühlung erfolge über eine flexible Kopfhaube, die an ein computergesteuertes automatisches Kühlsystem angeschlossen ist. Das Gerät werde von der Firma A. auf Leasingbasis zur Verfügung gestellt. Die Firma fordere Unkosten in Höhe von 82,00 EUR pro Behandlung, d.h. bei sechs Zyklen 492,00 EUR. Falls nachträglich doch eine Perücke benötigt werden sollte, erkläre sich die Firma A. ausdrücklich bereit, bis auf eine Verwaltungsgebühr von 50,00 EUR die Zahlung zurückzuerstatten. Perückenkosten würden dann nicht anfallen. Die Beklagte hat mit Schreiben an Dr.A. vom 02.10.2003 und mit an die Klägerin adressiertem Bescheid vom 16.10.2003 eine Kostenerstattung abgelehnt. Bei dem DigniCAP-System handele es sich um kein Hilfsmittel im Sinne des SGB V. Auch eine Verordnung als Heilmittel könne nicht akzeptiert werden. Die ärztliche Leistung werde mit Ziffer 535 der Ersatzkassengebührenordnung abgegolten. Materialkosten müssten zusätzlich verordnet werden. Hiergegen hat die Klägerin zur Niederschrift am 16.10.2003 Widerspruch eingelegt, den sie damit begründete, weil keine Perücke erforderlich sei, sei auch eine psychische Beeinträchtigung nicht zu erwarten, die Beklagte würde Kosten ersparen und sollte die Chipkarten für das DigniCAP-Kühlsystem als Materialkosten anerkennen. Aus den von der Klägerin vorgelegten Rechnungen vom 31.07.2003 und 12.09.2003 ergibt sich, dass die erste Chipkarte am 31.07.2003 bestellt wurde, die nächste am 11.09.2003. Es wurden jeweils 246,00 EUR quittiert. Am 30.07.2003 hat die Klägerin unterschrieben bestätigt, zu wissen, dass die Behandlung nicht kostenlos ist und bislang keine Regelleistung der Krankenversicherung darstelle. Sie hat auf Anfrage der Beklagten am 26.11.2003 erklärt, sie sei darüber informiert worden, dass sie die Karten selbst bezahlen müsse, wenn die Kasse die Kosten nicht übernehme.

Die Beklagte hat die von der Firma A. zur Verfügung gestellten Unterlagen dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung in Bayern zur Begutachtung vorgelegt. Der Gutachter Dr.B. kam im Aktenlagegutachten vom 08.12.2003 zusammengefasst zu dem Ergebnis, die Kostenübernahme der beantragten Chipkartenversorgung könne der Kasse nicht empfohlen werden.

Die Beklagte hat den Widerspruch mit Widerspruchsbescheid vom 29.01.2004 zurückgewiesen. Sie führte aus, der Kasse sei keine Gelegenheit gegeben worden, vor Beginn der Behandlung über die Kostenübernahme zu entscheiden. Bereits deshalb müsse nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts der Antrag auf Kostenerstattung abgelehnt werden. Auch bei rechtzeitiger Antragstellung wäre eine Kostenübernahme nicht möglich, weil der Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen die DigniCAP-Therapie nicht als vertragsärztliche Leistung anerkannt habe.

Hiergegen richtete sich die am 20.02.2004 zum Sozialgericht München erhobene Klage. Die Klägerin vertrat die Auffassung, die Kopfhauthypothermie bei

Chemotherapie gehöre zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung, das Verfahren sei wirtschaftlicher als das Kältegelekkappenverfahren. Das Sozialgericht holte einen Befundbericht des behandelnden Onkologen Dr.A. ein und hat die Klage mit Urteil vom 31.08.2004 abgewiesen. Ein Anspruch auf Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs.3 SGB V](#) komme nicht in Betracht. Die Beklagte habe die Leistung nicht zu Unrecht abgelehnt, es handele sich bei der Hypothermiebehandlung mittels DigniCAP-System um eine neue Behandlungsmethode im Sinne des [Â§ 135 SGB V](#). Hierzu habe der gemeinsame Bundesausschuss noch keine Empfehlungen abgegeben. Eine rechtswidrige Untätigkeit des Ausschusses liege nicht vor. Die Berufung wurde zugelassen.

Der Bevollmächtigte der Klägerin hat am 30.09.2004 Berufung eingelegt und begründet sie damit, aus dem gesamten Vortrag der ersten Instanz sei zu entnehmen, dass der Klage stattzugeben sei. Neue Behandlungsmethoden, um die es sich hier handele, könnten zu Lasten der Krankenkasse erbracht werden, wenn der Gemeinsame Bundesausschuss Empfehlungen in Richtlinien abgegeben habe. Zutreffend sei, dass derzeit eine solche Empfehlung noch nicht vorliegt. Tatsache sei jedoch, dass die Sache anhängig sei beim Gemeinsamen Bundesausschuss. Das Verfahren sei bereits Kassenleistung. Dies werde durch Dr.A. bestätigt. Neu sei nur die Applikationstechnik durch DigniCAP. Sie werde in Form einer typbasierten anteilmäßigigen Finanzierung einer Gerätenutzung abgerechnet. Diese Form der Sachkostenfinanzierung sei im Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht vorgesehen. Dies wäre aber im Sinne der fortschrittlichen Entwicklung zu fordern. Die Klägerin sei außerdem Ende Juli nicht mehr im Stande gewesen, persönlich bei der Krankenkasse vorzusprechen. Wegen der lebensbedrohlichen Situation hätte ohnedies nicht mit der Chemotherapie bzw. dem Einsatz des Kopfhautkältsystems gewartet werden können.

Die Klägerin beantragt, das Urteil des Sozialgerichts München vom 31.08.2004 und den zugrunde liegenden Bescheid der Beklagten vom 16.10.2003 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 29.01.2004 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihr EUR 492,00 zu bezahlen.

Die Beklagte beantragt, die Berufung zurückzuweisen.

Sie weist darauf hin, dass das Bundessozialgericht in ständiger Rechtsprechung entschieden habe, dass der Versicherte vor Inanspruchnahme einer Leistung außerhalb des vertragsärztlichen Systems grundsätzlich gehalten sei, seine Krankenkasse zu befragen, wenn eine Kostenerstattung begehrt werde. Bereits im Widerspruchsbescheid habe sie darauf hingewiesen, dass dies vorliegend nicht geschehen sei.

Wegen der weiteren Einzelheiten wird auf den Inhalt der beigezogenen Akte der Beklagten und der Gerichtsakten beider Rechtszüge Bezug genommen.

Entscheidungsgründe:

Die gemäß [§ 151 SGG](#) form- und fristgerecht eingelegte Berufung, die das Sozialgericht zugelassen hat, ist unbegründet. Die Klägerin hat unter keinem rechtlichen Aspekt Anspruch auf Erstattung der Kosten, die ihr von der Firma A. in Rechnung gestellt wurden.

Die Voraussetzungen des als einzige Anspruchsgrundlage in Frage kommenden [§ 13 Abs.3 SGB V](#) liegen nicht vor. [§ 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 dass 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 (ständige Rechtsprechung des BSG, s. Urteil vom 19.06.2001, [B 1 KR 23/00 R](#); [SozR 3-2500 § 28 Nr.6](#) m.w.N.). So liegt der Fall hier. Der behandelnde Arzt der Klägerin hat den Antrag mit Schreiben vom 30.07.2003 gestellt, der Antrag ist am 04.08.2003 bei der Beklagten eingegangen. Bereits am 30.07.2003 hat die Klägerin mit ihrer Unterschrift bestätigt, dass sie mit der Firma A. einen Vertrag schließt, woraufhin ihr diese die für die Behandlung notwendige Chipkarte zur Verfügung stellt. Die erste Karte wurde am 31.07.2003 in Rechnung gestellt. Da nach Angaben des Dr.A. die Chemotherapie in den Monaten 7 bis 11/2003 stattfand, muss die erste Chemotherapie und damit die erste Kopfhautklärung mittels DigniCAP-System bereits am 31.07. stattgefunden haben. Die Beklagte hatte damit keinerlei Möglichkeit, vor Beginn der Behandlung über ihre Leistungsverpflichtung zu entscheiden. Die Klägerin wurde nicht durch die Ablehnung der Krankenkasse veranlasst, sich die Behandlung auf eigene Kosten zu beschaffen. Damit scheidet eine Erstattung auch für nachfolgende Leistungen aus (s. BSG a.a.O.). Die Ausführungen des Klägerbevollmächtigten, die besondere Schwere der Erkrankung habe die sofortige Chemotherapie erforderlich gemacht, wird nicht bezweifelt. Das gilt aber nicht für den Einsatz des Kopfhautklärungssystems. Es hätte auf jeden Fall das frühere System bei der ersten Therapie genutzt werden können. Außerdem ist nicht schlüssig vorgetragen, weshalb die Klägerin gehindert gewesen sein sollte, sich vor Beginn der Chemotherapie telefonisch mit der Beklagten in Verbindung zu setzen und eine Eilentscheidung zu erbitten.

Letztendlich ist dies jedoch bereits deshalb nicht entscheidungserheblich, weil dem Sozialgericht zuzustimmen ist, dass die Klägerin keinen Sachleistungsanspruch auf die durchgeführte Therapie hatte. Dies bestreitet selbst der Bevollmächtigte der Klägerin nicht, wenn er auf die Meinung der behandelnden Ärzte der Klägerin hinweist, dass die Grundproblematik darin bestehe, dass die Abrechnung einer anteilsmäßigen Gerätenutzung über Chips im Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung nicht abgebildet ist. Dem ist zuzustimmen. Nach dem System der gesetzlichen Krankenversicherung stellen die Krankenkassen Sachleistungen zur Verfügung. Bei ärztlicher Behandlung ist dies die Tätigkeit

des Arztes. Der Einsatz von GerÄten in dessen Praxis wird vom Sachleistungsanspruch mit umfasst, konsequenterweise hat deshalb der behandelnde Arzt die Leistung nicht direkt der KIÄgerin in Rechnung gestellt, sondern die KIÄgerin veranlasst, einen Vertrag mit dem Anbieter der Leistung zu schlieÃen. Dies hat die KIÄgerin getan, sie hat ihre vertragliche Verpflichtung erfÃ¼llt, die Beklagte hat mit diesem Vertrag in keiner Weise eine Verbindung, sie ist zur Erstattung nicht verpflichtet. Das Bundessozialgericht hat hierzu bereits mit Urteil vom 15.04.1997, [1 RK 4/96 \(SozR 3-2500 Â§ 13 Nr.14\)](#) entschieden, dass die Krankenkasse nicht nach [Â§ 13 Abs.3 SGB V](#) fÃ¼r Kosten aufzukommen hat, die dem Versicherten fÃ¼r einen Teil der Ärztlichen Behandlung von dem Hersteller des dabei eingesetzten medizinisch-technischen GerÄtes in Rechnung gestellt werden.

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

GrÃ¼nde, die Revision gemÄÃ [Â§ 160 SGG](#) zuzulassen, sind nicht gegeben.

Erstellt am: 13.03.2006

Zuletzt verÄndert am: 22.12.2024