S 76 KR 1321/21

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Vertragsarztangelegenheiten
Abteilung	1.
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Hyperthermie
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 76 KR 1321/21
Datum	25.03.2022

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 145/22
Datum	12.01.2024

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung wird zurÃ¼ckgewiesen.

AuÃergerichtliche Kosten sind auch im Berufungsverfahren nicht zu erstatten.

Die Revision wird nicht zugelassen.

Â

Â

Tatbestand

Â

Im Streit steht ein Anspruch auf Erstattung der Kosten fÃ¼r eine von der KlÃ¤gerin selbst beschaffte Hyperthermie-Behandlung in einer Privatpraxis.

Â

Die 1964 geborene KlÃ¤gerin ist bei der Beklagten gesetzlich krankenversichert. Sie leidet an einer Borrelioseinfektion, die 2019 labordiagnostisch nachgewiesen wurde. Nachdem andere Behandlungen erfolglos geblieben waren, entschied sich die KlÃ¤gerin nach eigenen Recherchen fÃ¼r eine Hyperthermie-Behandlung bei der D-GmbH (nachfolgend: D). Die D ist ein nicht zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassenes Labor mit Privatpraxis.

Â

Am 07. Dezember 2020 rief die KlÃ¤gerin bei der Beklagten an und erhielt die allgemeine telefonische Auskunft, dass Hyperthermie keine Kassenleistung fÃ¼r die Behandlung der Borreliose sei.

Â

Am 15. Dezember 2020 unterzeichnete die KlÃ¤gerin einen â□□Auftrag zur privatÃ¤rztlichen Behandlung und Abrechnung der extremen GanzkÃ¶rper-Hyperthermie (Patientenvertrag)â□□an die D . Am selben Tag wurde mit der Behandlung begonnen, in dem internistische Ausschlussfaktoren kontrolliert wurden. Unter dem 30. Dezember 2020 unterschrieb sie ein AufklÃ¤rungsprotokoll und EinverstÃ¤ndniserklÃ¤rung fÃ¼r eine â□□extreme GanzkÃ¶rper-Hyperthermieâ□□ in dem u.a. ausgefÃ¼hrt wird, dass die Methode, bei der die KÃ¶rperkerntemperatur auf 41,6 Grad Celsius erwÃ¤rmt werde, in der Praxis vielfach erfolgreich angewendet werde, obwohl es sich nicht um eine wissenschaftlich allgemeine anerkannte Therapie-Methode handele. Sie werde derzeit nur in wenigen Einrichtungen durchgefÃ¼hrt. Am 06. Januar 2021 und am 13. Januar 2021 wurden jeweils GanzkÃ¶rperhyperthermie-Behandlungen mit anschlieÃ□ender Nachversorgung und Beobachtung Â durchgefÃ¼hrt. FÃ¼r die Behandlung zahlte die KlÃ¤gerin an die D insgesamt 17.750,00 â□¬.

Â

Unter dem 02. Februar 2021 beantragte die KlÃ¤gerin die Erstattung dieser Kosten.

Mit Bescheid vom 05. Februar 2021 lehnte die Beklagte eine KostenÃ¼bernahme ab: Eine (neue) Behandlungsmethode mÃ¼sse vom Gemeinsamen Bundesausschuss (GBA) zugelassen sein, damit die Leistung von den gesetzlichen Krankenkassen Ã¼bernommen werden kÃ¶nne. Eine Ausnahme kÃ¶nne nur im Einzelfall getroffen werden, wenn nach Â§ 2 Abs. 1a Sozialgesetzbuch 5. Buch (SGB V) kumulativ die Krankheit akut lebensbedrohlich sei, es keine andere TherapiemÃ¶glichkeit gebe, die helfen kÃ¶nne, und die gewÃ¤hlte Methode Aussicht auf Heilung verspreche oder die Krankheit spÃ¼rbar positiv beeinflusse. Die Krankheit der KlÃ¤gerin sei nicht akut lebensbedrohlich. Es stÃ¼nden auch alternative Therapien zur VerfÃ¼gung.

Â

Auf den hiergegen erhobenen Widerspruch der KlÃ¤gerin schaltete die Beklagte den

Medizinischen Dienst der Krankenversicherung Berlin-Brandenburg e. V. (MDK) ein. In dessen sozialmedizinischen Gutachten nach Aktenlage vom 19. MÃ¤rz 2021 durch Dr. L gelangt dieser zu dem Ergebnis, dass die genannten Voraussetzungen nicht erfÃ¼llt seien. Eine akut lebensbedrohliche Erkrankung liege nicht vor.

Die Beklagte wies daraufhin mit Widerspruchsbescheid vom 15. Juli 2021 den Widerspruch zurÃ¼ck.

Â

Hiergegen hat die KlÃ¤gerin am 16. August 2021 Klage beim Sozialgericht Berlin (SG) erhoben. Zu deren BegrÃ¼ndung hat sie ausgefÃ¼hrt, eine lebensbedrohliche Erkrankung i. S. d. Â§ 2 Abs. 1a SGB V liege vor. AnknÃ¼pfungspunkt fÃ¼r einen verfassungsrechtlich gebotenen Anspruch sei alleine das Vorliegen einer durch nahe Lebensgefahr gekennzeichneten individuelle Notlage. Es mÃ¼sse eine lebensbedrohliche bzw. wertungsmÃ¤Ãig vergleichbare Erkrankung vorliegen, die voraussichtlich entweder zum Tode fÃ¼hren oder einen wertungsmÃ¤Ãig vergleichbaren Krankheitsverlauf innerhalb eines kÃ¼rzeren Ã¼berschaubaren Zeitpunkts mit groÃer Wahrscheinlichkeit verwirklichen mÃ¼sse. Es habe auch keine gleich effektive zugelassene Behandlungsmethode (mehr) zur VerfÃ¼gung gestanden.

Â

Das SG hat die Klage mit Gerichtsbescheid vom 25. MÃ¤rz 2022 abgewiesen. Zur BegrÃ¼ndung hat es u.a. ausgefÃ¼hrt, als Rechtsgrundlage fÃ¼r das Erstattungsbegehren komme nur Â§ 13 Abs. 3 S. 1 SGB V in Betracht. Die Norm setze voraus, dass zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begrÃ¼ndeten Umstand eine rechtswidrige Ablehnung und der Kostenlast des Versicherten ein Ursachenzusammenhang bestehe. Ein Anspruch sei ausgeschlossen, wenn die Entscheidung der Krankenkasse das weitere Geschehen im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme einer Leistung nicht mehr habe beeinflussen kÃ¶nnen, weil sich die Betroffene bereits unabhÃ¤ngig vom Verhalten der Krankenkasse endgÃ¼ltig auf eine bestimmte Leistungsform festgelegt habe. Die Versicherte sei grundsÃ¤tzlich gehalten, sich vor der Inanspruchnahme einer Behandlung auÃerhalb des Sachleistungssystems an ihre Krankenkasse zu wenden, die LeistungsgewÃ¤hrung zu beantragen und die Entscheidung der Krankenkasse darÃ¼ber abzuwarten (Bezugnahme auf Bundessozialgericht â BSG, Urteil vom 22. MÃ¤rz 2005 â B 1 KR 3/04 R -). Eine Kostenerstattung solle nach Â§ 13 Abs. 3 SGB V nur erfolgen, wenn tatsÃ¤chlich eine VersorgungslÃ¼cke festgestellt werde. Diese Feststellung zu treffen sei Sache der Krankenkasse. Ihre vorherige PrÃ¼fung verbunden mit der MÃ¶glichkeit einer Beratung sei sachgerecht und liege gerade auch im eigenen Interesse der Versicherten, weil sie diese von dem Risiko entlasteten, die Kosten ggf. selber tragen zu mÃ¼ssen, wenn eine zur Erstattungspflicht fÃ¼hrender Ausnahmetatbestand nicht vorliege (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 08. September 2015 â B 1 KR 14/14 R -). Die KlÃ¤gerin habe vor der Selbstbeschaffung der Hyperthermie-Behandlung keinen Antrag bei der Beklagten gestellt, sondern erst nach DurchfÃ¼hrung der Leistung

Kostenerstattung beantragt. Auch die weiteren Voraussetzungen des Â§ 13 Abs. 3 SGB V sei nicht erfÃ¼llt. Die Hyperthermie-Behandlung sei nicht unaufschiebbar gewesen. Unaufschiebbarkeit liege vor, wenn die beantragte Leistung im Zeitpunkt ihrer tatsÃ¤chlichen Erbringung so dringlich gewesen sei, dass aus medizinischer Sicht keine MÃ¶glichkeit eines nennenswerten Aufschubes mehr bestanden habe. Ein Zuwarten sei aus medizinischen GrÃ¼nden dann nicht mehr zumutbar, wenn der angestrebte Behandlungserfolg zu einem spÃ¤teren Zeitpunkt nicht mehr eintreten kÃ¶nne oder z.B. wegen der IntensitÃ¤t der Schmerzen ein sofortiges Handeln erforderlich sei (Bezugnahme auf BSG, a. a. O.). Eine derartige EilbedÃ¼rftigkeit aufgrund einer notstandsÃ¤hnlichen Erkrankungssituation habe bei der KlÃ¤gerin nicht vorgelegen. Die Frage der Unaufschiebbarkeit kÃ¶nne letztlich sogar offen bleiben, denn der Kostenerstattungsanspruch bestehe selbst in FÃ¤llen der EilbedÃ¼rftigkeit nur fÃ¼r medizinische MaÃnahmen, die ihrer Art nach oder allgemein von den Krankenkassen als Sachleistungen zu erbringen sein oder nur deswegen nicht erbracht werden kÃ¶nnten, weil ein Systemversagen die ErfÃ¼llung der Leistungs-ansprÃ¼che Versicherter im Wege der Sachleistung gerade ausschlieÃen (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 24. April 2018 â B 1 KR 29/17 R -). Die Krankenkasse habe nicht fÃ¼r Kosten einzustehen, wenn die Versicherte sich eine MaÃnahme beschafft habe, die unter jedem Gesichtspunkt vom Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sei. Bei neuen Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung bestehe eine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nur dann, wenn zunÃ¤chst der GBA in Richtlinien nach Â§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 SGB V eine positive Empfehlung Ã¼ber den diagnostischen und therapeutischen Nutzen der Methode abgegeben habe und der Bewertungsausschuss sie zudem zum Gegenstand des einheitlichen BewertungsmaÃstabes fÃ¼r die vertragsÃ¤rztlichen Leistungen gemacht habe (Bezugnahme auf stÃ¤ndige Rechtsprechung des BSG, z.B. Urteil vom 02. September 2014 â B 1 KR 11/13 R -). Die Richtlinie nach Â§ 92 Abs. 1 S. 2 Nr. 5 i. V. m. Â§ 135 Abs. 1 SGB V regele nicht nur, unter welchen Voraussetzungen die zur vertrags-Ã¤rztlichen Versorgung zugelassenen Leistungserbringer wie Ãrzte, neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zu Lasten der Krankenkassen erbringen und abrechnen dÃ¼rften, sondern lege auch den Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten ambulanten Leistungen verbindlich fest (Bezugnahme auf BSG, a.a.O.). In der Richtlinie Methoden vertragsÃ¤rztlicher Versorgung sei durch den GBA geregelt, welche Methoden nicht als vertragsÃ¤rztliche Leistungen zu Lasten der Krankenkassen erbracht werden dÃ¼rften. Anlage 2 Ziffer 42 nenne ausdrÃ¼cklich die Hyperthermie, u. a. auch in Form der GanzkÃ¶rper-Hyperthermie. DarÃ¼ber hinaus hÃ¤tten Versicherte nur Anspruch auf Leistung durch zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassenen Ãrzte. Die Ãrzte der D seien jedoch nicht zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen. Ein gesetzlicher oder von der Rechtsprechung anerkannter Ausnahmefall, in dem es eine positive Empfehlung durch den GBA ausnahmsweise nicht bedÃ¼rfe, liege ebenfalls nicht vor. Eine solche Leistungspflicht kÃ¶nne sich ausnahmsweise aus Â§ 2 Abs. 1a SGB V ergeben. Eine lebensbedrohliche Erkrankung i.S. dieser Vorschrift liege (aber) nur vor, wenn eine notstandsÃ¤hnliche Situation i.S. einer in einem gewissen Zeitdruck zum Ausdruck kommenden Problematik vorliege, wie sie fÃ¼r einen zur Lebenserhaltung bestehenden akuten Behandlungsbedarf typisch sei. Es muss nach

den konkreten UmstÃ¤nden des Falles bereits drohen, dass sich der voraussichtlich tÃ¶dliche Krankheitsverlauf innerhalb eines kÃ¼rzeren, Ã¼berschaubaren Zeitraums mit groÃer Wahrscheinlichkeit verwirklichen werde. Ãhnliches kÃ¶nne fÃ¼r den ggf. gleichzustellenden nicht kompensierbaren Verlust eines wichtigen Sinnesorganes oder einer herausgehobenen KÃ¶rperfunktion gelten (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 28. Februar 2008 â B 1 KR 16/07 R -). Eine solche durch nahe Lebensgefahr oder die konkrete Gefahr des Verlustes eines wichtigen Sinnesorgans oder einer herausgehobenen KÃ¶rperfunktion gekennzeichnete individuelle Notlage sei bei der KlÃ¤gerin zum Zeitpunkt der Selbstbeschaffung der Hyperthermie im Januar 2021 nicht gegeben, wie sich auch aus dem MDK-Gutachten vom 19. MÃ¤rz 2021 ergebe. Ein Systemversagen liege schlieÃlich ebenfalls nicht vor. Ein solches sei dann gegeben, wenn die fehlende Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode darauf zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei, dass das Verfahren vor dem GBA trotz ErfÃ¼llung der fÃ¼r eine ÃberprÃ¼fung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgefÃ¼hrt worden sei. Dazu kÃ¶nne es kommen, wenn das Verfahren vor dem GBA von den antragsberechtigten Stellen oder von diesem selbst Ã¼berhaupt nicht, nicht zeitgerecht oder nicht ordnungsgemÃ¤Ã betrieben werde und dies auf eine willkÃ¼rliche oder sachfremde UntÃ¤tigkeit oder VerfahrensverzÃ¶gerung zurÃ¼ckzufÃ¼hren sei (Bezugnahme auf BSG, Urteil vom 07. Mai 2013 â B 1 KR 44/12 R â, Bundesverfassungsgericht, Beschluss vom 23. MÃ¤rz 2017 â 1 BvR 2861/16 -). Eine solche willkÃ¼rliche oder sachfremde UntÃ¤tigkeit oder VerfahrenszÃ¶gerung scheide hier aus, da der GBA das Methodenbewertungsverfahren zur Hyperthermie durchgefÃ¼hrt und sogar abgeschlossen habe.

Â

Gegen diese am 30. MÃ¤rz 2022 zugestellte Entscheidung richtet sich die Berufung der KlÃ¤gerin vom 02. Mai 2022. Zu deren BegrÃ¼ndung fÃ¼hrt sie aus, das SG habe seine Verneinung einer Ausnahme nach Â§ 2 Abs. 1a SGB V ohne entsprechende Sachkunde und unter Missachtung des klÃ¤gerischen Vortrages getroffen. Eine medizinische Bewertung hÃ¤tte es nicht treffen dÃ¼rfen. Bei der KlÃ¤gerin habe eine erhebliche Schmerzsituation bestanden, welche eine notstandsÃ¤hnliche Situation rechtfertige. Nach der Rechtsprechung liege u.a. bei der Multisystemerkrankung CFS eine schwere Erkrankung i. S. d. Â§ 2 Abs. 1a SGB V vor (Bezugnahme auf LSG Niedersachsen-Bremen, Beschluss vom 14. Oktober 2022 â L 4 KR 73/22 BER).

Â

Die KlÃ¤gerin beantragt,

Â

den Gerichtsbescheid des Sozialgerichts Berlin vom 25. MÃ¤rz 2022 sowie den Bescheid vom 05. Februar 2021 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 15. Juli 2021 aufzuheben und die Beklagte zu verpflichten, der KlÃ¤gerin die Kosten

fÃ¼r die selbstbeschaffte Hyperthermie-Behandlung zu erstatten.

Â

Â

Die Beklagte beantragt,

Â

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Â

Â

Mit Beschluss vom 01. Juni 2023 hat der Senat den Rechtsstreit dem Berichterstatter zur Entscheidung zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern Ã¼bertragen.

Â

EntscheidungsgrÃ¼nde

Â

Der Senat hat gemÃ¤Ã Â§ 153 Abs. 5 Sozialgerichtsgesetz (SGG) in der Besetzung durch den Berichterstatter zusammen mit den ehrenamtlichen Richtern entschieden. Der Rechtsstreit weist keine besonderen Schwierigkeiten tatsÃ¤chlicher oder rechtlicher Art auf (Â§ 105 Abs. 1 S. 1 SGG).

Es konnte entschieden werden, obgleich in der mÃ¼ndlichen Verhandlung niemand erschienen ist. Die Beteiligten sind nach Â§ 110 Abs. 1 Satz 2 SGG darauf hingewiesen worden, dass im Falle des Ausbleibens nach Lage der Akten entschieden werden kann.

Â

Der Berufung bleibt Erfolg versagt. Das SG hat die Klage zu Recht und mit zutreffender BegrÃ¼ndung, auf die zur Vermeidung bloÃer Wiederholungen zunÃ¤chst verwiesen wird (Â§ 153 Abs. 2 SGG) abgewiesen. Der streitgegenstÃ¤ndliche Bescheid in der Gestalt des Widerspruchsbescheides ist rechtmÃ¤Ãig und verletzt die KlÃ¤gerin nicht in ihren Rechten.

Â

Ein Kostenerstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 SGG V scheitert eigenstÃ¤ndig bereits daran, wie das SG ausgefÃ¼hrt hat, dass die KlÃ¤gerin die DurchfÃ¼hrung

der Hyperthermie-Behandlung nicht zunÃ¤chst (fÃ¶rmlich) beantragt hat.

Die Versicherte darf sich die begehrte Leistung erst auf eigene Kosten beschaffen, nachdem ihr die Krankenkasse die Entscheidung Ã¼ber die Ablehnung des Leistungsantrags bekannt gegeben hat (Ablehnungsbescheid; vgl. z. B. BSG, Urteil vom 22. April 2015 â B 3 KR 3/14 R â, juris-Rdnr. 10).

Â

Nur ergÃ¤nzend ist darauf hinzuweisen, dass das SG weiter auch zutreffend davon ausgegangen ist, dass bei der KlÃ¤gerin keine Notfallsituation i.S.v. Â§ 2 Abs. 1a SGB V bestanden hat.

Es konnte sich dabei wie der Senat auf die sachverstÃ¤ndigen ÃuÃerungen im Gutachten des MDK stÃ¼tzen, das eine Situation einen voraussichtlich tÃ¶dlichen Krankheitsverlauf innerhalb eines kÃ¼rzeren Zeitraumes mit groÃer Wahrscheinlichkeit ausschlieÃt, ebenso schwere irreversible SchÃ¤digungen wie Organversagen, Verlust von GliedmaÃen, Erblindung oder Ertaubung.

Zuletzt scheitert ein Kostenerstattungsanspruch wie vom SG ausgefÃ¼hrt auch an dem Umstand, dass die D nicht zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen ist.

Â

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG und entspricht dem Ergebnis in der Sache.

Â

GrÃ¼nde fÃ¼r die Zulassung der Revision nach Â§ 160 Abs. 2 Nr. 1 oder 2 SGG liegen nicht vor.

Erstellt am: 08.02.2024

Zuletzt verändert am: 22.12.2024