
S 12 KR 1343/96

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Hessen
Sozialgericht	Hessisches Landessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	Kostenerstattung neuartige Krankheit Therapie Zweckmäßigkeit Wirksamkeit Wirtschaftlichkeit Ausschlussdiagnostik
Leitsätze	Zur Frage der Kostenerstattung für diagnostische und therapeutische Maßnahmen bei einer neuartigen Krankheit (hier: Chronic fatigue Syndrome).
Normenkette	SGB V § 13 Abs. 3 SGB V § 2 Abs. 1 SGB V § 12 Abs. 1 SGB V § 27 Abs. 1 SGB V § 135

1. Instanz

Aktenzeichen	S 12 KR 1343/96
Datum	28.04.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 1 KR 712/99
Datum	03.03.2005

3. Instanz

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

I. Die Berufung des Klägers gegen das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 28. April 1999 wird zurückgewiesen.

II. Die Beteiligten haben einander keine Kosten zu erstatten.

III. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Der Kläger begehrt von der Beklagten die Erstattung der Kosten für eine privatärztliche Behandlung durch die Ärzte Dr. H. und Prof. Dr. I. in dem Zeitraum vom 28. Juli 1994 bis zum 3. November 1996.

Der Kläger war nach seinen Angaben in den Jahren von 1978 bis 1990 im Rahmen seiner landwirtschaftlichen Tätigkeit toxisch wirksamen Holzschutzmitteln, Pflanzenschutzmitteln sowie Insektiziden ausgesetzt. Seit Oktober 1984 werden von ihm die Symptome Unruhezustände, Nervosität, häufige Erk nkungskrankheiten, Schlaf- und Konzentrationsstörungen sowie Infektanf lligkeiten beschrieben. Der Kläger war wegen dieser Symptome bei verschiedenen Ärzten in Behandlung, wobei unterschiedliche Diagnosen gestellt und unterschiedliche vertragliche und außervertragliche Behandlungsmaßnahmen durchgeführt wurden (u.a. psychotherapeutische Maßnahmen, eine Amalgamsanierung, Akupunktur, Elektroakupunktur, Immuntherapie, Vitamin- und Mineralstoffsublementierung). Die Kosten für die Behandlungen waren dem Kläger von der Beklagten teilweise erstattet worden. Im Juni 1994 begab sich der Kläger zur Behandlung in die Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. I./Dr. H., wobei der Arzt für Innere Medizin Prof. Dr. I. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen ist und der praktische Arzt Dr. H. in dem hier maßgeblichen Zeitraum von 1994 bis 1996 ebenfalls zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen war.

Mit einem am 10. November 1994 bei der Beklagten eingegangenen Antrag bat der Kläger um Kostenübernahme für Purimmun-Infusionen, die ihm von den Ärzten Prof. Dr. I./Dr. H. auf privatärztlicher Basis verabreicht worden seien, und legte dazu ein Attest der betreffenden Ärzte vom 16. Oktober 1994 vor, in dem die Diagnosen "zellulärer Immundefekt, toxische Polyneuropathie und Holzschutzmittel-Intoxikation" bescheinigt wurden.

Nach Einholung eines Gutachtens des Internisten und Rheumatologen Dr. K., Medizinischer Dienst der Krankenversicherung in Hessen (MdK) vom 2. Februar 1995 teilte die Beklagte dem Kläger mit Schreiben vom 10. März 1995 mit, dieser habe als versicherungspflichtiges Mitglied gegenüber seiner Krankenkasse grundsätzlich nur einen Anspruch auf Sachleistung; der Gesetzgeber habe die Möglichkeit, den Weg der Kostenerstattung zu wählen, den freiwillig Versicherten vorbehalten. Die von ihm in Anspruch genommenen Ärzte Prof. Dr. I./ Dr. H. könnten als Vertragsärzte den Kläger auch im Rahmen des Sachleistungsprinzips über die Krankenversicherungskarte behandeln; auch die Verordnung des begehrten Medikaments Purimmun sei grundsätzlich möglich. Nach dem Gutachten des MdK vom 2. Februar 1994 sei indes nicht ersichtlich, dass eine medizinische Indikation für die durchgeführte Behandlung bestanden habe oder bestehe, zudem seien Wirtschaftlichkeit und Zweckmäßigkeit des Vorgehens der Ärzte nicht nachvollziehbar dokumentiert. Nach Auffassung des MdK sei vielmehr unverändert an ein Krankheitsbild aus dem psychosomatischen-

psychiatrischen Formenkreis zu denken. Eine interdisziplinäre Klärung der Beschwerden des Klägers im vertraglichen Rahmen, möglicherweise im Rahmen eines stationären Aufenthaltes, erscheine zweckmäßig. Gegebenenfalls könnte auch ein Beratungsgespräch mit einem psychotherapeutisch qualifizierten und mit umweltmedizinischen Fragestellungen bereits häufig befassten Arzt der MdK-Hauptverwaltung erwogen werden.

Mit seinem dagegen erhobenen Widerspruch machte der Kläger geltend, im Vordergrund stehe seine Erkrankung an einem chronischen Müdigkeitssyndrom (Chronic Fatigue Syndrom – CFS). Er habe Dr. H. aufgesucht, weil es sich bei diesem Arzt (ebenso wie bei Prof. Dr. I.) um einen der wenigen Spezialisten auf diesem Gebiet in Deutschland handeln würde. Die Sinnhaftigkeit eines Beratungsgesprächs durch den MDK sowie einer interdisziplinären Abklärung im Rahmen eines stationären Aufenthaltes vermöge er nicht erkennen, da er schon bei einem Spezialisten für dieses seltene Krankheitsbild in Behandlung sei. Der Kläger legte eine ärztliche Bescheinigung seines behandelnden Arztes für Neurologie und Psychiatrie Dr. R. vom 29. Juni 1995 vor, in der neben einer Polyneuropathie das Krankheitsbild CFS diagnostisch festgestellt wird.

In weiteren Schreiben vom 13. April 1995, vom 19. September 1995 und vom 4. Oktober 1995 lehnte die Beklagte weiterhin eine Kostenübernahme der privatärztlichen Behandlungen ab und bot ein Beratungsgespräch beim MDK an.

Den Widerspruch des Klägers wies die Beklagte mit Widerspruchsbescheid vom 28. Dezember 1995 mit der Begründung zurück, eine Kostenerstattung der bereits durchgeführten Behandlungen sowie eine Kostenübernahme künftiger Behandlungen bei den Ärzten Prof. Dr. I./Dr. H. scheide bereits deshalb aus, weil das System der sozialen Krankenversicherung für den Kreis der versicherungspflichtigen Mitglieder nicht vom Kostenerstattungs-, sondern vom Sachleistungsprinzip geprägt sei. Dieses Verfahren schließe die Möglichkeit einer Privat-Versorgung mit nachfolgender Kostenerstattung aus.

Der Kläger hat am 26. Januar 1996 Klage erhoben und geltend gemacht, der Anspruch auf Kostenerstattung für die Behandlung mit Immunglobulin ergebe sich unter dem Gesichtspunkt der Systemstörung. Er sei auf Grund seiner Erkrankung an CFS inzwischen als Schwerbehinderter anerkannt und erhalte seit dem 1. Mai 1994 eine Erwerbsunfähigkeitsrente. Dr. H. als einer der wenigen Spezialisten auf dem Gebiet des CFS sei bis zur höchststrichterlichen Klärung "des Meinungsbildes" des Medizinischen Dienstes und der Krankenkassen über diese Erkrankung und die Wirtschaftlichkeit seiner Therapien nicht mehr bereit, diese "auf Krankenschein" durchzuführen. Aufgrund ihres widersprüchlichen Verhaltens haben die Kassenärztliche Vereinigung, der MdK und fast alle Krankenkassen somit eine Systemstörung in der gesetzlichen Krankenversicherung hervorgerufen. Der Kläger hat hinsichtlich seines Gesundheitszustandes Berichte seines behandelnden Nervenarztes Dr. R. vom 14. November 1995, seines behandelnden Nervenarztes Dr. B. vom 13. November 1995 und vom 9. April 1996 sowie von Prof. Dr. D., Zentrum U. und A. in G., vom 10. April 1996 und von Prof. Dr. M. vom 28. Oktober 1994 vorgelegt. Weiterhin hat der Kläger zur Begründung seines Begehrens ein

Urteil des Sozialgerichts Düsseldorf vom 24. November 1997 ([S 4 Kr 107/94](#)) sowie medizinische Stellungnahmen und Sachverständigengutachten aus verschiedenen zivilrechtlichen und sozialrechtlichen Verfahren eingereicht, in denen Gegenstand jeweils die Bewertung der Untersuchungen und Behandlungen durch Dr. H. gewesen ist, und zwar ein Gutachten von Prof. Dr. O., R. Universitäts-Klinik H., Institut für I., vom 18. Mai 1995 für den Vorstand der M. V.-AG, eine Stellungnahme von Prof. Dr. B. vom 18. Mai 1995 für den Vorstand der M. K.-AG, ein Gutachten von Prof. Dr. K., P. Institut, Universität zu K., vom 29. August 1996 in einem Parallelverfahren vor dem Sozialgericht Düsseldorf, ein Gutachten des Arztes für Innere Medizin Prof. Dr. M. vom 7. August 1996 für das Landgericht Essen, ein Gutachten von Prof. Dr. Mx., Ärztlicher Direktor des Akademischen Krankenhauses der Universität U., vom 28. Februar 1997 in einem Parallelverfahren vor dem Sozialgericht Trier, ein Gutachten des Internisten Dr. H. vom 25. Februar 1997 in einem Parallelverfahren vor dem Sozialgericht Ulm, ein Gutachten des Arztes Dr. Sch. für die H. Krankenversicherung S. und ein Gutachten von Prof. Dr. E., Arzt für Innere Medizin, V.-K. der H-Universität B., für das Amtsgericht Düsseldorf vom 28. Oktober 1997.

Das Sozialgericht hat Befundberichte von dem behandelnden Arzt für Allgemeinmedizin Dr. O. vom 18. März 1997 eingeholt und die medizinischen Unterlagen aus der Schwerbehindertenakte des Klägers beim Hessischen Amt für Versorgung und Soziales Kassel zum Verfahren beigezogen. Mit Urteil vom 28. April 1999 hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen und in den Entscheidungsgründen im Wesentlichen ausgeführt, es könne dahinstehen, ob der Anspruch des Klägers bereits an der fehlenden Antragstellung vor Inanspruchnahme der konkreten Behandlung bei Dr. H. scheitere. Der Kläger könne Kostenerstattung bzw. Kostenübernahme jedenfalls deshalb nicht geltend machen, da das Behandlungskonzept der Ärzte Prof. Dr. I. und Dr. H. nach den insoweit einschlägigen Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden noch nicht anerkannt sei im Sinne von [§ 135 Abs. 1 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch – Gesetzliche Krankenversicherung – SGB V](#). Die fehlende Anerkennung der neuen Methode beruhe auch nicht auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems, denn gerade die von den Beteiligten wechselseitig im Verfahren vorgelegten vielfältigen Unterlagen zeigten, wie umstritten das geltend gemachte Behandlungskonzept noch sei. Es lägen somit sachliche Gründe dafür vor, dass der Ausschuss bisher über die Anerkennung der Methode noch nicht entschieden habe. Auch ein Teilkostenerstattungsanspruch komme nicht in Betracht, obgleich ein Teil der streitigen Leistungen als Vertragsleistungen hätten erbracht werden können. Abzustellen sei insoweit auf das Behandlungskonzept beim Krankheitsbild des Klägers als Ganzes. Soweit der Kläger als Teilleistung auch die Kosten für eine am 2. September 1994 durchgeführte Hypervario-ozontherapie geltend gemacht habe, scheitere der Anspruch daran, dass diese Therapie nach Anlage 2 Nr. 16 der Richtlinien über die Einführung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden ausdrücklich von der Leistungserbringung in der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen sei.

Gegen das ihm am 25. Mai 1999 zugestellte Urteil hat der Kläger am 14. Juni 1999

Berufung beim Hessischen Landessozialgericht in Darmstadt eingelegt. Er trägt vor, er habe darauf vertrauen dürfen, dass ihm die fehlende Antragstellung nicht vorgehalten werde, da ihm in der Vergangenheit von der Beklagten auf Vorlage von Arztrechnungen und Rezepten immer wieder Kosten erstattet worden seien. Im übrigen habe das Sozialgericht fehlerhaft den Anspruch abgelehnt mit der Begründung, es handle sich um eine neue Behandlungsmethode, die in den betreffenden Richtlinien noch nicht anerkannt worden sei. Der Bundesausschuss habe vielmehr mehrfach bestätigt, dass die Diagnostik und Therapie immunologischer Störungen bzw. Erkrankungen Bestandteil der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung seien. Die Leistungen unterlägen damit auch den für alle vertragsärztlichen Leistungen vorgeschriebenen Wirtschaftlichkeitsprüfungen. Richtigerweise hätte das Sozialgericht untersuchen müssen, ob eine Systemstörung sich ggf. daraus ergebe, dass einzelne Untersuchungs- und Behandlungsmethoden nicht zur vertragsärztlichen Versorgung gehörten. Für seine schwere Erkrankung gebe es nach wie vor keine Untersuchungs- und Behandlungsmethode, für die ein durch wissenschaftliche Studien hinreichend untermauerter Konsens über die Qualität und Wirksamkeit bestehe. Der Kläger hat dazu einen Bericht der unabhängigen Arbeitsgruppe des britischen Gesundheitsministeriums vorgelegt, der sich mit der Erkrankung CFS befasst.

Der Kläger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Kassel vom 28. April 1999 aufzuheben und die Beklagte unter Aufhebung der Bescheide vom 10. März und 13. April 1995 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 28. Dezember 1995 zu verurteilen, ihm die Kosten für in dem Zeitraum vom 24. August 1994 bis 3. November 1996 durchgeführte Behandlungen durch die Ärzte Prof. Dr. I. und Dr. H. einschließlich der von diesen veranlassten Laboruntersuchungen und verordneten Arzneimitteln in Höhe von insgesamt 10.584,03 DM (5.411,50 EUR) zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurückzuweisen.

Sie ist der Auffassung, für den Zeitpunkt des Beginns der Therapie durch die Ärzte Dr. H./Prof. Dr. I. sei eine sichere Ableitung der Diagnose CFS nicht möglich. Die für diese Erkrankung im maßgeblichen Zeitraum anzunehmenden Haupt- und Nebenkriterien seien von den behandelnden Ärzten nicht dokumentiert und mit einer Ausschlussdiagnostik belegt worden. Die Beklagte beruft sich dafür u. a. auf ein Gutachten des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung N. vom 5. Januar 1995, die sie im Klageverfahren zu den Akten eingereicht hat, sowie auf ein Urteil des Sozialgerichts Detmold vom 28. September 1999 (â S 7 (11, 2) KR 9/95 â).

Der Senat hat die Beteiligten in einem Erörterungstermin am 27. November 2003 angehört und zur Ermittlung des medizinischen Sachverhaltes Befundberichte von dem behandelnden Arzt Dr. H. vom 3. September 2004 sowie vom 14. Oktober 2004

eingeholt sowie Behandlungsunterlagen dieses Arztes zum Verfahren beigezogen. Weiterhin hat das Gericht Beweis erhoben durch Einholung eines nervenÄrztlich-psychosomatischen Gutachtens nach Aktenlage von dem Leitenden Oberarzt der P. Klinik des U. H., Facharzt fÄ½r Neurologie und Psychiatrie, Facharzt fÄ½r psychotherapeutische Medizin, Privatdozent Dr. H. vom 25. Oktober 2004 zu der Frage, ob zum Zeitpunkt der Diagnoseerstellung durch Dr. H. und Einleitung einer immun-modulatorischen Behandlung die zum damaligen Zeitpunkt gÄ½ngigen, durch wissenschaftliche Untersuchungen gesicherten Standards der Diagnostik und Behandlung eingehalten wurden und ob damit das therapeutische Vorgehen der behandelnden Ä¼rzte wissenschaftlich und Ä¼konomisch gerechtfertigt werden kann. Hinsichtlich des Ergebnisses der Beweisaufnahme wird auf den Inhalt des Gutachtens in der Gerichtsakte (Band III, Bl. 588 ff.) Bezug genommen. Zur ErlÄ½uterung dieses Gutachtens hat der Senat den SachverstÄ½ndigen auf Antrag des KlÄ½gers im Termin am 3. MÄ½rz 2005 persÄ½nlich angehÄ½rt; insoweit wird auf die Niederschrift zum Termin am 3. MÄ½rz 2005 verwiesen. Hinsichtlich des Sach- und Streitstandes im Ä¼brigen wird auf die Gerichtsakten (Band I â¼ Band III) sowie auf die Verwaltungsakte der Beklagten verwiesen, die zum Verfahren beigezogen worden ist.

EntscheidungsgrÄ½nde:

Die Berufung des KlÄ½gers ist erfolglos. Das angefochtene Urteil des Sozialgerichts Kassel ist im Ergebnis zu Recht ergangen. Der KlÄ½ger hat keinen Anspruch auf Kostenerstattung fÄ½r die in der Gemeinschaftspraxis Prof. Dr. I./Dr. H. â¼ insbesondere von Dr. H. in dem Zeitraum von Juli 1994 bis November 1996 durchgefÄ½hrten diagnostischen und therapeutischen BehandlungsmaÄ¼nahmen.

Als Rechtsgrundlage fÄ½r die geltend gemachte Erstattung von Kosten fÄ½r selbst beschaffte Behandlungen kommt allein [Ä½ 13 SGB V](#) in Betracht. Da sich der behauptete Kostenerstattungsanspruch spÄ½testens mit dem Abschluss der Behandlung im November 1996 realisiert hat, ist die Sach- und Rechtslage zu diesem Zeitpunkt maÄ¼geblich und [Ä½ 13 SGB V](#) in der vom 1. Januar 1993 bis zum 30. Juli 1997 geltenden Fassung durch Art. 1 des Gesetzes zur Sicherung und Strukturverbesserung der gesetzlichen Krankversicherung (Gesundheitsstrukturgesetz) anzuwenden.

Pflichtversicherte Mitglieder wie der KlÄ½ger kÄ½nnen Kostenerstattung nach der hier maÄ¼geblichen Fassung des [Ä½ 13 SGB V](#) nur dann geltend machen, wenn die Krankenkasse eine notwendige und unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte ([Ä½ 13 Abs. 3](#) 1. Alt. SGB V) oder eine notwendige Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und dem Versicherten dadurch fÄ½r die selbst beschaffte Leistung Kosten entstanden sind ([Ä½ 13 Abs. 3](#) 2. Alt. SGB V).

Die Beklagte hat die Behandlung nicht zu Unrecht verweigert und den KlÄ½ger dadurch gezwungen, sich die notwendige Leistung selbst zu beschaffen ([Ä½ 13 Abs. 3](#) 2. Alternative SGB V). Soweit der KlÄ½ger die Erstattung von Kosten fÄ½r Leistungen geltend gemacht hat, die er vor dem ablehnenden Bescheid der Beklagten vom 10. MÄ½rz 1995 in Anspruch genommen hat, kommt eine Erstattung

schon deshalb nicht in Betracht, weil es an der nach [Â§ 13 Abs. 3](#) 2. Alternative SGB V erforderlichen Kausalität zwischen Ablehnung und Kostenentstehung fehlt. Aus dem Wortlaut der Vorschrift in der hier anzuwendenden Fassung geht hervor, dass ein Kausalzusammenhang zwischen den Kosten für die selbst   d. h. außerhalb des für Sachleistungen gesetzlich vorgesehenen Weges und/oder eines nicht zugelassenen Leistungserbringers   beschaffte Leistung und der Nichtleistung und der Leistungsablehnung durch die Krankenkasse erforderlich ist (st ndige Rechtsprechung des Bundessozialgerichtes, vgl. u.a. BSG, Beschluss vom 15. April 1997   [1 BK 31/96](#)  , [NZS 1997, 569](#)-570; Urteil vom 20. Mai 2003 à [B 1 KR 9/03 R](#)  , Breithaupt 2004, 182). Wegen des Ausnahmecharakters der Kostenerstattung und zur Vermeidung von Missbräuchen muss der Krankenkasse vorab die Prüfung ermöglicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden kann und, falls dies nicht möglich ist, ob sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehört. Der Versicherte muss sich deshalb vor jeder Behandlung in zumutbarem Umfang um die Gewährung der Behandlung als Sachleistung bemühen, d. h. er muss vor Behandlungsbeginn mit der Krankenkasse Kontakt aufgenommen und deren Entscheidung abgewartet haben. Erst die Weigerung (Leistungsablehnung) der Kasse gibt dem Versicherten das Recht, sich die benötigte Behandlung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafür aufgewendeten Kosten zu verlangen (vgl. BSG, Urteile vom 15. April 1997 und vom 20. Mai 2003, jeweils a.a.O.).

Soweit der Kläger Erstattung von Kosten für Leistungen geltend macht, die er sich nach dem ablehnenden Bescheid durch die Beklagte bei Dr. H. beschafft hat, scheitert eine Kostenerstattung nach [Â§ 13 Abs. 3](#) 2. Alt. SGB V daran, dass ein Anspruch auf die Sachleistung nicht bestanden hätte und damit auch nicht im Wege der Kostenerstattung geltend gemacht werden kann. Der Sachleistungsanspruch des Versicherten ist gemäß [Â§ 2 Abs. 1, 12](#), Abs. 1 und 27 Abs. 1 SGB V auf Leistungen beschränkt, deren Qualität und Wirksamkeit dem allgemeinen medizinischen Stand der medizinischen Erkenntnisse entsprechen und zweckmäßig und wirtschaftlich sind; das Maß des Notwendigen darf nicht überschritten werden. Therapiefreiheit des Arztes in dem Sinne, dass Untersuchungs- oder Behandlungsmaßnahmen beliebig eingesetzt werden können, kennt weder das einfache Recht noch das Verfassungsrecht. Eine bloß auf allgemeine Erwägungen gestützte hypothetische Möglichkeit eines Heilerfolges kann die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auch nicht begründen, denn in einem solchen Fall ist der therapeutische Nutzen der Behandlung gerade nicht ausreichend gesichert (BSG, Urteil vom 6. Oktober 1999   [B 1 KR 13/97 R](#) -, [BSGE 85, 56](#)). Hinsichtlich der Feststellung der Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit bei Maßnahmen, die zur Bekämpfung einer neuartigen Krankheit wie der Erkrankung CFS eingesetzt werden, hat das Bundessozialgericht ausgeführt, für diese gelte zwar nicht ohne weiteres der Erlaubnisvorbehalt in [Â§ 135 Abs. 1 Satz 1 SGB V](#), denn dieser beziehe sich auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, nicht dagegen auf umstrittene Krankheitsbilder; die Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit von Leistungen lasse sich bei neuartigen Krankheiten aber nur dann beurteilen, wenn eine zuverlässige Diagnoseentscheidung möglich sei (vgl. BSG, Urteile vom 25. September 2000  

[B 1 KR 24/99 R](#) â□□ , [SGb 2001, 639](#), und [B 1 KR 5/99 R](#) â□□ , [NZS 2001, 319](#)). Zu untersuchen sei daher, ob zumindest die von den BefÃ¼rwortern der betreffenden medizinischen Auffassung selbst aufgestellten Diagnosestandards eingehalten seien, ferner, ob allgemein anerkannte GrundsÃ¤tze einer sinnvollen Stufendiagnostik zum Ausschluss anderer Erkrankungen befolgt wurden und ob die angewandte Therapie in Ansehung der festgestellten Regelwidrigkeiten medizinisch vertretbar gewesen sei (BSG, Urteile vom 25. September 2000, a.a.O.).

Im vorliegenden Fall lÃ¤sst sich bei Zugrundelegung der allgemein anerkannten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft im Zeitpunkt der Behandlung nicht zuverlÃ¤ssig feststellen, dass die von Dr. H. diagnostizierte Erkrankung CFS bei dem KlÃ¤ger vorgelegen hat, so dass schon aus diesem Grund nicht beurteilt werden kann, ob die angewandte Therapie zweckmÃ¤Ãig und wirtschaftlich gewesen ist. Selbst wenn man aber davon ausgeht, dass das Beschwerdebild des KlÃ¤gers dem Krankheitsbild CFS entspricht, so lÃ¤sst sich hinsichtlich der im streitigen Zeitraum erfolgten diagnostischen und therapeutischen MaÃnahmen, bei denen es sich um vertragliche Leistungen gehandelt hat, nicht zuverlÃ¤ssig feststellen, dass es sich um zweckmÃ¤Ãige Behandlungsstrategien gehandelt hat.

FÃ¼r diese Feststellungen stÃ¼tzt sich der Senat auf das von ihm eingeholte Gutachten des SachverstÃ¤ndigen Priv. Doz. Dr. Hx., Leitender Oberarzt der P. Klinik des UniversitÃ¤tsklinikums H., Facharzt fÃ¼r Neurologie und Psychiatrie, Facharzt fÃ¼r psychotherapeutische Medizin, vom 25. Oktober 2004 sowie auf die ErlÃ¤uterungen des SachverstÃ¤ndigen bei seiner mÃ¼ndlichen AnhÃ¶rung im Termin am 3. MÃ¤rz 2005. Der SachverstÃ¤ndige hat in seinem Gutachten die Standarddiagnostikschemas zu diesem Krankheitsbild im Behandlungszeitraum unter Auswertung der Literatur dargestellt und ausgefÃ¼hrt, fÃ¼r die Diagnosestellung CFS kÃ¶nnten nach der Selbstauskunft des KlÃ¤gers einige Symptome entnommen werden, eine sichere Ableitung der Diagnose sei jedoch nicht mÃ¶glich. Die initialen Symptome, UnruhezustÃ¤nde, NervositÃ¤t, hÃ¤ufige ErkÃ¤ltungskrankheiten, SchlafstÃ¶rungen seien eher unspezifische Symptome, die sowohl einer AnpassungsstÃ¶rung, aber auch einer leicht bis mittelgradigen depressiven Episode zugeordnet werden kÃ¶nnten. Die ab 1987 beschriebenen Symptome (stÃ¤ndiger Schwindel, Depression und WeinkrÃ¤mpfe, massive SchlafstÃ¶rungen, InfektanfÃ¤lligkeiten, KonzentrationsstÃ¶rungen) seien ebenfalls unspezifisch und kÃ¶nnten als mittelgradige depressive Episode eventuell in Verbindung mit einer autonomen somatoformen StÃ¶rung des kardiovaskulÃ¤ren Systems gewertet werden. Der SachverstÃ¤ndige betont, dass die Standarddiagnostikschemas des Jahres 1994 sÃ¤mtlich in Bezug auf das Hauptsymptom MÃ¼digkeit eine ausfÃ¼hrliche und differenzierte Abschlussdiagnostik anderer organischer oder psychiatrischer Erkrankungen erforderten. Derlei Feststellungen fehlten im vorliegenden Fall vÃ¶llig. Dr. H., der dazu noch einmal befragt worden sei, habe in seiner Auskunft vom 14. Oktober 2004 lediglich auf ausfÃ¼hrliche wissenschaftliche Publikationen aus den Jahren 1995 bis 2003 verwiesen und auf das von ihm herausgegebene Sachbuch "Gesund oder krank" (erschienen 1995). Bei seiner AnhÃ¶rung im Termin hat der SachverstÃ¤ndige nochmals bestÃ¤tigt, dass bei den (erheblichen) Beschwerden, die der KlÃ¤ger in seiner Selbstauskunft dargestellt habe, verschiedene

Erklärungsmodelle denkbar seien, denen diese Symptome zugeordnet werden könnten; vorliegend fehle jedenfalls eine eindeutige Dokumentation für den Ausschluss anderer Erklärungsansätze außer der geltend gemachten Erkrankung CFS.

Hinsichtlich der hier vorgenommenen Behandlung mit Immunglobulinen, die jeweils abhängig von den Beschwerden des Patienten oder den Erfahrungswerten des Behandlers zum Einsatz kämen, hat der Sachverständige festgestellt, es gebe nach Auswertung der wissenschaftlichen Literatur keine ausreichenden wissenschaftlichen Belege für deren Wirksamkeit bei der Erkrankung CFS; bei diesen Maßnahmen habe es sich weder um notwendige noch um wirtschaftliche Behandlungsstrategien gehandelt. In der mündlichen Verhandlung hat der Sachverständige diese Ausführungen dahingehend bekräftigt, der von den betreffenden Ärzten gewählte immunmodulatorische Ansatz, der zudem erhebliche Nebenwirkungen zur Folge habe, sei schon im Zeitpunkt der Behandlung des Klägers (1994 – 1996) in der Wissenschaft hinsichtlich des Heilerfolges bei der Krankheit CFS als fragwürdig angesehen worden. Dieser Trend habe sich in der wissenschaftlichen Beurteilung in der Folgezeit verstärkt. So könne auch der von dem Kläger im Berufungsverfahren vorgelegten britischen Studie entnommen werden, dass bei dem Krankheitsbild CFS als medizinisch vertretbare Behandlungsmöglichkeiten die Verhaltens- und/oder Übungstherapie in Betracht kämen. Der Sachverständige hat in seinem Gutachten hervorgehoben, es wäre möglich gewesen, eine Erfolg versprechende neue Therapiestrategie im Rahmen einer wissenschaftlichen Untersuchung zu erproben. Unverzichtbar dafür sei eine nach aktuellem wissenschaftlichen Stand standardisierte Diagnosestellung (die hier in den Akten vollständig fehle und von den Ärzten H. und I. nicht nachgereicht werden konnte), eine ausführliche Aufklärung des Patienten über zu erwartende positive Wirkungen und mögliche unerwünschte Wirkungen der Behandlungsmaßnahmen (diese fehle ebenfalls) sowie eine in einem angemessenen Zeitraum vorgenommene Dokumentation des Behandlungsverlaufs, die mindestens sechs Monate über die Beendigung der Behandlungsmaßnahme hinaus reichen sollte. Eine entsprechende Dokumentation fehle ebenfalls und sei von den Ärzten auch auf Anforderung nicht nachgereicht worden.

Der Senat hat keinen Zweifel an der Richtigkeit der Ausführungen und Bewertungen des Sachverständigen, die für den Senat nachvollziehbar und überzeugend sind. Priv. Doz. Dr. Hx. gehört zu den Ärzten, die sich mit dem Krankheitsbild CFS intensiv befasst und dieses auch in der wissenschaftlichen Literatur abgehandelt haben (vgl. Henningsen.: Somatoforme Störungen: Leitlinien und Quellentexte S. 53-58, Schafftauer Verlag, Stuttgart 2002).

Ein Kostenerstattungsanspruch lässt sich hier auch nicht mit dem Unvermögen der Beklagten zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren und notwendigen Leistung begründen ([§ 13 Abs. 3](#) 1. Alt. SGB V). Unaufschiebbarkeit liegt vor bei Behandlungen aufgrund eines Notfalles im Sinne von [§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V](#), bei einer Systemstörung, einer Versorgungs-lücke oder einer durch höhere Gewalt hervorgerufenen dringenden Bedarfslage (Häfler in Kasseler

Kommentar, Band I, Stand: 1. April 2002, [Â§ 13 SGB V](#) Rdnrn. 26, 27). Ein Systemversagen auf das sich der KlÃ¤ger hier beruft, lÃ¤sst sich nicht feststellen, denn die betreffenden Ãrzte mussten von dem KlÃ¤ger nicht aufgesucht werden, weil eine von der Beklagten geschuldete Behandlung im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nicht zur VerfÃ¼gung gestellt werden konnte. Zum einen lÃ¤sst sich nach dem von dem Senat eingeholten SachverstÃ¤ndigengutachten das Vorliegen der Erkrankung CFS und die medizinische Notwendigkeit der hier getroffenen BehandlungsmaÃnahmen nicht feststellen. Zum anderen mÃ¼ssen Versicherte auch in dringenden Bedarfslagen ihrerseits das Erforderliche tun und sich vor Inanspruchnahme einer Leistung auÃerhalb des Sachleistungssystems grundsÃ¤tzlich an ihre Krankenkasse wenden. Auch Schwierigkeiten bei der Leistungsbeschaffung, die sich etwa daraus ergeben, dass groÃe Teile der Ãrzteschaft mit dem Krankheitsbild CFS nicht vertraut (gewesen) sind, rechtfertigen insoweit keine Ausnahme (vgl. BSG, Urteil vom 25. September 2000 â [B 1 KR 5/99 R](#) -, a.a.O.). Sie sind vielmehr ein zusÃ¤tzlicher Anlass, sich an die Beklagte zu wenden, um tatsÃ¤chlich alle erreichbaren BehandlungsmÃglichkeiten auszuschÃ¶pfen. Vorliegend hat indes der KlÃ¤ger sÃ¤mtliche ihm von der Beklagten angebotenen diagnostischen MÃglichkeiten zur Erfassung des Krankheitsbildes abgelehnt.

Aufgrund der Tatsache, dass wegen der fehlenden Dokumentation des behandelnden Arztes eine zuverlÃ¤ssige Diagnosestellung nicht mÃglich bzw. die Einhaltung der Diagnosestandards fÃ¼r das Krankheitsbild CFS nicht geprÃ¼ft werden kann, brauchte der Senat der Anregung des KlÃ¤gers, ein weiteres â internistisches â Gutachten einzuholen, nicht nachzugehen. Aus den gleichen GrÃ¼nden ist der Antrag auf Einholung eines internistischen Gutachtens nach [Â§ 109 Sozialgerichtsgesetz \(SGG\)](#) abzulehnen; auf die von dem KlÃ¤ger aufgeworfenen Fragen, welchem medizinischen Fachgebiet die Erkrankung CFS zuzuordnen ist und welche Therapien bei diesem Krankheitsbild wirksam sind, kommt es nicht an, da schon eine zuverlÃ¤ssige Diagnosestellung fÃ¼r den Behandlungszeitraum nicht mÃglich ist.

Der KlÃ¤ger kann sich gegenÃ¼ber der Beklagten hinsichtlich einer LeistungsgewÃ¤hrung im Wege der Kostenerstattung auch nicht auf Vertrauensschutz berufen. Zum einen kommt Bewilligungen im Krankenversicherungsrecht grundsÃ¤tzlich nur eine eingeschrÃ¤nkte Bindungswirkung zu, indem diese grundsÃ¤tzlich nur fÃ¼r den nÃ¤chsten Bewilligungsabschnitt gelten (BSG, Urteil vom 16. November 1999 â [B 1 KR 9/97 R](#) â , [BSGE 85, 132](#)). Dies gilt erst recht fÃ¼r konkludente Bewilligungen durch tatsÃ¤chliche Zahlung. Zum anderen hat die Beklagte dem KlÃ¤ger in der Vergangenheit zwar teilweise Kosten fÃ¼r verschiedene Behandlungen und Medikamente erstattet. Eine fortgesetzte LeistungsgewÃ¤hrung (durch Kostenerstattung) fÃ¼r Behandlungen in der Praxis der Ãrzte Dr. H. und Prof. Dr. I. hat indes nicht stattgefunden. Vielmehr hat der KlÃ¤ger die Kostenerstattung bzw. die kÃ¼nftige KostenÃ¼bernahme fÃ¼r Behandlungen bei diesen Ãrzten erstmals mit seinem (streitgegenstÃ¤ndlichen) Antrag von November 1994 geltend gemacht.

Die Kostenentscheidung beruht auf [Â§ 193 SGG](#).

Der Senat hat die Revision nicht zugelassen, da Zulassungsgründe angesichts der genannten Rechtsprechung des Bundessozialgerichts zu dem betreffenden Krankheitsbild und zu dem Umfang der erforderlichen Ermittlungen vorliegen.

Erstellt am: 19.10.2005

Zuletzt verändert am: 22.12.2024