S 9 KR 78/02

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Nordrhein-Westfalen
Sozialgericht	Sozialgericht Duisburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	9
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 9 KR 78/02
Datum	18.07.2003

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	-

3. Instanz

Datum	-

Die Klage wird abgewiesen. Kosten sind nicht zu erstatten.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darÃ¼ber, ob die Beklagte der KlÃ¤gerin die Kosten einer Funktionsuntersuchung der HalswirbelsÃ¤ule in einem offenen Kernspintomografen (MRT) zu erstatten hat. Hierbei handelt es sich um ein bislang in der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nicht zugelassenes Diagnoseverfahren.

Die 1965 geborene, bei der Beklagten versicherte KlÃ¤gerin erlitt im Jahre 1980 einen schweren Verkehrsunfall, bei dem sie eine SchÃ¤delbasisfraktur sowie eine zweifache Kieferfraktur erlitt und anschlieÃend fÃ¼r 9 Tage im CKoma lag. DarÃ¼ber hinaus leidet sie an einem Sicca-Syndrom der SchleimhÃ¤ute, insbesondere der AugenbindehÃ¤ute, der Schleimhauttrakte der oberen Atemwege, Chemikalienintoleranz, ErschÃ¶pfungssyndrom, Trigeminusneuralgie, Dyspep-Dyspepsien sowie Schwindelattacken. Die Ursache hierfÃ¼r sieht ihr behandelnder Arzt Dr. L, Arzt fÃ¼r Innere Medizin und Umweltmedizin, Diagnostik- und Therapiezentrum S, in einer posttraumatischen InstabilitÃ¤t im ersten HalswirbelsÃ¤ulengelenk mit Ã¼berwiegend cervico-cephvalem Syndrom, die die

Folgekrankheiten hervorgerufen habe.

Im August 2000 beantragte Dr. L fÃ¼r die KlÃ¤gerin bei der Beklagten die KostenÃ¼bernahme zur DurchfÃ¼hrung einer funktionellen MRT im ersten HalswirbelsÃ¤ulengelenk. Hierzu fÃ¼hrte er aus: Er halte die Untersuchung in einem offenen MRT-GerÃ¤t fÃ¼r erforderlich, um alle BewegungsablÃ¤ufe im HalswirbelsÃ¤ulengelenk, die Struktur der Ligamenta alaria, die Aufklappbarkeit der HalswirbelsÃ¤ulengelenke sowie einen evtl. Myoelonkontakt des Atlaszahnes zu erfassen. Ãberdies sei die Untersuchung auch deshalb indiziert, weil differenzial-therapeutische MaÃnahmen sich von den bisherigen unterschieden, die KlÃ¤gerin noch sehr jung sei, ohne Behandlung dieser SchÃ¤digungsnoxe weitere starke GesundheitsschÃ¤digungen mit erhÃ¶hten Krankheitskosten anfallen wÃ¼rden und vor allem eine kausale Therapie mÃ¶glich sei. Er empfahl den insoweit erfahrenen Radiologen Dr. W in L. Die Kosten fÃ¼r die Untersuchung werden mit ca. 3.500,00 DM beziffert angegeben. Auf die beigefÃ¼gten Berichte des Nervenarztes Dr. C vom 07.03.2000, des Radiologen Dr. I vom 29.02.2000, des Augenarztes Dr. J vom 10.07.1996, des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. P vom 14.11.2000, des Hals-Nasen-Ohren-Arztes Dr. N vom 19.02.2001, die von Dr. L erstellte Ã¤rztliche Epikrise vom 22.02.2001 sowie einen Aufsatz mit dem Titel "Das HWS-Schleudertrauma â moderne medizinische Erkenntnisse" wird Bezug genommen. Die Beklagte holte hierzu ein sozialmedizinisches Gutachten nach Aktenlage von Frau Dr. L2 vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung â MDK â Nordrhein ein, worin sie unter dem 06.04.2001 u.a. ausfÃ¼hrte: Zu der beantragten MaÃnahme liege bislang weder ein Antrag auf ÃberprÃ¼fung noch eine Entscheidung des zustÃ¤ndigen Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen vor. Die Diagnostik sei Ã¼berdies noch nicht abgeschlossen; angesichts der angegebenen Symptomatik sei eine weitere hals-nasen-ohren-Ã¤rztliche orthopÃ¤dische, neurologische, neurochirurgische, augenÃ¤rztliche und ggfs. auch kieferchirurgische Diagnostik erforderlich. Erst nach Abschluss dieser Stufendiagnostik kÃ¶nnten Angaben zu vertraglichen BehandlungsmÃ¶glichkeiten gemacht werden. Laut einer sozialmedizinischen Stellungnahme des MDS vom 11.02.2000 sei bezÃ¼glich des Einsatzes der offenen Kernspintomografie im HalswirbelsÃ¤ulenbereich festzustellen, dass Funktionsuntersuchungen an der HalswirbelsÃ¤ule in geschlossenen Kernspintomografen mit besserer QualitÃ¤t mÃ¶glich seien. Der Einsatz der offenen Kernspintuntersuchung sei daher fÃ¼r die hier vorliegende Fragestellung medizinische nicht notwendig. Abgesehen davon befinde sich die Funktionsdiagnostik derzeit noch im Stadium der wissenschaftlichen Erprobung und stelle keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung dar. Auch sei kein offener Kernspintomograf auf dem Markt, der die apparativen Anforderungen des Â§ 135 Abs. 12 Nr. 2 des Sozialgesetzbuches FÃ¼nftes Buch â SGB V â erfÃ¼lle. Auch von den Berufsorganisationen der Radiologen werde auf die nicht gesicherte GerÃ¤tequalitÃ¤t von offenen Kernspintomografen verwiesen.

In einem weiteren auf Veranlassung der Beklagten von Frau Dr. B vom MDK Nordrhein eingeholten sozialmedizinischen Gutachten nach Aktenlage vom 23.05.2001 vertrat sie unter BerÃ¼cksichtigung der vorgelegten medizinischen Unterlagen ebenfalls die Auffassung, eine Indikation fÃ¼r die beantragte

Untersuchung bestehe nicht; es werde eine weitere orthopÃ¤dische Betreuung und ggfs. Diagnostik im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung empfohlen.

Mit Bescheid vom 27.06.2001 lehnte die Beklagte die KostenÃ¼bernahme fÃ¼r die offene Kernspintomografie unter Bezugnahme auf die vom MDK eingeholten Gutachten ab. Im Ã¼brigen fÃ¼hrte sie aus: Da die offenen Kernspintomografen vom Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen noch nicht beurteilt und bewertet worden seien und deren diagnostischer und therapeutischer Nutzen bezogen auf ein bestimmtes Krankheitsbild noch nicht medizinisch-wissenschaftlich anerkannt sei, gehÃ¶re die offene Kernspintomografie nicht zum Leistungskatalog der gesetzlichen Krankenversicherung. Da die fehlende Anerkennung der offenen Kernspintomografie im Rahmen der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung auch nicht auf einen Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruhe, seien die Voraussetzungen fÃ¼r eine KostenÃ¼bernahme nicht gegeben. Insoweit stÃ¤nden vertragliche UntersuchungsmÃ¶glichkeiten wie die Funktionsuntersuchung in einem geschlossenen Kernspintomografen zur VerfÃ¼gung.

Hiergegen erhob die KlÃ¤gerin am 25.07.2001 bei der Beklagten Widerspruch und trug durch ihren ProzessbevollmÃ¤chtigten vor: In Anbetracht ihres auÃergewÃ¶hnlichen Krankheitsbildes und des Umstandes, dass die beantragte Methode durchaus von namhaften Radiologen bei ihrem Krankheitsbild befÃ¼rwortet werde, sei eine KostenÃ¼bernahme angezeigt, zumal sich die fÃ¼r eine sichere Diagnose und eine daran anschlieÃende erfolgversprechende Therapie notwendige Untersuchung bei ihr wegen den erforderlichen Bewegungen nicht in einem geschlossen Kernspintomografen, sondern nur in einem teilweise offenen GerÃ¤t durchfÃ¼hren lieÃe, welches die notwendigen Drehungen und Bewegungen zulasse. Sie verwies auf eine Stellungnahme des Radiologen Prof. Dr. M vom 28.12.2001 nebst Anlagen, auf die Bezug genommen wird.

Zwischenzeitlich lieÃ die KlÃ¤gerin die Funktionsuntersuchung am 223./24.08.2001 durch den Radiologen Dr. W in L durchfÃ¼hren. Die hierfÃ¼r von der KlÃ¤gerin aufgewandten Kosten belaufen sich auf 3.557,96 DM.

Mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 wies die Beklagte den Widerspruch unter Darstellung der insoweit einschlÃ¤gigen gesetzlichen Vorschriften, der Ergebnisse der vom MDK eingeholten Gutachten und der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts â BSG â zu den nicht anerkannten Methoden sowie zum Systemversagen aus den GrÃ¼nden des Ausgangsbescheides zurÃ¼ck. ErgÃ¤nzend fÃ¼hrte sie aus: Voraussetzung fÃ¼r eine Kostenerstattung sei, dass der therapeutische Nutzen der Untersuchungsmethode objektiv unstrittig nachgewiesen sei; hierfÃ¼r sei ein allgemein wissenschaftlicher Nachweis erforderlich; der Erfolg im Einzelfall reiche nicht aus. Gem. hÃ¶chstrichterlicher Rechtsprechung sei grundsÃ¤tzlich die Feststellung der Wirksamkeit in einer fÃ¼r die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von BehandlungsfÃ¤llen aufgrund wissenschaftlich einwandfrei gefÃ¼hrter Statistiken vorgeschaltet. Nur ausnahmsweise, wenn ein Wirksamkeitsnachweis wegen der Art oder des Verlaufs der Erkrankung oder wegen unzureichender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf erhebliche Schwierigkeiten stoÃe, dÃ¼rfe darauf abgestellt werden, ob sich die in

Anspruch genommene Therapie in der Praxis durchgesetzt habe. Dieser besondere Ausnahmefall bestehe bei der in Rede stehenden offenen Kernspintomografie allerdings nicht.

Die KlÃ¤gerin hat am 18.07.2002 durch ihren ProzessbevollmÃ¤chtigten Klage erhoben, mit der sie an ihrem Begehren auf Kostenerstattung festhÃ¤lt. Sie trÃ¤gt unter Wiederholung ihres Vorbringens im Verwaltungs- und Widerspruchsverfahren ergÃ¤nzend vor: Die MRT-Funktionsuntersuchung in der Facharztpraxis fÃ¼r diagnostische Radiologie Dr. W habe den Nachweis von InstabilitÃ¤tszeichen im Rahmen einer funktionell pathologischen Befundkonstellation sowie aussagekrÃ¤ftige neuro-radiologische Befunde erbracht. Die anlÃ¤sslich dieser Untersuchung festgestellten Symptome, die als Anhaltspunkte fÃ¼r ihre erfolgreiche medizinische Behandlung dienen, wÃ¤ren mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit bei konservativen Untersuchungen und Diagnosemethoden nicht gefunden worden. Bislang gebe es auÃer der offenen Kernspintomografie noch keine ausreichenden vertraglichen Methoden. Auch sei die Wirksamkeit des offenen Kernspintomografen so verbessert worden, dass sichere Ergebnisse vorliegen, zu dem finde die offene Kernspintomografie immer breitere Resonanz. SchlieÃlich sei zu berÃ¼cksichtigen, dass in ihrem Falle ein Diagnoseerfolg eingetreten sei. Andere MÃ¶glichkeiten einer vertragsÃ¤rztlichen Versorgung seien nicht gegeben gewesen. Des weiteren sei zu bedenken, dass es sich bei dem von Dr. W verwandten GerÃ¤t zwar um ein sog NiederfeldgerÃ¤t, aber um ein GanzkÃ¶rpergerÃ¤t handele, das komplexe FunktionsablÃ¤ufe darstellen kÃ¶nne, auf die es im vorliegenden Fall in besonderem MaÃe angekommen sei. Zudem sei dieser GerÃ¤tetyp im europÃ¤ischen Ausland und in den USA fÃ¼r Funktionsuntersuchungen zugelassen. Durch die genannten UmstÃ¤nde werde die medizinische Notwendigkeit der Untersuchung im offenen Kernspintomografen belegt, zumal im konservativen vertraglichen Bereich die vorhandenen DiagnosemÃ¶glichkeiten nicht ausreichend gewesen seien. Gerade in ihrem speziellen Fall sei es nicht um die Frage der StrahlenqualitÃ¤t gegangen, sondern vielmehr um die Abbildung der mÃ¶glicherweise verletzten Stellen der HalswirbelsÃ¤ule in unterschiedlichen Lagen und Rotationen. Mittlerweile werde diese Methode von einer erheblichen Anzahl von ÃrzTen angewendet, wie der Blick in die einschlÃ¤gige Literatur und das Internet zeige. Im Ã¼brigen erscheine die bislang fehlende Anerkennung durch den Bundesausschuss der ÃrzTe und Krankenkassen angesichts der weiteren zunehmenden Verbreitung, der unbestreitbaren Erfolge, generell und in ihrem Falle willkÃ¼rlich. SchlieÃlich sei sie von einem zugelassenen Arzt an eine ebenfalls zugelassene Einrichtung Ã¼berwiesen worden, so dass der Vorwurf der Nichteinhaltung des Beschaffungsweges fehlgehe. Bei dieser Sachlage habe die Beklagte die KostenÃ¼bernahme zu Unrecht abgelehnt, so dass ein Anspruch auf Kostenerstattung gegeben sei. Auf die beigefÃ¼gten Berichte des Radiologen Dr. W vom 24.08. sowie die der KlÃ¤gerin erteilten Rechnungen wird Bezug genommen.

Die KlÃ¤gerin hat schriftsÃ¤tzlich beantragt,

die Beklagte unter Aufhebung des Bescheides vom 27.06.2001 in Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 20.06.2002 zu verurteilen, ihr die anlÃ¤sslich einer von Dr. W vorgenommenen Untersuchung am 23./24.08.2001 in einem offenen

Kernspintomografen entstandenen Kosten in HÃ¶he von 1.814,04 Euro zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Klage abzuweisen.

Die Beklagte verbleibt demgegenÃ¼ber bei ihrer in der ablehnenden Entscheidung vertretenen Rechtsauffassung. Sie trÃ¤gt vor: Eine Beratung der streitigen Methode habe nach Auskunft des Bundesausschusses der Ãrzte und Krankenkassen (Schreiben vom 11.12.200) bislang nicht stattgefunden. Im Ã¼brigen habe sich die KlÃ¤gerin die Leistung selbst beschafft, ohne zuvor die abschlieÃende Entscheidung der Beklagten abzuwarten, so dass ein Kostenerstattungsanspruch ausscheiden mÃ¼sse. Die Beklagte verweist des weiteren auf eine Mitteilung von Dr. W vom 06.03.2002, der zufolge die NiederfeldgerÃ¤te oder offenen Kernspintomografen nicht den Anforderungen der Richtlinien fÃ¼r die apparative Mindestausstattung zur Abrechnung im kassenÃ¤rztlichen System entsprÃ¤chen, so dass eine Abrechnung Ã¼ber die kassenÃ¤rztliche Vereinigung nicht mÃ¶glich sei. Gleiches ergibt sich aus beigefÃ¼gten Schreiben der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung vom 08.04.und 13.09.1999. Die Beklagte weist darÃ¼ber hinaus auf eine Stellungnahme der kassenÃ¤rztlichen Vereinigung Schwaben vom 30.04.2003, der zufolge Dr. W nicht Ã¼ber die Genehmigung zur DurchfÃ¼hrung und Abrechnung von Leistungen am offenen Kernspintomografen verfÃ¼gt.

Der Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen Arbeitsausschuss "Ãrztliche Behandlung" hat auf Anfrage des Gerichts in seinen Schreiben vom 12.11.2002 und 22.01.2003 u.a. mitgeteilt, dass das hier streitige Verfahren bislang auf die gegebene Indikationsstellung nicht Ã¼berprÃ¼ft worden sei. Ein entsprechender ÃberprÃ¼fungsantrag sei nicht gestellt worden und fÃ¼r absehbare Zeit auch nicht zu erwarten.

Der Bewertungsausschuss der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung hat in seinem Schreiben vom 06.02.2003 auf Anfrage des Gerichts u.a. ausgefÃ¼hrt, dass die AbrechnungsfÃ¤higkeit nach dem EBM sich danach richte, ob das GerÃ¤t zugelassen sei oder nicht bzw. ob es die Voraussetzungen der Kernspintomografie-Richtlinien erfÃ¼lle.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf den Inhalt der Gerichtsakte und den der Verwaltungsakte der Beklagten, die sÃ¤mtlich vorgelegen haben, und ihrem wesentlichen Inhalt nach Gegenstand der mÃ¼ndlichen Verhandlung gewesen sind, Bezug genommen.

EntscheidungsgrÃ¼nde:

Die Kammer konnte die Streitsache in Abwesenheit der KlÃ¤gerin und ihres ProzessbevollmÃ¤chtigten verhandeln und entscheiden, denn sie sind in den ordnungsgemÃ¤Ã zugestellten Terminsladungen auf diese MÃ¶glichkeit ausdrÃ¼cklich hingewiesen worden. (vgl. hierzu: BSG in SozR 110 des Sozialgerichtsgesetzes â SGG Nr. 5)

Die als kombinierte Anfechtungs- und Leistungsklage nach Â§ 54 Abs. 1 und 4 des Sozialgerichtsgesetzes â SGG â zulÃ¤ssige Klage ist nicht begrÃ¼ndet. Es ist nicht zu beanstanden, dass die Beklagte es mit dem angefochtenen Bescheid abgelehnt hat, der KlÃ¤gerin die ihr im Zusammenhang mit der DurchfÃ¼hrung der Diagnostik in einem offenen Kernspintomografen entstandenen Kosten zu erstatten.

Die KlÃ¤gerin ist hierdurch nicht im Sinne des Â§ 54 Abs. 2 S 1 SGG beschwert, denn die Entscheidung der Beklagten ist nicht rechtswidrig. Die KlÃ¤gerin hat unter keinem ersichtlichen rechtlichen Gesichtspunkt Anspruch gegenÃ¼ber der Beklagten auf Erstattung der ihr in Rechnung gestellten Kosten fÃ¼r die Privatbehandlung in der von Dr. W in L betriebenen Facharztpraxis fÃ¼r Diagnostische Radiologie. Insoweit hat es dabei zu verbleiben, dass die streitbefangene Behandlung mittels einer in der kassenÃ¤rztlichen Versorgung nicht anerkannten Therapieform durch einen insoweit nicht zur vertraglichen Behandlung zugelassenen Leistungserbringer nicht zu den von einer gesetzlichen Krankenkasse geschuldeten Leistungen gehÃ¶rt. Der von der KlÃ¤gerin geltend gemachte Erstattungsanspruch setzt zunÃ¤chst voraus, dass ein entsprechender Sachleistungsanspruch bestanden hat. Nach dem das Recht der gesetzlichen Krankenversicherung beherrschenden Sachleistungsprinzip, Â§ 2 Abs. 2 SGB V, haben die Versicherten gegen ihre Krankenkasse, soweit das Gesetz oder zulÃ¤ssigerweise die Satzung nicht ausdrÃ¼cklich AnsprÃ¼che auf Geldleistungen vorsehen, keinen Anspruch auf Kostenersatz fÃ¼r selbstbeschaffte Leistungen.

Die grundsÃ¤tzlich zur Erbringung von Sachleistungen verpflichteten Krankenkassen sind nur dann berechtigt, einem Versicherten Aufwendungen zu erstatten, wenn dies ausdrÃ¼cklich krankenversicherungsrechtlich geregelt ist, Â§ 13 Abs. 2 i.V.m. Â§ 2 Abs. 2 SGB V. Auf eine solche Regelung kann die KlÃ¤gerin ihr Erstattungsbegehren indessen nicht mit Erfolg stÃ¼tzen. Nach Â§ 13 Abs. 3 SGB V sind einem Versicherten ausnahmsweise Kosten zu erstatten, die dadurch entstanden sind, dass die Krankenkasse eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat und der Versicherte die Leistung deshalb selbst beschafft hat, soweit die Leistung notwendig war. Insoweit wandelt sich der ursprÃ¼nglich gegebene Anspruch auf die Sachleistung "Krankenbehandlung" im Sinne des Â§ 27 SGB V nach Erbringung der Leistung in einen Erstattungsanspruch nach Â§ 13 Abs. 3 SGB V um, soweit die selbstbeschaffte Leistung ihrer Art nach zu denjenigen Leistungen gehÃ¶rt, die von den gesetzlichen Krankenkassen als Naturalleistungen zu erbringen sind, Â§ 2 Abs. 1 S 1 SGB V. Mit der Durchbrechung des Sachleistungsgrundsatzes trÃ¤gt Â§ 13 Abs. 3 SGB V dem Umstand Rechnung, dass die gesetzlichen Krankenkassen eine umfassende medizinische Versorgung ihrer Mitglieder sicherstellen mÃ¼ssen und infolgedessen fÃ¼r ein Versagen des Beschaffungssystems einzustehen haben. (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 16.09.1997, Az: 1 RK 28/95) Wortlaut und Zweck dieser Vorschrift lassen eine Abweichung vom Sachleistungsprinzip nur in dem Umfang zu, in dem sie durch ein etwaiges Systemversagen verursacht ist.

Diejenigen Voraussetzungen, die nach MaÃgabe der in Â§ 13 Abs. 3 SGB V getroffenen Regelungen ausnahmsweise einen Kostenerstattungsanspruch begrÃ¼nden, kÃ¶nnen im vorliegenden Fall jedoch nicht festgestellt werden. Zum

einen handelt es sich bei der streitbefangenen Behandlung nicht um eine unaufschiebbare Leistung. Von einer Notfallbehandlung kann nur dann ausgegangen werden, wenn die Art der eingetretenen gesundheitlichen StÃ¶rung sofortiges Ã¤rztliches Handeln erfordert und es dem Versicherten im Hinblick auf die Art der gesundheitlichen BeeintrÃ¤chtigung nicht zugemutet werden kann, sich sofort zur VerfÃ¼gung stehende nichtkassen- oder nichtvertragsÃ¤rztliche BehandlungsmÃ¶glichkeiten entgehen zu lassen, um sich in die Behandlung eines Kassenarztes oder eines Vertragsbehandlers zu begeben, deren Hilfe vielleicht zu spÃ¤t kÃ¤me. Eine solche Fallkonstellation kann z. B. bei einer lebensbedrohlichen Verletzung auftreten. Von einer vergleichbaren Situation ist im Hinblick auf die bei der KlÃ¤gerin vorliegenden StÃ¶rungen chronischer Art nicht auszugehen. Insoweit hat die KlÃ¤gerin nicht dartun kÃ¶nnen, dass wegen der beschriebenen Gefahr im Verzuge und der besonderen Dringlichkeit einer sofortigen Intervention gerade die Diagnostik durch Einsatz eines offenen Kernspintomografen unaufschiebbar war.

Zum anderen hat die Beklagte die von der KlÃ¤gerin begehrte Leistung nicht zu Unrecht verweigert, so dass sie hierdurch gezwungen war, sich die Behandlung auf eigene Kosten zu verschaffen. Der insoweit begehrten Kostenerstattung steht, was die Behandlung am 23./24.08.2001 anbelangt, bereits der Umstand entgegen, dass die KlÃ¤gerin den vorgesehenen Beschaffungsweg nicht eingehalten hat. Da sie ihren Anspruch auf Â§ 13 Abs. 3 SGB V stÃ¼tzt, muss zwischen dem die Haftung der Krankenkasse begrÃ¼ndenden Umstand (bei Alternative 1: UnvermÃ¶gen zur rechtzeitigen Leistung; bei Alternative 2: rechtswidrige Ablehnung) und dem Nachteil der Versicherten (Kostenlast) ein Kausalzusammenhang bestehen, ohne den die Bedingung des Â§ 13 Abs. 1 SGB V fÃ¼r eine Ausnahme vom Sachleistungsgrundsatz nicht erfÃ¼llt ist. (vgl. hierzu: Entscheidungen des BSG Band 79, 125 ff.) Dies bedeutet zunÃ¤chst, dass die Krankenkasse nur fÃ¼r solche Leistungen aufzukommen hat, die sie auch bei rechtzeitiger bzw. ordnungsgemÃ¤Ãer Bereitstellung der geschuldeten Leistung hÃ¤tte gewÃ¤hren mÃ¼ssen. Des weiteren folgt hieraus, dass Kosten fÃ¼r eine selbstbeschaffte Leistung, soweit sie nicht ausnahmsweise unaufschiebbar war, nur zu ersetzen sind, wenn die Krankenkasse die LeistungsgewÃ¤hrung vorher abgelehnt hat.

Ein Kausalzusammenhang und damit eine Kostenerstattung scheiden demzufolge immer dann aus, wenn sich Versicherte die streitige Behandlung aufgrund eines privaten Behandlungsvertrages selbst beschafft haben, ohne sich zuvor mit der Krankenkasse in Verbindung zu setzen 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. Den Krankenkassen muss mithin zur Vermeidung von MissbrÃ¤uchen vorab die PrÃ¼fung ermÃ¶glicht werden, ob die beanspruchte Behandlung im Rahmen des vertragsÃ¤rztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden kann, und, falls dies nicht mÃ¶glich ist, ob sie zum Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶rt, insbesondere den Anforderungen der Geeignetheit, ZweckmÃ¤Ãigkeit und Wirtschaftlichkeit der Leistungserbringung genÃ¼gt. Die Versicherten sind deshalb vor Inanspruchnahme einer Behandlung auÃerhalb des Systems gehalten, sich an ihre Krankenkasse zu

wenden und die LeistungsgewÃ¤hrung zu beantragen. Sie dÃ¼rfen der Entscheidung der Krankenkasse insbesondere nicht dadurch vorgreifen, dass sie die erstrebte Behandlung zunÃ¤chst privat durchfÃ¼hren lassen und die erforderliche PrÃ¼fung in das Verfahren der Kostenerstattung verlagern. Bereits der Wortlaut der vorgenannten Vorschrift zeigt, dass das Gesetz von dem Erfordernis einer vorherigen Einschaltung der Krankenkasse ausgeht, denn die zu ersetzenden Kosten mÃ¼ssen "dadurch" entstanden sein, dass die Krankenkasse eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat. Erst die endgÃ¼ltige Weigerung der Krankenkasse gibt dem Versicherten im Einzelfall das Recht, sich die benÃ¶tigte Behandlung selbst zu beschaffen und die Erstattung der dafÃ¼r aufgewendeten Kosten zu verlangen, soweit die Leistung notwendig war. Bei einem anderen VerstÃ¤ndnis hÃ¤tte es der differenzierenden Regelung mit der Unterscheidung zwischen unaufschiebbaren und sonstigen Leistungen nicht bedurft. Zwar hat das BSG zum frÃ¼heren Recht der Reichsversicherungsordnung die Auffassung vertreten, der Versicherte brauche die Leistung dann nicht vorher zu beantragen, wenn von vornherein feststehe, dass die Beklagte sie ihm verweigern werde. Diese Rechtsprechung kann fÃ¼r das geltende Recht jedoch nicht Ã¼bernommen werden. Der jetzige eindeutige Gesetzeswortlaut lÃ¤sst eine solche Ausnahme nicht mehr zu. Demzufolge scheidet eine Kostenerstattung fÃ¼r die Zeit vor der endgÃ¼ltigen Leistungsablehnung mit Widerspruchsbescheid vom 20.06.2002 bereits von vornherein aus. (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 11.10.1994, Az: 1 RK 26/92; Urteil vom 24.09.1996, Az: 1 RK 33/95; Urteil vom 06.02.1997, Az: 3 RK 9/96; Urteil vom 10.02.1993, Az: 1 RK 31/92 sowie Beschluss vom 15.04.1997, Az: 1 BK 31/96)

Das Gericht hÃ¤lt die vorstehend dargelegten GrundsÃ¤tze fÃ¼r zutreffend. Die KlÃ¤gerin hat zwar die KostenÃ¼bernahme vor DurchfÃ¼hrung der Behandlung bei der Beklagten beantragt, sie hat aber die Diagnostik in Kenntnis der Ablehnung der KostenÃ¼bernahme durch die Beklagten durchfÃ¼hren lassen, ohne die Erteilung des Widerspruchsbescheides abzuwarten. Insoweit sind die ihr im August 2001 entstandenen Kosten aufgrund ihrer eigenen Entscheidung Ã¼ber die vorzeitige DurchfÃ¼hrung der Untersuchung entstanden und nicht etwa dadurch, dass die Beklagte die beantragte Leistung abgelehnt hat. Wie ausgefÃ¼hrt, hat die KlÃ¤gerin den Beschaffungsweg vor Inanspruchnahme der Leistungen von Dr. W nicht eingehalten. Eine solche Verfahrensweise begrÃ¼ndet keinen Ausnahmefall, in dem die Rechtsprechung eine Umwandlung eines Sachleistungsanspruchs in einen Kostenerstattungsanspruch zulÃ¤sst.

Auch im Ã¼brigen sind die Voraussetzungen fÃ¼r eine Kostenerstattung nicht erfÃ¼llt. Dem steht zum einen entgegen, dass die streitige Behandlung auf privater Grundlage durch einen fÃ¼r diese ambulante Behandlungsform nicht zugelassenen Leistungserbringer erfolgt ist. Unstreitig verfÃ¼gt Dr. W bereits seinen eigenen Angaben zufolge (so im Schreiben vom 06.03.2002 an das Sozialgericht Hildesheim) und den AusfÃ¼hrungen der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung Bayerns, Bezirksstelle Schwaben (Schreiben vom 30.01.2003) nicht Ã¼ber die Genehmigung zur AusfÃ¼hrung und Abrechnung von Leistungen der Kernspintomografie am offenen Kernspintomografen, da diese Apparaturen nicht die Anforderungen an die apparative Ausstattung gem. Anlage 1 der Kernspintomografie-Vereinbarung erfÃ¼llen. Zum anderen handelt es sich bei der Therapieform um eine in der

kassenÃ¤rztlichen Versorgung nicht anerkannte Behandlungsmethode, die deshalb nicht zu den von der Beklagten geschuldeten Vertragsleistungen gehÃ¶rt.

Die KlÃ¤gerin hat als Mitglied einer gesetzlichen Krankenkasse keinen Anspruch gegenÃ¼ber der Beklagten auf Kostenerstattung fÃ¼r selbstbeschaffte Leistungen auÃerhalb des kassen- bzw. vertragsÃ¤rztlichen Versorgungssystems, sondern nur auf Inanspruchnahme der im Rahmen des fÃ¼r die gesetzliche Krankenversicherung geltenden Sachleistungsprinzips zur VerfÃ¼gung gestellten Leistungen von VertragsÃ¤rzten und zugelassenen Leistungserbringern im Rahmen der kassenÃ¤rztlichen Versorgung. (vgl. hierzu: Urteil des BSG vom 10.05.1995, Az: 1 RK 14/94) Die Kostenerstattung stellt eine bedeutende Ausnahme vom Sachleistungsprinzip als einem Strukturelement der sozialen Krankenversicherung dar. Die MÃ¶glichkeit der Privatbehandlung auf eigene Kosten mit nachfolgender Kostenerstattung war und ist dem System der deutschen gesetzlichen Krankenversicherung fremd. Derjenige Versicherte, der einen privaten Behandlungsvertrag mit einem Arzt oder einem sonstigen Behandler abschlieÃt, muss sich deshalb auch hinsichtlich der Kostentragung wie ein Privatpatient behandeln lassen. Da Vertragsleistungen von VertragsÃ¤rzten und Vertragsbehandlern ohne weitere zusÃ¤tzliche Vereinbarungen zwischen Arzt/Behandler und Patient gegen Vorlage des Berechtigungsausweises bzw. aufgrund entsprechender Verordnung erbracht werden, ist den Versicherten in solchen FÃ¤llen auch bewusst, dass die begehrte Leistung nicht Bestandteil der kassenÃ¤rztlichen Versorgung ist. Die Beklagte ist demzufolge aus dem zwischen ihr und der KlÃ¤gerin bestehenden VersicherungsverhÃ¤ltnis nicht verpflichtet, die von der KlÃ¤gerin in Anspruch genommenen Leistungen der Facharztpraxis fÃ¼r Diagnostische Radiologie Dr. W als Sachleistungen zu erbringen. Welche Behandlung, durch welchen Personenkreis, in welcher Einrichtung die Beklagte als gesetzliche Krankenkasse zu gewÃ¤hren verpflichtet ist, richtet sich nach den geltenden gesetzlichen Vorschriften und der hierzu ergangenen Rechtsprechung.

Nach Â§ 27 Abs. 1 S 1 SGB V haben Versicherte einen Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhÃ¼ten und Krankheitsbeschwerden zu lindern. Zur kassenÃ¤rztlichen Versorgung gehÃ¶rt die hier streitige Methode ausdrÃ¼cklich nicht.

Die Anwendung von sog AuÃenseiterheilmethoden und neuen Behandlungsmethoden zulasten der gesetzlichen Krankenversicherung ist aber erst dann zulÃ¤ssig, wenn der zustÃ¤ndige Bundesausschuss der ÃÄrzte und Krankenkassen Empfehlungen Ã¼ber die Anerkennung des diagnostischen und/oder therapeutischen Nutzens der neuen Methode, die notwendige Qualifikation der sie anwendenden ÃÄrzte und die apparativen Anforderungen abgegeben hat. Der Bundesausschuss der ÃÄrzte und Krankenkassen beschlieÃt gem. Â§ 135 Abs. 1 i.V.m. Â§ 92 Abs. 1 S 2 Nr. 1 und Nr. 6 SGB V in Richtlinien Empfehlungen Ã¼ber die Anerkennung des diagnostischen und oder therapeutischen Nutzens einer neuen Methode bzw. eines Heilmittels nach ÃberprÃ¼fung gem. den hierfÃ¼r erlassenen Richtlinien Ã¼ber die Bewertung Ã¤rztlicher Untersuchungs- und Behandlungsmethoden â BUB-Richtlinien -. Diese ÃberprÃ¼fung hat das Ziel

festzustellen, ob eine Untersuchungs- oder Behandlungsmethode das Stadium von Wissenschaft, Forschung und Erprobung verlassen hat und als allgemein anerkanntes gesichertes medizinisches Verfahren in die ambulante vertragsÃ¤rztliche Versorgung Ã¼bernommen werden kann oder nicht. Hinsichtlich des einzuhaltenden Verfahrens gilt, dass der jeweils zustÃ¤ndige Arbeitsausschuss auf Antrag der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung, einer KassenÃ¤rztlichen Vereinigung oder eines Spitzenverbandes der Krankenkassen dazu Stellung nimmt, ob die fÃ¼r die Anerkennung einer neuen Untersuchungs- oder Behandlungsmethode erforderlichen Voraussetzungen vorliegen. Diese Stellungnahmen sind gem. Â§ 23 Abs. 2 S 1 des Bundesmantelvertrages-Ãrzte von den Ãrzten und den Krankenkassen zu beachten. Zu der hier streitigen Diagnostik mittels einer offenen Kernspintomografie hat sich der zustÃ¤ndige Arbeitsausschuss bislang nicht geÃ¤uÃert.

Fehlt es â wie im vorliegenden Fall â an einer positiven Stellungnahme des zustÃ¤ndigen Ausschusses zur Frage des Einsatzes der streitigen Methode, so hat der Arzt gegenÃ¼ber der Krankenkasse grundsÃ¤tzlich die Pflicht, eine solche Behandlungsmethode nicht anzuwenden und die Krankenkasse ist im VerhÃ¤ltnis zur KassenÃ¤rztlichen Vereinigung verpflichtet, gegenÃ¼ber den Versicherten eine solche Behandlungsmethode als Sachleistung abzulehnen. Eine Diagnostik mittels der streitigen Methode gehÃ¶rt demzufolge nicht zu den von den gesetzlichen Krankenkassen geschuldeten Leistungen. Dies ergibt sich aus Â§ 135 SGB V i.V.m. den Vorschriften der BUB-Richtlinien. Nach der Rechtsprechung zu diesem Problemkreis sind solche Untersuchungs- und Behandlungsmethoden solange von der Abrechnung zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen, bis der zustÃ¤ndige Bundesausschuss sie als zweckmÃ¤Ãig anerkannt und die Voraussetzungen fÃ¼r ihre Erbringung geregelt hat (vgl. hierzu grundlegend: Urteile des BSG vom 16.09.1997, Az: 1 RK 28/95; 1 RK 17/95; 1 RK 14/96: 1 RK 30/95 und 1 RK 32/95). Als Teil der Regelungen des Vierten Kapitels des SGB V Ã¼ber die "Beziehungen der Krankenkassen zu ihren Leistungserbringern" steht Â§ 135 SGB V zwar nicht unmittelbar mit den LeistungsansprÃ¼chen der Versicherten im Zusammenhang. Wie das BSG in seinem Urteil vom 16.09.1997, in dem es um die Frage der Kostenerstattung bei Anwendung von Therapieverfahren ging, die bislang nicht zum allgemein akzeptierten Standard der medizinischen Versorgung in der gesetzlichen Krankenversicherung gehÃ¶ren, zutreffend ausgefÃ¼hrt hat, wird durch Â§ 135 SGB V ebenso wie durch andere kassenÃ¤rztliche Vorschriften, die bestimmte Arten von Behandlungen aus der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung ausschlieÃen oder ihre Anwendung an besondere Bedingungen knÃ¼pfen, aber zugleich der Umfang der den Versicherten von den Krankenkassen geschuldeten Leistungen festgelegt. Das BSG hat die Verbindlichkeit dieser Richtlinien bislang immer ausdrÃ¼cklich bestÃ¤tigt; sie haben demzufolge die QualitÃ¤t von Rechtsnormen und regeln im Rahmen der gesetzlichen ErmÃ¤chtigung den Umfang und die ModalitÃ¤ten der Krankenbehandlung mit bindender Wirkung sowohl fÃ¼r die behandelnden VertragsÃ¤rzte als auch fÃ¼r die Versicherten. Darf ein Arzt eine Behandlungsmethode nicht als Kassenleistung abrechnen, weil sie in Richtlinien entweder ausgeschlossen oder nicht empfohlen ist, gehÃ¶rt sie auch nicht zur Behandlung im Sinne des Â§ 27 Abs. 1 SGB V, die der Versicherte als Sachleistung oder ausnahmsweise unter den Voraussetzungen des Â§ 13 SGB V im Wege der

Kostenerstattung beanspruchen kann. Solange der Bundesausschuss keine positive Empfehlung Ã¼ber die Anerkennung einer neuen Behandlungsmethode abgegeben hat, so ist seine Entscheidung fÃ¼r die Verwaltung, d.h. fÃ¼r die Krankenkassen und fÃ¼r die Gerichte, verbindlich. Ein Versicherter, der sich eine nicht anerkannte Diagnosemethode auf eigene Rechnung verschafft, kann auch in einem nachfolgenden Kostenerstattungsverfahren nicht mehr mit Erfolg einwenden, die Methode sei gleichwohl zweckmÃ¤Ã□ig und in seinem konkreten Fall auch wirksam bzw. weiterfÃ¼hrend gewesen. Seine noch im Urteil vom 05.07.1995 (Az: 1 RK 6/95) vertretene Ansicht, ein Kostenerstattungsanspruch kÃ¶nne bestehen, wenn eine neue Methode sich auch ohne Anerkennung durch den Bundesausschuss als generell zweckmÃ¤Ã□ig erwiesen habe, hat das BSG in seinen Urteilen vom 16.09.1997 nicht aufrecht erhalten. Insoweit kann auch nicht mehr auf den Erfolg im Einzelfall abgestellt werden. Im Falle des Fehlens einer Anerkennung durch den Bundesausschuss ist deshalb jede Abrechnung von nicht anerkannten Untersuchungs- und Behandlungsmethoden zulasten der gesetzlichen Krankenkassen ausgeschlossen.

Die Ã¤rztliche Behandlung wird im Rahmen des fÃ¼r die Beklagte nach Â§ 72 SGB V verbindlichen Arzt-/Ersatzkassenvertrages â□□ EKV â□□ gewÃ¤hrt. Die Sicherstellung der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung als Sachleistung ist der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung Ã¼bertragen worden. Durch den EKV ist eine ausreichende, zweckmÃ¤Ã□ige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten unter Beachtung der gesetzlichen Bestimmungen gewÃ¤hrleistet. Die KlÃ¤gerin hat demgemÃ¤ss nach Â§ 27 i.V.m. Â§ 28 SGB V Anspruch auf KostenÃ¼bernahme nur im Rahmen des fÃ¼r die Beklagte verbindlichen EKV, der zwischen der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung und dem Verband der Angestellten-Krankenkassen e.V. geschlossen worden ist. Danach sind Vertragsleistungen nur diejenigen Leistungen, die in den GebÃ¼hrentarifen dieses Vertrages aufgefÃ¼hrt sind. FÃ¼r die hier streitige Behandlung finden sich indessen keine entsprechenden GebÃ¼hrenregelungen, so dass deren AbrechnungsfÃ¤higkeit bereits aus diesem Grunde entfÃ¤llt, wie der Bewertungsausschuss der KassenÃ¤rztlichen Bundesvereinigung auf Anfrage des Gerichts mitgeteilt hat. Nur ausnahmsweise kann ein Kostenerstattungsanspruch dennoch gegeben sein, wenn die fehlende Anerkennung der neuen Methode auf einem Mangel des gesetzlichen Leistungssystems beruht. Ein solcher Systemmangel kann darin bestehen, dass das Anerkennungsverfahren trotz Erstellung der fÃ¼r eine Ã□berprÃ¼fung notwendigen formalen und inhaltlichen Voraussetzungen nicht oder nicht zeitgerecht durchgefÃ¼hrt wird. Die ErmÃ¤chtigung in Â§ 92 Abs. 1 S 2 i.V.m. Â§ 135 Abs. 2 SGB V besagt nicht, dass es dem Bundesausschuss vÃ¶llig freigestellt ist, ob und wann er sich mit einem Antrag auf Anerkennung einer neuen Untersuchungs- und/oder Behandlungsmethode befassen und hierzu eine Empfehlung abgeben will. Wird die Einleitung oder DurchfÃ¼hrung des Verfahrens willkÃ¼rlich oder aus sachfremden ErwÃ¤gungen blockiert oder verzÃ¶gert und kann deshalb eine fÃ¼r die Behandlung benÃ¶tigte neue Therapie nicht eingesetzt werden, wÃ¤re dem Auftrag des Gesetzes widersprochen und muss eine sich daraus ergebende VersorgungslÃ¼cke zugunsten des Versicherten geschlossen werden. Vielmehr ist der Bundesausschuss weder in der Vergangenheit noch derzeit mit der indikationsbezogenen PrÃ¼fung der AussagefÃ¤higkeit einer offenen

Kernspintomografie befasst gewesen bzw. beauftragt. Insoweit sind keine Anhaltspunkte dafÃ¼r erkennbar, dass der Bundesausschuss das Anerkennungsverfahren verzÃ¶gerlich durchfÃ¼hrt. Solche Fehlerquellen sind fÃ¼r das Gericht nicht nachvollziehbar und werden auch nicht durch Tatsachen belegt.

Im vorliegenden Sachverhalt ist kein zu berÃ¼cksichtigender Systemmangel vorgetragen oder ersichtlich. Es bleibt Sache der Anwender, dem zustÃ¤ndigen Arbeitsausschuss "Ãrztliche Behandlung" die entsprechenden prÃ¼ffÃ¤higen Unterlagen und Studienergebnisse vorzulegen, damit der Ausschuss entsprechend seinem Auftrag tÃ¤tig werden kann. DemgegenÃ¼ber trÃ¤gt die KlÃ¤gerin nichts dazu vor, dass es insoweit erhebliche Erkenntnisse gebe, die der Bundesausschuss bislang unberÃ¼cksichtigt gelassen habe. Auch soweit es um Erkrankungen geht, deren Entstehung und Verlauf noch weitgehend unerforscht sind und die mit den herkÃ¶mmlichen Mitteln nicht wirksam zu beeinflussen oder zu erkennen sind, kann die Unkenntnis der Ursache und des Verlaufs einer Krankheit nach den gesetzlichen Vorgaben nicht dazu fÃ¼hren, dass jedwede Untersuchungs- bzw. Behandlungsmethode, die in der Ã¤rztlichen Praxis erprobt oder vereinzelt angewandt wird, von den gesetzlichen Krankenkassen zu bezahlen ist. In diesen FÃ¤llen ist fÃ¼r die Anerkennung der therapeutischen oder diagnostischen ZweckmÃ¤Ãigkeit einer Methode notwendig, dass sie sich in der Praxis durchgesetzt hat. VerÃ¶ffentlichungen zu dieser Methode in der Ã¤rztlichen Fachliteratur sowie eine Berichterstattung in den Medien vermÃ¶gen die geforderten wissenschaftlichen Studien nicht zu ersetzen. Neue Verfahren, die noch nicht hinreichend erprobt sind oder AuÃenseitermethoden, die zwar bekannt sind, sich aber nicht bewÃ¤hrt haben, lÃ¶sen keine Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenkassen aus, denn es ist nicht deren Aufgabe, die medizinische Forschung zu finanzieren. Es hat daher dabei zu verbleiben, dass auch wenn die Ursache der Krankheit unbekannt ist, anerkannte Behandlungsmethoden fehlen und die gewÃ¤hlte Behandlung bzw. Diagnostik im Einzelfall zu einem Behandlungserfolg gefÃ¼hrt hat oder ein solcher wissenschaftlich zumindest eine gute MÃ¶glichkeit hatte, dies grundsÃ¤tzlich keine weitere Ausnahme vom Sachleistungsprinzip rechtfertigt, etwa durch generelle Zuordnung zu den FÃ¤llen einer unaufschiebbaren Behandlung oder eines Mangels im Versorgungssystem, fÃ¼r die die Krankenkasse uneingeschrÃ¤nkt einzustehen hÃ¤tte.

Bei dieser Sachlage kann das Begehren der KlÃ¤gerin auf Kostenerstattung keinen Erfolg haben, denn ein Versicherter hat keinen Anspruch auf Erstattung solcher Kosten, die durch eine selbstbeschaffte Leistung auÃerhalb des Systems entstanden sind, und zwar auch dann nicht, wenn die Leistungen nach Art und Umfang den Rahmen der kassenÃ¼blichen Versorgung nicht Ã¼berschreiten und entsprechende Leistungen von KassenÃ¤rzten oder VertragskrankenhÃ¤usern erspart worden sind. Soweit die KlÃ¤gerin zur BegrÃ¼ndung ihres Erstattungsanspruchs Kostengesichtspunkte anfÃ¼hrt, ist dem entgegenzuhalten, dass solche KompensationserwÃ¤gungen dem Recht der gesetzlichen Krankenversicherung fremd sind. Auch die Vorschriften Ã¼ber die Budgetierung der von VertragsÃ¤rzten und VertragskrankenhÃ¤usern zulasten der gesetzlichen Krankenkassen veranlassten Ausgaben setzen voraus, dass als Sachleistungen ausgeschlossene Leistungen nicht privat liquidiert und im Wege der

Kostenerstattung gegenÃ¼ber der Krankenkasse geltend gemacht werden. Es liegt insbesondere nicht im Willen des Gesetzgebers, dass auÃervertragliche Behandlungen aufgrund privater Behandlungsvertrã¤ge erbracht und abgerechnet werden, die Ã¼ber die Kostenerstattung das fÃ¼r VertragsÃ¤rzte bzw. Vertragskliniken festgesetzte Budget belasten und schmÃ¤lern.

Der Beklagten ist diesbezÃ¼glich auch kein Ermessensspielraum dergestalt eingerÃ¤umt, der ihr eine Kostenerstattung fÃ¼r Behandlungen auÃerhalb des Systems ermÃ¶glicht.

Das Gericht vermag auch die verfassungsrechtlichen Bedenken der KlÃ¤gerin gegen die dem Bundesausschuss Ã¼bertragenen Befugnisse nicht zu teilen, denn insoweit handelt es sich um ein paritÃ¤tisch besetztes sachverstÃ¤ndiges Gremium, dem ein Beurteilungsspielraum zuzubilligen ist. Auch das BSG sieht den Bundesausschuss aufgrund seiner Struktur als gemeinsames Gebilde der ihn tragenden KÃ¶rperschaften als verbandsdemokratisch legitimiert an, verbindliche Regelungen nicht nur gegenÃ¼ber den Mitgliedern der KÃ¶rperschaften, sondern auch mit AuÃenwirkung auf die VertragsÃ¤rzte und die Versicherten zu schaffen.

Anhaltspunkte dafÃ¼r, dass die Verfahrensweise des Bundesausschusses der gesetzlichen ErmÃ¤chtigung widerspricht oder das Verfahren rechtsstaatliche GrundsÃ¤tze verletzt hÃ¤tte, liegen dem Gericht nicht vor. Nach Â§ 92 Abs. 1 S 1 SGB V haben die Richtlinien auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung zu berÃ¼cksichtigen. Bei seiner Entscheidung steht dem Bundesausschuss wie jedem Normgeber ein durch die gesetzliche ErmÃ¤chtigung begrenzter Gestaltungs- und Beurteilungsspielraum zu. Seine Entscheidung ist nur daraufhin zu Ã¼berprÃ¼fen, ob sie hÃ¶herrangigem Recht widerspricht und ob das Verfahren rechtsstaatlichen GrundsÃ¤tzen genÃ¼gt. Hieran zu zweifeln, sieht die Kammer indessen keinen Anlass, zumal auch prÃ¼fungsrelevante GrundrechtsverstÃ¶Ãe nicht vorgetragen sind.

Im vorliegenden Fall fehlt es demzufolge an den Voraussetzungen fÃ¼r eine Kostenerstattung jedenfalls deshalb, weil die KlÃ¤gerin weder durch eine unrechtmÃ¤Ãige Leistungsablehnung noch aufgrund eines Systemversagens gezwungen gewesen war, sich eine notwendige Therapie selbst zu beschaffen.

Es bleibt daher festzuhalten, dass die KlÃ¤gerin keinen Anspruch auf Kostenerstattung hat, denn sie hat sich Leistungen auÃerhalb des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung privatÃ¤rztlich selbst beschafft, ohne dass ihr hierfÃ¼r â Ã¼ber nachvollziehbare und verstÃ¤ndliche persÃ¶nliche GrÃ¼nde hinaus â ein rechtlich beachtlicher Grund zugebilligt werden kann.

Nach alledem ist die Klage abzuweisen.

Die Kostenentscheidung beruht auf Â§ 193 Abs. 1 SGG,

Erstellt am: 07.09.2004

Zuletzt verändert am: 23.12.2024