-

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Bundesrepublik Deutschland
Sozialgericht	Bundessozialgericht
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	1
Kategorie	Urteil
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	27.01.1998

2. Instanz

Aktenzeichen	-
Datum	29.07.1999

3. Instanz

Datum	25.09.2000

Auf die Revision der Beklagten wird das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 29. Juli 1999 aufgehoben, soweit es die Berufung der Beklagten gegen das Urteil des Sozialgerichts Trier vom 27. Januar 1998 zurÃ¼ckgewiesen hat. In diesem Umfang wird die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an das Landessozialgericht zurÃ¼ckverwiesen.

GrÃ¼nde:

I

Die KlÃ¤gerin, die als Musiktherapeutin in einer Fachklinik fÃ¼r Suchtkranke arbeitet, ist bei der beklagten Ersatzkasse freiwillig krankenversichert. Sie hat im Oktober 1993 von ihrem Wahlrecht nach Â§ 13 Abs 2 FÃ¼nftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) Gebrauch gemacht und anstelle der Inanspruchnahme von Sach- oder Dienstleistungen die MÃ¶glichkeit der Kostenerstattung gewÃ¤hlt. In der Folgezeit wurde sie wegen allgemeiner psycho-vegetativer ErschÃ¶pfung sowie zahlreicher unspezifischer kÃ¶rperlicher Beschwerden von dem als Vertragsarzt zugelassenen praktischen Arzt Dr. H. behandelt. Dieser bescheinigte, er habe eine immunologische Systemanalyse durchgefÃ¼hrt und aufgrund der

Untersuchungsergebnisse ein chronisches ErschÃ¶pfungssyndrom (Chronic Fatigue Syndrome) auf dem Boden einer chronischen Immundysfunktion diagnostiziert, die mit intravenÃ¶sen Immunglobulinen behandelt werde. Im Zusammenhang mit den von Dr. H. durchgefÃ¼hrten und veranlaÃ□ten Leistungen reichte die KlÃ¤gerin Rechnungen verschiedener Ã□rzte und Apotheken Ã¼ber einen Gesamtbetrag von ca 11.500 DM zur Erstattung ein.

Die Beklagte lehnte nach Einschaltung des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung die Erstattung der Kosten fÃ¼r Labordiagnostik ab, weil Untersuchungen dieses Umfangs weder notwendig noch wirtschaftlich gewesen seien. Ebenso seien die verordneten Medikamente medizinisch nicht indiziert, so daÃ□ eine Kostenerstattung nicht mÃ¶glich sei (Bescheid vom 19. Januar 1994; Widerspruchsbescheid vom 13. Juni 1994). Das dagegen angerufene Sozialgericht (SG) Trier hat, gestÃ¼tzt auf ein Gutachten des Neurologen Prof. Dr. M. vom 28. Februar 1997, die Beklagte verurteilt, die Aufwendungen fÃ¼r Laboruntersuchungen und Arzneimittel mit Ausnahme einzelner vom SachverstÃ¤ndigen als nicht notwendig bezeichneter Leistungen zu erstatten. Auf die Berufung der Beklagten hat das Landessozialgericht (LSG) Rheinland-Pfalz dieses Urteil geÃ¤ndert und die Klage abgewiesen, soweit die zur Erstattung eingereichten Rechnungen und Rezepte von nicht zur Teilnahme an der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung berechtigten Ã□rzten ausgestellt sind. Im Ã¼brigen hat es die Berufung der Beklagten zurÃ¼ckgewiesen. Die Krankenkasse kÃ¶nne die Kostenerstattung nur ablehnen, soweit die in Anspruch genommenen Leistungen nicht Gegenstand der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung seien, also ihrer Art nach als vertragsÃ¤rztliche Leistungen nicht abgerechnet werden kÃ¶nnten. Aufwendungen fÃ¼r Arzneimittel seien nur dann von der Erstattung ausgeschlossen, wenn die notwendige arzneimittelrechtliche Zulassung des Medikaments fehle oder die VerordnungsfÃ¤higkeit durch Gesetz oder gesetzesnachrangige Rechtsvorschriften ausgeschlossen sei. DarÃ¼ber hinaus finde eine PrÃ¼fung der medizinischen Notwendigkeit und der Wirtschaftlichkeit der Ã¤rztlichen MaÃ□nahmen nicht statt. Es sei nicht Sache der Verwaltung und der Gerichte, in jedem Einzelfall Ã¼ber die Richtigkeit der gestellten Diagnose und die Indikation fÃ¼r die eingeleitete Behandlung zu urteilen und dabei in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Position zu beziehen. Um etwaige Unwirtschaftlichkeiten in der Behandlung aufzufangen, habe der Gesetzgeber in Â§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V pauschale, in der Satzung der Krankenkasse festzulegende AbschlÃ¤ge vom Erstattungsbetrag vorgesehen; daneben finde eine WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung nicht statt. Extrem unwirtschaftlich handelnden Ã□rzten mÃ¼sse gegebenenfalls mit Mitteln des Disziplinarrechts begegnet werden.

Mit der Revision rÃ¼gt die Beklagte eine Verletzung des Â§ 13 Abs 2 SGB V. Der Anspruch auf Kostenerstattung unterliege denselben gesetzlichen BeschrÃ¤nkungen wie der Sachleistungsanspruch, an dessen Stelle er trete. Auch fÃ¼r ihn gelte deshalb das Wirtschaftlichkeitsgebot des Â§ 12 Abs 1 SGB V. Daraus, daÃ□ Â§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V als pauschalen Ausgleich fÃ¼r etwaige Unwirtschaftlichkeiten einen Abschlag vom Erstattungsbetrag vorschreibe, kÃ¶nne nicht geschlossen werden, daÃ□ eine WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung in begrÃ¼ndeten EinzelfÃ¤llen ausgeschlossen sein solle. Dies sei schon aus GrÃ¼nden einer

notwendigen MiÃ□brauchskontrolle unerlÃ¤Ã□lich.

Die Beklagte beantragt,

das Urteil des Landessozialgerichts Rheinland-Pfalz vom 29. Juli 1999 abzuÃ¤ndern, das Urteil des Sozialgerichts Trier vom 27. Januar 1998 auch bezÃ¼glich der noch verbliebenen Verurteilung aufzuheben und die Klage insgesamt abzuweisen.

Die KlÃ¤gerin beantragt,

die Revision zurÃ¼ckzuweisen.

II

Die Revision der Beklagten ist im Sinne der ZurÃ¼ckverweisung begrÃ¼ndet.

Das angefochtene Urteil unterliegt der revisionsgerichtlichen PrÃ¼fung nur insoweit, als es die Berufung der Beklagten zurÃ¼ckgewiesen, dh ihre Verurteilung zur Kostenerstattung durch das SG aufrechterhalten hat. Soweit die Klage abgewiesen wurde, ist das Urteil rechtskrÃ¤ftig, da die KlÃ¤gerin ihrerseits kein Rechtsmittel eingelegt hat. Ã□ber die Erstattung der durch NichtvertragsÃ¤rzte verursachten Behandlungskosten ist deshalb nicht mehr zu befinden.

Der mit der Revision angegriffene Teil der Entscheidung beruht auf einer Verletzung des Â§ 13 Abs 2 SGB V und muÃ□ aufgehoben werden. Ob und in welchem Umfang der KlÃ¤gerin wegen der Behandlung durch die Ã□rzte Dr. H. , Dr. L. , Dr. Dr. L. , Dr. L. , Dr. K. und Dr. W. Kosten zu erstatten sind, lÃ¤Ã□t sich nicht abschlieÃ□end entscheiden, weil dazu weitere Feststellungen erforderlich sind.

Durch die in Â§ 13 Abs 2 Satz 1 SGB V fÃ¼r freiwillige Mitglieder und ihre mitversicherten FamilienangehÃ¶rigen vorgesehene MÃ¶glichkeit, anstelle von Sach- oder Dienstleistungen Kostenerstattung zu wÃ¤hlen, wird der sachliche Umfang der Leistungspflicht der Krankenkasse nicht verÃ¤ndert. Versicherte, die wie die KlÃ¤gerin von diesem Wahlrecht Gebrauch machen, erhalten Krankenbehandlung in demselben Umfang und in denselben Grenzen, als wenn sie im Sachleistungssystem verblieben wÃ¤ren. In beiden FÃ¤llen mÃ¼ssen die Leistungen sowohl den Anforderungen des Â§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V entsprechen als auch dem Wirtschaftlichkeitsgebot des Â§ 12 Abs 1 SGB V genÃ¼gen. Leistungen, die nicht notwendig oder unwirtschaftlich sind, kÃ¶nnen Versicherte auch im Wege der Kostenerstattung nicht beanspruchen. Das LSG hat dies nicht verkannt; es hat jedoch gemeint, der Einwand der Unwirtschaftlichkeit sei der Krankenkasse abgeschnitten, weil Â§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V in der hier maÃ□gebenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBl I 2266) verbindlich einen in der Satzung der Kasse festzulegenden Abschlag vom Erstattungsbetrag fÃ¼r Verwaltungskosten und fehlende WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen vorschreibe. Da durch diesen Abschlag (laut Satzung der Beklagten 7,5 %, jedoch mindestens 5 DM und hÃ¶chstens 80 DM) etwaige Unwirtschaftlichkeiten in KostenerstattungsfÃ¤llen pauschal abgegolten wÃ¼rden,

sei daneben fÃ¼r eine gesonderte WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung im Einzelfall kein Raum. Dieser Auffassung vermag der Senat nicht zu folgen.

Der Regelung in Â§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V lÃ¤Ãt sich nicht entnehmen, daÃ der vorgesehene Abschlag generell an die Stelle einer WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung treten und diese ersetzen soll; durch seine Erhebung wird deshalb die ÃberprÃ¼fung der Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungsweise und gegebenenfalls eine dem PrÃ¼fungsergebnis entsprechende KÃ¼rzung des Rechnungsbetrages im konkreten Erstattungsfall weder ausdrÃ¼cklich noch sinngemÃ¤Ã ausgeschlossen. Mit der Formulierung, die Satzung habe ausreichende AbschlÃ¤ge vom Erstattungsbetrag "fÃ¼r fehlende WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen" vorzusehen, knÃ¼pft die Bestimmung daran an, daÃ KostenerstattungsfÃ¤lle nach Â§ 13 Abs 2 SGB V nicht in die vertragsÃ¤rztliche WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung einbezogen sind. Die in Â§ 106 SGB V den Krankenkassen und den KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen auferlegte Verpflichtung, durch gemeinsame PrÃ¼fungs- und BeschwerdeausschÃ¼sse die Wirtschaftlichkeit der vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zu Ã¼berwachen, bezieht sich auf die nach den Regeln des Sachleistungssystems erbrachten und gegenÃ¼ber der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung abgerechneten Leistungen. Zwar soll die WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung, wie sich aus Â§ 106 Abs 3 Satz 5 SGB V idF des GSG ergibt, durch entsprechende Regelungen in den zwischen den LandesverbÃ¤nden der Krankenkassen, den VerbÃ¤nden der Ersatzkassen und den KassenÃ¤rztlichen Vereinigungen abzuschlieÃenden PrÃ¼fvereinbarungen auf FÃ¤lle erstreckt werden, in denen die Krankenkasse den Versicherten nach den Â§Â§ 29, 30 und 64 SGB V Kosten erstattet. ErstattungsfÃ¤lle nach Â§ 13 Abs 2 SGB V sind davon jedoch nicht erfaÃt, so daÃ sie keiner Kontrolle durch die PrÃ¼fungseinrichtungen unterliegen. Dies soll durch pauschale AbzÃ¼ge vom Erstattungsbetrag kompensiert werden.

Die AbschlÃ¤ge gleichen indes nicht jede tatsÃ¤chliche Unwirtschaftlichkeit, sondern nur diejenigen Mehrkosten aus, die sich daraus ergeben, daÃ die spezifischen MÃ¶glichkeiten der vertragsÃ¤rztlichen WirtschaftlichkeitsprÃ¼fung nicht genutzt werden kÃ¶nnen. Diese MÃ¶glichkeiten bestehen vor allem darin, daÃ grÃ¶bere Unwirtschaftlichkeiten mit Hilfe einer statistischen VergleichsprÃ¼fung auch dann erkannt werden kÃ¶nnen, wenn wegen der hohen Zahl der abgerechneten Behandlungsscheine eine ÃberprÃ¼fung aller EinzelfÃ¤lle auf unÃ¼berwindbare technische Schwierigkeiten stÃ¶Ãt. Die Vorgaben in Â§ 106 Abs 2 und 3 SGB V lassen erkennen, daÃ von den PrÃ¼fgremien nicht etwa jede einzelne Abrechnung oder gar jeder einzelne Behandlungsfall auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der erbrachten Leistungen Ã¼berprÃ¼ft wird. Es handelt sich vielmehr primÃ¤r um eine AuffÃ¤lligkeitsprÃ¼fung, bei der sÃ¤mtliche eingereichten Honorarabrechnungen und Verordnungen auf der Grundlage eines statistischen Kostenvergleichs routinemÃ¤Ãig daraufhin untersucht werden, ob signifikante Abweichungen von den Durchschnittswerten der jeweiligen Arztgruppe bestehen, die auf eine Unwirtschaftlichkeit hindeuten kÃ¶nnten, oder ob vereinbarte RichtgrÃ¶Ãen Ã¼berschritten wurden (Â§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 1 SGB V). Daneben finden bei einer bestimmten Zahl zufÃ¤llig ausgewÃ¤hlter Ãrzte PrÃ¼fungen auf der Basis arztbezogener oder versichertenbezogener Stichproben

statt (Â§ 106 Abs 2 Satz 1 Nr 2 SGB V). Erst wenn sich dabei anhand der von den Vertragspartnern vereinbarten Aufgreifkriterien Anhaltspunkte fÃ¼r eine unwirtschaftliche Behandlungs- oder Verordnungsweise ergeben und daraufhin von der Krankenkasse oder der KassenÃ¤rztlichen Vereinigung ein PrÃ¼fantrag gestellt wird, werden die Abrechnung und/oder die Verordnungsbelege des betreffenden Arztes einer genaueren Analyse unterzogen.

Der nach Â§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V vorgeschriebene Abschlag vom Erstattungsbetrag wegen fehlender WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen soll ersichtlich einen Ausgleich dafÃ¼r schaffen, daÃ in KostenerstattungsfÃ¤llen die geschilderte routinemÃ¤Ãige statistische Kontrolle der Abrechnungswerte einschlieÃlich der Erhebung von Stichproben unterbleibt und deshalb Unwirtschaftlichkeiten nicht erkannt werden. Hingegen spricht nichts dafÃ¼r, daÃ der Gesetzgeber den Krankenkassen in diesen FÃ¤llen die ÃberprÃ¼fung zweifelhafter oder unschlÃ¼ssiger Abrechnungen oder die Geltendmachung dabei zutage getretener VerstÃ¶Ãe gegen das Wirtschaftlichkeitsgebot verbieten und in Kauf nehmen wollte, daÃ gegebenenfalls auch nachweisbar das MaÃ des Notwendigen Ã¼berschreitende oder sogar insgesamt unnÃ¶tige Behandlungen bezahlt werden mÃ¼ssen. Die begrenzte Funktion des Pauschalabzugs kommt bereits im Text des Â§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V zum Ausdruck; denn dort werden nicht KÃ¼rzungen wegen Unwirtschaftlichkeit ausgeschlossen, sondern lediglich Konsequenzen aus der Tatsache gezogen, daÃ eine institutionalisierte PrÃ¼fung in der Art des Â§ 106 Abs 2 SGB V in diesen FÃ¤llen "fehlt". Mit der diesbezÃ¼glichen Formulierung ist das den Krankenkassen durch Â§ 12 Abs 1 Satz 2 SGB V auferlegte Verbot, unwirtschaftliche und insbesondere medizinisch nicht notwendige Leistungen zu gewÃ¤hren, nicht angesprochen und bleibt deshalb davon unberÃ¼hrt. Die Rechtsentwicklung seit EinfÃ¼hrung der WahlmÃ¶glichkeit zwischen Sachleistung und Kostenerstattung zum 1. Januar 1993 stÃ¼tzt die Interpretation, daÃ der Gesetzgeber mit der Forderung nach AbschlÃ¤gen fÃ¼r fehlende WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen die DurchfÃ¼hrung solcher PrÃ¼fungen im Einzelfall nicht ausschlieÃen wollte. Die einschlÃ¤gige Regelung in Â§ 13 Abs 2 Satz 4 SGB V , die neben den AbschlÃ¤gen fÃ¼r fehlende WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen auch AbschlÃ¤ge fÃ¼r Verwaltungskosten vorsah, wurde spÃ¤ter durch das Zweite GKV-Neuordnungsgesetz vom 23. Juni 1997 (BGBl I 1520) mit Wirkung vom 30. Juni 1997 ersatzlos gestrichen und sodann durch das GKV-SolidaritÃ¤tsstÃ¤rkungsgesetz vom 19. Dezember 1998 (BGBl I 3853) mit Wirkung ab 1. Januar 1999 als Â§ 13 Abs 2 Satz 6 SGB V erneut eingefÃ¼hrt. In dem Zeitraum vom 1. Juli 1997 bis zum 31. Dezember 1998 bestand danach keine gesetzliche Grundlage fÃ¼r pauschale AbschlÃ¤ge, obwohl KostenerstattungsfÃ¤lle auch weiterhin nicht in die WirtschaftlichkeitsprÃ¼fungen nach Â§ 106 SGB V einbezogen waren. Im Ergebnis bedeutet das, daÃ der Gesetzgeber bei Kostenerstattungen zeitweilig auf eine systematische Erfassung von Unwirtschaftlichkeiten verzichtet hat. Die Bindung an das Wirtschaftlichkeitsgebot und die Verpflichtung der Krankenkasse, unwirtschaftliche Leistungen zu verweigern, haben dagegen unabhÃ¤ngig von den Ãnderungen des Â§ 13 Abs 2 SGB V durchgehend bestanden, so daÃ sich der Pauschalabzug hierauf nicht beziehen kann.

Die Beklagte war nach alledem entgegen der Auffassung des Berufungsgerichts

berechtigt, die zur Erstattung eingereichten Rechnungen auf die Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der Behandlungs- und Verordnungsweise hin zu Ã¼berprÃ¼fen und im Falle der Unwirtschaftlichkeit entsprechend zu kÃ¼rzen. Dem kann nicht mit Erfolg entgegengehalten werden, durch eine KÃ¼rzung werde die KlÃ¤gerin unangemessen benachteiligt, weil sie die Rechnungen bereits bezahlt habe und mÃ¶glicherweise endgÃ¼ltig mit den Kosten belastet bleibe. Denn das ist gerade ein fÃ¼r die Behandlung auf Privatrechnung typisches Risiko. Durch die Entscheidung fÃ¼r die Kostenerstattung lÃ¶st sich der Versicherte, soweit die Rechtsbeziehungen zum Leistungserbringer betroffen sind, aus den Ã¶ffentlich-rechtlichen BezÃ¼gen des Sachleistungssystems. Er verschafft sich die erforderliche Behandlung als Privatpatient durch AbschluÃ eines Dienstvertrags, der nicht nur hinsichtlich der Leistungserbringung, sondern auch hinsichtlich der VergÃ¼tung der Leistungen rein privatrechtlicher Natur ist. Die mit dem Sachleistungsgrundsatz verbundenen Vorteile, insbesondere das Privileg, sich um die wirtschaftliche Seite der Behandlung nicht kÃ¼mmern zu mÃ¼ssen, gibt er mit der Wahl der Kostenerstattung auf. Zugleich Ã¼bernimmt er das Risiko, daÃ die in Anspruch genommenen Leistungen nicht oder nicht in vollem Umfang den Erfordernissen des SGB V entsprechen und die entstandenen Kosten deshalb ganz oder teilweise nicht erstattet werden.

Da das LSG â von seinem Standpunkt zu Recht â zur Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit der umstrittenen Laborleistungen und Arzneiverordnungen keine Feststellungen getroffen hat, kann der Senat Ã¼ber den Klageanspruch nicht selbst entscheiden, sondern muÃ die Sache an das Tatsachengericht zurÃ¼ckverweisen. Was den Umfang der gerichtlichen PrÃ¼fung und damit den Inhalt der noch anzustellenden Ermittlungen angeht, geben die AusfÃ¼hrungen im angefochtenen Urteil AnlaÃ zu folgender Klarstellung:

Die Erforderlichkeit der in Rede stehenden diagnostischen und therapeutischen Leistungen kann nicht deshalb ohne nÃ¤here PrÃ¼fung unterstellt werden, weil Behandlungsentscheidungen in den Verantwortungsbereich des Arztes fallen und wegen dessen "Therapiefreiheit" grundsÃ¤tzlich hinzunehmen wÃ¤ren. Eine Therapiefreiheit in dem Sinne, daÃ Untersuchungs- oder BehandlungsmaÃnahmen beliebig eingesetzt werden kÃ¶nnten, kennt weder das einfache Recht noch das Verfassungsrecht. Soweit Â§ 1 Abs 2 der BundesÃ¤rzteordnung dem Arzt fÃ¼r die AusÃ¼bung seiner fachlich-Ã¤rztlichen TÃ¤tigkeit einen Freiraum zubilligt, ist dieser schon berufsrechtlich durch die Bindung an den medizinischen Standard und die Regeln der Ã¤rztlichen Kunst sowie durch die Rechte des Patienten auf Leben und kÃ¶rperliche Unversehrtheit und auf Information und Selbstbestimmung Ã¼ber Art und Umfang der medizinischen Versorgung begrenzt (ausfÃ¼hrlich dazu: Francke, Ãrztliche Berufsfreiheit und Patientenrechte, Stuttgart 1994, S 57, 62 ff). FÃ¼r die vertragsÃ¤rztliche TÃ¤tigkeit gelten zusÃ¤tzliche Schranken. Wie jeder Arzt hat zwar auch der Vertragsarzt bei der Wahl der ihm geeignet erscheinenden Untersuchungs- oder Behandlungsmethoden einen Ermessensspielraum, so daÃ ihm die Krankenkasse in FÃ¤llen einer medizinisch vertretbaren Therapieentscheidung regelmÃ¤Ãig nicht entgegenhalten kann, daÃ eine andere Vorgehensweise zweckmÃ¤Ãiger gewesen wÃ¤re. Seine Entscheidungsfreiheit erfÃ¤hrt jedoch EinschrÃ¤nkungen, die sich aus

den Erfordernissen einer beitragsfinanzierten, solidarischen Krankenversicherung und in Sonderheit aus dem sie beherrschenden Wirtschaftlichkeitsgebot ergeben. Das ist verfassungsrechtlich nicht zu beanstanden, denn es handelt sich um zulÃ¤ssige Regelungen der BerufsausÃ¼bung zur Sicherung der finanziellen StabilitÃ¤t des Systems der gesetzlichen Krankenversicherung (stÃ¤ndige Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts; vgl zuletzt: NZS 2000, 454 = ArztR 2000, 168 mwN; ferner SozR 2200 Â§ 368e Nr 3; SozR 2200 Â§ 368n Nr 16). Bestrebungen, das Wirtschaftlichkeitsgebot in einen Gegensatz zur Therapiefreiheit zu bringen, ist die Rechtsprechung deshalb stets entgegengetreten (stellvertretend: BSG SozR 3-2500 Â§ 106 Nr 15 S 90; vgl auch BSGE 73, 66, 70 ff = SozR 3-2500 Â§ 2 Nr 2 S 6 ff mwN; BSGE 63, 163, 165 = SozR 2200 Â§ 368p Nr 2 S 7 f). Auch in KostenerstattungsfÃ¤llen erstreckt sich demnach die PrÃ¼fung darauf, ob sich die gewÃ¤hlte Behandlung auf das MaÃ des Notwendigen beschrÃ¤nkt hat oder ob etwa aufwendigere Leistungen als nÃ¶tig erbracht wurden, deren Kosten vom Versicherten selbst zu tragen sind.

Etwas anderes gilt auch nicht deshalb, weil das mit dem Begriff Chronic Fatigue Syndrome umschriebene Krankheitsbild offenbar wissenschaftlich umstritten ist und kontrollierte medizinische Studien zu seiner Behandlung noch nicht vorliegen. Dem Berufungsgericht ist darin beizupflichten, daÃ es nicht Aufgabe der Gerichte sein kann, in wissenschaftlichen Auseinandersetzungen Ã¼ber die diagnostische Einordnung eines bestimmten Krankheitsbildes und die daraus resultierenden therapeutischen Folgerungen Stellung zu beziehen. Das kann aber nicht davon entbinden, zu untersuchen, ob zumindest die von den BefÃ¼rwortern der betreffenden medizinischen Auffassung selbst aufgestellten Diagnosestandards eingehalten sind, ferner, ob allgemein anerkannte GrundsÃ¤tze einer sinnvollen Stufendiagnostik zum AusschluÃ anderer Erkrankungen befolgt wurden und ob die angewandte Therapie in Ansehung der festgestellten Regelwidrigkeiten medizinisch vertretbar war. Zum Umfang der erforderlichen Ermittlungen bei schwer objektivierbaren Krankheitserscheinungen hat der Senat im Urteil vom 6. Oktober 1999 Stellung genommen (BSGE 85, 56, 58 = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 4 S 16). Dort hat er auch aufgezeigt, daÃ es von der Fallgestaltung abhÃ¤ngen kann, mit welchem Grad von Wahrscheinlichkeit ein Therapieerfolg zu erwarten sein muÃ, um die Leistungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung auszulÃ¶sen (BSGE 85, 56, 61 f = SozR 3-2500 Â§ 28 Nr 4 S 19 f).

Das Berufungsgericht wird die angesprochenen Punkte zu prÃ¼fen und in seiner erneuten Entscheidung auch Ã¼ber die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden haben.

Erstellt am: 18.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024