_

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land Bundesrepublik Deutschland

Sozialgericht Bundessozialgericht Sachgebiet Krankenversicherung

Abteilung 1

Kategorie Urteil

Bemerkung Rechtskraft Deskriptoren Leitsätze Normenkette -

1. Instanz

Aktenzeichen -

Datum 29.04.1996

2. Instanz

Aktenzeichen -

Datum 12.02.1998

3. Instanz

Datum 25.09.2000

Auf die Revision der KlĤgerin wird das Urteil des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 12. Februar 1998 aufgehoben und die Sache zur erneuten Verhandlung und Entscheidung an dieses Gericht zurļckverwiesen.

Gründe:

I

Die Klägerin, die bis 1996 freiwilliges Mitglied der beklagten Ersatzkasse war, lieà sich in den Jahren 1992 bis 1994 von verschiedenen à rzten auf Privatrechnung wegen eines chronischen Erschã¶pfungssyndroms (Chronic Fatigue Syndrome) behandeln. Ihren Antrag, die Behandlungskosten einschlieà lich der Aufwendungen für Medikamente zu erstatten, lehnte die Beklagte ab, weil das mit dem Begriff Chronic Fatigue Syndrome gekennzeichnete Krankheitsbild nicht so schwerwiegend sei, daà ausnahmsweise eine Anwendung neuer, wissenschaftlich bisher nicht erprobter Behandlungsmethoden zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung in Betracht kommen könne. Auà erdem seien die bei der Klägerin durchgeführten Behandlungsmaà nahmen als unwirtschaftlich zu bewerten. Leistungen, die auf Krankenschein nicht abrechenbar seien, könnten auch nicht im

Wege der Kostenerstattung in Anspruch genommen werden (Bescheid vom 8. Juni 1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 23. Oktober 1995).

Die Klage war in den Vorinstanzen erfolglos. Nach Auffassung des Landessozialgerichts (LSG) scheitert ein Kostenerstattungsanspruch für Behandlungen in der Zeit vor dem 8. Juni 1993 (Zeitpunkt des ablehnenden Bescheides der Beklagten) schon an der fehlenden KausalitÄxt zwischen Kostenentstehung und Ablehnung. Für die Zeit danach könne offenbleiben, ob es sich bei den angewandten MaÄnahmen um etablierte Verfahren der Schulmedizin oder um neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden im Sinne des § 135 Abs 1 Fýnftes Buch Sozialgesetzbuch (SGB V) gehandelt habe. Im zuletzt genannten Fall seien die gesetzlichen Voraussetzungen bzw die von der Rechtsprechung entwickelten Kriterien für eine Einstandspflicht der Beklagten nicht erfüllt. Eine Empfehlung des Bundesausschusses der Anrzte und Krankenkassen liege nicht vor, und die Wirksamkeit der Behandlung sei nicht nachgewiesen. Nach den vom Medizinischen Dienst der Krankenversicherung (MDK) ausgewerteten Unterlagen (Stellungnahmen von ̸rzten der Medizinischen und der Neurologischen Kliniken der UniversitĤt Bonn) handele es sich beim Chronic Fatigue Syndrome um ein Krankheitsgeschehen, dessen Ursachen ungeklĤrt seien und fļr das es bis heute keine gesicherte Therapie gebe. Aber auch wenn § 135 Abs 1 SGB V nicht eingreifen sollte, bestehe kein Anspruch, weil die Krankenkasse für privatärztliche Behandlungen nicht aufzukommen habe. Freiwillig Versicherten werde durch <u>§ 13 Abs 2 Satz 1 SGB V</u> zwar die Möglichkeit eingeräumt, anstelle von Sachleistungen Kostenerstattung zu wählen, doch schlieÃ∏e dies die Inanspruchnahme nicht zugelassener Leistungserbringer nicht ein.

Mit der vom Bundessozialgericht (BSG) zugelassenen Revision macht die KlĤgerin geltend, § 13 Abs 2 SGB V habe entgegen der Ansicht des Berufungsgerichts in seiner bis 26. Juni 1997 geltenden Fassung eine Kostenerstattung auch bei Inanspruchnahme von NichtvertragsÃxrzten zugelassen. Aus der Entstehungsgeschichte der Vorschrift und den Gesetzesmaterialien sowie dem systematischen Zusammenhang mit dem gleichzeitig eingeführten § 13 Abs 4 SGB V sei zu ersehen, da̸ der Gesetzgeber den durch die langjährige Erstattungspraxis der Ersatzkassen und die dazu ergangene Rechtsprechung des BSG geschaffenen Zustand habe beibehalten wollen. Was BehandlungsmaÃ⊓nahmen aus der Zeit vor dem 8. Juni 1993 angehe, könne ein Erstattungsanspruch nicht mit der Begründung verneint werden, der Beklagten sei vor Inanspruchnahme der Behandlungen keine Gelegenheit zur Entscheidung über das Leistungsbegehren gegeben worden. Die vom LSG geforderte KausalitÃxt zwischen Ablehnung und Beschaffung der Leistung sei Voraussetzung fÃ $\frac{1}{4}$ r eine Kostenerstattung in FÃ $\frac{1}{4}$ llen des "Systemversagens" nach $\frac{2}{4}$ 13 Abs 3 SGB V; fýr den Anspruch nach § 13 Abs 2 SGB V sei dagegen kein vorheriger Antrag erforderlich.

Die KlAxgerin beantragt,

die Urteile des Landessozialgerichts Nordrhein-Westfalen vom 12. Februar 1998 und des Sozialgerichts KĶln vom 29. April 1996 sowie den Bescheid der Beklagten vom

8. Juni 1993 in der Gestalt des Widerspruchsbescheides vom 25. Oktober 1995 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, die Kosten der streitigen privatĤrztlichen Behandlungen zu erstatten.

Die Beklagte beantragt,

die Revision zurĽckzuweisen.

Sie verteidigt das angefochtene Urteil.

Ш

Die Revision der Kl \tilde{A} ¤gerin ist im Sinne der Zur \tilde{A} ½ckverweisung begr \tilde{A} ¼ndet. Die vom LSG getroffenen Feststellungen reichen f \tilde{A} ¼r eine Entscheidung \tilde{A} ¼ber das Klagebegehren nicht aus.

Eine abschlieÄ ende rechtliche Bewertung dieses Begehrens ist schon deshalb nicht mä¶glich, weil das Berufungsgericht den Streitgegenstand im unklaren gelassen hat. Dem angefochtenen Urteil ist nur zu entnehmen, daÄ es um die Erstattung von Aufwendungen fä¼r verschiedene privatÄ zrztliche Behandlungen einschlieÄ lich verordneter Arzneimittel geht, die die Klä gerin zwischen 1992 und 1994 wegen eines bei ihr diagnostizierten Chronic Fatigue Syndromes in Anspruch genommen hat. Welche Ä zte im einzelnen konsultiert wurden, welche Leistungen diese Ä rzte erbracht und welche Medikamente sie verordnet haben, welche Kosten dafä¼r in Rechnung gestellt wurden und welche Aufwendungen die Klä gerin letztlich mit der Klage geltend macht, lassen die Ausfä¼hrungen des Berufungsgerichts nicht erkennen. Der Senat hat seinerseits davon abgesehen, auf eine Prä zisierung der erhobenen Ansprä ¼che hinzuwirken, da die Sache wegen unzureichender Tatsachenfeststellungen in jedem Fall an die Vorinstanz zur Ä kckverwiesen werden muÄ .

Als Rechtsgrundlage der geltend gemachten Erstattungsforderung kommen sowohl § 13 Abs 2 als auch <u>§ 13 Abs 3 SGB V</u> â∏∏ jeweils in der hier maÃ∏gebenden Fassung des Gesundheitsstrukturgesetzes (GSG) vom 21. Dezember 1992 (BGBI I 2266) â∏∏ in Betracht. Beide Vorschriften statuieren Ausnahmen von dem die gesetzliche Krankenversicherung prĤgenden Sachleistungsgrundsatz (§ 2 Abs 2 Satz 1, § 13 Abs 1 SGB V); sie unterscheiden sich jedoch in Voraussetzungen und Rechtsfolgen grundlegend und sind deshalb streng auseinanderzuhalten, was in dem angefochtenen Urteil nicht durchweg geschieht. WAxhrend A§ 13 Abs 2 SGB V einer bestimmten Versichertengruppe generell die MA¶glichkeit einrA¤umt, anstelle von Dienst- oder Sachleistungen Kostenerstattung zu wÄxhlen, sich also auf eigene Rechnung behandeln und die entstandenen Kosten späxter in der durch Gesetz und Satzung festgelegten Höhe erstatten zu lassen, gibt <u>§ 13 Abs 3 SGB V</u> einen Kostenerstattungsanspruch für den Ausnahmefall, daÃ∏ eine von der Krankenkasse geschuldete notwendige Behandlung infolge eines Mangels im Leistungssystem der Krankenversicherung als Dienst- oder Sachleistung nicht oder nicht in der gebotenen Zeit zur Verfļgung gestellt werden kann. Gemeinsam ist beiden Ansprüchen nur, daÃ☐ sie an die Stelle eines an sich bestehenden

Sachleistungsanspruchs treten und deshalb nicht weiter gehen können als dieser. Ob bereits dieser Gesichtspunkt im Fall der Klägerin einer Kostenerstattung ganz oder teilweise entgegensteht, wie die Beklagte meint, kann ohne genaue Kenntnis der in Rede stehenden Behandlungsmaà nahmen nicht entschieden werden.

Eine Erstattung wĤre nach beiden Vorschriften ausgeschlossen, wenn die erbrachten Leistungen nicht dem in <u>§ 2 Abs 1 Satz 3 SGB V</u> festgelegten medizinischen Standard entsprochen haben bzw ihre Wirksamkeit und ZweckmäÃ∏igkeit nicht in dem für neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden in § 135 Abs 1 SGB V vorgesehenen Verfahren festgestellt worden sein sollten. Die Annahme, es habe sich um wissenschaftlich nicht anerkannte AuAnenseitermethoden gehandelt, kann freilich nicht allein damit begründet werden, daÃ∏ das mit dem Begriff Chronic Fatigue Syndrome umschriebene Krankheitsbild wissenschaftlich umstritten ist und kontrollierte medizinische Studien zu seiner Behandlung noch nicht vorliegen; denn fehlende oder unzureichende Kenntnisse über Ursache und Verlauf einer Krankheit schlie̸en eine wirksame Behandlung nicht von vornherein aus. Der Erlaubnisvorbehalt in § 135 Abs 1 Satz 1 SGB V bezieht sich auf neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden, nicht dagegen auf neuartige Krankheiten und somit auch nicht ohne weiteres auf sämtliche MaÃ∏nahmen, die zur Erkennung oder BekĤmpfung einer neuartigen Krankheit eingesetzt werden. Andererseits IäÃ∏t sich bei neuen oder umstrittenen Krankheitsbildern die ZweckmäÃ∏igkeit der Therapieentscheidung oftmals nur dann beurteilen, wenn die Krankheit hinreichend erforscht und eine zuverlÄxssige Diagnosestellung möglich ist. Das Krankheitsbild muÃ∏ bei Zugrundelegung der allgemein anerkannten Erkenntnisse der medizinischen Wissenschaft die begrļndete Annahme rechtfertigen, da̸ die vom Arzt diagnostizierte Erkrankung vorliegt und mit der vorgeschlagenen Therapie wirksam behandelt werden kann (Senatsurteil vom 6. Oktober 1999 â∏∏ BSGE 85, 56, 62 f = $\frac{\text{SozR } 3-2500 \text{ Å}}{\text{§ } 28 \text{ Nr } 4}$ S 20 f â∏∏ Amalgam). ̸ber die Zuverlässigkeit der im konkreten Fall gestellten Diagnose und der dabei zugrunde gelegten Annahmen ebenso wie über Art und Umfang der erbrachten oder veranla̸ten Leistungen, insbesondere auch der diagnostischen Ma̸nahmen, die nach dem vom Berufungsgericht zitierten Gutachten des MDK bilden, ist nichts bekannt, weil das LSG dazu keine Feststellungen getroffen hat. Ohne solche Feststellungen kann auch nicht beurteilt werden, ob bei den verschiedenen Behandlungen das Wirtschaftlichkeitsgebot beachtet wurde. Aufwendungen få¼r unnå¶tige oder unwirtschaftliche Leistungen hå¤tte die Krankenkasse weder nach § 13 Abs 2 noch nach § 13 Abs 3 SGB V zu erstatten; denn sie schuldet ihren Versicherten nur die zur Erkennung, Heilung, EindĤmmung oder Linderung der Krankheit notwendigen und ausreichenden Leistungen, während auf nicht notwendige oder unwirtschaftliche MaÃ⊓nahmen weder in Form von Dienst- oder Sachleistungen noch im Wege der Kostenerstattung ein Anspruch besteht (§ 12 Abs 1, § 27 Abs 1 SGB V). Nachdem die Beklagte sich im Widerspruchsbescheid vom 23. Oktober 1995 ausdrücklich auf die Unwirtschaftlichkeit der in Rechnung gestellten Leistungen berufen hat, muÃ□ dem gegebenenfalls nachgegangen werden.

Sollten die Ermittlungen ergeben, da̸ es sich um Leistungen handelt, für die die gesetzliche Krankenversicherung dem Grunde nach einzustehen hat, so ist ein Erstattungsanspruch aus <u>§ 13 Abs 2 SGB V</u> im Fall der KlAzgerin nicht von vornherein ausgeschlossen. Die genannte Bestimmung, die durch das GSG mit Wirkung vom 1. Januar 1993 eingefļhrt und spĤter mehrfach geĤndert worden ist, erlaubt es freiwillig Versicherten und ihren mitversicherten FamilienangehĶrigen, für die Dauer der freiwilligen Versicherung anstelle der Sach- oder Dienstleistung Kostenerstattung zu wĤhlen. Wie diese Wahl zu erfolgen hat, war aus der ursprļnglichen, bis 30. Juni 1997 geltenden Fassung der Vorschrift nicht zu ersehen, da eine dem späxteren å§ 13 Abs 2 Satz 5 bzw dem jetzigen <u>§ 13 Abs 2 Satz 6 SGB V</u> entsprechende Bestimmung fehlte. Der erkennende Senat hat es in zwei Urteilen vom 10. Mai 1995 (BSGE 76, 101 = SozR 3-2500 § 13 Nr 7) und vom 23. November 1995 (SozR 3-2500 § 13 Nr 9) nicht beanstandet, da̸ die dortigen Versicherten die Kostenerstattung jeweils nur fþr eine bestimmte Behandlung und in einem der FÄxlle erst nachtrÄxglich durch Einreichung der entsprechenden privatÄxrztlichen Liquidation bei der Krankenkasse beantragt hatten. Ob das durch Besonderheiten der damaligen Verfahren veranla̸t oder Ausdruck der Rechtsauffassung war, daÃ∏ es einer generellen, für alle zukünftigen Behandlungsfälle geltenden Festlegung auf das Kostenerstattungsverfahren nicht bedurft hat, kann auf sich beruhen. Denn in Anlehnung an die zitierte Rechtsprechung ist jedenfalls für die hier streitige Zeit davon auszugehen, da̸ die Klägerin ihr Wahlrecht von Fall zu Fall und auch noch nach Abschlu̸ der jeweiligen Behandlung ausüben konnte, wie dies im übrigen auch in der Satzung der Beklagten vorgesehen war. Zwar ist die erwĤhnte Rechtsansicht im Schrifttum überwiegend auf Ablehnung gestoÃ∏en (vgl etwa: Krauskopf, Soziale Krankenversicherung/Pflegeversicherung, 21. Lfg 1993, § 13 SGB V RdNr 10; Hauck, SGB V, 15. Lfg 1994, K § 13 RdNr 13; befürwortend nur: Zipperer, BKK 1993, 3, 16); auch kann sie angesichts der zwischenzeitlichen RechtsĤnderungen für das geltende Recht nicht aufrecht erhalten werden (zur aktuellen Rechtslage vgl Noftz in: Hauck, SGB V, 43. Lfg 1999, K § 13 RdNrn 31 ff). Da es sich um au̸er Kraft getretenes Recht handelt, ist jedoch für die Vergangenheit aus Gründen der Rechtssicherheit und des Vertrauensschutzes an dem durch die bisherigen Entscheidungen des Senats vermittelten Gesetzesverständnis festzuhalten. Danach scheitert ein auf § 13 Abs 2 SGB V gestützter Anspruch hier nicht daran, daÃ∏ die Klägerin die Beklagte erst im Juni 1993 von den bereits seit Monaten laufenden Behandlungen in Kenntnis gesetzt und Kostenerstattung beantragt hat.

Ob diesem Anspruch andere Gründe entgegenstehen, kann wiederum wegen unzureichender Tatsachenfeststellungen nicht entschieden werden. Das Berufungsgericht geht zu Recht davon aus, daà eine Kostenerstattung nach § 13 Abs 2 Satz 1 SGB V ausgeschlossen ist, soweit die Klägerin à rzte oder ärztlich geleitete Einrichtungen in Anspruch genommen hat, die nicht zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung zugelassen oder ermächtigt waren. Seit der Novellierung durch das 2. GKV-NOG vom 23. Juni 1997 (BGBI I 1520) ist dies im Text der Vorschrift selbst ausdrücklich klargestellt. Der Senat hat aber auch für die Zeit davor mehrfach entschieden, daà die Wahl der Kostenerstattung den Versicherten nicht von der in § 76 Abs 1, § 108, § 124 Abs 1 und § 126 Abs 1

SGB V angeordneten BeschrĤnkung auf zugelassene Leistungserbringer entbindet (vgl nochmals <u>BSGE 76, 101</u> = <u>SozR 3-2500 § 13 Nr 7</u>; BSG <u>SozR 3-2500 § 13 Nr 9</u> ; Urteil vom 12. MÃxrz 1996 $\hat{a} \square \square 1 RK 13/95 \hat{a} \square \square VersR 1997, 1030 = USK 96167;$ neuerdings auch Urteil vom 11. Juli 2000 â∏ B 1 KR 14/99 R, zur VerĶffentlichung in BSGE und SozR vorgesehen). Er hat sich dabei bereits mit den von der Revision jetzt vorgetragenen EinwĤnden auseinandergesetzt, so daÃ∏ hierauf nicht erneut einzugehen ist. Da auch diese Rechtsprechung nur noch Bedeutung für in der Vergangenheit liegende, abgeschlossene Sachverhalte hat, wĤre ihre nachträgliche Ã∏nderung ohnedies nur zu rechtfertigen, wenn sie in den verbliebenen FĤllen zu grob unbilligen und schlechthin unvertretbaren Ergebnissen führen würde, wofür nichts ersichtlich ist. Ob die von der Klägerin konsultierten ̸rzte als Vertragsärzte zugelassen waren oder nicht, ist dem angefochtenen Urteil nicht zu entnehmen. Das LSG spricht zwar wiederholt von einer "privatärztlichen" Therapie, hat aber zum Status der beteiligten Ã∏rzte keine Feststellungen getroffen. Nur die ̸rzte Dr. H. und Prof. Dr. I. werden im Urteil überhaupt namentlich erwähnt; deren Gemeinschaftspraxis in D. wird von der Beklagten als Kassenpraxis bezeichnet, so da̸ anzunehmen ist, daÃ∏ zumindest einer der beiden Praxisinhaber eine Kassenzulassung besessen hat. ̸ber die anderen behandelnden Ä\(\text{\Pizte}\) ist nichts bekannt.

Wenn $\hat{A}\S$ 13 Abs 2 SGB V als Anspruchsgrundlage ausscheiden sollte, weil die Behandlung von Nichtvertrags \tilde{A} xrzten durchgef \tilde{A}^{1} 4hrt wurde, kann gleichwohl noch ein Anspruch aus $\hat{A}\S$ 13 Abs 3 SGB V in Betracht kommen. Diese M \tilde{A} glichkeit besteht, wenn die betreffenden \tilde{A} rzte aufgesucht werden mu \tilde{A} ten, weil eine von der Beklagten geschuldete Behandlung im Rahmen der vertrags \tilde{A} xrztlichen Versorgung nicht zur Verf \tilde{A}^{1} 4gung gestellt werden konnte. Das Vorbringen der Kl \tilde{A} xgerin geht in diese Richtung, denn sie beruft sich darauf, da \tilde{A} das Chronic Fatigue Syndrome in der \tilde{A} rzteschaft noch weitgehend unbekannt und sie deshalb gezwungen gewesen sei, sich die ben \tilde{A} tigte Behandlung gerade bei den von ihr konsultierten \tilde{A} rzten zu beschaffen. Auch zu diesem Punkt kann wegen der unzul \tilde{A} xnglichen Aufkl \tilde{A} xrung des entscheidungserheblichen Sachverhalts nicht abschlie \tilde{A} end Stellung genommen werden.

Nach <u>ŧ 13 Abs 3 SGB V</u> sind dem Versicherten die Kosten einer selbstbeschafften Leistung in der entstandenen Höhe zu erstatten, wenn die Leistung unaufschiebbar war und die Krankenkasse sie nicht rechtzeitig erbringen konnte (erste Fallgruppe) oder wenn die Krankenkasse die Leistung zu Unrecht abgelehnt hatte (zweite Fallgruppe). Die Voraussetzungen der ersten Fallgruppe haben entgegen der Ansicht der KlĤgerin nicht vorgelegen, denn sie hĤtte sich vor Inanspruchnahme der privatĤrztlichen Leistungen mit der Beklagten in Verbindung setzen und ļber die Möglichkeiten einer Behandlung auf Krankenschein bzw Krankenversichertenkarte informieren können. Insofern kann dahingestellt bleiben, ob die umstrittenen Behandlungen unaufschiebbar im Sinne der gesetzlichen Regelung gewesen sind, ob sie also im Zeitpunkt ihrer tatsĤchlichen Durchführung so dringlich waren, daà aus medizinischer Sicht keine Möglichkeit eines nennenswerten zeitlichen Aufschubs mehr bestand (siehe dazu Noftz in: Hauck, SGB V, 43. Lfg 1999, § 13 RdNr 49). Das ist nicht von vornherein ausgeschlossen, denn die erste Fallgruppe erfaà tnicht nur Notfälle im Sinne des

§ 76 Abs 1 Satz 2 SGB V, bei denen ein unvermittelt aufgetretener Behandlungsbedarf sofort befriedigt werden muÃ[]. Unaufschiebbar kann auch eine zunĤchst nicht eilbedürftige Behandlung werden, wenn mit der Ausführung so lange gewartet wird, bis die Leistung zwingend erbracht werden mu̸, damit der mit ihr angestrebte Erfolg noch erreicht werden kann (BSGE 73, 271, 287 = SozR3-2500 § 13 Nr 4 S 26). Die medizinische Dringlichkeit ist indessen nicht allein ausschlaggebend. Denn få¼r die erste Fallgruppe wird neben der Unaufschiebbarkeit vorausgesetzt, da̸ die Krankenkasse die in Rede stehenden Leistungen nicht rechtzeitig erbringen konnte. Davon kann im Regelfall nur ausgegangen werden, wenn sie mit dem Leistungsbegehren konfrontiert war und sich dabei ihr UnvermĶgen herausgestellt hat. Nur da, wo eine vorherige Einschaltung der Krankenkasse vom Versicherten nach den UmstĤnden des Falles nicht verlangt werden konnte, darf die UnfÄxhigkeit zur rechtzeitigen Leistungserbringung unterstellt werden. <u>ŧ 13 Abs 3 SGB V</u> will lýckenlos alle Sachverhalte der berechtigten Selbstbeschaffung von Leistungen in FĤllen des Systemversagens erfassen. Bei seiner Auslegung müssen deshalb die Merkmale der beiden Fallgruppen so aufeinander abgestimmt werden, da̸ dieser Zweck erreicht wird. Daraus folgt, da̸ der Kostenerstattungsanspruch mit dem UnvermĶgen der Krankenkasse zur rechtzeitigen Erbringung einer unaufschiebbaren Leistung nur begründet werden kann, wenn es dem Versicherten â∏ aus medizinischen oder anderen Gründen â∏ nicht möglich oder nicht zuzumuten war, vor der Beschaffung die Krankenkasse einzuschalten. Ohne da̸ es in den damaligen Fällen auf nähere Einzelheiten ankam, hat der Senat den Anspruch aus § 13 Abs 3 SGB V bereits in früheren Urteilen in diesem Sinne geprýft (vgl BSGE 83, 285, 286 = $\frac{\text{SozR } 3-2500 \text{ Å} \$ 60 \text{ Nr } 3}{\text{Soze } 13; \text{ BSGE } 81, 54}$ 56 f = $\frac{\text{SozR } 3-2500 \text{ Å} \S 135 \text{ Nr 4}}{35 \text{ Nr 4}} \text{ S 11}$. Die Verkn $\frac{\text{A}}{\text{V}}$ pfung zwischen den beiden Fallgruppen der Vorschrift ist auch vom 4. Senat des BSG im Urteil vom 16. Dezember 1993 in Axhnlicher Weise gesehen worden (vgl nochmals BSGE 73, 271, 285 ff = $\frac{\text{SozR } 3-2500 \text{ Å}}{\text{ } 13 \text{ Nr } 4} \text{ S } 25 \text{ ff}}$.

Im Fall der KlĤgerin waren die genannten Voraussetzungen nicht erfüllt. Vor der Selbstbeschaffung hätte der Beklagten die Prüfung ermöglicht werden können, ob die Behandlung im Rahmen des vertragsärztlichen Versorgungssystems bereitgestellt werden konnte und, sofern dies nicht möglich war, wie Abhilfe zu schaffen sei. Die von der Klägerin behaupteten Schwierigkeiten bei der Leistungsbeschaffung, die sich daraus ergeben haben sollen, daÃ☐ groÃ☐e Teile der Ã☐rzteschaft mit dem Krankheitsbild des Chronic Fatigue Syndrome nicht vertraut sind, rechtfertigen insoweit keine Ausnahme. Sie wären vielmehr ein zusätzlicher AnlaÃ☐ gewesen, sich an die Beklagte zu wenden, um tatsächlich alle erreichbaren Behandlungsmöglichkeiten auszuschöpfen. Andere Gründe, die eine Selbstbeschaffung ohne Einschaltung der Krankenkasse rechtfertigen könnten, sind nicht ersichtlich.

Denkbar ist jedoch, daà die Beklagte die Gewà hrung von Leistungen zu Unrecht abgelehnt hat und der Klà gerin aus diesem Grunde Kosten zu erstatten sind (zweite Fallgruppe des § 13 Abs 3 SGB V). Das kommt allerdings, wie das LSG zutreffend dargelegt hat, von vornherein nur fà 4 Behandlungen ab 8. Juni 1993 (Zeitpunkt des ablehnenden Bescheides) in Betracht, da es fà 4 die Zeit davor an

der Kausalität zwischen Ablehnung und Kostenentstehung fehlt. Ob in bezug auf die Diagnostik und die Therapie des Chronic Fatigue Syndromes ein Versorgungsnotstand bestanden hat, der die Klägerin berechtigte, sich durch die von ihr aufgesuchten Ã□rzte auf Privatrechnung zu Lasten der Beklagten behandeln zu lassen, wird das Berufungsgericht erforderlichenfalls klären mÃ⅓ssen.

In dem den Rechtsstreit abschlie \tilde{A} \square enden Urteil wird sodann auch \tilde{A} 1 4ber die Kosten des Revisionsverfahrens zu befinden sein.

Erstellt am: 19.08.2003

Zuletzt verändert am: 20.12.2024