S 89 KR 1246/98-73

Sozialgerichtsbarkeit Bundesrepublik Deutschland

Land	Berlin-Brandenburg
Sozialgericht	Landessozialgericht Berlin-Brandenburg
Sachgebiet	Krankenversicherung
Abteilung	9
Kategorie	Beschluss
Bemerkung	-
Rechtskraft	-
Deskriptoren	-
Leitsätze	-
Normenkette	-

1. Instanz

Aktenzeichen	S 89 KR 1246/98-73
Datum	12.05.1999

2. Instanz

Aktenzeichen	L 9 KR 64/99
Datum	15.02.2000

3. Instanz

Datum	-

Die Berufung des KlÃ¤gers gegen das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 12. Mai 1999 wird zurÃ¼ckgewiesen. AuÃergerichtliche Kosten des Berufungsverfahrens sind nicht zu erstatten. Die Revision wird nicht zugelassen.

Tatbestand:

Die Beteiligten streiten darÃ¼ber, ob die beklagte Krankenkasse dem KlÃ¤ger die ihm durch bzw. aus Anlass einer privatÃ¤rztlichen Behandlung entstandenen Kosten in HÃ¶he von 6.696,86 DM erstatten muss.

Der bei der Beklagten krankenversicherte KlÃ¤ger leidet nach einem Attest seiner behandelnden Ãrztin vom 12. Februar 1998 (Blatt 11 Verwaltungsakte der Beklagten) an allgemeinen Gelenkbeschwerden und degenerativen VerÃ¤nderungen der WirbelsÃ¤ule. Nach Angaben des KlÃ¤gers konnten trotz vielfÃ¤ltiger BehandlungsmaÃnahmen die seit Jahren bestehenden Paraesthesien der ExtremitÃ¤ten und die Muskelschmerzen nicht gelindert bzw. beseitigt werden.

Unter BeifÃ¼gung eines Kostenvoranschlages des in Baden-Baden privatÃ¤rztlich praktizierenden Dr. D vom 12. Dezember 1997 beantragte der KlÃ¤ger am 7. Januar

1998 die Ãbernahme der Kosten fÃ¼r eine sogenannte âKochsalztherapieâ. Hiernach beliefen sich die Kosten fÃ¼r die neu-rotopische Diagnostik und Therapie zwecks Dynamisierung der Mikrozirkulation im entzÃ¼ndeten organischen Bereich sowie eine kÃ¶rperinduzierte zeitabhÃ¤ngige Durchblutungsheilung auf 6.636,55 DM. Zudem bat der KlÃ¤ger um Kostenerstattung fÃ¼r eine bereits durchgefÃ¼hrte privatÃ¤rztliche Beratung und Untersuchung durch Dr. D am 12. Dezember 1997 in HÃ¶he von 60,31 DM.

Mit Bescheid vom 18. MÃ¤rz 1998 â bestÃ¤tigt durch den Widerspruchsbescheid vom 11. November 1998 â lehnte die Beklagte die Ãbernahme der Kosten bzw. die Kostenerstattung fÃ¼r die BehandlungsmaÃnahmen mit der BegrÃ¼ndung ab, dass Dr. D zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nicht zugelassen sei. Zudem handele es sich um eine nicht anerkannte BehandlungsmaÃnahme, die einen Leistungsanspruch ausschlieÃe.

Der KlÃ¤ger, der zwischenzeitlich die Therapie nach Dr. D durchgefÃ¼hrt hat, hat im anschlieÃenden Klageverfahren geltend gemacht, die neurotopische Therapie habe zu einer deutlichen Verbesserung seines Gesundheitszustandes gefÃ¼hrt. Die Wirksamkeit der neuen Behandlungsmethode sei aufgrund wissenschaftlich gefÃ¼hrter Statistiken in einer fÃ¼r die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von BehandlungsfÃ¤llen nachgewiesen.

Mit Urteil vom 12. Mai 1999 hat das Sozialgericht Berlin die Klage abgewiesen und im Wesentlichen ausgefÃ¼hrt: Die Voraussetzungen des Â§ 13 Abs. 3 Sozialgesetzbuch/FÃ¼nftes Buch (SGB V) seien nicht gegeben. Der geltend gemachte Anspruch scheitere daran, dass Dr. D nicht zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassen sei. Denn gemÃ¤Ã Â§ 76 Abs. 1 Satz 1 SGB V kÃ¶nnten die Versicherten (nur) unter den zur vertragsÃ¤rztlichen Versorgung zugelassenen Ãrzten frei wÃ¤hlen. DarÃ¼ber hinaus sei hinsichtlich des Betrages von 60,31 DM der Kos-tenerstattungsanspruch nicht gegeben, weil die Untersuchung und Beratung durch Dr. D bereits vor der Antragstellung des KlÃ¤gers und der Entscheidung der Beklagten Ã¼ber den Anspruch stattgefunden habe. SchlieÃlich handele es sich bei der Therapie nach Dr. D um keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung. Neue Untersuchungs- und Behandlungsmethoden seien so lange von der Abrechnung zu Lasten der gesetzlichen Krankenversicherung ausgeschlossen, bis der Bundesausschuss der Ãrzte und Krankenkassen sie als zweckmÃ¤Ãig anerkannt habe. Eine Methode habe sich in der medizinischen Praxis auch erst dann durchgesetzt, wenn sie in medizinischen Fachdiskussionen eine breite Resonanz gefunden und von einer erheblichen Anzahl von Ãrzten angewandt werde. Dies sei vorliegend nicht der Fall.

Mit seiner Berufung vom 21. Juli 1999 wendet sich der KlÃ¤ger gegen das ihm am 12. Juli 1999 zugestellte Urteil und verfolgt sein Kostenerstattungsbegehren weiter. Entscheidend ist nach seiner Ansicht, dass er zuvor bereits jahrelang erfolglos therapiert worden sei. Insofern unterscheide sich sein Fall von den FÃ¤llen, die das Bundessozialgericht bereits entschieden habe. Auch sei es nicht gerechtfertigt, den Versicherten eine Leistung zu versagen, die sich erfolgreich bei vielen Patienten ausgewirkt habe und sich nunmehr bereits in einer Zwischenphase zur

Anerkennung befinde.

Der KlÃ¤ger beantragt,

das Urteil des Sozialgerichts Berlin vom 12. Mai 1999 sowie den Bescheid der Beklagten vom 18. MÃ¤rz 1998 in der Fassung des Widerspruchsbescheides vom 11. November 1998 aufzuheben und die Beklagte zu verurteilen, ihm 6.696,86 DM zu zahlen.

Die Beklagte beantragt,

die Berufung zurÃ¼ckzuweisen.

Sie hÃ¤lt das Urteil des Sozialgerichts fÃ¼r zutreffend.

Wegen der weiteren Einzelheiten des Sach- und Streitstandes wird auf die SchriftsÃ¤tze der Beteiligten nebst Anlagen und den sonstigen Inhalt der Gerichtsakte und der Akte der Beklagten Bezug genommen.

Der Senat hat die Berufung nach Â§ 153 Abs. 4 Sozialgerichtsgesetz (SGG) einstimmig durch Beschluss zurÃ¼ckgewiesen, weil sie unbegrÃ¼ndet und eine mÃ¼ndliche Verhandlung nicht erforderlich ist. Die Beteiligten hatten Gelegenheit, hierzu Stellung zu nehmen.

Zu Recht hat das Sozialgericht die Klage abgewiesen. Der KlÃ¤ger hat weder einen Anspruch auf Kostenerstattung in HÃ¶he von 6.636,55 DM fÃ¼r die durchgefÃ¼hrte Behandlung bei Dr. D noch in HÃ¶he von 60,31 DM fÃ¼r die vor Behandlungsbeginn erfolgte Untersuchung und Beratung.

Als Rechtsgrundlage fÃ¼r die Erstattung bereits entstandener Kosten kommt allein Â§ 13 Abs. 3 SGB V in Betracht. Danach hat die Krankenkasse, wenn sie eine unaufschiebbare Leistung nicht rechtzeitig erbringen konnte oder eine Leistung zu Unrecht abgelehnt hat, dem Versicherten die fÃ¼r die Beschaffung der Leistung aufgewendeten Kosten zu erstatten. Der Kostenerstattungsanspruch tritt an die Stelle eines an sich gegebenen Sachleistungsanspruchs, den die Kasse infolge eines Versagens des Beschaffungssystems nicht erfÃ¼llt hat. Er kann deshalb nur bestehen, soweit die selbst beschaffte Leistung ihrer Art nach zu den Leistungen gehÃ¶rt, welche die gesetzlichen Krankenkassen als Sach- und Dienstleistung zu erbringen haben (BSG SozR 3-2500 Â§ 31 Nr. 5 S. 15; BSG SozR 3-2500 Â§ 27 Nr. 9, S. 27). Letzteres ist hier nicht der Fall (so bereits Urteile des erkennenden Senats vom 10. August 1998 â□□ L 9 Kr 125/97 â□□ und 23. Juni 1999 â□□ L 9 KR 9/98 -).

Â§ 27 Abs. 1 Satz 2 Nrn. 1 und 3 SGB V begrÃ¼nden keinen unmittelbaren durchsetzbaren Anspruch auf Versorgung mit einer Behandlung durch einen Arzt schlechthin, sondern lediglich ein â□□ im System der gesetzlichen Krankenversicherung â□□ ausfÃ¼llungsbedÃ¼rftiges Rahmenrecht. Deshalb ist eine Kostenerstattung nach Â§ 13 Abs. 3 SGB V grundsÃ¤tzlich ausgeschlossen, wenn sich ein Mitglied der gesetzlichen Krankenversicherung durch einen zur

vertragsÃ¤rztlichen Versorgung nicht zugelassenen Arzt hat behandeln lassen (stÃ¤ndige Rechtsprechung des BSG, vgl. BSG SozR 3-2500 Â§ 13 Nrn. 4 und 7). GemÃ¤Ã Â§ 76 Abs. 1 Satz 2 SGB V dÃ¼rfen andere Ãrzte nur in einem Notfall in Anspruch genommen werden, fÃ¼r den hier keine Anhaltspunkte bestehen. Des Weiteren nimmt der Senat zur Vermeidung von Wiederholungen auf die AusfÃ¼hrungen im sozialgerichtlichen Urteil, Seite 6, Bezug, die er sich nach eigener PrÃ¼fung zu eigen macht (Â§ 153 Abs. 2 SGG).

DarÃ¼ber hinaus ist die begehrte Kostenerstattung hier auch deswegen ausgeschlossen, weil es sich bei der sogenannten âKochsalztherapieâ um eine neue Untersuchungs- oder Behandlungsmethode bzw. ein neues Heilmittel handelt, fÃ¼r das der Bundesausschuss der Ãrzte und Kran-kenkassen weder in Richtlinien Ã¼ber die EinfÃ¼hrung neuer Untersuchungs- und Behandlungsmethoden (NUB-Richtlinien) noch in den Heilmittel- und Hilfsmittelrichtlinien nach Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 5 SGB V eine Empfehlung Ã¼ber die Anerkennung des diagnostischen und therapeutischen Nutzens dieser Methode, die notwendige Qualifikation der Ãrzte sowie die apparativen Anforderungen und die erforderlichen Aufzeichnungen Ã¼ber die Ã¤rztliche Behandlung abgegeben (Â§ 135 Abs. 1 Nrn.1 bis 3 SGB V) noch in Richtlinien (Â§ 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 6 SGB V) den therapeutischen Nutzen als Heilmittel anerkannt und Empfehlungen fÃ¼r die QualitÃ¤tssicherung bei der Leistungserbringung gemÃ¤Ã Â§ 138 SGB V ausgesprochen hat. Damit fehlt es an der Anerkennung der VerordnungsfÃ¤higkeit der bei dem KlÃ¤ger angewandten sogenannten âKochsalztherapieâ. Soweit der KlÃ¤ger in diesem Zusammenhang im Berufungsverfahren sein Kostenerstattungsbegehren erneut maÃgeblich auf den bei ihm eingetretenen Behandlungserfolg stÃ¼tzt, ist dies ohne Belang. Auf einen Erfolg von nicht allgemein anerkannten Methoden im Einzelfall kommt es nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts nicht an. Der Behandlungserfolg muss vielmehr anhand einer fÃ¼r die sichere Beurteilung ausreichenden Zahl von BehandlungsfÃ¤llen nachgewiesen werden und die Wirksamkeit der neuen Methode sich aus wissenschaftlich einwandfrei gefÃ¼hrten Statistiken Ã¼ber die Zahl der behandelten FÃ¤lle ablesen lassen (so BSG SozR 3-2500 Â§ 27 Nr. 5, S. 12). Daran fehlt es hier. Sofern sich aus den vom KlÃ¤ger eingereichten und von Dr. D zur VerfÃ¼gung gestellten Unterlagen entnehmen lÃ¤sst, dass bereits mehrere Krankenkassen die Behandlungskosten Ã¼bernÃ¤hmen, ist dies gleichfalls ohne Belang. Denn aus der (fehlerhaften) Verwaltungspraxis gesetzlicher Krankenkassen lÃ¤sst sich kein sicherer Schluss auf die medizinische Wirksamkeit einer nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode ziehen. Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts ist dafÃ¼r nicht auf die Durchsetzung einer nicht allgemein anerkannten Behandlungsmethode in der Verwaltungspraxis der gesetzlichen Krankenkassen abzustellen, sondern auf die statistisch belegte medizinische Wirksamkeit oder gegebenenfalls darauf, ob sich die Methode in der medizinischen Praxis durchgesetzt hat (BSG SozR 3-2500 Â§ 135 Nr. 4). Davon kann nur ausgegangen werden, wenn die umstrittene Methode in der medizinischen Fachdiskussion eine breite Resonanz gefunden hat und von einer erheblichen Zahl von Ãrzten angewandt wird. HierfÃ¼r bestehen im vorliegenden Fall keinerlei Anhaltspunkte, worauf das Sozialgericht bereits zutreffend hingewiesen hat.

Die Berufung war nach alledem zurÃ¼ckzuweisen.

Die Kostenentscheidung folgt aus Â§ 193 SGG.

Erstellt am: 09.08.2003

Zuletzt verändert am: 22.12.2024